



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SUÉLEM KLEIN

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:
UM CUIDADO DESVELADO NESSE TERRITÓRIO DE PASSAGEM**

**CHAPECÓ
2014**

SUÉLEM KLEIN

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:
UM CUIDADO DESVELADO NESSE TERRITÓRIO DE PASSAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul como requisito para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. MSc. Denise Consuelo Moser
Co-orientadora: Prof. MSc. Eleine Maestri

CHAPECÓ

2014

Klein, Suélem

SEGURANÇA DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA: : UM CUIDADO DESVELADO NESSE TERRITÓRIO
DE PASSAGEM/ Suélem Klein. -- 2014.

76 f.:il.

Orientadora: Denise Consuelo Moser.

Co-orientadora: Eleine Maestri.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Graduação Em Enfermagem , Chapecó, SC, 2014.

1. Segurança do Paciente. 2. Sala de Recuperação
Pós-Anestésica. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Moser,
Denise Consuelo, orient. II. Maestri, Eleine, co-orient.
III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

SUÉLEM KLEIN

SEGURANÇA DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-
ANESTÉSICA: UM CUIDADO DESVELADO NESSE TERRITÓRIO DE
PASSAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira
Sul.

Orientadora: Prof. Me. Denise Consuelo Moser

Co-orientadora: Prof. Me. Elaine Maestri

Este trabalho de Conclusão de Curso foi definido e aprovado pela banca em 10/12/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Denise Consuelo Moser
Universidade Federal da Fronteira Sul
Orientadora



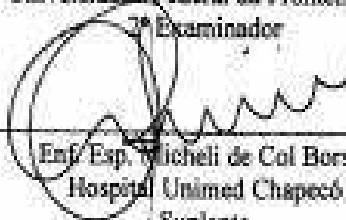
Prof. Me. Elaine Maestri
Universidade Federal da Fronteira Sul
Co-orientadora



Prof. Me. Gelson Aguiar
Universidade Federal da Fronteira Sul
1º Examinador



Prof. Dra. Katia Lilian Sedrez Celich
Universidade Federal da Fronteira Sul
2º Examinador



Enf. Esp. Micheli de Col Borsari
Hospital Unimed Chapecó
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu grande amor e companheiro de todas as horas e a minha família, pelo incentivo às minhas ações profissionais e por ser a inspiração das minhas realizações. Estendo aos meus colegas de profissão, aos quais gostaria de deixar o presente exemplo e incentivo à pesquisa científica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus em primeiro lugar pela oportunidade de viver, ser feliz, de aprender cada dia mais e por ter guiado meus caminhos me levando a escolha por esta profissão.

Aos meus pais pelos valores que me ensinaram e pela inspiração de que tudo é possível quando se luta e é persistente, superando uma a uma os obstáculos que vão surgindo no caminho.

À minha irmã Natieli pelo exemplo profissional e por ter me oportunizado a experiência de ser a “dinda” da Cecília que sem querer tornou meus dias mais leves.

Ao meu “coração” Márcio que admiro mais que tudo e que ilumina todos os meus dias me fazendo cada dia mais feliz e renovando meu amor.

Ao Hospital Unimed Chapecó por ter me auxiliado sempre que necessário em conciliar as atividades acadêmicas com de trabalho e por me fornecer a oportunidade de crescimento profissional.

Estendo aos meus colegas e parceiros do centro cirúrgico pelo apoio e incentivo que recebi ao longo destes anos.

À Universidade Federal da Fronteira Sul por, apesar das dificuldades, me permitir uma formação pública e de qualidade e por ter compartilhado nestes cinco anos a construção da história desta universidade e ter orgulho do que ela se transformou.

E por fim e não menos importante, mas essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional, agradeço a todos os professores do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, em especial o meu reconhecimento às professoras e orientadoras Denise Consuelo Moser e Eleine Maestri em quem me espelhei durante toda a graduação e que muito me ajudaram na conclusão desta etapa.

Agradeço ainda a todas as pessoas que participaram desta minha caminhada e que não citei especificamente, e deixo a todos a seguinte mensagem:

“Procure a sabedoria e prenda a escrever os capítulos mais importantes de sua história nos momentos mais difíceis de sua vida” (Augusto Cury).

Amo vocês.

RESUMO

A utilização dos Protocolos Assistenciais na assistência a saúde permite a revisão da prática profissional e a substituição de atitudes empíricas por embasadas cientificamente. A segurança do paciente no peri-operatório vem sendo amplamente considerada pelos serviços de saúde visto a crescente complexidade do processo anestésico-cirúrgico e da necessidade de adotar padrões específicos para a prevenção de erros e eventos fruto deste momento tão vulnerável para o paciente e equipe multiprofissional. No entanto, o Desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas ainda necessita efetivar-se no pós-operatório na perspectiva de fortalecer a qualidade do cuidado prestado e minimizar os riscos e eventos adversos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Este estudo objetivou elaborar um Protocolo Assistencial para o manejo seguro do paciente na SRPA de um hospital da região oeste de Santa Catarina, através do olhar qualitativo e seguindo os preceitos teórico-metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial. Obteve como resultados o desenvolvimento de um protocolo assistencial para o manejo seguro do paciente na SRPA e a extensão da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para o pós-operatório. Constatou que estes instrumentos contribuem para a promoção da segurança do paciente e equipe, prevenindo erros, sistematizando a assistência de enfermagem e embasando cientificamente as práticas cotidianas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Período Pós-operatório, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The use of Relief protocols in health care permits the revision of professional practice and the replacement of empirical attitudes informed scientifically. Patient safety in the perioperative period has been widely regarded by the health services because of the increasing complexity of the anesthetic-surgical process and the need to adopt specific standards for the prevention of errors and fruit events this time so vulnerable to the patient and multidisciplinary team. However, the surgery Challenge Secure Lifesaving still need to be effected in the postoperative period with a view to strengthen the quality of care provided and minimize the risks and adverse events in the post anesthetic recovery. This study aimed to develop a Care Protocol for the safe management of the patient in the recovery room of a hospital in the western region of Santa Catarina, through qualitative look and following the theoretical and methodological principles of Care Convergent Research. Obtained as a result the development of a clinical protocol for the safe management of the patient in the recovery room and the extension of the Surgical Safety Checklist for the postoperative period. Found that these instruments contribute to the promotion of patient safety and staff, preventing errors, systematizing the nursing assistance and scientifically basing the daily practices.

Keywords: Patient Safety, Postoperative Period, Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caminhos para segurança do paciente.....	13
Figura 2 - A prática da enfermagem.....	18
Figura 3 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS.....	24
Figura 4 - Cuidado na sala de recuperação.....	26
Figura 5 - Enfermagem a arte de cuidar.....	34
Figura 6 - Etapas de Análise dos Dados.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo da avaliação ABC na admissão do paciente na recuperação pós-anestésica.....	30
Quadro 2 - Escala de Aldrete e Kroulik modificada.....	32
Quadro 3 - Índice de Steward.....	32
Quadro 4 - Escala de Sedação de Ramsey.....	33
Quadro 5 - Check-List Protocolo de Manejo Seguro do Paciente na SRPA.....	47
Quadro 6 – Protocolo Manejo Seguro do Paciente na SRPA.....	48
Quadro 7 - Categoria A Segurança do Paciente na SRPA.....	50
Quadro 8 - Categoria Protocolos Assistenciais.....	51

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AORN	Association of Peri-Operative Nurses
ASA	American Society of Anesthesiologists
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
IOM	Institute of Medicine
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
O ₂	Oxigênio
PA	Protocolo Assistencial
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e de Qualidade
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAESNSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RIESNP:	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização
SPO ₂	Saturação Periférica de Oxihemoglobina
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	INÍCIO DE UM CAMINHO PERCORRIDO.....	16
2	DESENVOLVIMENTO	18
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE: um olhar atento.....	19
2.1.1	Aliança Mundial de Segurança do Paciente e o desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas.....	22
2.1.2	Qualidade nos serviços de saúde: uma ferramenta para promover a segurança do paciente.....	24
2.2	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: aspectos históricos do cuidado nesse território de passagem.....	26
2.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP).....	34
2.4	OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS X SEGURANÇA DO PACIENTE: uma ação possível?.....	36
3	PERCURSO METODOLÓGICO	38
3.1	ENTRELAÇANDO CENÁRIOS E SUJEITOS NUMA PROPOSTA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.....	38
4	RESULTADOS	44
4.1	OBSERVAÇÕES A CERCA DO CUIDADO NA SRPA ESTUDADA	44
4.2	PROTOCOLO ASSISTENCIAL E CHEK-LIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO.....	47
5	DISCUSSÃO: algumas perspectivas	52
5.1	SEGURANÇA DO PACIENTE: o visível e o divisível nos saberes e fazeres do cuidado de enfermagem.....	53
5.2	PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: enfermagem e as possibilidades de um cuidar planejado.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: o fim do caminho percorrido	60
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	69
	ANEXOS	75

1 INTRODUÇÃO

Figura 1 - caminhos para segurança do paciente



Fonte: (<http://setorsaude.com.br>)

Este capítulo transita entre os aspectos importantes da pesquisa desenvolvida, bem como a relevância da temática e minha trajetória profissional, considerando a opção pelo tema. Inicia-se com uma questão a ser compartilhada pelos leitores. Quando pensamos na condição de paciente, refletimos intensamente e perguntamos, bem como os pacientes diariamente perguntam: como será a cirurgia? Será que serei bem cuidado? Sairei bem e voltarei para casa?

Estas questões se voltam para as discussões e ações em torno do tema segurança do paciente¹ que se ampliaram nos últimos anos, onde muitos caminhos têm sido trilhados e vários profissionais e órgãos oficiais debruçaram-se na perspectiva da segurança do paciente.

¹ Neste trabalho adotou-se a terminologia paciente para definir uma pessoa que padece, doente, que está sob os cuidados de saúde (HOUAISS, 2001).

Com a criação da Aliança Mundial de Segurança do Paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, o desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas e no Brasil com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 1º de abril de 2013, o olhar para o ambiente cirúrgico mudou e este precisou adequar-se às novas normativas do setor saúde fortalecendo práticas seguras durante todo o período perioperatório, de forma multidisciplinar e adotando padrões específicos para prevenção de erros e eventos adversos fruto deste momento tão vulnerável para o paciente e equipe cirúrgica (OMS, 2009).

O Centro Cirúrgico e a Sala Recuperação Pós Anestésica² (SRPA), são locais onde coabitam diferentes corpos, dos pacientes, dos enfermeiros, dos médicos, entre outros profissionais, considerado por alguns autores, território de passagem. Para Bonfim e Malagutti (2010), a prestação de uma assistência de enfermagem especializada neste ambiente, tem a finalidade de garantir a reabilitação dos pacientes de forma segura e eficaz, detectando e atuando precocemente nas possíveis complicações a serem vivenciadas nos diferentes tipos de anestésias e cirurgias.

Considerando que a atuação da equipe busca um cuidado rápido, individualizado, humano e holístico, esta necessita também de embasamento teórico por meio de estudos e literaturas e da aplicação de protocolos que visam sistematizar, organizar e tornar a assistência cada vez mais segura.

O cuidado de enfermagem no centro cirúrgico e em particular na SRPA tem como enfoque principal a segurança do paciente, porém:

...esta não depende só de equipamentos e recursos tecnológicos, mas de profissionais capacitados, procedimentos e intervenções respaldados pelo conhecimento prático e científico, sedimentados em comportamentos, atitudes e hábitos seguros na execução, evitando-se assim a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, complicações que, na maioria das vezes, decorrem da alta complexidade inerente ao processo anestésico cirúrgico (POPOV; PENICHE *apud* SOBECC, 2013, p.263).

No entanto, cotidianamente muitos obstáculos dificultam o cuidado prestado pela equipe de enfermagem na SRPA, como falta de organização do fluxo de trabalho, inexistência de procedimentos padrão ou protocolos assistenciais, prática realizada empiricamente, número insuficiente de profissionais, estrutura inadequada e carência de atuação multiprofissional,

² Adotou-se o termo SRPA considerando a nomenclatura utilizada pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Centro de Material e sala de Recuperação (SOBECC).

além de um olhar pouco atento ao cuidado voltado à segurança, o que gera diversos riscos aos pacientes e aos profissionais envolvidos.

Considerando que o desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas configura-se por critérios normatizados e pela utilização da Lista de Verificação sugerida pela OMS, bem como o documento de orientação para segurança do paciente, preconizado e disponibilizado pela ANVISA em 2014 e que ainda não se aplica em todas as SRPA das instituições hospitalares, evidencia-se a importância de adequação, através da elaboração de instrumentos e protocolos adaptados à sua realidade (OMS, 2009).

A adaptação da Lista de Verificação da OMS para o período pós-operatório instrumentaliza os profissionais na perspectiva do fortalecimento da qualidade do cuidado prestado e da segurança do paciente, procurando minimizar os riscos e eventos adversos na SRPA.

Além das listas de verificação, considera-se de grande aplicabilidade para a enfermagem, os Protocolos Assistenciais (PA) que permitem a revisão da prática profissional, definindo objetivos terapêuticos e condutas baseadas em evidências, contribuindo para uma tomada de decisão eficaz e eficiente (PAES, 2013).

Neste sentido, a utilização dos Protocolos Assistenciais na SRPA contribui para uma assistência qualificada e para a implantação e efetivação do desafio “Cirurgias Segura Salvam Vidas”, visto que o período pós-operatório não é contemplado na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

Outra contribuição dos Protocolos Assistenciais está relacionada à qualidade do atendimento definida pelo *Institute of Medicine* (IOM) apud Watchter (2013, p. 33), como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”.

Segundo Peniche (1998, p. 30) “a preocupação com a qualidade de assistência ao paciente tem sido uma constante, principalmente quando relacionada à alta complexidade que envolve o cuidado do paciente em sala de recuperação anestésica”. Por isso, estratégias que entrelacem qualidade e segurança do paciente precisam ser consideradas pela enfermagem, como os Protocolos Assistenciais.

O enfermeiro neste contexto precisa constantemente atualizar-se e aplicar na sua prática os novos conhecimentos e exigências da profissão. Segundo a Lei 7498, de 25 de junho de 1986, cabe a ele a “prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem” (COFEN, 1986, p.1).

Diante disso, faço uso das palavras de Pedreira (2009, p.881), a qual nos diz que a profissão precisa ter “estratégias que promovam a interligação de teoria à prática, a fim de proteger os valores essenciais da enfermagem, de centrar as ações no paciente e família de modo integral e individual e que isto nos diferencie das outras profissões de saúde”.

1.1 INÍCIO DE UM CAMINHO PERCORRIDO

A partir das experiências vividas durante minha atuação profissional como Técnica de Enfermagem por aproximadamente sete anos no Centro Cirúrgico de uma instituição hospitalar e atualmente cursando o 10º período do curso de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), percebo a importância da qualificação e sistematização da assistência de enfermagem prestada na SRPA, como forma de preservar a segurança do paciente em todas as fases do período perioperatório.

Este Trabalho de Conclusão de Curso surgiu do meu interesse pelo tema que é atual e emergente, necessitando de pesquisas que além de novos conhecimentos, principalmente relacionados à SRPA, promovam e ampliem a preocupação com a segurança do paciente tanto por parte dos estudantes, quanto pelas instituições de saúde e sociedade em geral.

Acredita-se ainda na necessidade de elaboração e socialização de estratégias que facilitem a implantação e concretização do desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e da cultura de segurança, destacando a importância do cuidado na SRPA, considerando a continuidade da assistência perioperatória.

Diante desse movimento e das inquietações apresentadas, levanta-se a seguinte questão: A aplicação dos Protocolos Assistenciais na SRPA contribui para a segurança do paciente?

Na tentativa de apontar caminhos para esta questão buscou-se, como objetivo geral desta pesquisa, elaborar um Protocolo Assistencial para a segurança do paciente na SRPA de um hospital da região oeste de Santa Catarina.

Para isso, foram traçados os seguintes objetivos específicos: Conhecer o perfil dos profissionais de Enfermagem atuantes na SRPA da referida instituição; Observar como ocorre o cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes admitidos na SRPA, considerando a segurança; Descrever o conhecimento da equipe de Enfermagem da SRPA, referente a segurança do paciente e a utilização de Protocolos Assistenciais na sua prática profissional; Construir com a equipe de Enfermagem da SRPA um Protocolo Assistencial

para a segurança do paciente; Verificar a viabilidade e efetividade do Protocolo Assistencial elaborado e aplicado durante o cuidado desenvolvido pela equipe na SRPA.

2 DESENVOLVIMENTO

Figura 2 - a prática da enfermagem



Fonte: www.santacasa.com.br

O percurso teórico adotado para a pesquisa proposta partiu das ações recomendadas pelo segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, da Aliança Mundial de Segurança do Paciente da OMS e do Manual de Práticas Recomendadas da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Materiais de Esterilização de 2013³.

Neste capítulo é apresentada uma revisão narrativa dos principais acontecimentos e publicações que tornaram a preocupação com a segurança do paciente um fato importante e essencial para a assistência à saúde, além de apresentar algumas metodologias de enfermagem para seu alcance.

Para Tavares (2010), a revisão narrativa é uma avaliação, sem sistematização, de algumas publicações sobre determinado tema eleito pelo pesquisador, podendo incluir artigos, livros, teses, manuais, dentre outros.

O primeiro e segundo subcapítulos apresentados contextualizam o tema segurança do paciente, desde o surgimento das primeiras discussões e ações mundiais até sua

³ O Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC é uma obra de referência para a área perioperatória, elaborado por diversos autores especialistas. Assim, será observado nesta pesquisa citações destes autores e não especificamente da SOBECC.

implementação em âmbito nacional. Na sequência, é discutida a relação da qualidade da assistência com a segurança do paciente. É explicado ainda como ocorre à assistência de enfermagem na SRPA e a importância da utilização de metodologias de trabalho como a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e os Protocolos Assistenciais.

Quanto às referências utilizadas, vale ressaltar que se buscou fundamentar esta pesquisa nas recomendações de instituições e autores nacionais e internacionais com reconhecida credibilidade na área da Segurança do Paciente e assistência de enfermagem na SRPA.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: um olhar atento

O marco do movimento para a segurança do paciente foi a publicação de um relatório alarmante de eventos adversos relacionados à assistência à saúde no ano de 1999 pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, intitulado: *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*. Desde então, esforços mundiais procuram modificar este cenário refletindo e repensando os processos assistenciais (BRASIL, 2011a).

O conceito de segurança do paciente da OMS, publicado no documento *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Doente*, no ano de 2009, se refere “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (OMS, 2011, p.14).

No entanto, práticas inseguras de saúde têm elevado os índices de morbidade e mortalidade evitáveis resultando num cuidado ineficiente ao paciente, elevação dos gastos institucionais e gerando discussões por todo o mundo. Os eventos adversos, conhecidos como incidentes que geram dano ao paciente, são os grandes responsáveis pelos altos índices de complicações durante o período de internação hospitalar (OMS, 2011).

Em pesquisa realizada por Mendes et. al. (2009), em que buscaram avaliar os eventos adversos em hospitais brasileiros através de uma revisão 1103 prontuários, a incidência destes eventos foi estimada em 7,6% sendo que destes 66,7% poderiam ter sido evitáveis. Ainda no mesmo estudo ficou evidenciado que a origem mais frequente dos eventos adversos são os procedimentos cirúrgicos, em 36,2% dos casos.

Já em pesquisa realizada pelo mesmo autor no ano de 2013 com o objetivo de caracterizar os eventos adversos evitáveis ocorridos em 1.103 pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro, 56 pacientes sofreram eventos adversos evitáveis, sendo que os mais frequentes continuam estando relacionados ao procedimento cirúrgico e

anestésico, correspondendo a 32,3% dos eventos avaliados. Quando avaliada a infecção no sítio cirúrgico neste estudo representam a maioria 68,7% dos casos de infecção associada aos cuidados da saúde. O estudo apresenta ainda que os eventos adversos cirúrgicos foram, em sua maioria, erros de técnica cirúrgica, de falta de habilidade, ou por não ter seguido a diretriz clínica (MENDES, 2013).

O número de procedimentos cirúrgicos realizados por ano vem aumentando consideravelmente. Apesar do emprego de novas tecnologias, técnicas cirúrgicas inovadoras e pouco invasivas, o índice de complicações e mortes derivadas do procedimento anestésico-cirúrgico ainda é muito alto, necessitando o emprego de medidas que melhorem a segurança do paciente.

Nos países em desenvolvimento, o mau estado da infraestrutura e dos equipamentos; os problemas quanto ao suprimento e à qualidade de medicamentos e de material médico cirúrgico; as falhas na gestão da organização e no controle de infecção; o desempenho insatisfatório dos profissionais devido à baixa motivação ou à deficiência na capacitação técnica; as falhas no correto diagnóstico pré-operatório; as deficiências na consulta pré-anestésica, e o subfinanciamento dos custos operacionais dos serviços de saúde, tornam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos muito maior do que em países industrializados (MOURA, 2010, p.2).

Neste sentido, ações voltadas à promoção da segurança do paciente cirúrgico devem abranger a conscientização política e profissional e principalmente fornecer meios para que isso se torne possível.

Dados brasileiros mostram que no ano de 2012, o Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), recebeu 16.547 notificações de eventos adversos, sendo que o estado de São Paulo lidera este número com 30,6% das notificações. Já o estado de Santa Catarina encontra-se em sétimo lugar com 3,5% das notificações. Vale salientar que a cultura de notificações ainda não é efetiva pelo país o que prejudica a avaliação destes casos (BRASIL 2012b).

Buscando adequar-se as novas preocupações com a saúde da população e a qualidade da assistência prestada, o Brasil nos últimos anos realizou diversas ações neste sentido. A elaboração da RDC Nº 63 no ano de 2011 dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde em que estes devem estabelecer estratégias e ações voltadas a segurança do paciente (BRASIL, 2011a).

Após alguns anos do lançamento do desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas pela OMS, o Brasil através do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria Nº

529 de 1º de abril de 2013 com o objetivo de reduzir a incidência dos eventos adversos através do monitoramento e prevenção de danos provenientes da assistência à saúde (BRASIL, 2013a).

Dentre as principais estratégias para a implantação do PNSP destaca-se a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas unidades hospitalares, a obrigatoriedade das notificações de eventos adversos à ANVISA e a implementação de seis protocolos de Segurança do Paciente que abordam os seguintes temas: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013b).

Alguns meses após o lançamento da PNSP é publicada a RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde auxiliando na implantação e efetivação do programa. Uma proposta importante desta resolução refere-se à vigilância, monitoramento e notificação de eventos adversos por meio de notificações mensais realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente nas ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA (BRASIL, 2013b).

A contabilização dos eventos adversos nos serviços de saúde do Brasil era um problema crítico, mas importante para a avaliação da segurança do paciente. Os dados utilizados como referência até então eram decorrentes de pesquisas científicas e de hospitais pertencentes à Rede Sentinela, sendo este responsável por cerca de 38% das notificações no ano de 2012 no NOTIVISA. (BRASIL, 2012b).

Entre suas possíveis utilizações, os dados notificados podem gerar informações para identificar padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas gerenciadas em base ao risco. Assim, será possível desenvolver soluções com o intuito de evitar que danos aos pacientes em serviços de Saúde venham a se repetir, melhorando a qualidade e a Segurança do Paciente nesses serviços (BRASIL, 2014, p.25).

Por isso, é de extrema importância a sensibilização dos profissionais de saúde para o monitoramento dos eventos adversos e no sentido de ampliar a adoção de medidas assistenciais mais seguras assim como que os serviços de saúde públicos e particulares proporcionem condições de trabalho favoráveis.

A Enfermagem ao longo destes anos de discussão sobre a segurança do paciente vem articulando-se por meio de eventos, congressos e entidades para tornar seu cuidado mais seguro. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008 e vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente

(RIENSP), tem como objetivo “disseminar e sedimentar a segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e seus familiares” (BRASIL, 2014, p. 11).

Vale ressaltar, que a preocupação com a segurança sempre esteve presente na enfermagem, desde Florence Nightingale que já dizia que o hospital tinha o dever de não causar dano ao paciente. Para tanto, a enfermagem ainda precisa rever, reconsiderar e ressignificar seu olhar a partir de um cuidado qualificado, com ações diferenciadas, afetivas e efetivas, no sentido de evitar danos ao paciente, além de repensar cotidianamente sua prática profissional.

2.1.1 Aliança Mundial de Segurança do Paciente e o desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas

A 57^a Assembleia Mundial de Saúde aprovou em maio de 2004, a criação de uma aliança global para melhorar a segurança do paciente, sendo assim lançada pela OMS alguns meses depois, a Aliança Mundial de Segurança do Paciente. Com o objetivo de promover a consciência política e profissional perante a utilização de normas e práticas para a promoção da segurança do paciente, a aliança busca através da elaboração de desafios, incentivar o comprometimento mundial identificando e atuando nas áreas que geram riscos à saúde (OMS, 2009).

Buscando promover melhorias nestas áreas, a aliança desenvolveu soluções para a segurança do paciente, através da elaboração de “Seis Metas Internacionais de Segurança”, que são: identificar os pacientes corretamente, melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência, melhorar a segurança das medicações de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e ainda reduzir o risco de lesões aos pacientes decorrente de quedas (OMS, 2009).

O lançamento dos desafios vem como forma de atingir estas metas. O primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente, lançado entre os anos de 2005-2006, preocupou-se com as infecções relacionadas aos serviços de saúde englobando: higienização das mãos, procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros, segurança do sangue e hemoderivados, administração segura de injetáveis e imunobiológicos e na segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos (OMS, 2009).

As evoluções tecnológicas e científicas, bem como a ampliação do acesso aos serviços de saúde, acarretaram na elevação dos índices de intervenções cirúrgicas e estas a altas taxas de complicações e mortalidade preveníveis em todo o mundo. Neste sentido, no ano de 2008, após identificar o processo cirúrgico como uma área problemática da assistência à saúde e com o objetivo de modificar este cenário, é lançado o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente como tema: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (OMS, 2009).

A meta do desafio é melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países e cenários [...] e que a segurança requer a execução confiável de múltiplas etapas necessárias à assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de saúde, trabalhando em conjunto para o benefício do paciente (OMS, 2009, p.13).

Visando auxiliar a implantação do programa pelos países membros e suas instituições de saúde, a OMS confeccionou o Manual para Cirurgia Segura. Como proposta para instrumentalizar a execução de ações que garantam a segurança do paciente durante o processo anestésico-cirúrgico a OMS propôs a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). Elaborada após consultar diversos profissionais constituintes da equipe cirúrgica, a Aliança identificou um conjunto de verificações que conferem segurança ao procedimento anestésico-cirúrgico dentro dos princípios de simplicidade e brevidade (OMS, 2009).

O objetivo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS é reforçar as práticas de segurança aceitas e promover uma melhor comunicação e o trabalho de equipe entre as disciplinas médicas. [...] intenciona-se que seja uma ferramenta para uso pelos médicos interessados na melhoria da segurança de suas operações e na redução de mortes cirúrgicas e complicações desnecessárias (OMS, 2009, p.193).

A seguir a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, conforme figura 3:

Figura 3: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS

WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY Organização Pan-Americana de Saúde SUS ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária BRASIL World Health Organization		
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão	Antes de o paciente sair da sala de operações
ENTRADA <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: <input type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS <input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	PAUSA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	SAÍDA O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE Assinatura

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRESCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: BRASIL, 2009, p. 191.

A OMS sugere ainda que os diferentes cenários, dentro de suas limitações e especificidades adaptem a lista de acordo com sua realidade local. Sendo assim, tanto o manual, como a lista buscam assegurar a execução de etapas de segurança minimizando os riscos a que estão submetidos os pacientes cirúrgicos, bem como promover seu bem-estar. Para isso, a LVSC divide o procedimento cirúrgico em 3 fases: antes da indução anestésica (entrada), antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica) e antes de o paciente sair da sala de operações (saída), executadas por um membro da equipe eleito como coordenador (OMS, 2009).

Mesmo com o fornecimento de subsídios/instrumentos pela OMS para a implantação de ações seguras, ainda há a necessidade da efetivação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente assim como do desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas em todos os serviços de saúde, superando obstáculos financeiros, estruturais e organizacionais.

2.1.2 Qualidade nos serviços de saúde: uma ferramenta para promover a segurança do paciente

Pesquisa divulgada em março de 2014 pelo Instituto Datafolha, onde foram ouvidas mais de 2000 pessoas em 140 cidades, revela para 45% dos entrevistados a saúde como o maior problema do Brasil. A qualidade é uma das grandes insatisfações dos entrevistados

sendo que para 62% a saúde é considerada ruim ou péssima (DATAFOLHA, 2014). Neste sentido, os serviços de saúde vêm preocupando-se com a qualidade da assistência prestada e os usuários estão cada vez mais informados e exigentes.

Segundo o *Institute of Medicine* (IOM), citado por Watchter (2013, p. 33), a qualidade do atendimento é definida como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”.

Avedis Donabedian, autor de destaque na área de qualidade, define que “um cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo e que produz os melhores resultados de saúde” (BRASIL, 2013a, p.20).

A segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde são termos associados, sendo a gestão da qualidade considerada como uma metodologia para alcançá-las. Neste sentido, “os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços” (BRASIL, 2013a, p. 33).

No entanto, a segurança do paciente vai muito além da implementação de práticas seguras e necessita também avaliar a qualidade da assistência a partir dos problemas identificados. Uma metodologia amplamente utilizada é a chamada “tríade donabediana” que divide as medidas de avaliação de qualidade em “estrutura (como o cuidado é organizado), processo (o que foi feito) e resultados (o que aconteceu com o paciente)” (WATCHER, 2013, p.33).

Muitos estabelecimentos de saúde vêm utilizando metodologias de avaliação externa da qualidade, como o caso da Acreditação. Esta é conceituada como “um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, avaliando as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos” (BRASIL, 2014, p. 10). Portanto, Instituições Acreditadoras Credenciadas à Organização Nacional de Acreditação (ONA), avaliam os serviços de saúde a partir das Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação.

O Ministério da Saúde (MS) lançou em 2011 o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ). Segundo o MS o PMAQ “é um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente” de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012a, p. 7).

Portanto, preocupações com a qualidade da assistência não buscam somente o âmbito hospitalar, mas estendem-se a todos os níveis de atenção à saúde, procurando cada vez mais promover a segurança do paciente. Compreendendo que a assistência se dá, a partir de um cuidado afetivo e qualificado, envolvendo todos os membros da equipe e família.

2.2 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: aspectos históricos do cuidado nesse território de passagem

Figura 4 - cuidado na sala de recuperação



Fonte: www.inca.gov.br

A preocupação com a recuperação dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico de forma especializada existe há mais de dois séculos. “O primeiro relato formal sobre a existência da sala de recuperação pós-anestésica foi publicado em 1801, na Inglaterra” (BONFIN; MALAGUTTI, 2010, p. 22).

Apesar de a realização de procedimentos cirúrgicos remontarem a milhares de anos, e a anestesia em geral existir em 150 anos, as recuperações pós-anestésicas tornaram-se comuns há apenas 30 ou 40 anos. Florence Nightingale, em 1863, sugeriu que houvesse quartos separados para que os pacientes se recuperassem dos efeitos imediatos da anestesia (ROTHROCK, 2007, p. 246-47).

Em virtude do grande avanço no campo da cirurgia e da anestesia tornou-se cada vez mais necessário a existência da sala de recuperação pós-anestésica. Em 1988, a *American Society of Anesthesiologists* (ASA), estabeleceu os padrões dos cuidados pós-operatórios (MALAGUTTI; BONFIM, 2013).

No Brasil, a exigência da sala de recuperação pós-anestésica nas instituições hospitalares foi determinada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 400 de 06 de dezembro de 1977, revogada posteriormente pela Portaria nº 1.884, de 11 de novembro de 1994. Estas portarias estabelecem a obrigatoriedade da SRPA para atender, no mínimo, dois pacientes simultaneamente e em condições satisfatórias, devendo desta forma contar com no mínimo dois leitos. (BRASIL, 1994, p. 67).

As salas de recuperação pós-anestésicas foram adequando-se aos avanços no processo anestésico-cirúrgico. Historicamente ocorreram modificações na estrutura física, nos recursos humanos e materiais e no cuidado prestado principalmente pela enfermagem até tornar-se este espaço que hoje conhecemos.

Atualmente muito se discute sobre a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, sendo que para a efetivação de um cuidado seguro no período perioperatório é necessário estender e intensificar as medidas de segurança na SRPA.

Segundo a AORN - *Association of Perioperative Nurses*, (2000, apud BIANCHI; CARVALHO, 2010, p.262), “aproximadamente 1/3 das complicações relacionadas à anestesia desenvolvem-se na recuperação anestésica, e outros 2/3 tem seu início na sala de operações e persistem na recuperação”.

Por isso, a prestação de uma assistência de enfermagem especializada durante a recuperação anestésica deve ter a finalidade de garantir a reabilitação dos pacientes de forma segura e eficaz, detectando e atuando precocemente nas possíveis complicações a serem vivenciadas nos diferentes tipos de anestésias e cirurgias, promovendo um ambiente e um cuidado seguro.

A SRPA encontra-se anexa à estrutura física do Centro Cirúrgico, sendo sua existência uma exigência legal desde o ano de 1977. Trata-se de um ambiente destinado ao tratamento intensivo dos pacientes submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, desde o momento de sua saída da sala cirúrgica até o reestabelecimento da consciência, atividade muscular, dos parâmetros respiratórios e circulatórios, assim como dos sinais vitais (BONFIM; MALAGUTTI, 2010).

Segundo a Resolução – RDC Nº 50 do Ministério da Saúde de 21 de fevereiro de 2002, “a recuperação anestésica pertence à planta física da unidade de centro cirúrgico devendo respeitar as mesmas características arquitetônicas” (BRASIL, 2002, p. 1).

É exigido um posto de enfermagem com dimensão mínima de 6m² para cada 12 leitos de SRPA. Este ambiente deve ter no mínimo 2 leitos, sendo que o indicado é o resultado do número de salas cirúrgicas mais um. Cada leito deve ter: distância de 0,8m entre eles e a parede, contar com duas saídas de oxigênio, ar comprimido, vácuo, foco de luz, tomadas elétricas de voltagens 110 e 220 volts, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, esfigmomanômetro e estetoscópio (BIANCHI; CARVALHO, 2010).

Quanto ao acabamento, a SOBECC (2013), em seu manual de práticas recomendadas indica:

- Pisos: material resistente, não poroso e livre de frestas permitindo a limpeza;
- Paredes: de cor neutra, clara e sem brilho;
- Teto: permitir a limpeza e manutenção e sem exposição de fios e tubulações;
- Portas: de correr e largas permitindo a passagem de macas e equipamentos;
- Iluminação: lâmpadas fluorescentes que permitam a visualização do paciente;
- Ventilação, temperatura e umidade: deve ter controle da ventilação, temperatura (20 a 24°) e de umidade (50 a 60%) (SOBECC, 2013, pg. 261).

A SRPA deve contar ainda com materiais e equipamentos de suporte ventilatório como ventiladores mecânicos, máscaras e cateteres de oxigênio, de suporte cardiovascular como dispositivos, soluções venosas e drogas para reanimação e ainda com materiais utilizados para cateterização vesical, para curativos, termômetro, camas com grade, travesseiros, cobertores, etc. (BIANCHI; CARVALHO, 2010).

Os cuidados prestados neste local devem ocorrer de forma multiprofissional contando intimamente com o médico anestesiológico, médico cirurgião, enfermeiro e equipe de enfermagem, sendo extremamente necessária a definição de critérios de avaliação e prevenção de complicações. Além de todos estes requisitos, em relatório publicado no ano de 2002 pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA), que aponta as diretrizes práticas para o cuidado pós-operatório são enumeradas algumas recomendações:

- Haver um anestesiológico a disposição para o tratamento de intercorrências na SRPA;
- Monitorizar de rotina: frequência respiratória, a potência das vias respiratórias, a saturação periférica de oxihemoglobina (SPO²), frequência cardíaca, pressão

arterial, avaliação da função neuromuscular e do estado mental, a presença de dor, náuseas e vômitos pós-operatórios;

- Em pacientes considerados de risco ou por fatores clínicos deve ser monitorado o traçado ecocardiográfico, a temperatura, débito urinário, débito de drenos e sangramentos;
- A oxigenioterapia deve ser implementada em pacientes com risco ou presença de hipoxemia;
- Utilização de dispositivos de aquecimento para prevenção e tratamento de hipotermia;
- O período de observação pós-anestésica deve ser individualizado de acordo com o risco de depressão cardiorrespiratória.

Outro fator essencial no cuidado pós-operatório são os recursos humanos disponíveis e capacitados. O enfermeiro como integrante da equipe de enfermagem e na maioria das vezes como gestor do cuidado necessita prestar uma assistência de alta complexidade, de forma individualizada assegurando a prevenção de riscos ao paciente.

A equipe que atua na SRPA deve estar preparada para monitorar o paciente durante a recuperação da anestesia até o momento que apresentar estabilização dos parâmetros vitais, estar constantemente atenta a prevenir complicações e adotar medidas para o alívio da dor (SOBECC, 2013).

O cuidado de enfermagem na SRPA divide-se em basicamente três fases: admissão, monitoramento e alta.

Para admissão do paciente os materiais e suporte necessário já devem ter sido previstos e preparados pelo enfermeiro e equipe. O transporte deve ser seguro e realizado pelo anestesista, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem. O leito deve ser organizado, testando saídas de oxigênio, vácuo, o funcionamento do monitor multiparâmetros e presença de materiais necessários. (SOBECC, 2013).

Conforme recomenda o manual da SOBECC, “a sistematização da admissão do paciente deve ser realizada em três fases: avaliação do A (vias aéreas) B (respiração) C (circulação), recebimento do plantão e registro das informações e avaliação inicial” (SOBECC, 2013, p. 270). No quadro a seguir são destacados os pontos a serem avaliados:

Quadro 1. Resumo da avaliação ABC na admissão do paciente na recuperação pós-anestésica

Admissão e Assistência de Enfermagem ao Paciente em SRPA		
I-Avaliação do ABC	A- Vias Aéreas	1. Verificar a perviedade 2. Administrar oxigênio umidificado 3. Instalar oximetria de pulso
	B- Respiração	1. Verificar excursões respiratórias 2. Determinar a qualidade dos murmúrios respiratórios
	C- Circulação	1. Conectar o monitor cardíaco 2. Avaliar a frequência e ritmo cardíaco
II- Receber plantão e registrar as informações	Informações pré-operatórias relevantes, técnica anestésica, tipo de cirurgia ou procedimento invasivo, balanço hídrico, complicações, estado emocional na chegada ao Centro Cirúrgico e escore numérico.	
III- Realizar avaliação inicial por sistemas corpóreos	Respiratório Cardiovascular Neurológico Renal Sítio Cirúrgico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar os dados recebidos 2. Verificar sinais vitais (temperatura, pulso, respiração, pressão arterial) a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora. 3. Promover aquecimento corpóreo e manutenção da normotermia 4. Verificar ritmo cardíaco 5. Avaliar a dor, quanto a localização, intensidade e características 6. Aplicar a escala numérica de dor 7. Avaliar desconfortos, náuseas e vômitos 8. Avaliar nível de consciência 9. Posicionar o paciente conforme indicado 10. Analisar condição e coloração da pele 11. Garantir a segurança do paciente 12. Verificar pulsos periféricos e sensibilidade nas extremidades. 13. Avaliar a linha de sutura, na ausência de curativos. 14. Avaliar a condição do curativo. 15. Verificar tipo, perviedade e segurança dos drenos e cateteres, quantidade e tipo de drenagem. 16. Analisar resposta muscular e força motora. 17. Verificar resposta pupilar, quando indicada. 18. Realizar balanço de líquidos (entrada e saída). 19. Verificar conforto físico e emocional. 20. Aplicar Escala de Aldrete e Kroulik para adultos e Índice de Steward para crianças a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora. 21. Aplicar escala de sedação de Ramsey. 22. Solicitar a avaliação do anestesiológico na presença de alterações do nível de consciência, alterações respiratórias e ou hemodinâmicas, queixas de dor, náuseas, vômitos, ou qualquer desconforto que possa interferir no bem estar e na melhoria do paciente.

Fonte: SOBECC, (2013, pg. 272).

Na abordagem inicial, o enfermeiro necessita avaliar criteriosamente o paciente de forma cefalocaudal iniciando pelo nível de consciência, sinais vitais, padrão respiratório e cardíaco, presença de dor e estado emocional. Avalia-se ainda débito urinário, movimentação e sensibilidade dos membros inferiores, sinais ou presença de sangramento, além de

especificidades de cada procedimento anestésico-cirúrgico. O paciente deve ser situado e orientado quanto à permanência na SRPA, assim como seus familiares.

A passagem de plantão é muito importante, necessitando abordar: nome do paciente, idade, diagnóstico médico, condições do paciente no pré-operatório (patologias, uso de medicamentos, restrições), limitações, alergias, cirurgia e anestesia realizadas, medicações administradas, intercorrências, perda de volume, presença de curativos, drenos, sondas, eliminações, etc. (SOBECC, 2013).

O enfermeiro elege os pacientes prioritários e que necessitam de maiores cuidados e avaliação frequente, realizando a evolução de enfermagem periodicamente. Após a admissão do paciente, este necessita ser monitorado constantemente até sua completa recuperação e apresentar-se estável.

O paciente permanece em observação constante até que apresente estabilidade hemodinâmica, frequência e amplitude respiratória normalizadas, saturação de O₂ nos limites normais, estabilidade da temperatura corporal, retorno da atividade, força e tônus muscular e da consciência. Assim deve ser mantido aquecido, posicionado de preferência com a cabeça de lado e com suplemento de O₂. O local da incisão cirúrgica deve ser avaliado toda vez que o paciente for mobilizado (SOBECC, 2013, p. 270).

As ações de enfermagem precisam ser focadas na segurança do paciente, assegurando a prevenção de riscos e de complicações decorrentes do processo anestésico-cirúrgico. Para Silva (2008, p. 18), “as complicações no período pós-operatório imediato estão relacionadas às condições clínicas do paciente no pré-operatório, do tipo de cirurgia e anestesia e as intercorrências relacionadas a elas”.

As complicações frequentemente observadas na SRPA são: hipoxemia, laringoespasmos e broncoespasmo, irritação da mucosa traqueal, pneumonia aspirativa, débito cardíaco diminuído, taquicardia, alterações no pulso e pressão arterial, edema agudo de pulmão, tromboembolismo venoso, hipotermia, lesão tegumentar, dor, náuseas e vômitos, aspiração de conteúdo gástrico, infecção, sangramento, retenção urinária, etc. (BIANCHI e CARVALHO, 2010).

Visando auxiliar a avaliação do paciente no pós-operatório e acompanhamento de sua recuperação, em 1970 Aldrete e Kroulik propuseram um método que leva os seus nomes. Baseado na Escala Apgar, o Índice de Aldrete Kroulik (IAK) é estabelecido por uma pontuação de 0 a 2 para cada um dos cinco parâmetros clínicos avaliados: atividade muscular,

respiração, pressão arterial (circulação), consciência e saturação de O₂ (SOBECC, 2009). Conforme observado no quadro 2.

Quadro 2. Escala de Aldrete e Kroulik modificada

ATIVIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de mover os 4 membros voluntariamente ou sob comando • Capaz de mover 2 membros voluntariamente ou sob comando • Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando 	2 1 0
RESPIRAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de respirar profundamente ou tossir livremente • Dispneia ou limitação da respiração • Apneia 	2 1 0
CIRCULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • PA 20% do nível pré-anestésico • PA 20-49% do nível pré-anestésico • PA 50% do nível pré-anestésico 	2 1 0
CONSCIÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Lúcido, orientado no tempo e espaço • Desperta, se solicitado • Não responde 	2 1 0
SATURAÇÃO DE O₂	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de manter saturação de O₂ maior que 92% respirando em ar ambiente • Necessita de O₂ para manter saturação de O₂ maior que 90% • Saturação de O₂ menor que 90% com O₂ suplementar 	2 1 0

Fonte: SOBECC, (2009, p. 82).

De acordo com o quadro 3, quanto a avaliação pediátrica utiliza-se ainda o Índice de Steward, com o objetivo de verificar os estágios de recuperação das crianças submetidas a procedimentos sob anestesia geral, pontuando de 0 a 2 pontos em cada item avaliado, sendo o escore máximo 6 pontos. Steward propôs um índice que avalia apenas três itens: consciência, via aérea e movimento, sendo mais fácil sua aplicação, pois evita o excesso de manuseio (SOBECC, 2013).

Quadro 3. Índice de Steward

Vias Aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse ou chora • Apresenta boa manutenção/respira facilmente • Requer manutenção 	2 1 0
Consciência	<ul style="list-style-type: none"> • Está desperto • Responde a estímulos verbais ou táteis • Não responde 	2 1 0
Movimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Movimenta os membros intencionalmente • Faz movimentos não intencionais • Não se movimenta 	2 1 0

Fonte: SOBECC, (2009).

A realização do procedimento anestésico necessita que seja avaliado também o grau de sedação atingido, realizada através da Escala da Sedação de Ramsey apresentada abaixo no quadro 4:

Quadro 4 - Escala de Sedação de Ramsey

Nível Clínico	Grau de Sedação Atingido
1	Ansioso, agitado ou inquieto
2	Cooperativo, aceitando ventilação, orientado e tranquilo
3	Dormindo, com resposta discreta e estímulo tátil ou auditivo
4	Dormindo, com resposta mínima e estímulo tátil ou auditivo
5	Sem resposta a estímulo tátil ou auditivo, porém com resposta à dor
6	Sem resposta a estímulo doloroso

Fonte: SOBECC, (2013, p. 274).

A aplicação destas escalas visa facilitar e qualificar a avaliação e acompanhamento do paciente, bem como o trabalho da equipe de enfermagem. Portanto, para que uma assistência prestada na SRPA seja a mais segura possível, faz-se necessário atender às recomendações e exigências tanto de equipamentos necessários e organização do processo de trabalho, quanto do número de profissionais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização (SOBECC), a recuperação pós-anestésica que atende a pacientes sem a dependência de respiradores, a proporção mínima recomendada é de 1 enfermeiro para cada 8 leitos, assim como técnicos em enfermagem` (SOBECC, 2009, p.79).

Neste sentido, o conjunto composto pela disponibilidade de materiais e profissionais que fornecem o suporte necessário ao cuidado, aliados a organização da assistência, qualifica o cuidado pós-operatório tornando-o mais seguro. Após o reestabelecimento do paciente o mesmo recebe alta da SRPA. Os critérios adotados para liberação, tanto para a unidade de internação, quanto hospitalar no caso de cirurgias ambulatoriais, necessitam ser previamente definidos pelas instituições de saúde, porém alguns parâmetros são de essencial avaliação.

O momento de liberação da recuperação é identificado pelo enfermeiro e anesthesiologista, sendo considerados os critérios como: nota 8 a 10 segundo escala de Aldrete e Kroulik, padrão respiratório eficaz, sinais vitais estabilizados, nível de consciência, volume de urina (30ml/h), ausência de sangramentos e de dor forte. Ressalta-se a importância da avaliação individual e criteriosa, orientação do paciente e família quanto cuidados pós-

operatórios, transporte seguro do paciente à unidade de internação e passagem de plantão adequada (BIANCHI e CARVALHO, 2010).

Segundo a Resolução nº 1.802/2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a prática do ato anestésico, no art. 4º que “a alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anestesiológico” (CFM, 2002, p. 4).

Para auxiliar e instrumentalizar a assistência de enfermagem prestada na SRPA, assim como subsidiar cientificamente as ações prestadas sugere-se a elaboração de Protocolos Assistenciais com critérios de admissão, avaliação, intervenção, atuação e liberação bem definidos e respaldados.

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

Figura 5 - enfermagem a arte de cuidar



Fonte: www.clinicaincon.com.br

Atualmente diversas metodologias de trabalho vêm sendo adotadas pela enfermagem como forma de melhorar a assistência prestada aos pacientes. Além das recomendações da OMS quanto a Segurança do Paciente e a preocupação com a qualidade dos serviços é de grande importância a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A Resolução do COFEN – 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, traz em seu Art. 1º que o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. (COFEN, 2009, p.1).

A adaptação da SAE para o ambiente cirúrgico foi proposta no ano de 1990 por Castellanos e Jouclas, denominada por estas autoras como SAEP, que visa uma assistência integral em todas as fases do período perioperatório, de forma continuada, participativa, individualizada documentada e avaliada promovendo a humanização da assistência prestada (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990).

O SAEP deve ser implementado por enfermeiro perioperatório, na busca da satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica. Com foco na satisfação do cliente, tal processo leva à realização de um serviço com qualidade, que pode tornar os profissionais mais envolvidos e motivados, uma vez que é desenvolvido com segurança, satisfação, destreza e confiabilidade (MALAGUTTI; BONFIM, 2013, p. 72).

A SAEP orienta as ações de enfermagem no Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica, tendo como principais objetivos

- Ajudar o paciente e a família a compreenderem e a se prepararem para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto;
- Prever, prover e controlar recursos humanos e materiais necessários ao ato anestésico cirúrgico;
- Diminuir ao máximo os riscos decorrentes da utilização de materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos;
- Diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do Centro Cirúrgico e da Recuperação Anestésica (SOBECC, 2013, p. 175).

Este processo ocorre em 5 fases, sendo elas: “visita pré-operatória de enfermagem, Planejamento da Assistência Perioperatória, Implementação da Assistência, Avaliação da Assistência e Reformulação da Assistência a ser planejada” (SOBECC, 2013, p. 176).

No entanto, na sua prática profissional, a enfermagem tende a enfrentar inúmeros obstáculos para a utilização e efetivação da SAEP. Pesquisa integrativa realizada por Fonseca e Peniche no ano de 2009, destaca como principais dificuldades na realização da visita pré-operatória “a falta de tempo, devido à sobrecarga de atribuições administrativas e assistenciais, associadas a um número elevado de cirurgias e ao número reduzido de enfermeiros, bem como internações realizadas no mesmo dia da cirurgia”.

A aplicação do SAEP também favorece a segurança do paciente, pois torna o cuidado integral e planejado, buscando prevenir falhas e possíveis danos no período perioperatório. Neste sentido, é de extrema importância que os serviços de saúde adotem o SAEP como

metodologia de trabalho no centro cirúrgico e SRPA e que forneçam meios para sua efetivação e aplicação por parte dos profissionais.

2.4 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS X SEGURANÇA DO PACIENTE: uma ação possível?

Diante da atual complexidade da assistência à saúde e da necessidade do emprego de ações preocupadas com a segurança do paciente, o cuidado de enfermagem anteriormente prestado de forma empírica e intuitiva é atualmente substituído por uma prática embasada em conhecimento e evidências científicas.

A prática baseada em evidências é uma abordagem que parte da definição de um problema, da avaliação crítica das evidências e literaturas disponíveis e posterior implementação destas na prática assistencial e avaliação dos resultados obtidos. Diante disso, a enfermagem busca cada vez mais a evolução e qualificação de sua prática profissional através do emprego do conhecimento científico (GALVÃO, 2009).

Neste contexto, a elaboração de Protocolos Assistenciais (PA) vem unir uma assistência baseada em evidências científicas a uma rápida e eficiente tomada de decisão resultando em maior segurança para o paciente e equipe profissional.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (WERNECK et al., 2013, p.10).

Sua elaboração, na maioria das vezes é de responsabilidade do enfermeiro, que inicialmente identifica os problemas encontrados no atendimento ao paciente e planeja os cuidados de enfermagem, determinando estratégias para o alcance dos objetivos, o que auxilia também na gestão dos serviços.

Conforme a legislação do COFEN, LEI N° 7498/86 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, traz no seu Art. 11° onde o enfermeiro como integrante da equipe de saúde deve: “participar da elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde” (COFEN, 1986, p.1).

Com isso o enfermeiro embasa sua prática, valoriza sua profissão, adquire mais autonomia, poder de decisão e novos conhecimentos. O ambiente cirúrgico, particularmente, exige dos profissionais uma assistência rápida e da mesma forma eficaz, visto o grande

número de riscos e complicações que o paciente está submetido durante o período perioperatório. No entanto, aliar o cuidado a uma prática segura exige que este seja planejado, visando reduzir ao mínimo estes riscos, promovendo um ambiente e uma prática profissional favorável à promoção da segurança do paciente.

É de fundamental importância que a segurança do paciente seja preservada durante toda a experiência cirúrgica do paciente no centro cirúrgico, considerando o período perioperatório, iniciando no pré⁴, passando pelo transoperatório e assim, de forma contínua no pós-operatório. Desta forma, destaca-se o cuidado prestado na SRPA que tem como um dos objetivos principais identificar e intervir precocemente nas diferentes complicações pós-operatórias, e para isso necessita que suas estratégias de ação sejam pensadas e organizadas de forma sistemática, embasadas cientificamente sem esquecer a individualidade de cada paciente e do procedimento anestésico-cirúrgico a que foi submetido (SOBECC, 2013).

Portanto, a utilização dos Protocolos Assistenciais resulta numa enfermagem que busca avançar seus conhecimentos e firmar-se como ciência utilizando as melhores práticas que viabilizam a segurança do paciente e dos profissionais, além de proporcionar aprendizagem e garantir efetiva assistência de excelência.

Num sentido mais abrangente surgem os Planos Terapêuticos que além de contemplar os Protocolos Assistenciais resultam da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar os diagnósticos e riscos, definindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado (BRASIL, 2013d).

O plano terapêutico é um conjunto de alternativas terapêuticas, definidas a partir da avaliação de cada caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, que visa obter maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento. A Enfermagem como integrante da equipe realiza o plano de cuidados, incentiva a prática do autocuidado e busca preservar a integridade física e mental do paciente.

⁴ De acordo com a SOBECC (2013), consideramos o período pré, trans e pós-operatório, como período perioperatório.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 ENTRELAÇANDO CENÁRIOS E SUJEITOS NUMA PROPOSTA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: *concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.*

O presente estudo utilizou como concepção teórica de abordagem os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, que segundo Minayo et. al. (2011, p.21), “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Com base nos objetivos propostos, a pesquisa caracteriza-se ainda como exploratória, sendo que busca “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2002, p.41).

Para tanto se utilizou como princípio teórico – metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que segundo Trentini e Paim (2004, p. 24), está orientada para “a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde e que poderá levar a construções teóricas”. Este tipo de pesquisa caracteriza-se pela forte articulação da pesquisa com a prática profissional, e permite que o pesquisador, que é membro desta equipe, proponha ações que qualifiquem a assistência prestada.

Preocupando-se com questões éticas envolvidas, a presente pesquisa procurou seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as diretrizes e normas para a realização de pesquisas com seres humanos apontadas na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012b).

Primeiramente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Bioética, Comissão de Ética em Enfermagem e Coordenação de Enfermagem do hospital de estudo, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, para apreciação e autorização por meio da assinatura na Declaração de Ciência e Concordância das instituições envolvidas e autorização para acesso a documentos da instituição.

Inicia-se a descrição das etapas adotadas na proposta metodológica pela fase de concepção, a qual consiste na fase inicial da PCA, em que se define a área de interesse, formula-se a questão de pesquisa e busca apoio a partir de um Referencial Teórico (TRENTINI; PAIM, 2004).

A partir de minha experiência profissional adquiri um enorme interesse na assistência de enfermagem prestada na SRPA. Por este motivo que a defini como área de interesse. Durante a atuação percebi a importância de qualificar o atendimento dos pacientes na SRPA, bem como, promover e garantir a segurança em todo o período perioperatório. Posteriormente formulei a questão de pesquisa, apresentada com os demais dados da concepção na introdução deste projeto.

Na sequência adentrou-se na fase de instrumentação, a qual consiste no momento em que são traçados os procedimentos metodológicos como escolha do espaço físico, dos participantes e das técnicas para coleta de dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

O espaço físico para realização da pesquisa se deve principalmente ao fato da instituição hospitalar preocupar-se com a segurança de seus pacientes e de já ter implementado protocolos assistenciais como medida para sua promoção. O local de estudo foi a SRPA de um hospital privado e conveniado da cidade de Chapecó, instituição que se constituiu a partir de uma cooperativa médica na região oeste de Santa Catarina, a qual possui aproximadamente 80 leitos, caracterizando-se como de médio porte e atendimento geral. O Centro Cirúrgico é composto por 5 salas operatórias (SO), 1 centro Cardioneurológico, um Centro Obstétrico com (2 salas operatórias, 1 sala de parto e 1 SRPA com 4 leitos), e uma SRPA com trinta leitos. A equipe de enfermagem conta com três enfermeiros assistenciais e 43 técnicos em enfermagem, sendo que destes, 5 técnicos em enfermagem e 2 enfermeiros são exclusivos da SRPA.

Desde o ano de 2009 a instituição está em processo de Acreditação Hospitalar, na qual a preocupação com a segurança do paciente é essencial para a melhoria da assistência prestada, bem como, para a manutenção do título de Hospital Acreditado pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG). Desde o ano de 2011, ações referentes a segurança do paciente são implementadas no Centro Cirúrgico, principalmente com a implantação do Protocolo de Cirurgia Segura, atendendo ao segundo desafio global para a segurança do paciente “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

A SRPA desta instituição foi escolhida para o desenvolvimento do estudo, considerando a possibilidade de elaboração de um Protocolo Assistencial, em parceria com a equipe de enfermagem desta unidade, a qual assegurasse e promovesse a segurança do paciente, a partir de um cuidado qualificado durante a assistência prestada.

Os sujeitos do estudo foram escolhidos, considerando a equipe que atua na referida unidade, sendo profissionais de enfermagem (5 técnicos e 2 enfermeiros), os quais aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE - ANEXO A). Os sujeitos foram informados quanto os objetivos e relevância da pesquisa, da participação voluntária e exclusão desta quando desejar, dos riscos e benefícios que serão submetidos e da garantia de sigilo, dados que estão contemplados no TCLE com o participante e outra com o pesquisador.

A escolha dos sujeitos se deve ao fato de que estes profissionais atuam ativamente com os pacientes da SRPA que além de informantes são integrantes do estudo.

O procedimento de coleta de dados se evidenciou em diferentes etapas, na qual o primeiro momento ocorreu por meio da observação participante, que consiste na “participação real do pesquisador na comunidade ou grupo. [...] em que fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 177).

A observação participante é muito utilizada na PCA e segundo Trentini e Paim (2004, p.81), através dela o pesquisador “participa de uma situação social de maneira consciente e com propósito determinado, isto é, percebe com detalhes a ocorrência e a maneira de como ocorrem os fenômenos”. Por este motivo, esta etapa da coleta de dados foi utilizada durante toda a pesquisa.

A observação foi realizada pelo próprio pesquisador, de forma individual, natural e sistemática com o planejamento dos quesitos a serem observados através da elaboração prévia de um instrumento de coleta de dados. A observação ocorreu em duas fases: uma inicial para conhecer a SRPA e o processo de trabalho da equipe de enfermagem (APÊNDICE A), e outra, após a implantação do PA (APÊNDICE B). Para realizar demais anotações pertinentes e essenciais na pesquisa, utilizou-se o Diário de Campo.

Buscando verificar se existem manuais e rotinas escritas para a assistência de enfermagem na SRPA e dados estatísticos do Centro Cirúrgico, foi utilizado no segundo momento, a técnica de pesquisa documental, caracterizada por Trentini e Paim (2004, p.157) como a pesquisa em que “a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina por fontes primárias”.

Combinado a técnica de observação e de pesquisa documental, foi utilizado ainda como instrumento de coleta de dados, o questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, aplicado em dois momentos: antes da implantação do PA (APÊNDICE C) e após a implantação do PA (APÊNDICE D).

Na sequência dos procedimentos metodológicos, deu-se a fase de perscrutação, na qual para obtenção de dados, faz-se necessário o emprego de diversas técnicas e estratégias, como observar os dados implícitos nas expressões corporais, a forma de falar e escutar.

A trajetória de reflexão e a ampliação do espaço da sensibilidade e da experiência humana para a obtenção de informações estão neste tipo de pesquisa convergente-assistencial, como forte requerimento de habilidades estratégicas variadas e afinadas com a linha teórica, que serve de suporte à pesquisa e é orientada pela escuta com sensibilidade, a qual habilita o entrevistador para perceber a profundidade do encontro (TRENTINI; PAIM, 2004, p.89).

A partir da técnica de observação participante (APÊNDICE A), foi possível verificar como ocorre o cuidado de enfermagem aos pacientes admitidos na SRPA, considerando a segurança. Durante a pesquisa documental foi identificado os protocolos assistências já existentes e adotados na instituição e que se aplicam na SRPA. A partir daí, identificou-se a necessidade da elaboração de um protocolo específico ao manejo deste grupo de pacientes e que ao mesmo tempo contemplasse os demais protocolos.

Na intencionalidade de propor a elaboração do PA em parceria com a equipe, a ser adotado na unidade, um questionário inicial foi aplicado aos participantes do estudo, com intuito de caracterizá-los e verificar os conhecimentos referentes à segurança do paciente (APÊNDICE C).

A partir da aplicação do questionário e do levantamento inicial, todo o material foi analisado e teve início o processo de elaboração do PA para o manejo dos pacientes recebidos na SRPA, de acordo com o procedimento anestésico a que foram submetidos, desde sua admissão até alta da unidade. Para construção do PA foram utilizadas como referências básicas o Manual de Cirurgia Segura da OMS e o Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC.

Cabe ressaltar, que a elaboração do PA se deu em conjunto com a equipe de enfermagem da SRPA, da referida instituição pesquisada e para tanto, foi necessário encontros e rodas de conversa em diferentes momentos, considerando pequenos grupos, em períodos distintos e no local de trabalho dos participantes da pesquisa, permitindo a construção coletiva do protocolo. Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, com datas e horários definidos conforme disponibilidade do setor.

Após a finalização desta etapa de elaboração, o mesmo foi apresentado aos demais enfermeiros e enfermeiras da Unidade de Centro Cirúrgico, o que possibilitou sugestões e adequações, a partir da realidade vivenciada.

Após a etapa de ajustes, o PA foi aplicado durante o período de sete dias pelos profissionais de enfermagem da SRPA, com auxílio da pesquisadora e posterior avaliação, considerando o modelo adotado e proposto conforme apresentado nos quadros 5 e 6 dos resultados da pesquisa.

Na perspectiva da Avaliação do PA, após a aplicação do referido instrumento, verificou-se junto à equipe de enfermagem, se o protocolo elaborado coletivamente foi efetivo e viável na segurança do paciente, no sentido de avaliar a sua possível implantação. Para isso, foi aplicado um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, sempre com o cuidado do pesquisador não influenciar a equipe nas respostas (APÊNDICE E).

Os procedimentos de coleta e análise de informações ocorreram simultaneamente, pois este método segundo Boyd (1993 apud TRENTINI e PAIM, 2004, p.92) ajuda a “refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo”.

Na fase de análise dos dados, após a coleta, os mesmos foram organizados e categorizados, num processo de apreensão, com o objetivo de adquirir uma representação simplificada dos mesmos. Esta estratégia visa facilitar o reconhecimento de informações como palavras, frases e temas que persistem nos relatos dos participantes. (TRENTINI e PAIM, 2004). Na sequência, após a rigorosa análise dos dados coletados ocorreu a *fase de interpretação* dos mesmos por meio dos processos de “síntese, teorização e transferência” (TRENTINI e PAIM, 2004, p.95).

A fase de síntese, decorrida posteriormente, compreende o momento em que examinam-se as associações e variações das informações até que consiga sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho (TRENTINI e PAIM, 2004). Já a fase de teorização, consiste em analisar mais profundamente as informações procurando extrair significados que auxiliarão na formação de pressupostos e questionamentos. Neste sentido, com o objetivo de analisar, organizar e extrair significados dos dados obtidos na pesquisa foi utilizado a análise de conteúdo proposta por Bardin que segundo esta autora (2011) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

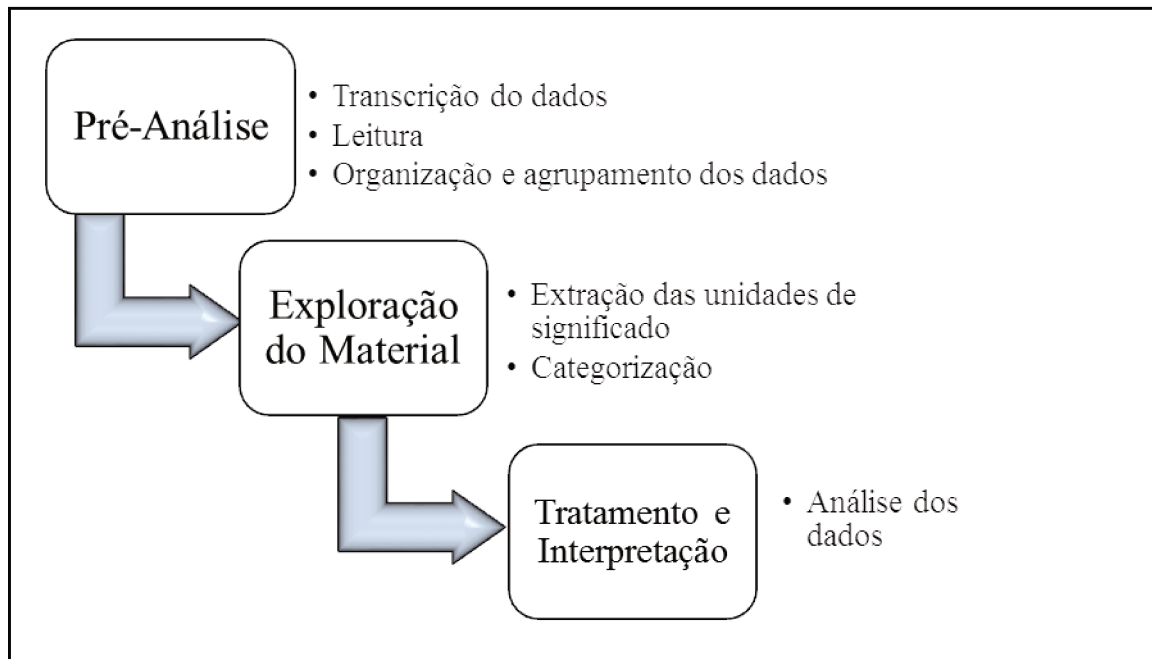
Portanto, durante o processo de coleta de dados ocorreu a análise dos mesmos seguindo as seguintes etapas:

Fase de Pré-análise: na qual ocorreu a organização do material por meio de procedimentos de leitura e buscando extrair hipóteses e indicadores com o intuito de apropriar-se dos dados e construir as categorias.

Fase de exploração do material: onde foram identificadas as unidades de significados e posteriormente na fase de tratamento dos resultados e interpretação os elementos foram classificados segundo suas características em comum, formando as categorias para posterior análise dos resultados.

Fase de tratamento, interpretação e análise dos dados: Esta fase levou em conta a questão de pesquisa, os objetivos propostos e o referencial teórico adotado, que é o segundo desafio global para a segurança do paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e o Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC. Abaixo, na figura 6, segue o processo explicativo das etapas adotadas na análise dos dados.

Figura 6: Etapas de Análise dos Dados



Fonte: KLEIN, Suélem. Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: um cuidado desvelado neste território de passagem. Nov. 2014. 74 f.

No capítulo a seguir são apresentados os resultados obtidos a partir das técnicas de coleta de dados e que posteriormente subsidiaram a análise dos mesmos e discussão da presente pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 OBSERVAÇÕES A CERCA DO CUIDADO NA SRPA ESTUDADA

A técnica de observação participante por meio de instrumento sistematizado (APÊNDICE A), juntamente com o Diário de Campo permitiu estabelecer como está estruturada a SRPA tanto fisicamente quanto os processos de trabalho que refletem numa assistência sobre o olhar da segurança do paciente.

A SRPA conta com aproximadamente 30 leitos divididos em duas áreas com dois postos de enfermagem. Os pacientes e equipe ficam concentrados em um dos lados da SRPA. Todos os leitos possuem monitor multiparâmetros, saída de O₂, vácuo, ar comprimido, camas com grades, separadas por cortinas e com iluminação individual. Possui uma área separada com 3 leitos pediátricos e 3 leitos de isolamento. Conta ainda com dois banheiros (feminino e masculino com acessibilidade) e um carro de emergência. No posto de enfermagem estão disponíveis as soluções, luvas, máscaras, impressos, EPI's, computadores, central de monitorização, bancada para preparo de medicações e lixeiras para separação de resíduos.

Os profissionais que prestam assistência ao paciente são na maioria de enfermagem, o paciente fica também sob responsabilidade do anestesiológico que realizou a anestesia ou na ausência deste do anestesiológico de plantão. O médico cirurgião geralmente nos casos mais graves acompanha o paciente até a SRPA. Ao término do procedimento cirúrgico a equipe de enfermagem da SRPA prepara-se para admitir o paciente. A admissão inicia com o preparo de leito, selecionando de acordo com o procedimento realizado, e o mais próximo do posto de enfermagem, aquecimento da cama, montagem da oxigenoterapia e checagem do monitor multiparamétrico.

Ao chegar na SRPA o circulante da sala passa o plantão no próprio leito com algumas informações sobre o paciente não utilizando a LVSC como referência mas repassando dados breves da história do paciente e do procedimento e anestesia realizadas. A equipe de enfermagem realiza a monitorização, instala oxigenoterapia para todos os pacientes, aquecimento corpóreo, verificam dispositivos, abrem drenos e sondas deixando-os de fácil visualização. Alguns conversam com o paciente situando-o. É realizada uma avaliação inicial geral como consciência, curativos, sinais vitais e ainda aplicam escala de Aldrete e Kroulik, porém estes cuidados não ocorrem sistematicamente em todos os pacientes.

Após a admissão inicial os profissionais realizam as anotações de enfermagem, conferência de exames e espécimes cirúrgicos, registros, etc.

Os técnicos em enfermagem registram os sinais vitais conforme protocolo existente, em impresso de sinais vitais e anotações de enfermagem. Nesta folha também realizam a anotação da admissão do paciente, das intercorrências e da alta da SRPA. Para as anotações existe modelo pré-estabelecido.

A avaliação constante do paciente é realizada também por meio do emprego de algumas escalas como de Aldrete e Kroulik e de Kendall. Não são utilizadas as escalas de STEWARD para crianças e a de Ramsey para pacientes que são admitidos ainda sedados.

Após a admissão o processo de permanência deste paciente na SRPA depende do procedimento cirúrgico e da anestesia a que foi submetido e ainda se o mesmo foi realizado em caráter ambulatorial ou de internação, conforme explicado a seguir:

Anestesia geral/sedação paciente internado: Após a admissão, os sinais vitais são constantemente reavaliados e aferidos conforme protocolo institucional permanecendo a reavaliação de drenos e sondas, possíveis sangramentos, volume de diurese, dor, escala de Aldrete e Kroulik e ao completar duas horas se o paciente estiver com nota de 8 a 10 na EAK, pouca ou ausência de dor, ausência de sangramento importante e de globo vesical é solicitada avaliação do anestesiológico responsável ou de plantão para liberação. Nestes casos a alimentação não é liberada na SRPA, somente água se o paciente solicitar e se não estiver com jejum prescrito.

Anestesia geral paciente ambulatorial: No mínimo quatro horas de permanência na SRPA, reavaliando e registrando sinais vitais conforme protocolo institucional, sangramentos, drenos, administram medicações se o paciente apresentar queixa de dor ou náuseas/vômito. Se paciente bem acordado, após aproximadamente duas horas ou conforme orientação médica é elevada a cabeceira a 90° por aproximadamente quinze minutos e liberada dieta ao paciente. Após alguns minutos se o paciente não apresentar mal estar é encaminhado ao banheiro e estimulada diurese espontânea. Se deambular e apresentar diurese, ausência de dor e sangramento ao completar quatro horas solicita-se avaliação anestésica para liberação.

Anestesia raquidiana paciente internado: o manejo é como o da anestesia geral internado dando maior ênfase à movimentação dos membros inferiores e ausência de globo vesical.

A anestesia raquidiana paciente ambulatorial segue as mesmas condutas da anestesia geral. A dieta é liberada após no mínimo 2 horas, movimentação dos membros inferiores e estando bem acordado. Após liberação da dieta, o paciente permanece sentado por mais alguns minutos e se apresentar boa movimentação nos membros inferiores é estimulada deambulação com auxílio e diurese espontânea.

Anestesia local paciente internado: Após o término do procedimento o paciente não é admitido na SRPA, o mesmo somente aguarda a setor de internação vir busca-lo para então retornar ao quarto.

Anestesia local paciente ambulatorial: O paciente é admitido na SRPA da mesma forma que na anestesia geral sendo que o que diferencia é o tempo de liberação que é cerca de 1 hora após alimentação.

Anestesia bloqueio regional paciente internado: Mesmas condutas da anestesia geral internado. A anestesia bloqueio regional em paciente ambulatorial segue as mesmas condutas da anestesia geral ambulatorial.

Os critérios de alta do paciente da SRPA dependem do tipo de cirurgia, anestesia e do destino, como descrito acima. De uma forma geral, os pacientes necessitam obter nota na EAK 8 a 10, escala de Kendall nota 4 ou 5, estar bem acordado, ausência ou dor mínima, diurese espontânea (ambulatorial) ou ausência de globo vesical (internados), e ter deambulado no caso dos pacientes ambulatoriais quando não apresentam restrições.

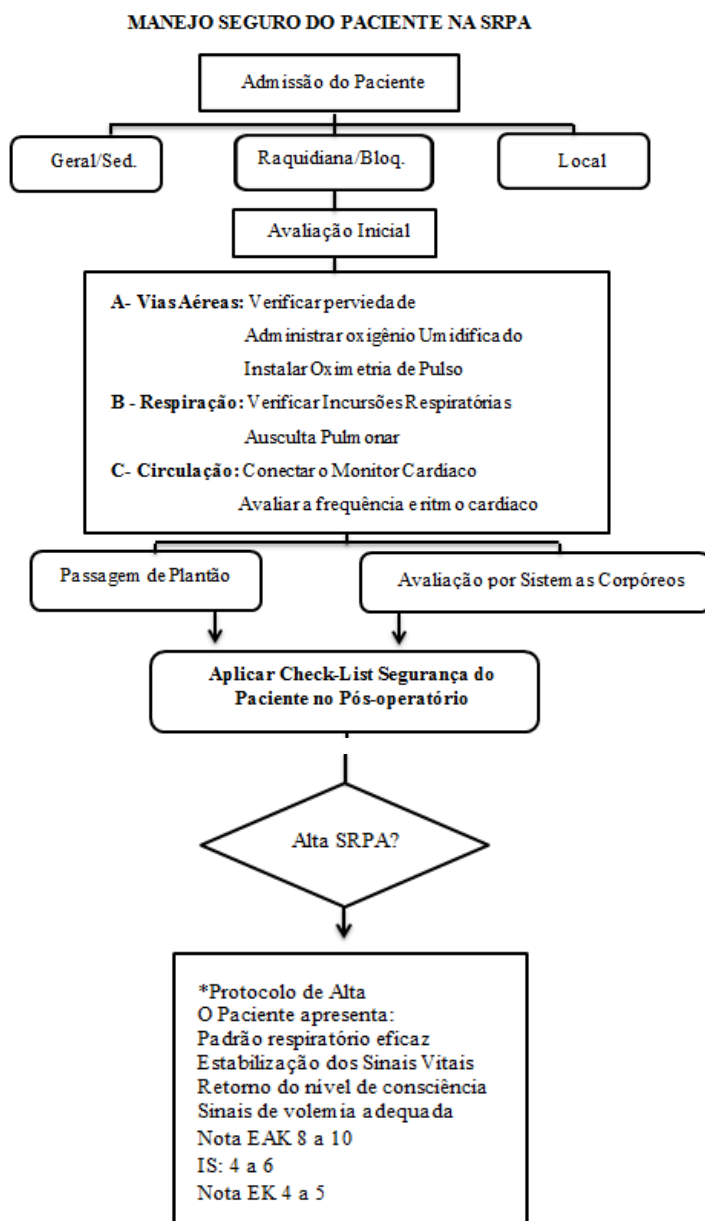
A partir do momento que o paciente recebe alta da SRPA alguns procedimentos são realizados envolvendo questões burocráticas como registro de gastos, registros de enfermagem, alta no sistema específico, etc. se o paciente for para um leito de internação é contatada a equipe de enfermagem do setor e comunicado sobre a liberação do paciente e este setor vem busca-lo na porta do CC. Antes de transferir o paciente, o profissional de enfermagem da SRPA passa o plantão ao profissional que irá admitir este paciente na unidade de internação repassando dados como nome do paciente, procedimento realizado, intercorrências na SRPA, liberação de dieta, eliminações vesicais e intestinais e outras informações que considerar pertinentes. Neste momento também não é utilizada a LVSC como fonte de informações.

Já os pacientes ambulatoriais são encaminhados para sala de transferência de pacientes onde são auxiliados na troca de roupa e posteriormente auxiliados na saída do hospital.

4.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL E CHEK-LIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Após a coleta e análise dos dados, foi possível identificar quais pontos da assistência prestada aos pacientes condiziam com a literatura e estavam embasadas cientificamente e quais necessitavam de melhorias. A partir daí ocorreu a elaboração do PA e do *Check-List* em conjunto com a equipe de enfermagem apresentados a seguir nos quadros 5 e 6.

Quadro 5 - Protocolo Manejo Seguro do Paciente na SRPA



Fonte: KLEIN, Suélem. Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: um cuidado desvelado neste território de passagem. Nov. 2014. 73 f.

Quadro 6: Check-List Protocolo de Manejo Seguro do Paciente na SRPA

CHECK-LIST SEGURANÇA DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

ETIQUETA	Paciente: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Cirurgião: _____ Registro: _____	
Procedimento Cirúrgico: _____ Hora da Admissão SRPA: _____ Tipo de Anestesia: () Geral () Raquidiana () Peridural () Sedação () Bloqueio () Local Médico Anestesiologista: _____ Alergia: Enfermeiro responsável/COREN: _____ Técnico responsável/COREN: _____		
<u>ADMISSÃO E PERMANÊNCIA</u>		
I. Avaliação do ABC	A: Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Verificar a perviedade <input type="checkbox"/> Administrar oxigênio umidificado <input type="checkbox"/> Instalar oximetria de pulso
	B: Respiração	<input type="checkbox"/> Verificar excursões respiratórias <input type="checkbox"/> Determinar a qualidade dos murmúrios respiratórios
	C: Circulação	<input type="checkbox"/> Conectar o monitor cardíaco <input type="checkbox"/> Avaliar a frequência e ritmo cardíaco
II- Receber plantão e registrar as informações na evolução	<i>Checklist</i> Cirurgia segura	*Dados de Identificação *Estado do paciente no período pré-operatório (co-morbidades) *Anestesia e cirurgia propostas e realizadas *Complicações no transoperatório *Medicações administradas na Sala Operatória *Cuidados relevantes apontados pela equipe cirúrgica
III- Realizar avaliação inicial por sistemas corpóreos	Respiratório Cardiovascular Neurológico Renal Sítio Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Integrar os dados recebidos <input type="checkbox"/> Verificar sinais vitais (temperatura, pulso, respiração, pressão arterial) a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora. <input type="checkbox"/> Promover aquecimento corpóreo e manutenção da normotermia <input type="checkbox"/> Verificar ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Avaliar a dor/escala numérica, quanto a localização, intensidade e características <input type="checkbox"/> Avaliar desconfortos, náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência (Escala de Glasgow ou Ramsey) <input type="checkbox"/> Posicionar o paciente conforme indicado <input type="checkbox"/> Analisar condição e coloração da pele <input type="checkbox"/> Verificar pulsos periféricos e sensibilidade nas extremidades. <input type="checkbox"/> Avaliar a linha de sutura, na ausência de curativos. <input type="checkbox"/> Avaliar a condição do curativo. <input type="checkbox"/> Verificar tipo, perviedade e segurança dos drenos e cateteres, quantidade e tipo de drenagem. <input type="checkbox"/> Analisar resposta muscular e força motora- Escala de Kendall. <input type="checkbox"/> Verificar resposta pupilar, quando indicada. <input type="checkbox"/> Realizar balanço de líquidos (entrada e saída). Diurese 30ml/h <input type="checkbox"/> Verificar conforto físico e emocional. <input type="checkbox"/> Aplicar Escala de Aldrete e Kroulik para adultos e Índice de Steward para crianças na admissão e no momento da alta. <input type="checkbox"/> Registrar dados em anotações de enfermagem e impressos. <input type="checkbox"/> Identificação/registros dos espécimes cirúrgicos. <input type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do anestesiologista na presença de alterações do nível de consciência, alterações respiratórias e ou hemodinâmicas, queixas de dor, náuseas, vômitos, ou qualquer desconforto que possa interferir no bem estar e na melhoria do paciente. (SOBECC, 2013, pg. 272).

ELEGIBILIDADE AOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

- Prevenção de Queda
- Prevenção de Flebite
- Prevenção de Lesões de Pele
- Prevenção de Dermatites
- Prevenção de Alergia
- Prevenção de Alergia ao Látex
- Prevenção de Deterioração Clínica
- Prevenção de Risco de Bronco aspiração
- Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea
- Prevenção de Infecção do Trato Urinário
- Prevenção de Jejum Prolongado
- Infusão de Drogas de Risco
- Dispensação, preparo e administração segura de medicações

- Admissão do paciente cirúrgico e controle dos sinais vitais
- Identificação Segura
- Transporte Interno
- Transposição
- Atendimento Inicial da Sepsis
- Contenção Mecânica do Paciente
- Manejo da dor para pacientes cirúrgicos
- Hemotransfusão
- Descarte de Peças Anatômicas
- Segurança Anatomopatológica
- Isolamento Protetor
- Isolamento por Contato
- Isolamento por Aerossol
- Isolamento para Gotículas
- Outros: _____

ALTA DA SRPA

O paciente apresenta:

- Padrão respiratório eficaz
- Presença de reflexos glossofaríngeos
- Estabilização dos Sinais Vitais
- Retorno do nível de consciência
- Sinais de volemia adequada (PA ao nível normal do paciente e volume urinário >30mL/h)
- ausência de sangramentos por sondas ou drenos

Destino: Domicílio Internação UTI

Nota EAK: 10 9 8 outra NA

Nota IS: 6 5 4 outra NA

Nota EK: 5 4 3 outra NA

Assinada por: _____

Conferir:

- Identificação do paciente (pulseira), curativo, sondas e drenos, acessos venosos, dispositivos
- Desprezar sondas e drenos e registrar
- Curativo limpo
- Organização do prontuário e conferência de exames
- Comunicar unidade sobre o estado clínico do paciente e condições/recursos para o transporte
- Entregar pertences do paciente

PASSAGEM DE PLANTÃO

- *Dados de Identificação
- *Estado do paciente no período pré-operatório (co-morbidades)
- *Anestesia e cirurgia realizadas
- *Complicações no transoperatório e na SRPA
- *Medicações administradas na Sala Operatória e na SRPA
- *Presença, localização e condições de acesso venosos, sondas, drenos, curativos, etc.
- *Presença/indicação de compressor pneumático intermitente
- *Paciente saiu do leito e recebeu dieta
- *Presença e características das eliminações vesicais e intestinais
- *Cuidados relevantes no pós-operatório imediato
- *Conferência de exames

Fonte: KLEIN, Suélem. Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: um cuidado desvelado neste território de passagem. Nov. 2014. 73 f.

A aplicação dos questionários semiestruturados resultou nas tabelas a seguir organizadas a partir das unidades de registro identificadas nas respostas.

Quadro 7 - Categoria Segurança do Paciente na SRPA

CATEGORIA	UNIDADE DE SIGNIFICADO	AFIRMAÇÕES DOS PARTICIPANTES
Segurança do Paciente na SRPA	Protocolos Prevenção de erros Eventos adversos Monitorização Checklist	<p>“Através da implantação de protocolos assistenciais para cada tipo de cirurgia, treinamentos constantes e quantidade de funcionários suficientes para a demanda do setor” (ADSON).</p> <p>“Através dos protocolos assistenciais com cuidados sistematizados e padronizados, com treinamento (educação continuada) da equipe” (BACKAUS)</p> <p>“A segurança na sala de recuperação depende diretamente da elaboração e aplicação de protocolos assistenciais” (BACKAUS).</p> <p>“Seguir protocolos corretos para que não haja erros sem reversão” (KELLY).</p> <p>“Utilizar os protocolos de segurança corretamente” (MARYLAND).</p> <p>“Observações e atendimentos necessários para um pós operatório imediato, longe de possíveis erros” (MAYO).</p> <p>“Colaboradores o suficiente para que se possa ser garantida a segurança. Capacitações, adaptações, entusiasmo para desenvolver tal atividade” (MAYO)</p> <p>“Os colaboradores monitoram os pacientes constantemente sempre atentos” (ADSON)</p> <p>“A equipe está sempre preocupada com os cuidados para com os pacientes” (BACKAUS)</p> <p>“Confirmando os cuidados pós-operatórios relevantes com o checklist” (KELLY)</p> <p>“Conferindo o checklist” (MARYLAND)</p> <p>“Passam os cuidados a serem realizados” (ADSON)</p> <p>“Uma assistência integral...sistematizada” (BACKAUS)</p> <p>“Para que possamos atentar aos cuidados mais específicos” (BACKAUS)</p> <p>“Orientações de cuidados” (FAURE)</p> <p>“Confirmando os cuidados pós-operatórios relevantes com o checklist” (KELLY)</p> <p>“Cuidados são feitos de acordo com cada procedimento” (MAYO)</p> <p>“Menos erros na hora da assistência e se ter um posicionamento a seguir” (MAYO)</p> <p>“Pois sabemos quais são os principais cuidados que devemos ter com o paciente” (MIXTER)</p>

Fonte: KLEIN, Suélem. Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: um cuidado desvelado neste território de passagem. Nov. 2014. 73 f.

Quadro 8 – Categoria Protocolos Assistenciais

CATEGORIA	UNIDADE DE SIGNIFICADO	AFIRMAÇÕES DOS PARTICIPANTES
Protocolos Assistenciais	Segurança Conhecimento Redução de erros	<p>“Os protocolos assistenciais reduzem os problemas causados e estimulam constantemente o aprimoramento dos processos da instituição de saúde, garantindo a qualidade na assistência.”. (BACHAUS)</p> <p>“Através dos protocolos assistenciais com cuidados sistematizados e padronizados”. (BACHAUS)</p> <p>“Conhecimentos científicos que irão nortear as ações da equipe em determinada situação”. (ADSON)</p> <p>“Seguindo corretamente os protocolos institucionais e sempre tendo a certeza do que está fazendo, afinal trabalhamos com vidas”. (MARYLAND).</p> <p>“Através dos protocolos assistenciais que conseguimos dar mais segurança para o paciente”. (KELLY)</p> <p>“É necessário para que haja menos erros na hora da assistência e para se ter um posicionamento a seguir em casos isolados e também de rotinas, saber qual a decisão correta a se tomar”. (MAYO)</p> <p>Os protocolos nos dão segurança de como realizar as rotinas adequadas com os pacientes”. (FAURE)</p> <p>“Através dos protocolos que dá segurança para o nosso trabalho de assistência e principalmente a segurança para o paciente”. (MARYLAND)</p>

Fonte: Fonte: KLEIN, Suélem. Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: um cuidado desvelado neste território de passagem. Nov. 2014. 73 f.

5 DISCUSSÃO: algumas perspectivas

Cabe ressaltar, que após todo o processo desenvolvido, foi realizada socialização, ou fase de transferência dos resultados junto a equipe, que visa, além de apontar pistas para o problema de pesquisa, refletir diretamente na qualidade da assistência da área pesquisada.

A partir da aplicação do primeiro questionário foi possível caracterizar os profissionais envolvidos na pesquisa. Dos sete participantes, seis pertencem à faixa etária de 20 a 30 anos e um de 41 a 50 anos, destes, todos são do sexo feminino reproduzindo uma característica histórica da profissão.

Quanto à categoria profissional, constitui-se de dois enfermeiros e cinco técnicos em enfermagem, sendo que este total atua na profissão há mais de dois anos. Quando questionados se receberam alguma capacitação profissional específica para trabalhar na SRPA, apenas um dos participantes respondeu de forma positiva e que esta foi realizada por um Técnico em Enfermagem.

Diante destes dados apresentados, alguns aspectos necessitam ser considerados, como a importância da capacitação profissional para que a SRPA atinja sua finalidade, garantindo uma equipe treinada e habilitada a prestar cuidados individualizados e de alta complexidade (GALDEANO, 2010).

Devido às especificidades e capacidades necessárias ao trabalho de enfermagem na SRPA, percebe-se que não houve rotatividade dos profissionais de nível técnico, onde o tempo mínimo de atuação dos participantes neste local é de 6 meses. Quanto aos enfermeiros, estes em alguns horários necessitam atuar ao mesmo tempo nas fases do trans e pós-operatório.

A partir das respostas obtidas nos questionários foi possível elucidar algumas falas frequentes dos participantes, evidenciando a importância dos protocolos assistenciais para a segurança do paciente. Durante a análise dos dados emergiram os dois subcapítulos, descritos a seguir.

5.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: o visível e o divisível nos saberes e fazeres do cuidado de enfermagem

Nas últimas décadas, a atuação do enfermeiro no ambiente cirúrgico vem assumindo um caráter diferenciado com vistas ao alcance da qualidade e da garantia da segurança, através da prestação de uma assistência qualificada, especializada e humana.

A segurança é um dos critérios básicos para a garantia da qualidade da assistência ao paciente, sendo fundamental adotar estratégias para reduzir os erros e eventos adversos nas instituições de saúde. Estes erros podem ser prevenidos através da implantação de medidas simples e seguras que precisam ser adotadas e divulgadas (VENDRAMINI, 2010). Durante a pesquisa, as falas dos participantes ilustraram os aspectos sobre segurança, como se observa a seguir, referente ao que consideram um cuidado seguro na SRPA:

“Através dos protocolos assistenciais com cuidados sistematizados e padronizados” (BACKAUS).

“Observações e atendimentos necessários para um pós-operatório imediato, longe de possíveis erros” (MAYO).

“A segurança na sala de recuperação depende diretamente da elaboração e aplicação de protocolos assistenciais” (BACKAUS).

Percebe-se com frequência nas falas, a ligação de um cuidado seguro com os protocolos assistenciais. Estes profissionais reconhecem a importância do estabelecimento de diretrizes que guiem a atuação da equipe e que possibilitem a prevenção de possíveis erros. Sabendo que em determinados momentos admitem-se vários pacientes simultaneamente e que isto exige uma rápida atuação e tomada de decisão por parte da equipe de enfermagem. Os protocolos assistenciais permitem um cuidado sistematizado ao paciente e ao mesmo tempo embasado em evidências científicas (WERNECK *et al.*, 2013).

Outro ponto observado nas respostas é a relação de um cuidado seguro considerando o número adequado de profissionais:

“Colaboradores o suficiente para que se possa ser garantida a segurança” (MARYLAND).

“Quantidade de funcionários suficientes para a demanda do setor” (ADSON).

A SRPA configura-se como uma unidade de atendimento crítico e por este motivo é exigida a presença do enfermeiro (COFEN, 1986). Segundo recomendações da SOBECC, a proporção de enfermeiros para pacientes que dependem de respiradores é de um para cada três ou quatro pacientes e de um técnico em enfermagem para cada três pacientes. Já para

pacientes que não dependem de respiradores o número mínimo recomendado é de um enfermeiro para cada oito leitos, sendo o número de técnicos de enfermagem o mesmo anteriormente citado (SOBECC, 2013).

Uma pesquisa realizada com o objetivo de examinar o número de enfermeiros associados ao risco de mortalidade dos pacientes cirúrgico com complicações obteve como conclusão a alta proporção destes profissionais relacionada à baixa taxa de mortalidade e complicações (AIKEN, 2003).

Evidências científicas produzidas em diferentes países indicam que instituições que possuem adequado número de enfermeiros com maior qualificação profissional, sendo este último aspecto mais significativo sobre os resultados, possuem melhores resultados em saúde e na promoção de segurança, com redução de taxas de infecção hospitalar, quedas, úlceras por compressão, erros de medicação, contribuindo com decréscimos significantes no tempo de permanência nas instituições de saúde e na mortalidade dos pacientes (PEDREIRA, 2009, p. 881).

Diante disso, ressalta-se a importância integral do enfermeiro na SRPA como elemento essencial a promoção da segurança do paciente. Uma atribuição importante deste profissional é o gerenciamento da assistência de enfermagem organizando a admissão dos pacientes por complexidade buscando não elevar a quantidade recomendada de pacientes por técnico em enfermagem.

Outro aspecto importante percebido como forma de garantir a segurança do paciente é a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica adotada pela instituição durante o transoperatório, também no pós-operatório, devido à relevância dos dados dela obtidos, como as situações do paciente no pré-operatório, intercorrências no procedimento cirúrgico, entre outras. As falas reafirmam isso:

“Confirmando os cuidados pós-operatórios relevantes com o checklist” (KELLY)

“Conferindo o checklist” (MARYLAND)

“Pois sabemos quais são os principais cuidados que devemos ter com o paciente” (MIXTER)

É essencial a existência de um elo entre as fases da assistência de enfermagem no período perioperatório, por isso a importância de instrumentos/documentos que garantam a continuidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico, como o *check-list* e as anotações de enfermagem.

De acordo com alguns autores, “a documentação facilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde, promove a continuidade da assistência, reflete no plano de cuidados e serve como registro legal do cuidado fornecido” (CUNHA; PENICHE, 2007, p. 152).

Segundo a SOBECC, os dados de identificação, diagnóstico médico, antecedentes patológicos, alergias a drogas, tipos de cirurgia e anestesia realizadas, problemas e complicações ocorridas durante a cirurgia, entre outras, são necessárias para a implementação do cuidado de enfermagem no pós-operatório (SOBECC, 2013).

O registro dos dados promove a continuidade da assistência e permite um pensamento crítico. Visto que o ambiente cirúrgico exige agilidade dos profissionais e ao mesmo tempo estes necessitam registrar os cuidados prestados a elaboração de instrumentos embasados em referencial teórico e de fácil aplicação facilitam este processo (TANNURE, 2008).

A elaboração de um *check-list* para o manejo seguro do paciente na SRPA buscou contemplar todas as questões discutidas anteriormente, associando os dados relevantes ao cuidado com a sistematização da assistência. A instituição hospitalar já possui protocolos institucionais e específicos do centro cirúrgico que contribuem para a segurança do paciente.

A partir das observações realizadas e das respostas obtidas nos questionários, pode-se perceber que os profissionais têm consciência da existência e importância dos protocolos já existentes, porém no cotidiano acabam não aplicando efetivamente seja pela demanda de trabalho ou falta de hábito.

No contexto assistencial do país, poucos são os enfermeiros que atuam em ambientes que centram suas ações em evidências científicas. Muitos passam seu dia de trabalho corrigindo falhas no sistema, procurando materiais, trocando equipamentos quebrados, buscando prescrições e documentos deixados em locais errados, corrigindo falhas da lavanderia, farmácia, manutenção, nutrição e limpeza, sendo que, ao final do dia de trabalho, percebem que não conseguiram realizar cuidados de enfermagem diretos ao paciente, e nem tampouco supervisionar de modo eficiente os cuidados prestados por técnicos ou auxiliares de enfermagem (PEDREIRA, 2009, p. 881).

Por isso, ao elaborar o Protocolo de Manejo Seguro do Paciente na SRPA, sob a forma de aplicação do *check-list* possibilitou-se a estes profissionais elencar um instrumento que privilegie os pacientes da SRPA, frente os diversos protocolos já existentes na instituição, garantindo a efetivação e conseqüente promoção da segurança do paciente e equipe.

Ainda dentro dos aspectos relacionados com a segurança do paciente, os participantes afirmam a importância da capacitação profissional:

“Acredito que segurança (atendimento seguro) é quando um paciente não sofre erro ou evento, que seja submetido a cuidados por uma equipe devidamente treinada e capacitada”. (BACHAUS)

“Capacitações, adaptações, entusiasmo para desenvolver tal atividade”. (MAYO)

“Treinamentos constantes”. (ADSON)

"Com treinamento (educação continuada) da equipe”. (BACKAUS)

Pesquisas apontam o conhecimento como uma das principais ferramentas que os profissionais de saúde possuem para garantir cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes (REIS, et al, 2010). A capacitação profissional por meio de programas de educação continuada vem a contribuir para a qualificação da assistência uma vez que buscam preencher lacunas de conhecimento identificadas na prática profissional, refletidos no cuidado ao paciente.

Artigo publicado no *Journal of Clinical Nursing* e citado por Melo e Silva (2008, p.169), buscou analisar os fatores que contribuíram para erros de medicação. Os autores afirmam que a equipe de enfermagem é vulnerável a múltiplas interrupções e distrações que podem afetar sua capacidade de memória e atenção durante períodos críticos, ocasionando ausência de foco e incapacidade em seguir protocolos.

Para tanto, os serviços de saúde necessitam garantir um ambiente seguro, tanto para os profissionais, quanto aos pacientes. A elaboração dos protocolos assistenciais contribui para a qualificação da assistência, mas se estes são de difícil aplicabilidade, se o número de profissionais é insuficiente para a demanda de atividades e se trabalham desmotivados, provavelmente ocorrerão erros neste caminho.

Constata-se que a segurança do paciente não depende só de equipamentos e recursos tecnológicos, mas de profissionais capacitados, procedimentos e intervenções respaldados pelo conhecimento prático e científico, sedimentados em comportamentos, atitudes e hábitos seguros na execução, evitando-se assim a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, complicações que, na maioria das vezes, decorrem da alta complexidade inerente ao processo anestésico cirúrgico (POPOV; PENICHE *apud* SOBECC, 2013, p.263).

Portanto várias ações, atitudes e valores necessitam ser empregados nos serviços de saúde de tal forma que a consciência política e profissional a respeito da segurança do paciente proposta pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente seja efetivada.

5.2 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: enfermagem e as possibilidades de um cuidar atento

A elaboração de um protocolo assistencial para o manejo seguro do paciente na SRPA possibilita que as ações desenvolvidas deixem de ser realizadas de forma empírica e passem a ser embasadas por fundamentação científica de forma sistematizada e segura, através de instrumentos confiáveis e de fácil aplicação. Conforme constatado, grande parte das respostas obtidas, se refere a um cuidado seguro através da utilização dos PA:

“Os protocolos assistenciais reduzem os problemas causados e estimulam constantemente o aprimoramento dos processos da instituição de saúde, garantindo a qualidade na assistência.”. (BACHAUS)

“Através dos protocolos assistenciais com cuidados sistematizados e padronizados”. (BACHAUS)

“Conhecimentos científicos que irão nortear as ações da equipe em determinada situação”. (ADSON)

“Seguindo corretamente os protocolos institucionais e sempre tendo a certeza do que está fazendo, afinal trabalhamos com vidas”. (MARYLAND).

“Através dos protocolos assistenciais que conseguimos dar mais segurança para o paciente”. (KELLY)

“É necessário para que haja menos erros na hora da assistência e para se ter um posicionamento a seguir em casos isolados e também de rotinas, saber qual a decisão correta a se tomar”. (MAYO)

Observa-se evidenciado nas respostas, a relação entre os PA e a prevenção de erros e eventos. A presença dos incidentes e eventos adversos, que comprometem a segurança do paciente, constitui-se atualmente em grande desafio para o aprimoramento da qualidade no setor saúde (PAIVA et al, 2010).

Pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar os eventos adversos evitáveis ocorridos em pacientes internados em hospitais do estado Rio de Janeiro constatou que o fator contribuinte mais frequente foi porque os profissionais não verificaram ou não aderiram a norma, protocolo ou diretriz clínica (MENDES et al, 2013, p. 424).

As afirmações dos autores vêm ao encontro dos aspectos levantados nas respostas dos participantes, visto que a assistência ao paciente na SRPA exige dos profissionais um preparo para atuar na prevenção e tratamento de complicações decorrentes do processo anestésico-cirúrgico e desta forma, o estabelecimento de diretrizes auxilia na rápida tomada de decisão

de forma segura prevenindo a exposição do paciente aos riscos e possíveis erros e eventos evitáveis.

A frase “errar é humano” é muito conhecida não só no âmbito da saúde. Sabe-se que vários fatores contribuem para a ocorrência de erros durante a assistência como: ambiente inseguro, número insuficiente de profissionais e falta de capacitação, falta de estabelecimento de diretrizes e protocolos, etc. No entanto, os serviços precisam rever suas condutas, no sentido de criar barreiras para que estes problemas não cheguem até o paciente.

Segundo o Documento de Referência para o PNSP, “as barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais atualizados, utilização de protocolos clínicos, uso de *check-list* seguro, etc.” (BRASIL, 2014, p.17).

A percepção de que os PA garantem a segurança do paciente, vai além em alguns relatos, onde os entrevistados reconhecem a importância para a própria segurança profissional.

“Os protocolos nos dão segurança de como realizar as rotinas adequadas com os pacientes”. (FAURE)

“Através dos protocolos que dá segurança para o nosso trabalho de assistência e principalmente a segurança para o paciente”. (MARYLAND)

Neste sentido, os PA visam garantir uma assistência sistemática, organizada e embasada cientificamente refletindo na minimização de erros e em um cuidado respaldado por parte da equipe de saúde. Estes são reconhecidos como instrumentos que promovem tanto a segurança do paciente quanto do profissional.

Instrumentos que tracem caminhos seguros a serem seguidos e que registrem os cuidados prestados favorecem a qualificação da assistência e desta forma dão maior segurança para a equipe.

Os protocolos são estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização do processo de trabalho. Desta forma podem ser considerados elementos importantes para a obtenção da qualidade dos serviços (WERNECK, 2009, p. 12).

Portanto, a utilização dos PA resulta numa enfermagem que busca avançar seus conhecimentos e firmar-se como ciência utilizando as melhores práticas que viabilizam a segurança do paciente e dos profissionais, além de proporcionar aprendizagem e garantir efetiva assistência de excelência.

Pode-se reconhecer que atualmente os PA integram-se a sistematização da assistência de enfermagem planejando as ações a serem executadas. Segundo Tenure e Pinheiro (2010, p.2), a SAE é “uma metodologia científica que vem cada vez mais sendo implementada na prática assistencial conferindo maior segurança aos pacientes, melhoria da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: o fim de um caminho percorrido

O desenvolvimento desta pesquisa surgiu após a reflexão da importância da assistência de enfermagem na SRPA de forma segura e qualificada a partir da minha vivência acadêmica e profissional neste ambiente.

Ao iniciar a elaboração do projeto de pesquisa, inúmeros objetivos foram traçados, porém, no decorrer do seu desenvolvimento muitas pedras foram encontradas no caminho principalmente relacionadas à minha indisponibilidade de tempo, visto a necessidade de conciliar estudo e trabalho.

A Pesquisa Convergente Assistencial tem por principal objetivo a resolução de problemas vivenciados na prática profissional através do desenvolvimento de pesquisas científicas e da proposição de ações que qualifiquem a assistência e resultem na efetivação da enfermagem como ciência. Com esta pesquisa pude perceber e vivenciar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro de integrar ao seu cotidiano profissional a prática científica.

Os serviços de saúde buscam cada dia mais o reconhecimento por meio de certificados de qualificação e para produzir bons resultados, em longo prazo, necessitam estimular e fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas científicas por parte de seus colaboradores, dentre eles os profissionais de enfermagem. Destinar uma parte da carga horária de trabalho para esta atividade possibilita a reflexão sobre os problemas e a busca de alternativas para sua resolução. Enquanto a Enfermagem passar a maior parte do tempo “resolvendo problemas” não terá tempo para identificar possibilidades para sua prevenção.

Com isso, esta atividade passa a ser assumida em maior parte pelo meio acadêmico, porém, percebe-se a importância de integrar os serviços de saúde e as instituições de ensino, com vistas a estimular os profissionais que estão diariamente em contato com o paciente, família e assim, inovar sua prática profissional através de pesquisas científicas.

Neste sentido, faz-se essencial a elaboração e socialização de estratégias que resultam na efetivação da enfermagem como ciência. Esta profissão tão amada e admirada pelos profissionais que por ela optaram, e com um campo de saberes tão próprio, necessita alicerçar-se no conhecimento científico.

Atualmente, os PA vêm sendo amplamente utilizados principalmente pela enfermagem como alternativa de embasar cientificamente as práticas cotidianas. Como resultado desta pesquisa foi possível perceber o reconhecimento dos profissionais quanto relação dos protocolos com a promoção da segurança do paciente e equipe, redução de erros e a sistematização da assistência.

A aplicação do protocolo por meio de *check-list*, além de nortear as ações da equipe possibilitou que estas ocorram de forma sistemática e rápida, visto a complexidade do atendimento na SRPA. Todavia, é necessário destacar que os resultados da pesquisa também demonstram que além dos protocolos assistenciais, outros fatores contribuem para a segurança do paciente na SRPA, como o número de profissionais compatível com o recomendado, capacitação profissional e educação permanente e disponibilidade de recursos materiais. Além disto, só é possível ter um ambiente seguro, se os profissionais que nele trabalhem reconheçam a importância e tenham consciência de tais ações, como aplicabilidade dos protocolos assistenciais.

Apesar de ser considerado um território de passagem, a finalidade da SRPA não é só aguardar pela “passagem da anestesia”, necessitando ser reconhecida como ambiente crítico e complexo em que os cuidados multiprofissionais, e não só de enfermagem necessitam ser intensivos para garantir a continuidade e sucesso do procedimento cirúrgico. Medidas preventivas também precisam ser empregadas como, prevenção de lesões de pele, de infecções e não somente nas unidades de internação.

Apesar da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica recomendada pela OMS ser amplamente aplicada pelos serviços, ainda é pouco utilizada na SRPA, visto que apenas um item contempla os cuidados relevantes no pós-operatório. No entanto, esta contém informações valiosas e essenciais para o cuidado de enfermagem na SRPA como dados de identificação, histórico do paciente, intercorrências no transoperatório, além de promover a comunicação entre os profissionais. Por isso, ressalta-se a importância da socialização de estratégias criadas pela enfermagem que promovam a segurança do paciente e valorizem a SRPA.

Apesar de ser um ambiente que conta com uma equipe multiprofissional, a maior parte da assistência é prestada pela equipe de enfermagem, no entanto o conhecimento e atuação efetiva de outros profissionais se faz necessária para que o cuidado ocorra de forma integral, como anestesiológico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico entre muitos outros que podem contribuir para o restabelecimento e recuperação do paciente.

Acredita-se na importância da presença efetiva do Enfermeiro na SRPA como gerenciador do cuidado, chamando a importância para a segurança do paciente e para efetivação dos protocolos assistenciais. A SRPA é um ambiente em que os pacientes e sua família encontram-se dependentes da equipe e apesar da necessidade de sistematizar a assistência não podemos perder a essência da humanização do cuidado.

Portanto, a pesquisa desenvolvida e aqui apresentada representa a importância de empregar cuidados seguros em todas as fases do perioperatório, considerando que os protocolos assistenciais contribuem para a efetivação da Aliança Mundial na Segurança do Paciente, Desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas e do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Concluo com o desejo de que mais pesquisas sejam desenvolvidas com o propósito de promover a segurança do paciente e a melhoria da profissão, que a consciência da importância deste tema se amplie a todos os serviços de saúde e instituições de ensino.

REFERÊNCIAS

AIKEN, LH; et al. **Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality.** Jama. 2003; 290 (12): 1617-23.

ASA. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Post anesthetic Care. **A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Post anesthetic Care.** Anesthesiology. v. 96, n. 3, mar. 2002.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, 2011.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de; Neide Aparecida de Souza Lehfeld. **Projeto de Pesquisa: Propostas metodológicas.** 21 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 127 p.

BIANCHI, Estela; Raquel de Carvalho (orgs). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e recuperação.** 1ª ed. São Paulo: Manole, 2010. 429 p.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Enfermagem:** contribuição para o cálculo de recursos humanos na área. Rio de Janeiro; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília: 1994, 136 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. **Resolução n. 50 de 21 de fevereiro de 2002.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html acesso em 15/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Boletim Informativo. v.1, n.1, jan-jul 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Dispõe sobre o Requisito de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Resolução n. 63, de 25 de novembro de 2011b.** Disponível em ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/Iels222/U_RS-MS-ANVISA-RDC-63_251111.pdf acesso em 13/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistemas de Notificação em Vigilância Sanitária. **Relatório geral de eventos adversos no período de janeiro a dezembro de 2012b**. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm> acesso em 10/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012c**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html acesso em 19/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013a**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html acesso em 30/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Resolução n. 36 de 25 de julho de 2013b**. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2063-2011.pdf> acesso em 03/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**; 1ª edição; Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar. **Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013d**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html acesso em 10/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BONFIM, Isabel Miranda; William Malagutti. **Recuperação Pós-Anestésica**: assistência especializada no Centro Cirúrgico. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2010. 280 p.

BONFIM, Isabel Miranda; Willian Malagutti. **Enfermagem em Centro Cirúrgico:** atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2013. 333p.

CASTELLANOS, Briguita Elza P; Jouclas, Vanda Maria Galvão. **Assistência de Enfermagem Perioperatória:** um Modelo Conceitual. Rev. Esc. Enferm. USP. v. 24 n. 3 p. 359-70, dezembro de 1990.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Dispões sobre a prática do ato anestésico. **Resolução CFM N° 1.802/2006.** Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802_2006.htm acesso em 12/05/2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986.** Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86> Acesso em 13/05/2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Dispões sobre a Sistematização de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. **Resolução COFEN 358/2009.** Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em 10/05/2014.

CUNHA, Ana Lúcia Silva Mirancos da, Aparecida de Cássia Giani Peniche. **Validação de um Instrumento de Registro para sala de recuperação pós-anestésica.** Acta Paulista Enfermagem, v. 20, nº2, 2007. p. 151-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a07v20n2.pdf> Acesso em 18/09/2014.

GALDEANO LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação anestésica. In: Carvalho R, Bianchi, ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.267-98.

GALVÃO, Cristina Maria. **Estratégias para a segurança do paciente cirúrgico.** Acta Paulista de Enfermagem (Palestra), v. 22, p. 882-3, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, 176p.

HOUAISS, A; **Dicionário eletrônico da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.1 CD-ROM

LEITE, Marcelo. (2014). **“Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros”**. 29 de março de 2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml> Acesso em: 03/05/2014.

MALAGUTTI, William. Isabel Miranda Bonfim. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2013. 333p.

MARCONI, Maria de Andrade; Eva Maria Lakatos. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010, 297p.

MELO, Anna Bianca Ribeiro; Lolita Dopico da Silva, **Segurança na Terapia Medicamentosa: uma revisão bibliográfica**. Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 166-72.

MENDES, Walter. *et al.* **Revisão de estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais**. Revista brasileira de epidemiologia, v.8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, Walter. *et al.* **The assesment of adverse events in hospitals in Brazil**. International Journal for Quality in Health Care, v.21, n.4, p. 279-284, junho 2009.

MENDES, Walter. *et al.* **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, n. 5, p. 421-428, setembro de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *et al.* **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 30ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011, 108 p.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira. **Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro**. 2010. 19f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, v.1, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final**. Direção Geral da Saúde. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na saúde. Lisboa: 2011.

PAIVA, Mirian Cristina Marques da Silva de; Sergio Alberto Rupp de Paiva, Heloysa Wey Berti. **Eventos adversos:** análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.44, n.2, p. 287-94.

PAES, Graciele Oroski; Joséte Luzia Leite. **Protocolos Assistenciais:** A Práxis em Enfermagem e sua Interface com a Tecnologia em Saúde. 17º Seminário Nacional de pesquisa em Saúde. Natal: 2013.

PEDREIRA, Mavilde Luz Gonçalves. **Práticas de enfermagem baseada em evidências para promover a segurança do paciente.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 22, p. 880-1, 2009.

PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. **Algumas Considerações Sobre Avaliação do Paciente em Sala de Recuperação Anestésica.** Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.1, p. 27-32, abr. 1998.

REIS AM, Marques TC, Opitz SP, Silva AE, Gimenes FR, Teixeira TC,, et al. **Errors in medicine administration – profile of medicines:** knowing and preventing. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n.2, 2010.

SILVA, Débora Cristina. **Segurança do paciente no período pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica.** 2008. 81f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. **Práticas Recomendadas SOBECC.** 4ª ed. revisada. São Paulo: SOBECC, 2007, 114p.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. **Práticas Recomendadas SOBECC.** 5ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: SOBECC, 2009, 304p.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. **Práticas Recomendadas SOBECC.** 6ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: SOBECC, 2013, 369p.

TANNURE MC. SAE, **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

TAVARES, E.C. **Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática.** Belo Horizonte, 2010.

TRENTINI, Mercedes; Lygia Paim. **Pesquisa Convergente Assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004, 141p.

VENDRAMINI RCR et al. **Segurança do paciente em cirurgia oncológica:** experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 827-32.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente.** 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013, 478p.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim, et al. **Protocolos de cuidado e de organização do serviço.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013, 83p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento Guia para Observação em Campo 1

Conhecendo a SRPA

1. Quais são os profissionais pertencentes a SRPA?
2. Como é a estrutura física e a disponibilidade de materiais na SRPA?
3. Como é realizada a admissão do paciente na SRPA?
4. Quais são os profissionais (enfermeiro, técnico em enfermagem, anesthesiologista) que participam da admissão do paciente na SRPA?
5. Existe a determinação de um número de pacientes admitidos por técnico de enfermagem e enfermeiro?
6. Como ocorre a divisão de pacientes entre estes profissionais?
7. Quais são os parâmetros inicialmente avaliados na admissão do paciente na SRPA?
8. Quais as condutas tomadas pela equipe de enfermagem na admissão do paciente na SRPA?
9. Existe diferenciação da avaliação e assistência de enfermagem prestada aos pacientes dependendo do tipo de procedimento anestésico a que foi submetido?
10. Após admissão, como se dá o processo de permanência do paciente na SRPA?
11. Utiliza-se algum instrumento de avaliação (Aldrete e Kroulik/Steward/Ramsey)?
12. Como é a conduta da equipe de enfermagem frente intercorrências ou complicações pós-operatórias ocorridas na SRPA?
13. Quais são os critérios de alta dos pacientes na SRPA?
14. Quem é o responsável pela liberação dos pacientes na SRPA?
15. Como ocorrem os registros no prontuário do paciente na SRPA?
16. São feitas orientações aos pacientes ou familiares quanto aos cuidados necessários no pós-operatório?
17. Acontece algum tipo de abordagem à família enquanto o paciente permanece na SRPA?
18. Como se dá o encaminhamento do paciente quando este recebe alta hospitalar (pacientes ambulatoriais)?
19. Como se dá a liberação do paciente para o leito de internação?
20. Como se dá a passagem de plantão da equipe de enfermagem?

APÊNDICE B - Instrumento Guia para Observação em Campo 2

Após a implantação do Protocolo Assistencial

1. Como ocorre a admissão do paciente na SRPA?
2. Após admissão, como se dá o processo de permanência do paciente na SRPA?
3. Quais são os critérios de avaliação e alta da SRPA?
4. Quais as dificuldades encontradas no processo de implantação do PA?
5. Como é a adesão da equipe de enfermagem ao PA?
6. Ocorreram mudanças na assistência de enfermagem prestada na SRPA?

APÊNDICE C - Questionário1
Caracterização dos Participantes

Data:

1. Identificação do participante

1a. Faixa etária

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- mais de 61 anos

1b. Gênero

- Feminino
- Masculino

1c. Você pertence a qual categoria profissional?

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

1d. Há quanto tempo atua na profissão acima indicada?

- menos de 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- 4 a 5 anos
- mais de 5 anos

1.e Há quanto tempo você trabalha na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) desta instituição?

- menos de 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- 4 a 5 anos

mais de 5 anos

2. Capacitação Profissional

2a. Quando você começou a trabalhar na SRPA recebeu alguma capacitação?

Sim

Não

2c. Se sim, quem realizou?

Enfermeiro

Técnico em enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Outro

2b. Você sabe se existe algum instrumento que estabeleça a assistência de enfermagem na SRPA (Procedimento Operacional Padrão, Manual de rotinas)?

Sim

Não

2c. Se sim, você já teve acesso?

Sim

Não

APÊNDICE D – Questionário 2**Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica*****Segurança do Paciente na SRPA***

3a. O que você entende por segurança do paciente na SRPA?

3b. Você identifica no processo de trabalho na SRPA a preocupação com um cuidado de enfermagem seguro? De que forma?

3c. Quanto ao *Check List* de cirurgia segura, ao admitir o paciente na SRPA você observa as orientações quanto aos cuidados pós-operatórios relevantes que constam no término deste instrumento?

3d. Você acredita que os Protocolos Assistenciais contribuem para a segurança do paciente? Se sim, de que forma?

3e. Você considera necessária a elaboração de um Protocolo Assistencial (PA) para a assistência de enfermagem na SRPA? Por quê?

3f. De que forma você considera que podemos promover a segurança do paciente na SRPA?

APÊNDICE E - Questionário semiestruturado 3**Conhecimento da equipe de enfermagem após a utilização do Protocolo Assistencial****Data do preenchimento:****1. Utilização do Protocolo Assistencial (PA)****1a. Na sua opinião, quais os efeitos do PA no seu trabalho na SRPA?**

1b. Quais as principais mudanças que você poderia citar?

1c. Você identificou algum ponto positivo ou negativo após implantação do PA?

1d. Você acha que o PA melhorou a assistência de enfermagem na SRPA?

1e. Se sim, de que maneira?

1f. Na sua percepção, o PA ajuda a promover a segurança do paciente na SRPA? De que forma?

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “Segurança do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: um cuidado desvelado nesse território de passagem”, desenvolvida para finalização do trabalho de conclusão do curso de enfermagem da UFFS, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Denise Consuelo Moser, orientadora da aluna Suelem Klein. Esta pesquisa justifica-se devido a necessidade da criação de instrumentos que facilitem a assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica e que promovam a segurança do paciente no período pós-operatório. O objetivo desta pesquisa é elaborar um Protocolo Assistencial que promova a segurança do paciente na Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Unimed Chapecó. A sua participação na pesquisa será no seu local e horário de trabalho. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área. Ao participar da pesquisa, você terá os seguintes benefícios: a) participar da construção de um novo instrumento que facilite a sua prática profissional; b) irá adquirir novos conhecimentos para sua atividade cotidiana. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido (a) e você não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados. Os resultados da pesquisa serão divulgados na instituição de ensino e na instituição do local de estudo, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considerar prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Denise Consuelo Moser, e-mail: denise.moser@uffs.edu.br, endereço institucional: SC-459, km 2, s/n. Saída para Guatambu, Chapecó – SC, telefone: (49) 2049-1501, com a aluna Suelem Klein, e-mail: suklain0@yahoo.com.br, endereço institucional: SC-459, km 2, s/n. Saída para Guatambu, Chapecó – SC, telefone: (49) 2049-1501, com o curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, pelo e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, endereço: Av. General Osório, 413-D, Jardim Itália, Ed. Mantelli, 3º andar. CEP: 89.802-210 - Chapecó-SC, telefone (49) 2049-1478. Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Chapecó, ____ de ____ 2014

Nome completo do (a) participante: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Nome completo do (a) pesquisador (a): _____

Nome do orientador (a): _____