INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009 descreveu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente no qual instituiu a cirurgia segura como um dos seis passos primordiais para uma assistência segura, individualizada e humanizada.

O Protocolo de Cirurgia Segura visa à sistematização dos passos a serem checados em todas as etapas das cirurgias, porém a avaliação de cada paciente acontece de forma individualizada. É necessário que os pacientes apresentem um Risco Cirúrgico realizado preferencialmente por cardiologista e/ou anestesista ou um médico clínico com experiência para realizar a avaliação por meio da escala desenvolvida pela Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA)10 para o paciente adulto, incluindo, mas não se limitando a:

- ASA I: Um paciente normal e saudável.
    - Saudável, não fumante, nenhum ou uso mínimo de álcool.
- ASA II: Um paciente com doença sistêmica leve.
    - Apenas doenças leves, sem limitações funcionais significativas. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): fumante atual, ingesta social de álcool, gravidez, obesidade (30 < IMC < 40), diabetes/hipertensão bem controlada, doença pulmonar leve.
- ASA III Um paciente com doença sistêmica grave.
    - Limitações funcionais significativas; uma ou mais doenças moderadas a graves. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): diabetes ou hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade mórbida (IMC ≥ 40), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marca-passo implantado, redução moderada da fração de ejeção, doença renal em estágio terminal submetido a diálise programada regularmente, prematuro com PCA < 60 semanas, histórico (> 3 meses) de IM, AVC, AIT ou DAC/stents.
- ASA IV: Um paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida.
    - Os exemplos incluem (mas não se limitam a): IM, AVC, AIT ou DAC/stents recentes (< 3 meses), isquemia cardíaca contínua ou disfunção valvar grave, redução grave da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, doença renal aguda ou em estágio terminal não submetidos a diálise regularmente programada.
- ASA V: Um paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a operação.

- Os exemplos incluem (mas não se limitam a): ruptura de aneurisma abdominal/torácico, trauma maciço, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquêmico mesentérica devido à doença cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos/sistemas.

- ASA VI: Um paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.
- *A adição de "E" denota cirurgia de emergência: (Uma emergência é definida como existente quando o atraso no tratamento do paciente levaria a um aumento significativo na ameaça à vida ou parte do corpo).

Além dessa avaliação, deve-se atentar também ao Tipo e Complexidade da Cirurgia proposta. Todas as etapas, riscos e benefícios do processo cirúrgico deverão ser especificados, e todas as dúvidas elucidadas pelo cirurgião no momento da aplicação do Termo de Consentimento da Cirurgia. Todas as reservas (leito, exames e hemoderivados se necessário) também deverão ser realizadas de maneira individualizada pela equipe hospitalar.

Entende-se que os paciente provenientes dos diferentes municípios apresentam dificuldades de realizarem uma avaliação pré-anestésica (APA) com o médico anestesiologista a nível ambulatorial pois ao acesso a esta profissional é escasso devido a baixa disponibilidade dos mesmos, e diante desta situação propõe-se um protocolo assistencial para aumentar a segurança cirúrgica dos pacientes submetidos a cirurgias eletivas.

CUIDADOS DIRETOS NO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

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;

CUIDADOS DIRETOS NO INTRAOPERATÓRIO

Estes cuidados são relativos ao espaço de tempo entre a recepção do paciente na sala cirúrgica (SC) e seu encaminhamento para a SRPA (sala de recuperação pós-anestésica) ou para o leito de terapia intensiva. 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:

- A SC 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 e checados?
- Quais são as alergias do paciente?
- Material solicitado ou necessário está presente na SC?
- Há hemoterápicos disponíveis – se necessário?
- 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 – Se necessário;
- Posicionamento e protetores de extremidades;
- Disponibilidade de exames de imagem – Se necessário.

IV – Antes de sair da sala cirúrgica

- Contagem de compressas;
- Contagem de gazes;

- Coleta de biópsia - se necessário;
- Coleta de cultura – se necessário;
- Questionar possíveis problemas detectados no processo;
- Medidas para o transporte seguro.

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) conforme indicação clínica ou conforme protocolo de cirurgia seguras.

Na SRPA o paciente recebe cuidados relativos a uma unidade semi-intensiva. Ele é avaliado 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 estiver totalmente recuperado da anestesia, está apto a receber alta anestésica, e então passa por uma nova avaliação médica para receber alta para casa, para a enfermaria ou para o CTI. Os cuidados ainda incluem a passagem individualizada do plantão e a transferência segura do paciente.

É necessárias as orientações quanto ao 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.

Critérios para internação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva - Pós-Operatória

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) correspondem a um departamento especial de um hospital ou unidade de saúde capaz de fornecer suporte adequado a pacientes que requerem cuidados especiais. Em ambientes hospitalares, o cuidado pós-operatório imediato para pacientes de alto risco é frequentemente fornecido em um ambiente de UTI.

As UTI atendem pessoas com doenças e/ou lesões graves, ou mesmo aquelas que apresentam algum risco de morte, que requerem cuidado constante, supervisão, equipamentos de

suporte de vida e medicamentos especiais para garantir a manutenção de suas funções orgânicas. A equipe das UTI é composta por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas respiratórios treinados e especializados no atendimento a estes pacientes. Ainda, as UTI se distinguem das enfermarias na maioria dos hospitais devido a uma proporção maior de profissionais para cada paciente internado, somando-se a isso o acesso a recursos e equipamentos médicos avançados que não estão rotineiramente disponíveis em outros setores dos hospitais, assegurando assim um Pós-Operatório seguro e adequados aos pacientes.

Recomenda-se que os pacientes com risco elevado de instabilidade ou descompensação pós-operatória devem ser monitorados e gerenciados em uma UTI, ao invés da enfermaria durante o pós-operatório imediato, incluindo o fato de que indivíduos com comorbidades podem até se tornar críticos ainda durante as fases perioperatórias de cirurgias gerais.

A mortalidade entre os 30 e 90 dias que sucedem o período pós-operatório de diversas cirurgias em pacientes com uma classificação III ou IV do estado físico, com base nos conceitos determinados pela ASA (American Society of Anesthesiologists), ou seja, portadores de doença sistêmica grave ou doença sistêmica grave com ameaça constante à vida, subiu para 0,5-3%. Sendo assim, pacientes cirúrgicos de alto risco terão melhores resultados quando encaminhados para a UTI mesmo durante o período pós-operatório imediato. Este fato também se sugere aos pacientes com cirurgias de alta complexidade com maior risco de complicação realizem o Pós-Operatório imediato no Centro de Terapia Intensiva – CTI, como por exemplo:

- Artroplastia de quadril
- Artroplastia de Joelho
- Cirurgias de Coluna
- Prostatectomia a céu aberto
- Nefrectomia
- Colectomias
- Correção de hérnias com perda domicílio (risco de insuficiência respiratória)

>> Outras situações como:

- Cirurgias com previsão inicial superior a 4 horas de duração
- Pacientes acima de 75 anos
- Pacientes com condições clínicas como:
    - Hipertenso de difícil controle, uso de 3 ou mais anti-hipertensivos

- Hipertenso com uso de 2 ou mais anti-hipertensivos + diabetes
- Paciente insulino-dependente
- Asma mal controlada (crises recorrentes, uso de aerolin)
- IAM ou AVC nos últimos 12 meses
- Fração de ejeção inferior a 50%
- Qualquer grau de insuficiência renal

Após a permanência do paciente em leito de CTI, sem complicações cirúrgicas ou clínicas o paciente deverá ser encaminhado a enfermaria para posterior liberação ao domicílio.

CONCLUSÃO

As indicações de CTI pós-operatório não são propostas somente para o paciente que complicou durante a cirurgia, mas sim em caso de ocorrer qualquer mínima desestabilização do paciente, a atuação terapêutica seja imediata, reduzindo-se drasticamente a morbimortalidade.

É desejável que a internação no CTI seja livre de qualquer intercorrência. A prevenção sempre terá um melhor custo-benefício.

Considerando todas as etapas do protocolo de cirurgia segura, 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 SC, 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.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília. 2013.

2. 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.

3. 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.

4. American Society of Anesthesiologists. Statement on ASA Physical Status Classification System. Washington DC. © 2020 American Society of Anesthesiologists (ASA), 2020.

5. Peleleiro, Gabriel Silva. Critérios atualizados para internação de pacientes em unidade de terapia intensiva pós-operatória / Updated criteria for admission of patients to a postoperative intensive care unit.Tese em Português. Tabalho de conclusão de curso – residência médica | Coleciona SUS, Sec. Munic. Saúde SP, HSPM-Producao, Sec. Munic. Saúde SP | ID: biblio-1348407. *São Paulo; s.n; 2021*.