



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4(19):32-43

Artigos de
Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v4i19.699](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.699)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 19/09/2022

Aceito: 28/03/2023

Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: percepções e registros dos enfermeiros de um centro cirúrgico

Systematization of Perioperative Nursery Care

Eva Maia¹ , Taniela Marquez de Paula² 

¹ Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/SES. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Doutora em Ciências. Tutora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/SES. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Correspondência: evamaialicy@gmail.com

RESUMO

Objetivo: o estudo busca descrever as percepções e os registros dos enfermeiros relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em um centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal. **Método:** trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório, observacional, com abordagem mista. A fase exploratória foi composta por questionário autoaplicável com os profissionais enfermeiros, e por análise de prontuários de pacientes assistidos pelos enfermeiros de 15 de janeiro a 15 de julho de 2022. Na fase interpretativa e analítica, após categorização das respostas, realizou-se o agrupamento das respostas objetivas atribuídas no questionário. Na análise dos prontuários, foram observados os registros de enfermagem durante o período transoperatório de pacientes submetidos à assistência de enfermagem. **Conclusão:** identificou-se fragilidades e potencialidades no discernimento dos profissionais e nos registros de enfermagem perante a SAEP. Dentre as fragilidades, os registros de enfermagem não foram claros acerca das atividades de controle de ingesta hídrica e o encaminhamento de peças a anatomia, já a verificação de sinais durante e após a cirurgia e a implementação de escalas de avaliação demonstraram-se insatisfatórias. Reitera-se a necessidade e os benefícios da educação continuada.

Palavras-chave: Enfermeiros; Cuidados de enfermagem; Centros cirúrgicos; Registros de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: the study aims at describing the perceptions and the records of the nurses related to the Systematization of the Perioperative Nursery Care in a surgery center of a public hospital from Distrito Federal. **Method:** it is a descriptive study, exploratory, observational and mixed approach type. The exploratory phase was composed by autoapplicable questionnaire of watched patients by the nurses from January 15th to July 15th, 2022. In the interpretative and analytics phases, after categorizing the answers, the objective answers were grouped together.

In the analysis of the medical records, the nursery records were observed during the transoperative period of patients subjected to nursery assistance. **Conclusion:** the fragilities and potentialities were identified towards the judgement of the professionals and the nursery records towards SAEP. Among the fragilities, the nursery records weren't very clear when it comes to the activities of water intake and the forwarding of parts to anatomy, on the other hand, the verification of vital signs during and after the surgery and the implementation of evaluation scales proved to be unsatisfactory. The need and benefits of continuing education are reiterated.

Keywords: Nurses; Nursing care; General surgery; Records.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Centro Cirúrgico (UCC) consiste em um conjunto formado pelo Centro Cirúrgico (CC), pela Recuperação Anestésica (RA) e pelo Centro de Material e Esterilização (CME). O Centro Cirúrgico tem por definição, pelo Ministério da Saúde, um “conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação anestésica”, e pode ser considerado uma organização complexa, em virtude de suas características e da assistência especializada¹.

Dentre as finalidades e objetivos da UCC, tem-se a prestação da assistência integral ao paciente em todo o período operatório. O centro cirúrgico é responsável por permitir que o paciente submetido à cirurgia conte com todos os recursos humanos e materiais necessários para a garantia da mínima exposição ao risco de sua integridade física¹.

Neste cenário, a enfermagem perioperatória presta assistência ao paciente durante o período transoperatório. Este período compreende três momentos: pré-operatório (período que antecede a cirurgia iniciado no momento da decisão desta), transoperatório (compreende o momento em que o paciente é recebido no CC até sua saída da sala de operações) e pós-operatório (período posterior à cirurgia)¹.

Desse modo, a assistência de enfermagem corrobora com os recursos necessários para a realização do ato anestésico cirúrgico. A prática da equipe é pautada em conhecimento técnico científico, primando pela segurança do paciente¹.

A necessidade de a enfermagem construir conhecimento próprio com a utilização de métodos científicos é reiterada desde Florence Nightingale. No Brasil, o avanço da atuação da enfermagem perioperatória com desenvolvimento técnico científico teve maior visibilidade com o surgimento da Sociedade Brasilei-

ra de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização¹.

Segundo Carvalho e Bianchi (2016, p. 35), atualmente, a assistência de enfermagem perioperatória é prestada de maneira organizada, sem, no entanto, possuir um registro que norteie a assistência e garanta sua continuidade. Com isso, a busca por uma assistência de qualidade e centrada no paciente deve estar pautada em um processo sistemático e contínuo¹.

Ao enfermeiro do centro cirúrgico é exigida a adoção de um modelo assistencial para a delimitação da atuação deste. O modelo deve abranger as dimensões de estrutura (características da instituição), de processo (conjunto das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro) e de resultado (resposta obtida)¹.

No Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), regulamentados na Resolução nº 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), são instrumentos que norteiam o cuidado de enfermagem e operacionalizam a prestação de serviço².

O processo de enfermagem é considerado, na Resolução nº 358/2009, como instrumento metodológico orientador do cuidado, responsável pela visibilidade e reconhecimento profissional, devendo ser realizado e registrado formalmente em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem².

Já no contexto da assistência de enfermagem perioperatória surge o modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Esta se baseia no atendimento das necessidades humanas básicas e no processo de enfermagem proposto por Wanda de Aguiar Horta. Este instrumento tem a finalidade de garantir uma assistência planejada ao paciente compreendendo o momento em que o paciente é informado da necessidade de tratamento cirúrgico (momento pré-operatório), o momento da cirurgia (intraoperatório) e o momento após o ato cirúrgico (pós-operatório)¹.

Durante o período pré-operatório, é atribuição do enfermeiro realizar a avaliação pré-operatória, de acordo com as condições oferecidas pela instituição, recepcionar o paciente no centro cirúrgico, verificando o correto preenchimento de formulários, prontuário e pulseira de identificação, bem como realizar a inspeção física do paciente ao chegar ao centro cirúrgico³.

Durante o período intraoperatório, é atribuição do enfermeiro assistencial, enquanto membro da equipe cirúrgica, implementar o *checklist* de Cirurgia Segura desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde como segundo Desafio Global de segurança do paciente. Dentre as confirmações a serem realizadas nesta etapa, encontra-se a identificação do paciente⁴.

Durante o período pós-operatório, o enfermeiro deverá avaliar o paciente durante a admissão deste na sala de recuperação pós-anestésicos. Esta avaliação deve ser sistemática, contando com nível de consciência, sinais vitais, mobilidade de membros inferiores. O índice de Aldrete e Kroulik tem sido utilizado para avaliação do estado fisiológico do paciente submetido a procedimento cirúrgico. Este índice considera atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigênio¹.

Para garantir a assistência em todos os períodos relacionados ao procedimento cirúrgico, a SAEP conta com cinco etapas que abarcam o período perioperatório. São elas: visita pré-operatória; planejamento de assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação da assistência (visita pós-operatória); e reformulação da assistência. Tendo isso em vista, nota-se a humanização da assistência por meio da SAEP, uma vez que institui um cuidado individualizado e continuado¹.

A sistematização permite a continuidade da assistência por meio da integração da intervenção dos enfermeiros que prestam assistência nas unidades de internação, CC e sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA). Permite a intervenção adequada, planejada e fundamentada dos problemas identificados do paciente, assim como avaliação dos resultados⁵.

Desse modo, é atribuição comum entre enfermeiro coordenador em Centro Cirúrgico e enfermeiro assistencial a implementação da Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) junto ao paciente e sua família no período perioperatório¹.

Por fim, a Resolução COFE nº 358/2009 prevê que toda a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo um resumo dos dados coletados sobre a pessoa em um dado mo-

mento do processo saúde doença². Da mesma forma, o Código de Ética em Enfermagem corrobora com o entendimento ao reafirmar o dever profissional em registrar as informações inerentes ao cuidar, bem como prestar informações escritas completas e fidedignas para assegurar a continuidade da assistência⁶.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo descrever as percepções e os registros dos enfermeiros relacionados à SAEP em um centro cirúrgico (CC) de um hospital público do Distrito Federal, a fim de contribuir para a identificação de fragilidades na execução da SAEP, buscando identificar as dificuldades em implementar a sistematização da assistência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório com abordagem de análise mista, a ser realizado na Unidade de Centro Cirúrgico (UCC) de um Hospital Regional do Distrito Federal, situado na Região de Saúde Sul, com a finalidade de descrever as percepções dos enfermeiros sobre a SAEP, bem como caracterizar os registros da assistência de enfermagem.

A amostra foi constituída por 7 enfermeiros, tendo por referência os seguintes critérios de inclusão: atuam há pelo menos um ano na Unidade de Centro Cirúrgico, aceitaram participar voluntariamente do estudo e responderam o questionário autoaplicável de maneira completa. Foram excluídos da amostra de pesquisa profissionais que se encontram em afastamento legal por ocasião da coleta de dados. Quanto aos registros de enfermagem, foram selecionados de modo aleatório, 125 prontuários de pacientes atendidos na UCC entre o período de quinze de janeiro a quinze de julho de 2022.

O procedimento de coleta de dados foi constituído por duas etapas: a primeira consistiu na aplicação de um questionário autoaplicável desenvolvido pela pesquisadora em plataforma Google Forms com questões objetivas abordando conteúdos relacionados às percepções, ao conhecimento dos profissionais sobre a SAEP e variáveis relacionadas à formação dos entrevistados.

Na segunda etapa foram realizadas análises de prontuário, a partir de *checklist* previamente adaptado. Realizou-se verificação de adequabilidade de registros de enfermagem em todo o prontuário referente ao período de estadia do paciente no centro cirúrgico.

As respostas ao questionário da primeira etapa foram digitadas e analisadas com o auxílio do *software* Ex-

cel, utilizando-se de frequência e estatística simples, com distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e das questões objetivas. No que se refere aos registros de enfermagem, estes foram classificados em Totalmente Adequado (TA), Parcialmente Adequado (PA), e Não Adequado (NA) e os dados agrupados também em planilha de Excel, com exposição dos resultados por meio de frequência absoluta e percentual. Informações que não puderam ser avaliadas foram descritas como “Sem informação”.

No que tange aos aspectos éticos, conforme recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS e devidamente aprovado conforme o parecer nº 5.475.361 de 18 de junho de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS

Os profissionais entrevistados foram caracterizados quanto ao sexo, tempo de trabalho e tempo de formação, cujos dados encontram-se separados por categoria, na Tabela 1 abaixo.

Considerando os percentuais apresentados na Tabela 1, têm-se a predominância do sexo masculino (71,42%) dentre os entrevistados, percentual que vai de encontro com a realidade em termos de representatividade feminina dentre as categorias de enfermagem. De acordo com a Pesquisa realizada pela FIOCRUZ juntamente com

Tabela 1 – Dados dos entrevistados quanto ao sexo, tempo de trabalho no setor e tempo de formação, por categoria profissional. Brasília-DF, 2022.

Variável	Enfermeiros (n=7)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	3	28,58
Masculino	5	71,42
Não informado	–	–
Total	8	100
Tempo de trabalho no setor (em anos)		
Menor que 1 ano	0	–
Entre 1 ano e 5 anos	1	14,28
Entre 6 anos e 10 anos	1	14,28
Acima de 10 anos	5	71,42
Total	7	100
Tempo de Formação (em anos)		
Menos de 1 ano	–	–
Entre 1 ano e 5 anos	–	–
Entre 6 anos e 10 anos	–	–
Acima de 10 anos	7	100
Total	7	100
Carga horária exercida em CC		
20 horas semanais	1	14,28
40 horas semanais	6	85,71
Outro	–	–
Total	7	100

Variável	Enfermeiros (n=7)	Percentual (%)
Nível de Formação		
Nível Superior	–	–
Pós-graduação em área diferente de CC	4	57,14
Pós-graduação em área compatível com CC	1	14,29
Mestre	1	14,28
Doutor	1	14,28
Total	7	100
Lotação em setor de preferência		
Não	–	–
Sim	7	100
Não respondido	–	–
Total	7	100
Vínculo exclusivo com o Hospital		
Sim	2	28,58
Não	5	71,42
Total	7	100

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

COFEN, 85,1% da equipe de enfermagem é composta por mulheres⁷.

Em se tratando dos outros aspectos, predominou o tempo de trabalho no setor de Centro Cirúrgico maior que 10 anos (71,42%). Além disso, o tempo de formação predominante foi maior que 10 anos em todos os entrevistados, contrariando os dados do perfil da enfermagem no Brasil que informam que 63,7% dos enfermeiros do país estão formados há 10 anos ou menos⁷.

Referente à carga horária dedicada à assistência em Centro Cirúrgico, a maioria dos profissionais exerce 40 horas semanais (85,71%). Esta característica encontra-se de acordo com o perfil da enfermagem brasileira, em que a maioria dos profissionais (40,1%) trabalha entre 31 e 40 horas semanais⁷.

Quanto ao nível de formação, a maioria dos enfermeiros encontram-se representados pela categoria pós-graduado em área diferente de centro cirúrgico de

resposta, obtendo 85,71% da amostra. Tal dado encontra-se compatível com a pesquisa de Perfil da Enfermagem no Brasil, em que 80,1% dos enfermeiros fizeram ou estão fazendo algum curso de pós-graduação⁷.

Quanto à lotação, todos os entrevistados encontram-se no setor de preferência. Além disso, 71,42% dos entrevistados não apresenta o hospital em estudo como único vínculo empregatício. Segundo a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, a insatisfação com o vínculo empregatício representa 10,1% dos motivos para mudança de emprego⁷.

Após esta caracterização inicial, os profissionais de saúde responderam aos questionamentos relacionados à assistência de enfermagem em centro cirúrgico, cuja primeira parte abordou a experiência em treinamento em assistência de enfermagem perioperatória e a realização de estudo ativo sobre o tema. As respostas estão apresentadas na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Assistência de Enfermagem Perioperatória – treinamento e estudo ativo, satisfação com a equipe multiprofissional e com a assistência de enfermagem, dentre outros.

Variável	Enfermeiros (n=X)	Percentual (%)
Treinamento ou capacitação específica		
Treinamento em serviço	1	14,28
Treinamento teórico e prático com especialista/ notório saber	2	28,57
Não recebeu nenhum tipo de treinamento	4	57,14
Total	7	100
Estudo ativo sobre o tema		
Sim, há mais de seis meses	4	57,14
Sim, há menos de seis meses;	3	42,85
Não realizou estudo	0	0
Total	7	100

Variável	Enfermeiros (n=X)	Percentual (%)
Satisfação com a equipe multiprofissional e a assistência de enfermagem		
Pouco satisfeito	-	-
Moderadamente satisfeito	4	57,14
Altamente satisfeito	3	42,85
Insatisfeito	-	-
Total	7	100
Nível de conhecimento sobre SAEP		
Alto	2	28,57
Moderado	5	71,42
Baixo	-	-
Total	7	100
Segurança ao implementar a SAEP na prática		
Totalmente seguro	4	57,14
Parcialmente seguro	2	28,57
Parcialmente inseguro	1	14,28
Totalmente inseguro	-	-
Total	7	100

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

No que se refere ao treinamento ou capacitação específica, a maioria dos profissionais (57,14%) não recebeu nenhum tipo de treinamento específico. Acerca do estudo ativo sobre o tema, SAEP, a maioria dos entrevistados (57,14%) realizou tal estudo há mais de seis meses sobre o assunto especificado.

No que tange a satisfação com a equipe e a assistência de enfermagem, a maioria dos profissionais (57,14%) encontra-se moderadamente satisfeita. Do mesmo modo, a maior parte se considera totalmente seguro para implementar a sistematização na prática profissional.

A aprendizagem técnico científica é indispensável para o exercício profissional. Baseado nisso, os programas de capacitação/qualificação permitem a ampliação dos conhecimentos e habilidades adquiridos na graduação. Preconiza-se que a capacitação seja realizada em intervalos menores a seis meses a fim de garantir a fixação do conteúdo teórico, bem como a utilização deste na prática. As capacitações e os treinamentos corroboram para o desenvolvimento de qualidade do atendimento, e a melhoria da assistência aplicada⁸.

Para a sistematização dos cuidados, o profissional deve embasar seu raciocínio clínico em referenciais teóricos específicos da enfermagem, a fim de implementar intervenções coerentes. Aliado a isso, o precário domínio no que se refere ao suporte teórico que subsidia o cuidado dificulta a implementação da Sistematização da Assistência na prática⁹.

Para aproximadamente 58% dos enfermeiros entrevistados, a falta de tempo impede a implementação da SAEP ocasionalmente. Para 42% deles, a função gerencial raramente afeta a SAEP e a falta de conhecimento nunca impede a realização da sistematização. Já a falta de um instrumento específico para o registro da SAEP foi considerada um problema frequente para aproximadamente 295 dos enfermeiros (Tabela 3).

A falta de tempo, a sobrecarga de atividades, a execução de função administrativa e assistencial concomitantes, a não capacitação da equipe e a falta de um protocolo no hospital são desafios à implementação da SAEP listados na literatura¹⁰.

Tabela 3 – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – dificuldades enfrentadas em implementar a SAEP, fatores que impedem a realização da sistematização.

Variável	Enfermeiros (n=X)	Percentual (%)
Falta de tempo o impede de realizar a Sistematização		
Muito frequentemente	–	–
Frequentemente	2	28,57
Ocasionalmente	4	57,14
Raramente	1	14,28
Nunca	–	–
Total	7	100
Função predominante de gestão o impede de realizar a Sistematização		
Muito frequentemente	–	–
Frequentemente	2	28,57
Ocasionalmente	2	28,58
Raramente	3	42,85
Nunca	–	–
Total	7	100

Variável	Enfermeiros (n=X)	Percentual (%)
A falta de conhecimento o impede de realizar a Sistematização		
Muito frequentemente	–	–
Frequentemente	1	14,28
Ocasionalmente	1	14,28
Raramente	2	28,57
Nunca	3	42,85
Total	7	100
A falta de um instrumento específico para o registro da SAEP dificulta a assistência sistematizada		
Muito frequentemente	1	14,28
Frequentemente	2	28,57
Ocasionalmente	1	14,28
Raramente	2	28,57
Nunca	1	14,28
Total	7	100

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

SOBRE O GRAU DE ADEQUAÇÃO NOS REGISTROS DOS PROFISSIONAIS

Foram realizadas análises de 125 prontuários de pacientes atendidos no centro cirúrgico no período de 15 de janeiro de 2022 a 15 de julho de 2022. O acesso aos prontuários foi obtido por meio do sistema Track-Care a partir do número do SES cadastrado no bloco cirúrgico específico do hospital em estudo.

Os prontuários tiveram como semelhança o preenchimento de formulários para informações de pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Além dos formulários, os prontuários foram frequentemente alimentados com registros de enfermagem individualizados.

O *checklist* utilizado para a análise dos prontuários foi construído a partir de Pereira et al. (2018)¹¹, com adaptações, sendo constituído por julgamento subjetivo da avaliação de enfermagem no período

pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. O *checklist* na íntegra encontra-se em anexo.

No que concerne aos registros realizados pelos profissionais de enfermagem da unidade assistencial, em relação à avaliação pré-operatória, constatou-se que 96% (N=120) dos prontuários continham registro de histórico de enfermagem e exame físico totalmente adequados. Nesta avaliação, considerou-se totalmente adequado os registros completos do formulário pré-operatório no que tange aos tópicos antecedentes, medicações, etilista, tabagista, hipersensibilidade e rotina de pré-operatório (exames) e exame físico, respectivamente.

Já no que se refere à avaliação dos sinais vitais no pré-operatório, observou-se 59,2% (N=74) de registros “Totalmente Adequados”, e 34,4% (N=43) de “Parcialmente Adequados”. Neste quesito, foram considerados totalmente adequados os registros dos qua-

Tabela 4 – Grau de Adequação dos Registros de Enfermagem

Item observado	TA	PA	NA	Sem informação
Avaliação pré-operatória				
Histórico de enfermagem	96% (N=120)	0% (N=0)	4% (N=5)	0% (N=0)
Exame físico	96% (N=120)	0% (N=0)	4% (N=5)	0% (N=0)
Sinais vitais	59,2% (N=74)	34,4% (N=43)	6,4% (N=8)	0% (N=0)
Avaliação intraoperatória				
Identificação do paciente	93,6% (N=117)	1,6% (N=2)	4,8% (N=6)	0% (N=0)
Identificação da equipe cirúrgica	92% (N=115)	6,4% (N=8)	4% (N=5)	0% (N=0)
Identificação do horário da cirurgia	60,8% (N=76)	36% (N=45)	3,2% (N=4)	0% (N=0)
Posicionamento do paciente	96% (N=120)	0% (N=0)	4% (N=5)	0% (N=0)
Encaminhamento de peça à anatomia	17,6% (N=22)	0% (N=0)	1,6% (N=2)	80,8% (N=101)
Sinais vitais	4,8% (N=6)	88,8% (N=111)	6,4% (N=8)	0% (N=0)
Avaliação pós-operatória				
Histórico de enfermagem	84,8% (N=106)	9,6% (N=12)	5,6% (N=7)	0% (N=0)
Sinais vitais	5,6% (N=7)	94,4% (N=118)	0% (N=0)	0% (N=0)
Aspecto dos curativos e dispositivos	100% (N=125)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)
Exame físico	99,2% (N=124)	0,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)
Controle da ingesta hídrica	1,6% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)	98,4% (N=123)
Implementação de escalas de avaliação	24% (N=30)	2,4% (N=3)	73,6% (N=92)	0% (N=0)

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

tro sinais vitais exigidos no formulário pré-operatório, Parcialmente Adequados quando preenchidos 2 ou 3 sinais; e Não Adequados quando não houve registro de nenhum ou de apenas um sinal vital.

No que concerne aos registros realizados pelos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico, em relação à avaliação intraoperatória, constatou-se que a identificação do paciente fora realizada de modo Totalmente Adequado em 93,6% (N=117), Parcialmente Adequado em 1,6% (N=2) e Não Adequado em 4,8% (N=6) dos registros. Considerou-se Não Adequada a informação de que a identidade do paciente não foi confirmada pela equipe e nem pelo próprio paciente, Parcialmente Adequada à confirmação de pelo menos um dos dois requisitos.

Em relação à identificação da equipe cirúrgica, observou-se a adequação total em 92% (N=115) dos prontuários. Considera-se Totalmente Adequada a identificação nominal do cirurgião, do anestesista, do instrumentador, do circulante e do enfermeiro da equipe. A ausência de um a dois integrantes foi considerada adequação parcial, já um registro menor que 3 integrantes foi considerado não adequado, sendo 6,4% (N=8) e 4% (N=5), respectivamente.

No que se refere à identificação do horário da cirurgia, 60,8% (N=76) dos prontuários estavam Totalmente Adequados, com registro do horário de início e fim da cirurgia, 36% (N=45) estavam Parcialmente Adequados com registro de apenas um dos horários, e 3,2% (N=4) estavam Não Adequados sem nenhum dos dois dados registrados. Já em relação ao posicionamento do paciente, 96% (N=120) dos prontuários estavam Totalmente Adequados, 4% (N=5) não continham essa informação.

Quanto ao destino de encaminhamento de peças, 80,8% (N=101) não continham informações precisas acerca da existência ou inexistência de peças a serem encaminhadas, 17,6% (N=22) dos prontuários estavam Totalmente Adequados a partir da seleção do destino das peças, 1,6% (N=2) estavam Não Adequados (houve encaminhamento de peça, mas não consta a informação do setor de destino).

Já em relação aos sinais vitais no intraoperatório, 88,8% (N=111) dos prontuários estavam Parcialmente Adequados com preenchimento de dois ou mais sinais vitais, 4,8% (N=6) estavam Totalmente Adequados com todos os sinais descritos, 6,4% (N=8) não informaram nenhum dos sinais vitais.

No que concerne aos registros realizados pelos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico, em relação ao a avaliação pós-operatória, o histórico de enfermagem estava Totalmente Adequado em 84,8% (N=106) dos prontuários. Já em relação aos sinais vitais no pós-operatório, apenas 5,6% (N=7) dos prontuários estavam Totalmente Adequados com todos os sinais vitais e 94,4% (N=118) dos prontuários estavam Parcialmente Adequados com preenchimento de dois ou três sinais vitais.

Em relação à avaliação da condição de dispositivos e curativos, 100% dos prontuários estavam Totalmente Adequados. Quanto ao exame físico, 99,2% continham descrição Totalmente Adequada em prontuário.

No que se refere ao controle de ingesta hídrica, 98,4% dos prontuários não continham informações suficientes para caracterização de adequação do tópic. Em 73,6% (N=92) dos registros de enfermagem não houve a abordagem de nenhuma das escalas de avaliação (Braden, Morse e AldreteKroulik).

A consulta de enfermagem pré-operatória é um momento importante para a preparação do paciente para a cirurgia. Esta avaliação permite identificar e documentar fatores de risco do cliente que influenciam no procedimento cirúrgico, corroborando para o plano de cuidados que permita ao paciente retornar ao seu nível funcional anterior à intervenção de modo precoce¹².

A coleta de dados da história clínica é uma etapa de avaliação perioperatória. A avaliação de risco perioperatória depende dos dados obtidos a partir do histórico e do exame físico. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização de exame físico geral e cardiovascular na avaliação de risco perioperatória. Os dados obtidos devem ser registrados em documentos apropriados¹³.

O exame físico deve ser minucioso e humanizado, e requer conhecimento e habilidades técnicas apropriadas. Para a correta execução desta avaliação, condições favoráveis de trabalho, insumos, estrutura física e recursos humanos fazem-se necessárias. Este exame permite ao enfermeiro conhecer os aspectos biopsicossociais do paciente, para trabalhar em prol do bem-estar deste¹⁴.

A correta identificação do paciente e da equipe cirúrgica está prevista no Segundo Desafio Global para segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas, o qual se destina a definir um conjun-

to de padrões de segurança aplicáveis. Identificar o paciente que se submeterá ao procedimento cirúrgico corrobora com o atendimento do primeiro objetivo essencial para a segurança cirúrgica, a saber: a equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo. A confirmação da equipe é realizada na etapa antes da incisão cirúrgica, também denominada Confirmação⁴.

A identificação do horário de início e término do procedimento, bem como o destino da peça cirúrgica (anatomia patológica, velório, serviço externo) fazem parte do correto preenchimento da ficha transoperatória. Esta ficha é necessária para a garantia da qualidade dos registros de enfermagem e conta com diversas informações acerca da cirurgia. Ex.: cirurgia programada, porte, posição do paciente durante a cirurgia, anestesia, profissionais que participaram da cirurgia, intercorrências, dentre outros¹.

O posicionamento do paciente para o procedimento cirúrgico ocorre através da assistência de enfermagem no transoperatório. O posicionamento além de ser adequado à cirurgia, deve objetivar minimizar o desconforto, prevenir lesões articulares, musculares, nervosas, circulatórias e respiratórias, bem como reduzir a exposição do paciente¹.

A avaliação do estado fisiológico dos pacientes submetidos à anestesia é atribuição do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica já no período pós-operatório imediato. Tal avaliação é imprescindível para a alta do paciente da unidade de centro cirúrgico. Esta etapa compreende o recebimento de informações acerca do estado de saúde do paciente no período anterior à cirurgia, a anestesia e cirurgia realizadas, complicações no transoperatório¹.

No pós-operatório, devido à necessidade de estabilização do paciente para prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico, as funções respiratórias, cardiovascular, neuromuscular, a dor, a ocorrência de náuseas e vômitos devem ser avaliados periodicamente. Os sinais vitais devem ser comparados com os valores do pré-operatório, e revisados a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora¹.

O índice de Aldrete e Kroulik é utilizado para avaliação do paciente na SRPA, aborda sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular. O escore desta escala é útil para subsidiar o julgamento de alta da SRPA¹.

CONCLUSÕES

O presente estudo caracterizou as percepções dos enfermeiros acerca da SAEP, bem como os registros da equipe de enfermagem em prontuários de pacientes submetidos à assistência perioperatória em uma unidade de Centro Cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal e identificou as fragilidades e potencialidades no discernimento dos profissionais e nos registros de enfermagem perante a SAEP.

De início, aponta-se como fragilidade o controle da ingesta hídrica e o encaminhamento de peças à anatomia, em que ambos os aspectos não apresentaram informações concretas para avaliação de adequabilidade em 98,4% e 80,8%, respectivamente. A implementação de escalas de avaliação por parte dos enfermeiros também se demonstrou deficiente, com 73,6% de registros de enfermagem Não Adequados. Esta debilidade apresenta impacto na qualidade da assistência de enfermagem.

Outra fragilidade é a verificação dos sinais vitais. O preenchimento de todos os sinais vitais ocorreu em apenas 4,8% e 5,6% dos prontuários nos períodos intraoperatório e pós-operatório, respectivamente, representando uma dificuldade na execução desta avaliação pela equipe de enfermagem.

A avaliação dos dispositivos e curativos, exame físico pós-operatório e histórico e exame físico pré-operatório demonstram uma potencialidade da assistência de enfermagem, com, respectivamente, 100%, 99,2%, 96% e 96% de registros de enfermagem Totalmente Adequados.

No que se refere às percepções dos enfermeiros acerca da SAEP constatada a partir do questionário, observou-se que os profissionais realizaram estudo ativo sobre o tema há mais de seis meses, revelando pouca constância no processo de aprendizagem. Apesar disso, a maioria também se avalia com um nível moderado de conhecimento sobre a sistematização, bem como se sentem seguros em implementar a SAEP na prática.

Os profissionais também perceberam que nunca ocorreu a falta de conhecimento que afetasse a realização da sistematização, na maioria dos casos. Da mesma forma, a maioria dos enfermeiros considera que raramente a função predominantemente de gestão é considerada como impeditivo para realizar a sistematização.

Por fim, indica-se a necessidade de os gestores da unidade de centro cirúrgico incentivarem os profissionais para a realização correta e completa dos registros de enfermagem. Aliado a isso, a educação continuada demonstra-se primordial para garantia de assistência de qualidade. Além disso, os profissionais devem ser não somente estimulados, mas supervisionados no cumprimento, adesão e seguimento da correta prestação de assistência de enfermagem baseada na SAEP, dado que a adoção desse instrumento garante maior cientificidade e visibilidade à categoria.

A pesquisadora aponta como principais limites do estudo a constatação de que alguns profissionais podem não ter tido interesse suficiente para responder o formulário por meio da plataforma Google Forms, por falta de familiaridade com a ferramenta. Além disso, as análises de prontuário possuíam características subjetivas, dificultando um julgamento isonômico entre prontuários. Tal obstáculo foi minimizado pela realização da avaliação de registros por um único observador.

Para estudos futuros que abordem a presente temática, recomenda-se a utilização de um instrumento de avaliação dos prontuários mais objetivo, bem como a utilização de ferramentas mais adequadas ao preenchimento do questionário.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos que não há conflito de interesses neste artigo.

DECLARAÇÃO E ESPECIFICAÇÃO DOS PAPÉIS DOS AUTORES

Declaramos que participamos da elaboração desse trabalho, conforme a descrição dos papéis e contribuições listadas abaixo, de acordo com a Taxonomia de Funções do Colaborador (Contributor Roles Taxonomy – CRediT).

PAPÉIS DESEMPENHADOS POR AUTOR E COAUTORES (TAXONOMIA CRediT)

Autora Eva Maia: Conceituação. Curadoria de dados. Análise formal. Investigação. Metodologia. Administração do Projeto. Software. Visualização. Escrita (rascunho original).

Autora/Orientadora Taniela Marquez de Paula: Administração do projeto. Recursos. Supervisão. Escrita (revisão e edição).

(1) Conceituação – formulação ou evolução de ideias, objetivos e metas de pesquisas abrangentes. (2) Curadoria de Dados – gerenciamento de atividades para anotar (produzir metadados), limpar dados e manter dados de pesquisa (incluindo código de programa, o qual é necessário para interpretar os próprios dados) para uso inicial e posterior reutilização. (3) Análise Formal – aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais, ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados do estudo. (4) Aquisição de Financiamento – aquisição de apoio financeiro para o projeto conduzindo à publicação. (5) Investigação – condução do processo de pesquisa e investigação e, especificamente realizando os experimentos, ou coleta de dados/evidências. (6) Metodologia – desenvolvimento ou design de metodologia; criação de modelos. (7) Administração de Projeto – responsabilidade pelo gerenciamento e coordenação para o planejamento e execução da atividade de pesquisa. (8) Recursos – fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, paciente, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos computacionais ou outras ferramentas de análise. (9) Software – programação, desenvolvimento de software, design de programas de computador; implementação de códigos de computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes. (10) Supervisão – responsabilidade de liderança e supervisão para a execução e planejamento da atividade de pesquisa, incluindo tutoria externa para a equipe central. (11) Validação – verificação, seja como parte da atividade ou separado, da reprodutibilidade/replicação geral de resultados/experimentos e outros resultados de pesquisa. (12) Visualização – preparação, criação e/ou apresentação de trabalho publicado, especificamente a visualização e apresentação dos dados. (13) Escrita (rascunho original) – preparação, criação e/ou apresentação de trabalho publicado, especificamente o rascunho inicial (incluindo tradução substantiva). (14) Escrita (revisão e edição) – preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por membros do grupo original de pesquisa, especificamente análise crítica, comentário ou revisão – incluindo estágios prévios ou posteriores à publicação.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho R, Bianchi ERF. *Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Manole Ltda, 2016.
2. Brasil. *Resolução COFEN nº 358/2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. 2009.
3. Associação Brasileira de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas Recomendadas*. Editora Manole Ltda, 2013.
4. Organização Mundial de Saúde. *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas* (orientações para cirurgia segura da OMS). Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.
5. Costa AMOM, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória como tecnologia no processo de cuidar. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180704_092337.pdf
Acesso em: 20 jul 2022
6. Brasil. *Resolução COFEN nº 564/2017*. Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017.
7. CONFEN/FIOCRUZ. *Relatório Final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Volume 1. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>
Acesso em: 10 ago 2022.
8. Guedes AR, et al. A importância da capacitação dos profissionais de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em adultos. Volume 1. *Facit Business and technology Journal*. 202. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/976/660>
Acesso em: 17 ago 2022.
9. Gomes ES, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem no período perioperatório: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5598/3762>
Acesso em: 01 ago 2022.
10. Ribeiro E, et al. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. São Paulo. *Revista Associação Brasileira de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC*. 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/231/pdf>
Acesso em: 21 jul 2022.
11. Pereira EBF, et al. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos. São Paulo. *Revista Associação Brasileira de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC*. 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/383/pdf>
Acesso em: 21 jul 2022.
12. Mendes DIA. Consulta de enfermagem pré-operatória do programa EnhancedAfterSurgery: implementação e avaliação. 2020. *Repositório Institucional Universidade Católica Portuguesa*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/32257>
Acesso em: 10 ago 2022.

13. Gualandro DM, et al. Terceira diretriz de avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Revista Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Volume 109, Nº 3, Supl. 1, Setembro 2017. Disponível em:
https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-109-03-s1-0001/0066-782X-abc-109-03-s1-0001-pt.x55156.pdf

14. Oliveira JA. *Guia de Prática simulada em Enfermagem: exame físico no cuidado pós-operatório imediato*. Florianópolis. Universidade de Santa Catarina. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/229887/PGCF0146-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
Acesso em: 10 ago 2022.

