

# Entendendo o protocolo de cirurgia segura: a garantia de um cuidado seguro individualizado e humanizado em um centro cirúrgico universitário no interior de São Paulo

## AUTOR

Allison Roberto da Silva, Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização, Mestre em Ciências, Doutorando em Ciências, Enfermeiro Gestor do Centro Cirúrgico, Membro da Equipe de Separação de Gêmeos Siameses, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

## RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional de Humanização (PNH) pode ser aplicada a qualquer entidade de saúde que presta serviços à população em território nacional. Dessa maneira, o Centro Cirúrgico não se exime dessa responsabilidade. Aplicando o conceito de humanização e respeitando os três pilares universais do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se individualizar a atenção dispensada nos cuidados a que os pacientes são submetidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e dos protocolos institucionais de segurança do paciente.

**Objetivo:** Demonstrar a humanização no processo de cuidado de um grande hospital do interior paulista. **Metodologia:** Relato de experiência que ilustra as etapas de cuidado que envolvem o processo cirúrgico. **Resultados e discussões:** A SAEP é realizada no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) através da individualização dos cuidados diretos e indiretos, guiados pelo protocolo de cirurgia segura integrado aos Sistemas HC e às necessidades individuais de cada paciente e de cada procedimento indicado. Os cuidados de enfermagem dispensados no setor incluem um processo complexo de logística, comunicação e cuidados, que visam à garantia da segurança e à qualidade nos atendimentos. **Conclusão:** Os objetivos da individualização garantem um cuidado digno, humanizado e de qualidade à população atendida na instituição.

**Palavras-chave:** Humanização; Enfermagem Cirúrgica; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, com o objetivo de estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores da área

da saúde e pacientes inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) para a construção de relações que auxiliem a gestão e o processo de cuidado, considerando as diferenças e garantindo sua atenção de forma transversal e individualizada<sup>1,2</sup>.

Esse conceito pode ser aplicado a todas as etapas dos processos de assistência à saúde incorporados pelo SUS, inclusive em ambientes muito específicos, como os centros cirúrgicos, que, se não observados corretamente, tendem a se afastar de atividades humanizadas, pois na sua concepção de funcionalidade o olhar automaticamente se torna mais voltado à objetividade do ato cirúrgico, visando à cura da doença, e não a humanidade do paciente e todo o universo que ele representa<sup>1,2,3</sup>.

Centros cirúrgicos tendem a apresentar demandas administrativas intensas dentre as atribuições dos enfermeiros, visto que estes se dividem entre salas operatórias (SO), central de materiais e esterilização (CME) e sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), e, como consequência dessa divisão, os cuidados prestados aos pacientes também se fragmentam entre cuidados diretos e indiretos, cada um em suas especificidades<sup>3</sup>.

Pode-se citar como cuidados diretos todos aqueles em que se tenha a interação direta entre a equipe de enfermagem e o paciente em todos os âmbitos psicofisiológicos, e como cuidados indiretos todo o tratamento que envolva o paciente, porém em que não há interação direta<sup>4</sup>.

Diante desse contexto, em um centro cirúrgico podem ser considerados cuidados diretos os realizados pela equipe de enfermagem: em SO, entre os momentos pré-anestésicos ao final da cirurgia; e na SRPA, nos momentos entre a admissão e a alta do paciente.

Já cuidados indiretos incluem todo o planejamento de enfermagem, como simulações de paciente específico, distribuição de equipamentos e insumos entre as SO e dimensionamento de pessoal, além do trabalho de setores que impactem indiretamente a assistência ao paciente, como o executado pela CME no cuidado de instrumentais e materiais a serem utilizados nas cirurgias e a distribuição de descartáveis e das órteses, próteses e materiais especiais (OPME)<sup>5</sup>.

De acordo com a Resolução n° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)<sup>6</sup>, a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) traz inúmeros benefícios a pacientes e profissionais de enfermagem. Ela é utilizada no centro cirúrgico de maneira adaptada às necessidades do setor e do paciente, pois a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) precisa promover a assistência contínua e não limitada ao ato cirúrgico<sup>7</sup>, visto que esse é um dos processos ao qual o paciente é submetido em sua estadia no hospital<sup>7,8</sup>.

Para simplificar e unificar essas atividades, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2009, a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente. Dentre as prioridades da cartilha, instituiu a cirurgia segura como um dos seis passos primordiais para uma assistência segura, individualizada e humanizada<sup>9</sup>.

Este artigo tem o objetivo de demonstrar a maneira como a SAEP é aplicada aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), de forma individualizada e humanizada.

## METODOLOGIA

Este relato de experiência descreve as atividades de cuidado direto e indireto desempenhadas pelo enfermeiro do centro cirúrgico, aplicadas ao Protocolo de Cirurgia Segura da OMS e a protocolos institucionais voltados ao cuidado e à segurança do paciente, de maneira individualizada e humanizada.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O centro cirúrgico do HCFMRP-USP apresenta, entre os números parciais de 2023, uma média de 1.079 cirurgias por mês. Esses números representam 12.948 pacientes a serem operados no ano. Cada um destes apresenta particularidades e, mesmo compartilhando procedimentos com o mesmo descritivo e por vezes de uma mesma subespecialidade e instrumentais, cada caso representa um desafio único e deve ser tratado individualmente.

O Protocolo de Cirurgia Segura da instituição visa à sistematização dos passos a serem checados em todas as etapas das cirurgias, porém a avaliação de cada paciente acontece de forma individualizada. Todos passam por uma avaliação pré-anestésica (APA) e tem o seu risco cirúrgico diagnosticado pelo médico anesthesiologista no ambulatório, por meio da escala desenvolvida pela Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA)<sup>10</sup>, e assim os riscos ficam visíveis de forma objetiva para a equipe (Tabela 1).

Além dessa avaliação, todas as etapas, riscos e benefícios do processo cirúrgico são especificados, e todas as dúvidas são elucidadas pelo cirurgião no momento da aplicação do Termo de Consentimento da Cirurgia. Todas as reservas (leito, exames e hemoderivados) também são realizadas de maneira individualizada pela equipe. Já as atribuições da enfermagem são amplas e dividem-se entre cuidados diretos e indiretos no pré, intra e pós-operatório.

**Tabela 1. Escala ASA de estado de saúde e risco cirúrgico, 2020.**

ASA	DEFINIÇÃO	TAXA DE MORTALIDADE
I	Paciente sadio, sem alterações orgânicas	0,06-0,08%
II	Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada causada pela doença cirúrgica ou sistêmica	0,27-0,40%
III	Paciente com alteração sistêmica grave de qualquer causa, com limitação funcional	1,80-4,30%
IV	Paciente com alteração sistêmica grave que representa risco de morte	7,80-23,0%
V	Paciente em estado grave, moribundo ou que não é esperado que sobreviva à cirurgia	9,4-51,0%
VI	Paciente com morte encefálica doador de órgãos	/

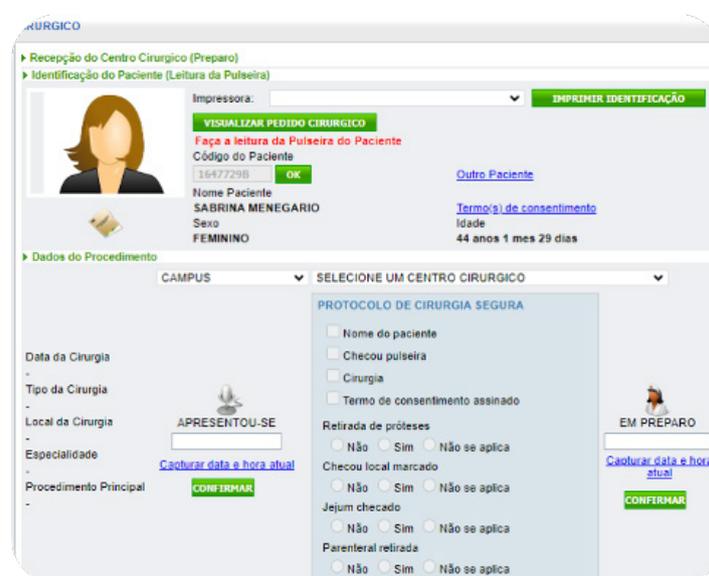
## CUIDADOS INDIRETOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Estes cuidados são relativos à organização e logística necessária para que os procedimentos cirúrgicos aconteçam de forma segura e assertiva, dentre os quais podemos citar:

- Escala de dimensionamento de pessoal, em que a quantidade de profissionais necessárias para que os procedimentos ocorram de maneira segura é definida;
- Distribuição de equipamentos, seus testes e controle de manutenções preventivas e corretivas;
- Correta manutenção, registro e controle dos ciclos de descontaminação e esterilização;

- Conferência do tipo de cirurgia e dos instrumentais solicitados pelo cirurgião para cada procedimento;
- Distribuição de kits de materiais descartáveis (separados para cada paciente);
- Checagem no sistema da escala cirúrgica do dia posterior e sua distribuição;
- Contato com pacientes e acompanhantes para orientações cirúrgicas, incluindo: horário de chegada, tempo de jejum, preparo pré-operatório e orientações sociais;
- Checagem de alergias ou fatores que impactem o preparo das SO;
- Montagem da SO nos momentos que antecedem a cirurgia;
- Checagem de todos os instrumentais, insumos e equipamentos necessários;
- Checagem de leito de UTI ou de SRPA.

### Cuidados diretos no pré-operatório imediato



**Figura 1:** Lista de verificação de cirurgia segura do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), etapa pré-operatória. Ribeirão Preto, 2023.

Estes cuidados são relativos à recepção e ao preparo pré-anestésico do paciente, dentre os quais podemos citar:

- Recepção do paciente no centro cirúrgico;
- Checagem da aplicação do termo de consentimento;
- Checagem da lateralidade ou outras marcações (feitas pelo cirurgião);
- Checagem da retirada de brincos, piercings ou peças de vestuário sintéticos ou que possam causar lesão;
- Orientações aos acompanhantes;
- Preenchimento da primeira etapa do Protocolo de Cirurgia Segura (Figura 1);
- Definição de acesso venoso periférico.

## **Cuidados diretos no intraoperatório**

Estes cuidados são relativos ao espaço de tempo entre a recepção do paciente em SO e seu encaminhamento para a SRPA ou para o leito de terapia intensiva (ABA Protocolo – Figura 2). Essa padronização da assistência se dá em quatro momentos distintos, e envolvem a checagem de todos os pontos de segurança do paciente:

### ***I – Recepção do paciente na SO***

- A SO está higienizada e pronta para a cirurgia?
- Os dados do paciente foram checados?
- E os dados da cirurgia?

### ***II – Antes da indução anestésica***

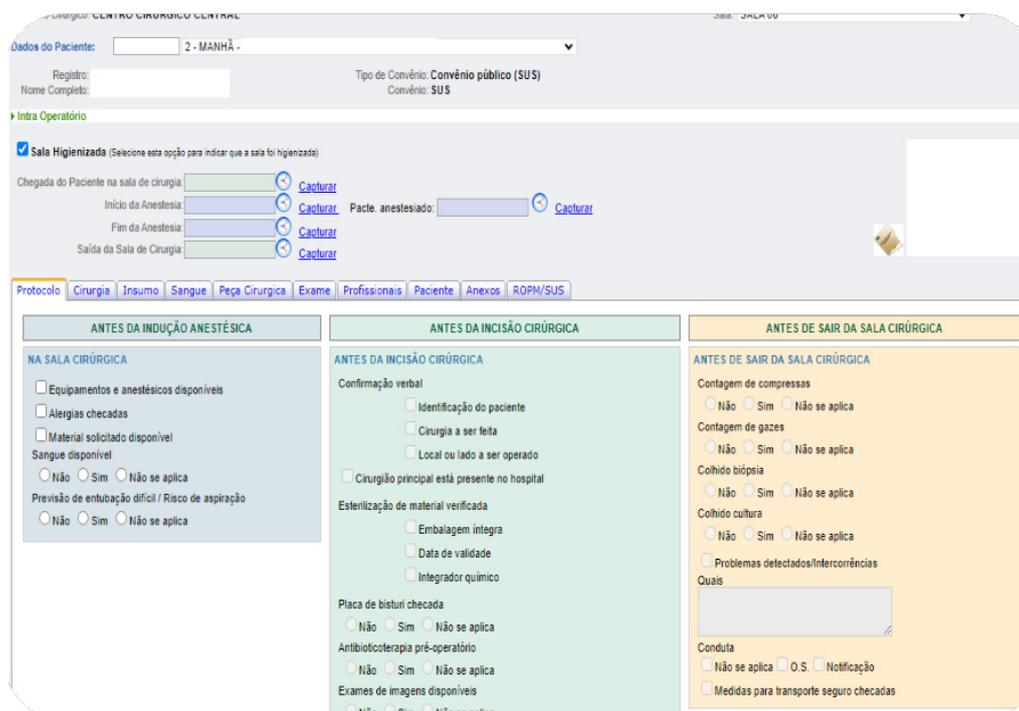
- Equipamentos e anestésicos estão disponíveis?
- Quais são as alergias do paciente?
- Material solicitado ou necessário está presente na SO?
- Há hemoterápicos disponíveis?
- Há previsão de intubação difícil? Se a resposta for positiva, checar se há material disponível.

### ***III – Antes da incisão cirúrgica***

- Nova checagem dos dados do paciente e da cirurgia;
- Verificação da lateralidade da cirurgia;
- Presença do cirurgião principal;
- Data de validade dos materiais estéreis;
- Placa de bisturi e local;
- Antibioticoprofilaxia;
- Posicionamento e protetores de extremidades;
- Disponibilidade de exames de imagem.

### ***IV – Antes de sair da sala cirúrgica***

- Contagem de compressas;
- Contagem de gazes;
- Coleta de biópsia;
- Coleta de cultura;
- Questionar possíveis problemas detectados no processo;
- Medidas para o transporte seguro.



**Figura 2:** Lista de verificação de cirurgia segura Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Intraoperatório – Aba Protocolo. Ribeirão Preto, 2023.

### Cuidados diretos no pós-operatório imediato

Após se assegurar que as medidas de transporte estão seguras, o paciente é transferido para o leito em que fará a recuperação pós-anestésica (SRPA) ou, em casos de pacientes com necessidades de cuidados intensivos, para a unidade específica (CTI, UCO, CTI pediátrico, CTI neonatal ou UTIPO).

**Tabela 2:** Escala de Aldrete e Kroulik modificada.

ITEM	RESPOSTA	NOTA
Atividade	Move os quatro membros	2
	Move dois membros	1
	Não move os membros	0
Respiração	Profunda	2
	Limitada ou dispneica	1
	Apneia	0
Consciência	Completamente acordado	2
	Desperta ao chamado	1
	Não responde ao chamado	0
Circulação ou pressão arterial (PA)	Até 20% do nível pré-anestésico	2
	20 a 49% do nível pré-anestésico	1
	50% do nível pré-anestésico	0
Saturação de O <sub>2</sub> (SpO <sub>2</sub> )	Mantém SpO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente	2
	Mantém SpO <sub>2</sub> > 90% em ar ambiente	1
	Mantém SpO <sub>2</sub> < 90% em ar ambiente	0

Na SRPA o paciente recebe cuidados relativos a uma unidade semi-intensiva. Ele é avaliado e os resultados são aplicados na escala de Aldrete e Kroulik modificada (Tabela 2)<sup>11</sup>, com frequência de 15 em 15 minutos na primeira hora, 30 em 30 minutos na segunda hora e de 60 em 60 minutos a partir da segunda hora de recuperação. Assim que o paciente atingir 10 pontos, ou seja, totalmente recuperado da anestesia, está apto a receber alta anestésica, e então passa por uma nova avaliação médica para receber alta para a enfermaria ou para se estender a permanência na SRPA.

Os cuidados ainda incluem a passagem individualizada do plantão e a transferência segura para a enfermaria. Nos casos de cirurgias ambulatoriais, incluem-se: as orientações quanto a retorno, cuidados, curativos, referência e contrarreferência e o acompanhamento até a portaria do hospital.

Em casos de recuperação em unidade de terapia intensiva (UTI), a passagem de plantão é realizada para o enfermeiro que receberá o paciente, e as condutas quanto à alta passam a ser do médico intensivista a partir do momento da transferência, realizada de maneira segura.

## CONCLUSÃO

Considerando todas as etapas do SAEP e do protocolo de cirurgia segura realizadas no HCFMRP-USP, pode-se considerar o processo seguro, individualizado e humanizado, no qual todas as vertentes humanas e do indivíduo são levadas em consideração e priorizadas a cada passo, desde o momento em que se planeja com antecedência o ato cirúrgico e todas as etapas que as cercam, até o momento do cuidado direto em que o paciente é recepcionado, preparado e recepcionado na SO, e recebe suporte durante a cirurgia e o pós-operatório imediato.

Esse contato humanizado coloca as equipes assistenciais do centro cirúrgico em constante busca pela qualidade no cuidado prestado à população, em consonância com os princípios do SUS e na constante busca pela excelência.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília. 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em 29 de setembro de 2023.
2. Silva DC, Alvim NAT. **Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem**. Rev. Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado em 12 jun. 2016];63(3):427-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf>> Acesso em 29 de setembro de 2023.
3. Rossi FR, Silva MAD. **Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado**. Rev Esc Enferm USP 2005; 39 (4): 460-8. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZzxfQ6n4kw3tCFRgnyfTDgw/abstract/?lang=pt>> Acesso em 29 de setembro de 2023.

4. McCloskey, JC; Bulechek, GM. **Nursing Intervention Classification (NIC)**. 2. Ed. St. Louis: Mosby, 1996. Disponível em < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8591448/>> Acesso em 29 de setembro de 2023.
5. Silva AR, Miyazaki AHL, Caridade CD, Tassi E. **O advento de simulação realística in loco para casos cirúrgicos complexos: uma estratégia na garantia da excelência na segurança do paciente**. Revista Qualidade HC. 2022. p 79-85. Edição Digital. Disponível em < <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/454/454.pdf>> Acesso em 29 de setembro de 2023.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Brasília: COFEN; 2009.5. Disponível em < <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009/>> Acesso em 29 de setembro de 2023.
7. Possari JF. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica (RPA). São Paulo: látria; 2003.
8. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7ª ed. São Paulo: SOBECC/Barueri: Manole; 2017.7. Disponível em < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942020000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100014)> Acesso em 29 de setembro de 2023.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgia seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2010. Disponível em < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_guia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf)> Acesso em 29 de setembro de 2023.
10. American Society of Anesthesiologists. **Statement on ASA Physical Status Classification System**. Washington DC. United States of America. 2015. Disponível em < <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>> Acesso em 03 de outubro de 2023.
11. Conselho Regional de Enfermagem. Parecer Coren nº 017/2021. Aplicação da Escala ou Índice de Aldrete e Kroulik pela equipe de enfermagem. São Paulo. COREN; 2021. Disponível em < <https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-sp/transparencia/55381/download/PDF>> Acesso em 03 de outubro de 2023.