UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DÉBORA CRISTINA SILVA POPOV

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

SÃO PAULO
2016

DÉBORA CRISTINA SILVA POPOV

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Versão corrigida da Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof. Dr. Aparecida de Cassia Giani Peniche

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Popov, Débora Cristina Silva
Indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem com o paciente na sala de recuperação pós-anestésica / Débora Cristina Silva Popov. -- São Paulo, 2016.
273 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Aparecida de Cassia Giani Peniche

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Nome: Débora Cristina Silva Popov

Título: Indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem com o paciente na sala de recuperação pós-anestésica.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Saúde do Adulto.

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, por todo cuidado e sustento.

A meu esposo Décio, pelo amor, pelo apoio e pela paciência.

À minha filha Rebeca, pelo apoio, pelo carinho e pela paciência.

À minha orientadora, Aparecida de Cassia Giani Peniche, pelo apoio constante, pela orientação e pela amizade.

Aos juízes, que tão valorosamente contribuíram para a avaliação dos indicadores e, com suas sugestões, enriqueceram a pesquisa.

À minha amiga Karina Macceniuc, pelo companheirismo e pelas colaborações valiosas.

À minha irmã Viviane, pelo apoio, pela ajuda na finalização da pesquisa, e por suas palavras de incentivo.

Aos colegas da Universidade de Santo Amaro (UNISA), em especial à Professora Doutora Sonia Regina A. Prado, pelo apoio e compreensão.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma maneira para a concretização deste trabalho desafiante!

Filho meu, se aceitares as minhas palavras e esconderes contigo os meus mandamentos,
Para fazeres atento a sabedoria o teu ouvido e para inclinares o coração ao entendimento;
Se clamares por inteligência, e por entendimento alçares a voz, Se buscares a sabedoria como a prata e como tesouros escondidos a procurares,
Então entenderás o temor do Senhor e acharás o conhecimento de Deus.
Provérbios de Salomão, 2: 1-6.

Popov DCS. Indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem com o paciente na sala de recuperação pós-anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: O cuidado com o paciente na sala de recuperação pós-anestésica com qualidade é uma preocupação dos profissionais, para isso devem ser desenvolvidas ferramentas que auxiliem na avaliação e possibilitem melhorias na assistência. **Objetivo**: Desenvolver instrumentos para avaliar a qualidade de serviços de saúde no período de Recuperação Pós Anestésica; elaborar indicadores para avaliar as práticas assistenciais em unidade ou sala de recuperação pós-anestésica relacionadas ao monitoramento e à prevenção da dor e hipotermia segundo a tríade de Donabedian; e proceder à validação de conteúdo dos indicadores. **Métodos**: Estudo metodológico, de validação de indicadores com uso do método Delphi. Inicialmente, selecionaram-se as práticas a serem mensuradas relacionadas à dor e à hipotermia. Foi realizada a fundamentação teórica, sendo construídos os indicadores, e elaborados os Manuais Operacionais para a validação de cada indicador. Um grupo composto por seis juízes foi selecionado para o processo de avalição e validação dos indicadores, que, por sua vez, foram elaborados de acordo com o referencial de Donabedian, constituindo indicadores de estrutura, processo ou resultado. **Resultados**: Após duas rodadas de avaliação e validação, todos os indicadores foram validados com o mínimo de 83,3% de consenso estabelecido estatisticamente como significativo entre os juízes. Foram propostos e validados dez indicadores, sendo um indicador de avaliação da estrutura relacionado à dor e à hipotermia (Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica), quatro indicadores de processo de avaliação do cuidado em relação a dor (Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor; Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e um indicador de

resultado de avaliação da dor (Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica); dois indicadores de avaliação da estrutura relacionados à hipotermia (Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica), um indicador de processo em relação ao cuidado com o paciente hipotérmico (Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e, finalmente, um indicador de resultado relacionado à avaliação da hipotermia (Número de Pacientes Hipotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica). **Conclusão**: Os componentes dos Manuais Operacionais dos indicadores e seus atributos foram julgados, e as sugestões dos juízes, incorporadas, sendo que todos os indicadores atingiram o nível de consenso entre os seis juízes, levando a conclusão que o uso de indicadores na Sala de Recuperação se constitui um desafio, porém possível de ser implementado.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores de qualidade em assistência a saúde. Enfermagem em pós-anestésico. Período de recuperação da anestesia. Avaliação de serviços de saúde.

Popov DCS. Indicators for the evaluation of the nursing care with the patient in the post-anesthetic recovery room [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Background: The care with quality for the patient in the post-anesthetic recovery room is a concern of professionals involved in the immediate postoperative period. To ensure a care with quality, tools should be developed to assist in the evaluation and enable improvements in the assistance, as well as to satisfy the patient with the care provided. **Objective**: To develop tools to evaluate the quality of health services in the immediate postoperative period; to develop indicators to evaluate the care practices related to monitoring and prevention of pain and hypothermia in the post-anesthetic care unit/room; and to validate the content of the indicators. **Methods**: This is a quantitative, longitudinal study for the validation of indicators, using the Delphi method. Initially, we selected the practices related to pain and hypothermia to be measured. With a theoretical background, the indicators were built, and the Operational Manuals were developed the for the validation of each indicator. A group composed of six judges was selected for the evaluation and validation process. These indicators were drawn up according to Donabedian's theory, and they were classified as structure, process or outcome indicators. **Results**: After two rounds of evaluation and validation, all indicators were validated with a minimum of 83.3% consensus, which was statistically established as significant among judges. Ten indicators were proposed and validated; one indicator was for assessing the structure and it was related to pain and hypothermia (Percent of Exclusive and Qualified Nurses on the Post-Anesthetic Care Unit), four indicators were process indicators (Number of Analgesia Prescriptions for the Patient that Gets in the Post-Anesthesia Recovery Room; Number of Analgesics Administrations Started in the Post-Anesthesia Recovery Room After Complaining of Pain; Pain Assessment Registration Percentage of the Patient that Gets in the Post-Anesthesia Recovery Room; Number of Medical Charts with Registration of Nursing Interventions After the Pain Reporting in the Post-Anesthesia Recovery Room), one indicator was classified as an outcome indicator (Number of Patients Without Pain/or Minimum Pain When Discharged of the Post-Anesthesia Recovery Room); two indicators of

structure evaluation were related to hypothermia (Number of Equipment for Hypothermia Evaluation of the Post-Anesthesia Recovery Room; Number of Equipment for Treatment of Hypothermia in the Post-Anesthesia Recovery Room), one indicator was labeled as a process indicator (Number of Patients with Intervention Registration Carried Out in Case of Hypothermia in the Post-Anesthetic Recovery Room) and, finally, a result indicator was related to the evaluation of hypothermia (Number of Patients with Hypothermia When Discharged of the Post-Anesthesia Recovery Room). **Conclusion**: The Operational Manuals components for the indicators and their attributes were judged, and the judges' suggestions were incorporated. All the indicators have reached the level of consensus among the six judges. The development of specific indicators in the post-anesthesia recovery room is a challenge, however, as we have demonstrated, it is possible to work with this tool also in this sector.

KEYWORDS: Quality indicators, health care. Postanesthesia nursing. Anesthesia recovery period. Health services evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Inter-relação entre estrutura, processo e resultado 35

Figura 2 Ilustração do paradigma estrutura-processo-resultado na prática de um exemplo do próprio autor 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos juízes	62
Tabela 2	Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 1, Número de Profissionais Enfermeiros Exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes	65
Tabela 3	Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 1, Porcentual dos Profissionais Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes	67
Tabela 4	Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 2, Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes	79
Tabela 5	Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 2, Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes	81
Tabela 6	Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 3, Número de Prescrições de Analgesia Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, após queixa de dor, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes	89
Tabela 7	Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 3, Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor, de	91

acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes

Tabela 8 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 4, Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes 100

Tabela 9 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 4, Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes 102

Tabela 10 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 5, Número de Prontuários com Descrição da Conduta Tomada Após o Relato de Dor do Paciente, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes 109

Tabela 11 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 5, Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes 111

Tabela 12 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 6, Número de Pacientes Sem Dor/ou Dor Mínima ao Serem Encaminhados à Unidade de Destino, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes 119

Tabela 13 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 6, Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a 121

segunda rodada de avaliação do grupo de juízes

Tabela 14 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 7, Número de Equipamentos para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica), segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes 141

Tabela 15 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 7, Número de Equipamentos para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica), de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes 143

Tabela 16 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 8, Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes 151

Tabela 17 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 9, Número de Pacientes com Relato da Conduta Tomada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes 155

Tabela 18 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 9, Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes 157

Tabela 19 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 10, Número de Pacientes Liberados para a Unidade de Destino, com Temperatura Menor que 36°C, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes 163

Tabela 20 Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 10, Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com segunda rodada de avaliação do grupo de juízes 165

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Indicadores de qualidade do atendimento na sala de recuperação pós-anestésica	50
Quadro 2	Indicadores de qualidade do atendimento na sala de recuperação pós-anestésica avaliados na segunda rodada	51
Quadro 3	Número de concordâncias, segundo o número de juízes	57
Quadro 4	Sugestões dos juízes em relação aos componentes e atributos do indicador 1 após a primeira rodada de avaliação	66
Quadro 5	Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) − indicador 1	68
Quadro 6	Versão final do indicador 1, Porcentual dos Profissionais Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	69
Quadro 7	Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – indicador 2	80
Quadro 8	Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 2	81
Quadro 9	Versão final do indicador 2, Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	83
Quadro 10	Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – indicador 3	90
Quadro 11	Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – indicador 3	92
Quadro 12	Versão final indicador 3, Número de Administrações de	93

	Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor	
Quadro 13	Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 4	101
Quadro 14	Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em SRPA – indicador 4	102
Quadro 15	Versão final do indicador 4, Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	103
Quadro 16	Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 5	110
Quadro 17	Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 5	112
Quadro 18	Versão final indicador 5, Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	113
Quadro 19	Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 6	120
Quadro 20	Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 6	122
Quadro 21	Versão final do indicador 6, Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica	123
Quadro 22	Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 7	142
Quadro 23	Versão final do indicador 7, Número de Equipamentos	144

para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica)

Quadro 24 Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 8 151

Quadro 25 Versão final do indicador 8, Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica 152

Quadro 26 Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 9 156

Quadro27 Versão final do indicador 9, Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica 158

Quadro 28 Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação anestésica – indicador 10 164

Quadro 29 Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 10 165

Quadro 30 Versão final do indicador 10, Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica 166

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	*American College of Surgeons*
AHRQ	*Agency for Healthcare Resesarch & Quality*
AINES	anti-inflamatórios não esteroides
APM	Associação Paulista de Medicina
ASA	*American Society of Anesthesiologists*
ASQC	*American Society for Quality Control*
CC	centro cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	centro de material e esterilização
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FLACC	escala comportamental de dor, sigla do inglês *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*
HbA1	hemoglobina glicada
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOM	*Institute of Medicine*
JCAHO	*Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations*
NAGEH	Núcleo de Gerenciamento Hospitalar da Associação Paulista de Medicina
NANDA	*North American Nursing Diagnosis Association*
OECD	*Organization for Economic Co-operation and Development*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCA	analgesia controlada pelo paciente, sigla do inglês *patient-controlled analgesia*
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
POI	pós-operatório imediato
QI Project	*Quality Indicator Project*

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RECLAR	Relatório de Classificação Hospitalar
RPA	recuperação pós-anestésica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SimPatIE	*Safety Improvement for Patients in Europe*
SO	sala operatória
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SRPA	sala de recuperação pós-anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo
UTI	unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	1
2	INTRODUÇÃO	5
2.1	O PROCESSO DE AVALIAÇÃO	13
2.2	INDICADORES DE QUALIDADE	15
2.3	A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	31
3.1	BASES TEÓRICAS PARA IDENTIFICAÇÃO, CONSTRUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	35
4	OBJETIVOS	40
4.1	GERAL	41
4.2	ESPECÍFICOS	41
5	MÉTODOS	42
5.1	TIPO DE ESTUDO	43
5.2	ASPECTOS ÉTICOS	43
5.3	PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES	43
5.3.1	Fase de planejamento	43
5.3.2	Fase de organização dos membros da equipe de validação e mensuração	44
5.3.3	Fase de estabelecimento das melhores práticas baseadas em pesquisas de evidências científicas, ou consenso de *experts* da área	44
5.3.4	Fase de determinação das características do indicador	44
5.3.5	Fase de julgamento dos indicadores	45
5.4	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	47
5.4.1	Seleção de práticas assistenciais relacionadas à dor	47
5.4.1.1	Indicador de estrutura relacionado à avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica	47

5.4.1.2 Indicador de processo relacionado à avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica 48
5.4.1.3 Indicador de resultado relacionados à avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica 48
5.4.2 Seleção de práticas assistenciais relacionadas à hipotermia 48
5.4.2.1 Indicador de estrutura relacionados à avaliação da hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica 48
5.4.2.2 Indicador de processo relacionados à avaliação da hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica 48
5.4.2.3 Indicador de resultado na sala de recuperação pós-anestésica 49
5.5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS À DOR E À HIPOTERMIA 49
5.6 ELABORAÇÃO DOS INDICADORES 49
5.7 PROCEDIMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES 52
5.8 CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS DE JUÍZES 52
5.9 TÉCNICA DE TRABALHO DOS JUÍZES: MÉTODO DELPHI 54
5.10 CONSENSO DE JULGAMENTOS DOS JUÍZES 56
5.11 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 57
5.11.1 Parte I: Questionário para Caracterização dos Juízes 57
5.11.2 Parte II: Questionário de Validação dos Indicadores 58
5.12 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 59
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 60
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES 61
6.2 VALIDAÇÃO DO INDICADOR DE AVALIÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAS RELACIONADAS À DOR E À HIPOTERMIA 64
6.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE À 78

DOR
6.3.1 Indicador 2 78
6.3.2 Indicador 3 88
6.3.3 Indicador 4 99
6.3.4 Indicador 5 108
6.3.5 Indicador 6 118
6.4 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE À HIPOTERMIA 140
6.4.1 Indicadores 7 e 8 140
6.4.2 Indicador 8 150
6.4.3 Indicador 9 154
6.4.4 Indicador 10 162
7 CONCLUSÃO 174
8 REFERÊNCIAS 177
Apêndice A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 185
Apêndice B Questionário para Caracterização dos Juízes 186
Apêndice C Questionário de Validação dos Indicadores 188
Apêndice D Manual Operacional dos indicadores para avaliação e validação na primeira rodada 193
Apêndice E Manual Operacional dos indicadores para avaliação e validação na segunda rodada 219

1 APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Desde a graduação, a unidade de centro cirúrgico (CC) e suas particularidades despertaram meu interesse, no que se refere à assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. Ainda nesse setor, conheci também a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e, nesse contexto, as especificidades do paciente no período pós-operatório imediato (POI).

Após a graduação, fiz a escolha pela pós-graduação *sensu lato* em CC, Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e Centro de Material e Esterilização (CME).

Após esse curso, fui trabalhar em hospitais privados na área de CC/RPA, desenvolvendo minha prática assistencial com o paciente cirúrgico.

A experiência como docente na graduação de Enfermagem apontou para a necessidade de aprimoramento acadêmico, resultando na busca da especialização *sensu stricto*.

O objeto de estudo no mestrado foi o paciente assistido no POI. Essa escolha foi consequência da inquietação e da necessidade de melhor compreensão da assistência de enfermagem em SRPA. As seguintes questões nortearam a pesquisa: Quais são as alterações e complicações mais frequentes encontradas no POI? Como o enfermeiro intervém quando se depara com as alterações e complicações na SRPA?

Outras inquietações diziam respeito à valorização do enfermeiro na SRPA e à segurança do paciente, ou seja, à necessidade de enfoque na importância do enfermeiro na SRPA, como profissional fundamental para a segurança, na detecção precoce das complicações e para um melhor prognóstico de retorno ao leito de origem e na alta segura do paciente.

O paciente na SRPA é vulnerável e depende da equipe de enfermagem, necessitando de atenção e, muitas vezes, de cuidados intensivos, e podendo apresentar instabilidades importantes, como aquelas decorrentes das alterações nas funções respiratória, cardiovascular, hemodinâmica, entre outras, ocasionadas pelo procedimento anestésico-cirúrgico.

A segurança dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem apresenta estreita relação com a qualidade do serviço prestado, isso é, a qualidade do cuidado prestado.

Com a conclusão da dissertação de mestrado, houve a certeza da importância do enfermeiro no POI e de sua valorização, além da confiança de que as intervenções de enfermagem ao paciente nesse período garantem uma recuperação dentro de padrões considerados adequados e seguros.

A enfermagem exerce papel fundamental na promoção da qualidade do cuidado, e isso é constatado também na SRPA.

Considerando esse aspecto, a pesquisa no doutorado trouxe a discussão da qualidade e sua monitoração na SRPA. A qualidade é um assunto fascinante e inquietante. Levando em conta a qualidade de serviços de saúde, o tema pode ser ainda mais encantador, e sua discussão e abordagem se tornam cada vez mais necessárias.

As ferramentas de avaliação, cada vez mais complexas, demandam do enfermeiro um conhecimento de padrões de qualidade e, consequentemente, a discussão de indicadores específicos na SRPA, devido às particularidades do paciente nesse setor.

A proposta no presente trabalho foi construir indicadores e validá-los, o que foi desafiante, pois havia muito ainda a ser estudado e compreendido sobre a avaliação de serviços de saúde.

Os hospitais são estruturas complexas e, sob essa perspectiva, as práticas assistenciais desenvolvidas devem ser sempre revistas e avaliadas, buscando a melhoria da qualidade e, em especial, a satisfação do cliente com o cuidado prestado.

Revisitando os criadores da qualidade, chegamos a Donabedian, que foi utilizado como referencial teórico para a compreensão de como os indicadores podem ser trabalhados e estudados.

O desafio não se limitou a compreender a qualidade, e suas múltiplas faces e fatores envolvidos, mas esteve também em aplicar esses conceitos na prática na SRPA, onde tantos fatores influenciam na qualidade e na percepção do cliente quanto à qualidade do cuidado prestado.

A SRPA é um campo desafiador e extremamente gratificante. A avaliação constantemente das práticas e ações é possível e necessária. Dessa maneira, espero contribuir para a enfermagem e os cuidados de saúde no setor.

2 INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

Pela diversidade de definição existente, o conceito de qualidade se faz complexo.

O termo ‘qualidade’ vem do latim *qualitate* e pode ter diversas aplicações. Por exemplo: qualidade de vida das pessoas de determinado país ou região, qualidade da água que bebemos, do ar que respiramos, de determinado serviço prestado por uma empresa, ou de um produto comprado ou consumido. (1)

Talvez o primeiro grande nome na área da qualidade tenha sido Deming (1900-1993). Considerado um ‘guru’ da qualidade, Deming foi um importante estatístico, professor universitário, autor, palestrante e consultor norte-americano. Alcançou reconhecimento pela melhoria dos processos produtivos nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial, sendo também conhecido por seu trabalho no Japão, onde ensinou executivos a melhorarem os projetos, a qualidade de produtos, os teste e vendas, com grande impacto sobre a economia japonesa. (1)

Deming discorreu sobre o assunto da qualidade e, em sua definição ressaltou que “a qualidade só pode ser definida em termos de quem avalia”. Ainda destaca a necessidade de definir a qualidade sob o ponto de vista daquele que produz determinado produto e daquele que a consome − o cliente. Do ponto de vista do produtor, a qualidade se associa à concepção e à produção daquilo que está de acordo com as necessidades do cliente. Do ponto de vista do cliente, a qualidade está associada ao valor e à utilidade reconhecidas, estando, em alguns casos, associada ao preço. Deming complementou, em seu conceito sobre qualidade, que esta é multidimensional, ou seja, um produto deve ser avaliado sob diversos aspectos, entre eles a satisfação do cliente, seus valores e objetivos pessoais. (2)

Outro pioneiro no assunto foi Joseph Juran, norte-americano, de 93 anos de idade, sendo 73 deles vividos no campo de gestão da qualidade, fundador e presidente do *Juran Institute*, e membro da *American Society for Quality Control* (ASQC). Ele destacou, em artigo de 1997, a importância que a qualidade dos

produtos e empresas adquiriram após a Segunda Guerra Mundial, em um cenário de extrema escassez de recursos, e novos competidores e investidores. [3]

O pós-guerra foi um momento de profundas transformações no mundo, durante o qual o Japão saiu da guerra totalmente destruído e, nesse processo de reconstrução, teve que encontrar novos objetivos e maneiras de se reerguer. A maneira escolhida, por diversos fatores, foi o caminho do investimento no comércio e nas indústrias de bens de consumo; dentro dessa perspectiva, havia a valorização da qualidade dos produtos oferecidos. Os investimentos se voltaram ao comércio ao invés de investimentos em guerra e armamentos militares. [3]

Essa mudança de foco japonês trouxe a necessidade de reação de países ocidentais, como os Estados Unidos, de repensarem seu conceitos em relação à produção e aos bens de consumo, para poderem competir com os japoneses, cada vez mais engajados no propósito de dominarem o comércio mundial. Surgiu a necessidade de investimentos na qualidade no pais norte americano. Muito investimento financeiro, treinamento e capacitação de equipes de trabalho foram necessários para corrigir o trajeto tomado pelos Estados Unidos e, novamente, esse país se tornar competitivo diante do mercado japonês. [3]

Nesse momento de extrema fragilidade econômica e social do pós-guerra, Juran também teve uma importante contribuição no campo da qualidade, apresentando como ideias principais três processos básicos: planejamento, controle e melhoria − denominados ‘trilogia de Juran’. Para ele, as abordagens conceituais necessárias ao gerenciamento dos três processos são similares àquelas empregadas na administração financeira, porém sem dar a mesma importância à estatística, como afirmou Deming, considerando esta uma ferramenta importante, porém não fundamental. Juran definiu qualidade como adequação ao uso, isto é, aquilo que atende as necessidades de seu consumidor. [4]

Com o crescimento da preocupação da indústria com a qualidade de seus serviços e produtos, foi natural que muitos princípios empregados fossem usados também na gestão da qualidade de serviços de saúde, assim como seus conceitos, trazendo uma visão mais empresarial e comercial aos hospitais e aos diversos serviços de saúde.

Uma forma de gerenciar a qualidade na indústria utilizada posteriormente na área da gestão da qualidade em serviços de saúde foi a norma ISO 9001. Definida

como um componente estratégico de uma organização que delimita requisitos para o sistema de gestão da qualidade e a forma como uma empresa deve ser gerenciada, a ISO 9001 tem como objetivo identificar e atender as necessidades dos clientes. [5]

A adoção das normas ISO cresceu na década de 1990, especialmente na União Europeia, onde as empresas passaram a exigir o certificado ISO de seus fornecedores. A norma ISO pode ser apontada como uma alternativa política de qualidade total, muitas vezes questionável. [4] Hoje, a ISO é aplicada em mais de 170 países do mundo, com mais de 1 milhão de empresas já certificadas e muitas outras em fase de implantação e certificação. [5]

As normas ISO constituem um denominador comum de boas maneiras industriais, voltadas para a qualidade, porém não garantem qualidade ou a competitividade por si só, mas podem servir de guia para implantação de sistemas de gestão e monitoramento da qualidade. [4]

Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa, pode ser considerada uma pioneira na área da qualidade, que implantou o primeiro modelo de melhoria da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Crimeia, reduzindo a mortalidade de 40 para 2% em 6 meses, por meio de rígidos padrões sanitários e de uma revolução no atendimento e nos cuidados diretos ao paciente pelos enfermeiros. [6]

Nos Estados Unidos, havia grande preocupação com a qualidade dos hospitais e escolas de medicina já na década de 1920, com esforços de instituições, como o *American College of Surgeons* (ACS), ou a partir de trabalhos de expoentes como Flexner e Codman. [7] Flexner, em 1910, denunciou as precariedades da assistência médica e da prática profissional, por meio do estudo de *Avaliação da educação médica*. [8] Codman, em 1916, escreveu *A study in hospital efficiency: the first five years*, com a proposta de uma metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para que fossem estabelecidos os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares.[8] Codman ainda propôs pela primeira vez o conceito de '*quality of care',* que pressupõe que a "observação de tudo o que acontece durante e após o tratamento é a melhor maneira de avaliar a qualidade da assistência prestada". [6]

Em 1918, o ACS propôs a avaliação da qualidade da prática cirúrgica e dos hospitais americanos com mais de cem leitos. Ainda naquele ano, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos, sendo que, de 692 hospitais com cem leitos avaliados, 89 cumpriram os padrões mínimos preconizados. [9]

A *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* trabalhou inicialmente com base em padrões mínimos e não ótimos, como vemos hoje em dia, mas os hospitais só começaram a utilizar esses padrões quando o pagamento do seguro social foi vinculado à obrigatoriedade da acreditação. [6]

Ainda em 1924, o ACS estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH), no qual foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. [9]

Os padrões desenvolvidos pelo PPH são os seguintes: [9]

- Médicos e cirurgiões devem se organizar em um grupo, compondo um corpo clínico.
- Admissão de médicos e cirurgiões ao corpo clínico, aqueles graduados em medicina, com licença legal para a prática nos locais de atuação propostos.
- O corpo clínico deve iniciar suas atividades após a aprovação do conselho diretor do hospital.
- Os registros dos pacientes devem ser completos e precisos, e escritos de forma acessível a todo o hospital.
- Recursos diagnósticos e terapêuticos devem estar disponíveis para o tratamento e o diagnóstico dos pacientes, assim como serviços de análises clínicas, químicas, patológica, radiografia e fluoroscopia.

Há, como se pode observar, uma preocupação com a formação do profissional médico e sua participação no corpo clínico dos hospitais, assim como o enfoque nas estruturas de apoio diagnósticos e de tratamentos diversos − sejam eles clínicos ou cirúrgicos.

A criação da *Joint Comission of Accreditation of Hospitals*, em 1951, nos Estados Unido, que, em 1988, passou a se chamar *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) foi um marco pela forma como as avaliações de serviços de saúde se desenvolveram e os rumos tomados desse momento para frente. [7]

Na década de 1960, os hospitais americanos em sua maioria já tinham atingido os padrões mínimos preconizados, e a JCAHO buscou modificar o grau de excelência, com a publicação do *Accreditation Manual for Hospital*, que abordava padrões considerados ótimos, além de trazer a avaliação de processos e resultados.[9]

Em 1966, com Donabedian, a avaliação passa a ter uma proposta de sistematização dos atributos propostos pelo autor, que traduzem a qualidade nos serviços, e esse mesmo autor, em 1988 e em 1990, trouxe o conceito de avaliação da qualidade sob três aspectos essenciais: estrutura, processo e resultado. Os serviços de saúde passam a ser ajuizados como produtos, passíveis de padronização e avaliações. [8]

Donabedian nasceu em Beirute, no Líbano, em 1919, e morreu em 2000, nos Estados Unidos. Escreveu muitos manuscritos sobre as diversas questões envolvidas na avaliação de qualidade de serviços de saúde, relacionados a registos médicos, sob a ótica ponto de vista do observador/avaliador, e da satisfação do paciente/cliente. Propôs a trilogia para alcançar o objetivo da avaliação em saúde, que conhecemos como dimensões de estrutura, processo e resultados. Também escreveu sobre os aspectos fundamentais da qualidade em saúde, denominando-os *Sete pilares da qualidade*, a saber*:* eficácia; eficiência; optimalidade (otimização); aceitabilidade; legitimidade, equidade e custos (efetividade). [10]

Na Europa, o movimento de qualidade na saúde surgiu por volta da década de 1970, ganhando visibilidade na década de 1980, devido ao aumento da competitividade entre as instituições hospitalares.

No Canadá, assim como nos Estados Unidos, determinou-se em 1983 que todos os hospitais deveriam contar com programas destinados a garantia da qualidade. [7]

Dentro dessa perspectiva de avaliação de serviços de saúde, o *Institute of Medicine* (IOM) definiu qualidade 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”.[11] Esta definição indica os elementos essenciais necessários para construir um conceito de garantia de qualidade, o qual se encaixa nas especificidades de saúde. [11]

Nos países da América Latina, é mais difícil de se identificar um marco na valorização e na adoção de medidas de monitoramento de qualidade; há, porém, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais, que propõem e discutem modelos de acreditação de qualidade em hospitais, apesar de ainda hoje existirem diversos países latino-americanos que aplicam esses princípios de forma ainda limitada. [7]

Em 1935, no Brasil, com Odair Pedroso, foi realizado um estudo que teve como objetivo melhorar a qualidade na organização de hospitais, sendo criada a ficha de Inquérito Hospitalar, com os seguintes parâmetros de avaliação: corpo clínico e administrativo obrigatórios; corpo de enfermagem dimensionado adequadamente, serviços de radiologia e fisioterapia; laboratório clínico; sala de operações com equipamentos suficientes; farmácia e serviços auxiliares de limpeza, lavanderia e desinfecção. [9]

Em 1951, o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Brasileiro Internacional de Cirurgiões, em São Paulo, estabeleceu os primeiros padrões mínimos para o CC, tanto na planta física, como na organização dessa unidade hospitalar. Os padrões mínimos para o CC são os que seguem: [9]

- Chefia: a administração do CC deve ser exercida por uma enfermeira devidamente treinada.
- Pessoal: deve haver número suficiente, devidamente treinado.
- Regulamento: o regulamento do CC deve fazer parte do regulamento do hospital.
- Rotinas: deve ser assegurado seu bom funcionamento e as rotinas devem ser divulgadas a todos.
- Avaliação do trabalho profissional: deve ser organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião.
- Prontuário médico: nenhum doente pode ser operado sem possuir prontuário médico, que deve conter o diagnóstico provisório; devem ser anexos ao prontuário descrição do ato cirúrgico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável.

Em 1952, houve a Primeira Classificação Hospitalar por padrões, com a lei 1.982/52 no Estado de São Paulo. Outras classificações também surgem na década de 1960. Em 1968, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) criou a Tabela de Classificação de Hospitais e ,em 1974 o Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR) Portaria 8/74 foi criado, com o objetivo de classificar os hospitais, buscando recursos de avaliação por padronização de procedimentos e qualidade, além de parâmetros para repasses de recursos materiais. [9]

A partir da década de 1990, as instituições públicas e privadas começaram a desenvolver estratégias, no sentido de adotarem programas de garantia de qualidade. O acesso facilitado ao Código de Defesa do Consumidor e a Constituição da República Federativa do Brasil trouxeram conhecimento e orientação ao paciente sobre seus diretos e deveres, abrindo uma nova perspectiva nos hospitais e na saúde no país, e valorizando a opinião do consumidor e a qualidade do cuidado prestado. [7]

No Estado de São Paulo, foi criado, em 1991, o Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais do Estado de São Paulo e outros, por meio de metodologia de avaliação e monitoramento de indicadores. [12]

Iniciativas semelhantes acontecem em outros Estados do Brasil, apoiados pelos princípios do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*, programa apoiado pela OPAS e que conta com participação voluntária dos hospitais. Porém, ainda não existe obrigatoriedade de os serviços de saúde no Brasil seguirem padrões de qualidade − mas caminha-se nesse sentido.

Apesar de a história da qualidade no Brasil datar de meados da metade do século XX, ainda existe dificuldade de atingir os mesmos padrões de qualidade internacionais em diversas áreas de atuação, assim como na indústria ou na saúde.

Algumas dificuldades são apontadas como possíveis de contribuírem para essa dificuldade, como: insuficiência de fundos para investimentos em tecnologia e treinamento, em razão da instabilidade política e econômica; altos custos de importação e mercado protegido; cultura inadequada; conservadorismo e visões

ultrapassadas do empresariado; e falta de empenho da mão de obra − além da falta de conhecimento técnico e administrativo. [4] Também é possível citar três fatores que atrapalham na implantação de programas de qualidade em saúde no Brasil: a falta de comprometimento da alta direção; a confusão entre qualidade e treinamento; e a resistência dos níveis gerencias. [4]

Ainda são muitos os desafios para a incorporação de conceitos e valores voltados para qualidade na área da saúde, porém, para que a qualidade seja vivenciada na nossa realidade, devem ser introduzidos processos de avaliação que apontem as necessidades reais, além da implantação de processos que garantam sua existência.

2.1. O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação da qualidade é uma desafio tão grande quanto sua conceitualização. A avaliação da qualidade pode ser entendida como um processo fundamental para se alcançarem os objetivos de melhoria na saúde, sendo que, para isso, são usadas metodologias que monitoram processos, parâmetros de qualidade de medida, e definições de normas a serem cumpridas, sendo foco de diversos órgãos e organizações voltadas ao controle de qualidade. [11]

Entre os mecanismos disponíveis, estão os termos ‘controle de qualidade’, ‘avaliação de qualidade’ e ‘garantia de qualidade’, ocasionalmente usados alternadamente para denotarem mecanismos de vigilância da qualidade nos cuidados de saúde e tecnologia em saúde. [11]

A avaliação da qualidade implica em uma avaliação dos parâmetros de qualidade, embora não incluindo, a princípio, quaisquer ações corretivas para produzir melhorias.

Já a garantia de qualidade é um sistema de controle, avaliação e otimização de intervenções, de modo a cumprir os critérios cientificamente fundamentadas e verificáveis dos padrões. [3]

‘Avaliar’ significa atribuir valor a algo, emitindo um juízo de valor que depende, muitas vezes, dos valores de quem avalia, contendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador. [7]

A avaliação é um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade e que pode ser aplicado a qualquer ramo de atividade profissional, tipo de serviço ou organização, utilizando diversas áreas do conhecimento. [7] Esse processo envolve todos os atributos e características da avaliação e dos aspectos de saúde, cujos parâmetros podem ser universais ou ajustados a uma realidade específica. [13]

Desse modo, a aplicação da avaliação da qualidade em serviços de saúde e de técnicas de gerenciamento de qualidade pode contribuir para redução de gastos na assistência e gerar benefícios maiores do que os obtidos na indústria, com a eliminação de desperdícios e a ineficiência ainda existentes. [3]

Ainda dentro da perspectiva da avaliação, surgem os processos de acreditação, o qual se referem a outorga concedida por instituições públicas ou ligadas a órgãos de saúde públicos ou coletivos, que tenham abrangência mundial, como a JCAHO, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a OPAS. A acreditação pode ser específica para a área da saúde e permite avaliar a instituição como um todo. [14]

Lee e Jones, em 1933, diziam que a assistência médica de “bom nível” era aquela que apresentava as seguintes características: [15]

- Ser limitada à medicina científica.
- Dar ênfase a prevenção.
- Resultar em cooperação inteligente entre o público leigo e os médicos.
- Visar ao tratamento do indivíduo como um todo.
- Envolver uma relação próxima e contínua entre o médico e seu paciente.
- Coordenar as ações visando ao bem-estar social.
- Coordenar todos os tipo de serviços médicos.
- Envolver todos os recursos da medicina científica ao serviço das necessidades de toda a população.

A avaliação da qualidade em saúde pode ser entendida como

> um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos. [7]

A avaliação dos cuidados de saúde é essencial, pois auxilia na tomada de decisão de administradores, gestores, consumidores e compradores. Um caminho promissor nas avaliações de serviços de saúde diz respeito à participação ativa dos enfermeiros nesse processo, pois podem ser obtidos dados importantes como satisfação do cliente, danos observados e medidas diversas dos resultados, que apontam para o papel fundamental desse profissional no processo da avaliação da qualidade. [16]

A avaliação é uma prática que necessita ser institucionalizada e pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento de sua cobertura, seu acesso, sua equidade, sua qualidade técnica, sua efetividade, sua eficiência e sua percepção dos usuários a seu respeito.

Merece destaque a dificuldade de adotar medidas de avaliação e monitoramento de processos de gestão de sistemas de saúde, exigindo, dessa maneira, o uso de indicadores que permitam sua incorporação no apoio a gestão e que viabilizem sua adoção como instrumentos de trabalho da gestão. [17]

Uma maneira de avaliar a qualidade do serviço prestado em instituições de assistência a saúde é o uso de indicadores.

2.2. INDICADORES DE QUALIDADE

Os primeiros indicadores utilizados em saúde provavelmente foram aqueles que se referiam à mortalidade e à sobrevivência. Porém, com a complexidade da assistência em saúde e a exigência pela qualidade, surge a necessidade de desenvolvimento de outras dimensões de avaliação da qualidade, as quais exigem outros indicadores para essa finalidade. [18]

Os indicadores são formas de representação quantificável de processos e produtos, com o objetivo de controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos mesmos. [18]

Entre seus principais objetivos e usos diversos, é possível destacar: facilita o planejamento e o controle do desempenho; identifica características e atributos que diferenciam um serviço daquele oferecido pela concorrência; oferece conhecimento da percepção do cliente externo, bem como diagnóstico dos pontos fortes e fracos do serviço; e ainda avalia comparativamente diferentes organizações. [18]

Há ainda a definição do indicador como uma unidade de medida de uma atividade. O indicador pode sinalizar divergências entre o padrão determinado como desejável e atuar como uma chamada, que identifica e dirige a atenção para pontos do cuidado que necessitam ser revistos. [19]

São conceituados como medidas quantitativas de variáveis, características ou atributos de um dado processo ou sistema, que permitem reconhecer seus resultados desejáveis ou indesejáveis. Para que se possa atingir um nível adequado e desejável, é necessário conhecimento do que se considera o padrão, ou, como chamamos atualmente, o 'padrão-ouro'. Esse padrão pode ser encontrado em estudos de evidências científicas, diretrizes ou protocolos, estudos controlados do ponto de vista metodológico, consensos de especialistas, entre outros. [20]

Os indicadores são desenvolvidos como parte do processo de gestão hospitalar, dentro de sistemas de avaliação. A avaliação pode incluir um número variável de indicadores com a mensuração e a utilização de procedimentos selecionados segundo seu potencial de riscos e intervenções, para a mensuração da qualidade geral da assistência. [21]

Apesar de amplamente utilizados e com ótimas perspectivas dentro da avaliação em saúde, os indicadores sozinhos não são capazes de avaliar a qualidade; podem, porém, ser utilizados como norteadores, para que a instituição alcance os resultados esperados dentro de determinada prática ou processo. [22]

Antes de desenvolver e construir indicadores, é essencial que se conheçam as diretrizes políticas da organização (visão, missão, negócio e valores), assim como seus objetivos estratégicos (recursos humanos, financeiro e atuação no mercado) e perspectivas (responsabilidade social, resultados/ financeiro, clientes, conhecimento e processos). [23]

Os indicadores podem ser usados como sistemas de avaliação interna, ou permitem análises comparativas entre hospitais, em perspectivas regionais, nacionais ou mesmo internacionais, sendo vitais para a comprovação da assistência prestada, tanto para os financiadores, quanto para os clientes. [24]

Para que os indicadores possam ser usados nas avaliações, devem ser desenvolvidos indicadores sensíveis, válidos e viáveis para as dimensões priorizadas em cada uma delas, e de identificação de parâmetros que permitam

diferenciar o desempenho dos serviços sob análise, o que se configura como uma tarefa complexa e, muitas vezes, subestimada. [21]

Os indicadores devem estar relacionados aos problemas existentes e que têm impacto sobre a saúde de determinada população, trazendo, então, a importância de reflexão e estudos que validem e deem força à sua aplicação. [21]

A seleção de indicadores para avaliação de serviços passa por sua relevância para a instituição, em harmonia com sua missão; pelas necessidades dos pacientes, com ênfase no seu perfil; pelos tipos de serviço que o hospital oferece; pelos processos que apresentam alto risco aos pacientes; pelos procedimentos de grande volumes; pelas questões contingenciais; por áreas de foco estabelecidas pelo planejamento estratégico; e por sua utilização no monitoramento de melhorias de qualidade. [23]

Os indicadores apontam dados da realidade e refletem mudanças ocorridas, porém não seria possível descrever um cenário com um único indicador, sendo necessária a criação de um conjunto de indicadores para análise de determinada situação. [25]

Os indicadores são baseados em padrões de cuidado e podem ter sua base em evidências e/ou derivar de literatura acadêmica (por exemplo, a Cochrane ou as metanálises), ou mesmo de consensos e práticas validadas entre determinada categoria a ser avaliada. [26]

Existe, assim, a recomendação de que, havendo falta de evidências suficientes, seja determinado um corpo de especialistas em determinada área, que possa propor um consenso, com base em suas experiências. [26]

A elaboração de um indicador envolve selecionar o indicador, definir quem são os responsáveis pela coleta, estabelecer a periodicidade da coleta e o cálculo, entre outros aspectos. Não podemos definir uma regra para a escolha de indicadores, pois constitui um processo complexo e que envolve a opinião de especialistas em serviços, além dos clientes que o utilizam. [18]

Alguns métodos de seleção e escolha de indicadores são encontrados na literatura, tais como: [18]

- Método usado pela OPAS, que consiste em indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional.

- Construção de indicadores baseando-se em iniciativas como mesa-redonda e análise de indicadores já existentes, seguindo a metodologia canadense de trabalho e tendo como base estudos de vigilância de saúde ambiental.
- Construção de indicadores a partir de dados de indicadores já existentes e pesquisas, utilizando-se questionário e incluindo todos envolvidos nos processos administrativos e assistenciais (profissionais e pacientes). Pode contar também com consultas a *experts* nos processos envolvidos.

Merece destaque para a necessidade de recursos humanos envolvidos e capacitados em sua aplicação e coleta de informações, além de tecnologia de informação, revisão de processos, processo padronizados, estrutura física, organizacional e material adequado. [18]

Os indicadores são ferramentas valiosas na avaliação e no monitoramento, porém sua excelência depende de características definidas: exatidão dos dados, confiabilidade ou objetividade (a mesma medida pode ser coletada por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento), simplicidade (facilidade em coletar e registrar os dados), pertinência ou especificidade (estar correlacionado ao fenômeno que se está examinando) e sensibilidade (capacidade de detectar as variações no comportamento do fenômeno avaliado). [18]

Desse modo, os indicadores podem auxiliar as instituições de saúde na busca pela qualidade, no controle dos processos, na estruturação de um banco de dados confiável e útil, seja para o planejamento estratégico, ou para a tomada de decisões. [18]

Quanto à classificação, são classificados, segundo a JCAHO, em indicadores clínicos / assistenciais (indicadores escolhidos para serem desenvolvidos nesta pesquisa); gerenciais (baseados em índices, taxas e coeficientes) e de eventos sentinela. [24]

Os indicadores de eventos sentinela identificam eventos individuais, que exigem análise e investigação aprofundadas. Geralmente são usados no monitoramento de eventos graves, e em desenvolvimento de políticas de gestão de riscos. Medem processos ou acontecimentos graves, indesejados e eventualmente evitáveis, como suicídios, raptos nos estabelecimentos de saúde, cirurgias realizadas em partes do corpo erradas ou em pacientes errados. [25,26] São também

exemplos de indicadores de evento sentinela o número de pacientes que morreram durante determinada intervenção cirúrgica e o número de pacientes que morreram durante o período perinatal. [26]

O segundo tipo de indicador da área da saúde é baseado em índices, taxas ou coeficientes, os quais exigem avaliações aprofundadas. Esses índices podem demonstrar alterações no decorrer de um tempo e ser exemplificados por indicadores do tipo assistenciais, de desempenho e de produtividade. [25]

Essa categoria também foi destacada por Mainz, que denomina como indicadores baseados em taxas *(rate-based indicators*). São expressos em forma de proporção, taxas ou valores em uma determinada população. Permitem comparações durante determinado período de tempo e precisam de um numerador e um denominador especificando a população sob risco para o evento. [26]

São exemplos de indicadores de taxas e coeficientes: [26]

- Contaminação de ferida: sendo o numerador o número de pacientes que desenvolveram infecção de ferida do quinto dia de pós-operatório após uma cirurgia considerada limpa, e o denominador o número total de pacientes submetidos a cirurgias consideradas limpas em um determinado período de tempo.
- Bacteremia adquirida no hospital: sendo o numerador o número total de pacientes que adquiriram bacteremia, e o denominador o número total de pacientes internados em determinado período.

Indicadores ainda podem ser definidos a partir do conceito de redução de riscos e danos ao paciente ocasionados pela assistência a saúde, como, por exemplo, na definição de segurança adotada no Canadá, segundo a qual: “os riscos potenciais de uma intervenção ou do ambiente são evitados ou minimizados”. [27]

Há também indicadores baseados em estrutura – processos – resultados. São exemplos de indicadores de estruturas destacados pela JCAHO a proporção de especialistas, o acesso a determinadas tecnologias, o acesso a unidades específicas, diretrizes revisadas a cada 2 anos, fisioterapeutas específicos para determinadas áreas, entre outros. [26]

Como exemplos de indicadores de processo, têm-se: [26] proporção de pacientes com diabetes sendo assistidos com cuidados aos pés, proporção de pacientes com infarto do miocárdio que receberam antitromboembólico, proporção de pacientes que tiveram acesso ao médico nas primeiras 24 horas após determinado evento, proporção de pacientes tratados de acordo com determinadas diretrizes.

Por sua vez, os indicadores de resultados exemplificados por Mainz são resultados de hemoglobina glicada (HbA1) em pacientes diabéticos, resultados de lipídeos em exames de sangue de pacientes com hiperlipidemia, resultados de medidas de pressão arterial em pacientes hipertensos, mortalidade, morbidade, *status* de funcionalidade, *status* de trabalho, qualidade de vida e satisfação do paciente. [25]

O modelo canadense ainda inclui a avaliação de desempenho de sistemas nacionais de saúde, bem como a avaliação de dimensões como segurança, efetividade, adequação, eficiência, acessibilidade, continuidade, e competência ou capacidade. [27]

Outros modelos destacados na literatura, como o australiano, por exemplo, que se baseia no modelo canadense, trazem eixos para organizar e trabalhar com indicadores. Entre esses eixos, estão: melhor saúde, foco na prevenção, acesso (cuidado equânime e oportuno), alta qualidade dos cuidados (adequados e seguros), integração e continuidade do cuidado, cuidados centrados no paciente, eficiência, sustentabilidade e equidade. [27]

Como características ou atributos dos indicadores, destacam-se: [28]

- Objetividade: deve existir um objetivo claro, expressando de forma simples e direta a situação a que se refere.
- Simplicidade: facilidade de cálculo, na de busca de dados e análise.
- Validade: cumprir o propósito de identificar as situações que devem ser melhoradas.
- Sensibilidade: capacidade do identificar todos os problemas existentes.
- Baixo custo.

Outras características são enfatizadas em trabalhos de seleção de indicadores para monitoramento da qualidade da assistência em saúde, entre elas: [23]

- Exatidão: possibilidades mínimas de erro.
- Confiabilidade: as mesmas medidas podem ser obtidas por diferentes pesquisadores.
- Simplicidade: registros e medidas sem dificuldades.
- Pertinência: estar correlacionado ao fenômeno ou critério examinado.
- Validade: medir efetivamente a fenômeno ou critério.
- Sensibilidade: detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina.

Ainda segundo Mainz, as características do indicador devem: [26] ser baseadas em definições e consensos descritos de forma exaustiva e específica; se sensíveis a ponto de identificarem falsos-positivos ou negativos; ser válidas e replicáveis; identificar claramente os eventos que o avaliador quer identificar; permitir comparações úteis,

Segundo a JCHAO, os indicadores tem o que é chamado de atributos, sendo os seguintes considerados essenciais: [24]

- Validade: grau em que o indicador atinge o objetivo que ele propõe medir, indicando situações em que o cuidado pode ser melhorado.
- Inteligibilidade: a medida que o indicador é compreendido e inteligível, e faz sentido para aquele que o utilizará.
- Sensibilidade: quanto o indicador é capaz de identificar todos os casos em que existem problemas reais.
- Especificidade: quanto o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos em que o problema existe realmente.

A JCHAO destaca também a necessidade de cada indicador ser definido e detalhado, garantindo que meça aquilo a que se propôs, e permita sua aplicabilidade, ou seja, qualquer avaliador pode utilizá-lo e chegar a medidas confiáveis.

Para o desenvolvimento de indicadores clínicos de avaliação de serviços de saúde, a proposta recomendada por Mainz e McGlynn foi utilizada na presente pesquisa e levou em conta os seguintes passos. [28]

2.3. A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Até a década de 1940, não existiam SRPA como são conhecidas em sua concepção atual. Ocasionalmente, um cirurgião mantinha seu paciente em observação. Possivelmente essa ausência estava relacionada à limitação dos tipos de anestesia e de agentes anestésicos. [30]

Florence Nightingale já sugeria um local onde os pacientes seriam admitidos e cuidados após as cirurgias, até que pudessem retornar a seus leitos. No entanto, foi apenas após a Segunda Guerra Mundial que surgiram as SRPA, bem como seus objetivos específicos. No final da década de 1960, quase todos os hospitais norte-americanos tinham um local onde os pacientes retornavam dos procedimentos anestésicos e eram cuidados por equipes direcionadas a isso. [30,31]

No Brasil, com a portaria MS/GM 1.884, de 11 de novembro de 1994, que revogou a portaria MS 400/77, de 15 de dezembro de 1977, ficou determinada a obrigatoriedade da existência de uma SRPA para atender no mínimo dois pacientes em condições satisfatórias e simultaneamente. [31]

Segundo a resolução 50/2002 do Ministério da Saúde, a SRPA pertence à planta física do CC e, em alguns hospitais, pode ser encontrada próxima a unidade de terapia intensiva (UTI), mas não deve ser confundida com essa unidade, pois tem objetivos e características específicas. [32]

A SRPA é entendida como o local onde o paciente que foi submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer, sob observação e cuidados constantes da equipe de saúde, até o retorno da consciência e a estabilidade de seus sinais vitais e reflexos protetores [31,32]

A equipe da SRPA deve estar preparada para o atendimento ao paciente em um período considerado crítico e passível de instabilidades. Para isso, recomenda-se uma equipe formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, anestesiologista e auxiliar administrativo. A continuidade da assistência deve ser priorizada pela

equipe multiprofissional da SRPA, dando ênfase ao cuidado integral, que tem seu início na sala operatória (SO). [31]

A qualidade do cuidado de enfermagem na SRPA está inversamente relacionada à ocorrência de complicações, desconfortos, intercorrências e riscos ao paciente, relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico ou às características do paciente e suas comorbidades.

Define-se como complicações “quaisquer alterações fisiológicas persistentes relacionadas direta ou indiretamente ao procedimento anestésico-cirúrgico realizado” .[31: 320]

Entre as complicações mais comuns e frequentes, estão aquelas relacionadas ao sistema respiratório, circulatório, digestório, neurológico, tegumentar, sensorial, urinário, entre outros. Essa diversidade de complicações traz a complexidade ao paciente, exigindo da equipe na SRPA um amplo conhecimento (não só dos agentes anestésicos empregados nas diversas anestesias, como também da fisiologia), a agilidade e a prontidão para atender o paciente. [31]

Estudo sobre complicações pós-operatórias relacionadas à anestesia em pacientes de cirurgia eletiva ginecológicas e ortopédicas identificou dor de garganta, náuseas, vômitos e tromboflebites como as mais comumente encontradas. [33]

Já o desconforto pode ser compreendido como:

> situações esperadas as quais podem ocorrer no período pós-operatório de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica, e situações decorrentes de intervenções farmacológicas entre fármacos administrados, nível de ansiedade pré-operatória, tempo cirúrgico. [31]

Alguns desconfortos comuns são dor aguda, hipertermia, náuseas e vômitos, soluços, distensão abdominal, demora na recuperação da consciência, retenção urinária, hipoventilação, hiper ou hipotensão arterial, taqui ou bradicardia sinusal. [31]

Pacientes que apresentam desconforto em SRPA necessitam, além do cuidado prestado, de protocolos que garantam a segurança em todo o período de permanência na sala, até seu encaminhamento a unidade de destino. [34]

Além de planos de cuidados específicos pautados em intercorrências, complicações e desconfortos utilizados em SRPA, há também o Índice de Aldrete e Kroulik, que foi proposto em 1970. Criado como um método análogo ao escore de Apgar, tem como objetivo avaliar o paciente e obter informações sobre suas condições físicas.

Aldrete e Kroulik, seus criadores, partiram do princípio da simplicidade, objetivando a fácil memorização e aplicabilidade. [35] Uma pontuação de zero a dois foi estabelecida para cada parâmetro avaliado. Inicialmente, os parâmetros observados e pontuados eram atividade, respiração, circulação, consciência e coloração. A pontuação dez apontaria um paciente em condições de alta. O escore ganhou popularidade e passou a ser utilizado na maioria das SRPA. [35]

Alguns parâmetros não foram considerados no índice, ou mesmo dependiam de uma avaliação subjetiva do avaliador, como a coloração, a dor, ou ainda náuseas e vômitos.

A avaliação da coloração foi substituída pela avaliação da saturação de oxigênio, considerado um parâmetro mais objetivo de avaliação do paciente na SRPA, o que tornou o Índice de Aldrete e Kroulik conhecido como Índice de Aldrete e Kroulik modificado.

Em 1984, foi desenvolvido outro índice, muito semelhante ao de Aldrete e Kroulik, o REACT, acrônimo que propunha os seguintes parâmetros de avaliação: *R*espiração, *E*nergia/vitalidade (refere-se à atividade), *A*lerta, *C*irculação e *T*emperatura. Esse escore não costuma ser adotado pelos serviços de SRPA no Brasil. [35]

O Índice de Aldrete e Kroulik modificado é o mais utilizado no Brasil nas SRPA, devido à sua simplicidade e abrangência, desde a admissão do paciente nesse setor até sua alta. Preconiza-se que seja realizado a cada reavaliação do paciente, o que deve ocorrer a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora, e a cada hora a partir da terceira hora que o paciente permanece na SRPA. [36]

Outros métodos e escores são utilizados para avaliação de crianças na SRPA, pois o índice de Aldrete e Kroulik é indicado para adultos. A criança geralmente se agita com o excesso de manuseio; para tal, foram propostos índices que avaliam apenas consciência, vias aéreas e movimento. Além disso, precisam

ser avaliados: sinais vitais, temperatura, deglutição e tosse, choro e ingestão oral, movimentos condizentes com a idade, estado de alerta, orientação e boa interação com os pais. [37]

É importante enfatizar que o Índice de Aldrete e Kroulik é muito utilizado na avaliação do paciente na SRPA e que deve estar associado à avaliação de dor, hipotermia, náuseas e vômitos, função renal etc.

Ao ser liberado para o leito de origem/destino, na alta do paciente da SRPA, recomenda-se que o paciente esteja estável, do ponto de vista cardiovascular e respiratório, e sem oxigenoterapia por um período de 20 minutos pelo menos. Deve estar consciente, orientado e com parâmetros clínicos compatíveis com suas condições pré-operatórias. Devem-se considerar as drogas utilizadas e aguardar seus períodos de ação e eliminação. [37]

Tendo em vista a complexidade do paciente assistido na SRPA, é essencial a continuidade da assistência para a manutenção de um cuidado de enfermagem seguro, e com diminuição de riscos e danos ao paciente neste período de recuperação.

Para tal, o enfermeiro da SRPA tem como competência técnico-científica a avaliação das condições clínicas do paciente, registrando os dados relativos aos cuidados de enfermagem prestados e ao encaminhamento à unidade de origem/destino com segurança.

A SRPA tem a característica de ser uma unidade de alta rotatividade, o que pode ser um fator de dificuldade para a prestação da assistência de enfermagem com qualidade e registrada de maneira adequada. Para tanto, é importante que sejam estabelecidos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na SRPA, dando ênfase ao protocolos de assistência nessa sala.

A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), em 2013, compôs um capítulo dedicado aos indicadores de qualidade da assistência na SRPA. [31]

São exemplos de indicadores de avaliação de cuidado de enfermagem desse setor alguns já utilizados pelo Núcleo de Gerenciamento Hospitalar da Associação Paulista de Medicina (NAGEH). A seguir, são apresentados os indicadores sugeridos pela SOBECC, dentro da classificação proposta por Donabedian (estrutura/processo/resultado). [31]

Quanto à estrutura:

- Índice de enfermeiros com curso de pós-graduação.
- Índice de checagem diária de desfibriladores e carros de emergência.
- Índice de checagem diária da monitorização do *box* da SRPA.
- Índice de monitores com calibragem em dia.
- Índice de absenteísmo dos profissionais.
- Índice de carros de emergência em condições de pronto uso.
- Índice de treinamento do funcionário/ano.
- Índice de manutenção dos equipamentos/ano.

Quanto ao processo são considerados pela SOBECC os seguintes indicadores como indicadores de processo:

- Porcentual de perda de sonda nasoenteral.
- Porcentual de perda de sonda vesical.
- Porcentual de perda de acesso venoso.
- Porcentual de pacientes com avaliação inicial pelo enfermeiro.
- Porcentual de erros relacionados à administração de medicações.
- Porcentual de pacientes com prescrição de cuidados pelo enfermeiro.
- Porcentual de pacientes com avaliação final do enfermeiro.
- Porcentual de preenchimento adequado da ficha de avaliação pós-anestésica.
- Tempo médio de liberação do *box* da SRPA.
- Tempo médio de permanência do paciente na SRPA.
- Tempo médio de espera do paciente na SO.
- Porcentual de pacientes atendidos na SRPA/dia.
- Transporte adequado.

Quando aos resultados:

- Índice de mortalidade na SRPA.
- Índice de pacientes com retorno à SO para reabordagem cirúrgica.
- Índice de pacientes com hipotermia.
- Índice de pacientes com náuseas e vômitos.
- Índice de pacientes conscientes.

- Índice de pacientes com pressão arterial (PA) até 20% do nível pré-anestésico.
- Índice de pacientes em relação ao tempo com suporte de oxigênio.
- Índice de tempo em relação aos pacientes apresentarem movimentos voluntários dos membros inferiores após bloqueio.
- Índice de pacientes com saturação de oxigênio entre 95 e 100%.
- Índice de pacientes com sangramento.
- Índice de pacientes com pontuação dez na escala de Aldrete e Kroulik.
- Índice de prontuários de pacientes com registros das atividades de enfermagem.
- Índice de procedimentos executados pelo enfermeiro.

Nesse mesmo material da SOBECC, fala-se ainda da necessidade de uso dos indicadores de qualidade na SRPA de maneira rotineira, ou seja, os serviços, em sua maioria, não adotaram indicadores de qualidade específicos da SRPA, porém merece destaque a tendência da utilização cada vez mais frequente das avaliações de qualidade, que, com certeza, não devem deixar esse setor tão específico de fora. [31]

Em uma revisão sistemática da literatura sobre indicadores de segurança para pacientes agudos hospitalizados, foram encontrados vários indicadores por área clínica/setor de cuidado, e os indicadores de adultos na cirurgia e anestesia corresponderam a 11,2% do total de indicadores de organizações que trabalham com esse tipo de informação, como, por exemplo, *Agency for Healthcare Resesarch & Quality (*AHRQ), *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), *Safety Improvement for Patients in Europe* (SimPatIE). Nesse mesmo levantamento, ao avaliarem a quantidade de indicadores quanto à sua tipologia, nenhum indicador era de estrutura, 2,1% representavam indicadores de processo e 9,1% eram de resultado. [24]

Alguns indicadores identificados pela revisão e trabalhados pela organizações mencionadas acima foram: complicações anestésicas, desordem fisiológica ou metabólica pós-operatória, hemorragia ou sangramento pós-operatório etc. Desses indicadores, poucos podem ser diretamente relacionados a SRPA. [24]

Existe uma tendência em trabalhar os indicadores baseados em riscos potenciais e também na segurança do paciente, tema frequente nos dias de hoje. Dessa maneira, estudo realizado de janeiro de 2009 a janeiro de 2010, pela gerência de qualidade de um hospital privado, em Recife (PE), identificou eventos a serem monitorados em um diagrama de gestão de qualidade e riscos, levantando indicadores como estrutura (segurança e proteção do ambiente físico, materiais e resíduos perigosos, infecções relacionadas a assistência em saúde); papel do enfermeiro na detecção de riscos ao paciente, como úlcera por pressão, flebite, tromboembolismo/trombose venosa profunda, extubação acidental, broncoaspiração, erros de medicação; e também metas internacionais de segurança do paciente. [38]

O que se percebe, mais uma vez, é que o monitoramento da qualidade da assistência e dos cuidados de saúde está relacionado a indicadores mais genéricos, possíveis de serem aplicados em diversas realidades, o que se traduz em ótimos indicadores, mas podem não avaliar adequadamente a qualidade em unidades mais específicas e com pacientes em situações especiais como a SRPA.

Outro trabalho ainda traz a experiência de um projeto chamado *Quality Indicator Project* (QI Project), realizado na Escola de Saúde Pública de Baltimore, Estados Unidos. Esse projeto analisa indicadores de segurança usados entre 1999 e 2006 na Ásia, Europa e Estados Unidos. Dessa maneira, especificamente na área do paciente cirúrgico, estão os seguintes indicadores: [39] retornos não programados a SO; admissões não programadas em seguida de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; antibioticoprofilaxia para artroplastia de quadril com 2 horas antes da incisão; e antibioticoprofilaxia para histerectomia vaginal.

Já estudo realizado no Reino Unido trata de indicadores usados em anestesiologia, pois, pouco tempo atrás, utilizava-se a mortalidade em anestesia como único indicador para a área de anestesia, mas ele se mostrou fraco e pouco sensível para monitorar a qualidade. Identificou-se também que, para a área de anestesiologia, temos 15 indicadores relacionados à estrutura, sendo 57% deles relacionados aos resultados e 42% ao processo. [40]

Um ponto muito valorizado na avaliação de qualidade em anestesiologia é a qualidade da recuperação do paciente. A qualidade do procedimento anestésico pode ser mais facilmente visualizada e medida na SRPA, ou seja, no POI, quando

os autores destacam que a experiência do paciente, em relação à anestesia, relaciona-se diretamente ao manejo da dor e a técnicas antieméticas empregadas. [28]

A mortalidade é um evento fácil de monitorar, porém a experiência do paciente e sua satisfação são elementos complexos da avaliação. Myles et al. desenvolveram um instrumento com nove pontos considerados relevantes (*developing evidence-based clinical indicators*) para a avaliação de dimensões da qualidade em anestesia e incluíram pontos como bem-estar geral, entendimento das instruções recebidas, função respiratória, função intestinal, náuseas, dor e outros.

Outros pontos considerados relevantes para serem coletados como indicadores de qualidade pela equipe no ambiente pós-operatório são a temperatura ao chegar na recuperação e o tempo passado na SRPA. Esses aspectos são relevantes e, muitas vezes, considerados pelos pacientes ao avaliarem os cuidados prestados na SRPA. [28]

Mesmo existindo o indicador para detecção do paciente hipotérmico proposto pela SOBECC em 2013, ainda há carência de protocolos de prevenção e tratamento ao paciente hipotérmico na SRPA, o que gerou a necessidade de se pensar em indicadores específicos para tal alteração apresentada pelo paciente. [28]

Nas práticas propostas pela SOBECC, não há um objetivo bem definido para o indicador, isto é, o indicador de hipotermia avalia as práticas de detecção e tratamento ou ainda tem o objetivo de cuidar do paciente na entrada, durante, ou após a permanência na SRPA? Por essas questões de indefinição, propõe-se o indicador específico para o paciente no momento da alta da SRPA, especificando e tratando do evento nesse momento.

O uso de indicadores pode trazer melhorias significativas na avaliação do cuidado prestado ao paciente na SRPA, porém sua implementação e sua implantação constituem um desafio. Quanto à possibilidade de melhoria da qualidade, o uso de indicadores não deixa dúvidas sobre sua validade − daí a proposta da criação dos indicadores dessa pesquisa. Justifica-se a realização dessa pesquisa com base na complexidade do paciente no POI na SRPA, em seus riscos reais e potenciais, na grande demanda de pacientes nas instituições de atendimento cirúrgico, nos altos custos no caso de eventos adversos e

complicações, além da busca constante da satisfação do paciente e da equipe de enfermagem em um cuidado livre de riscos e com qualidade comprovada.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 BASES TEÓRICAS PARA IDENTIFICAÇÃO, CONSTRUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Para a construção base teórica dos indicadores propostos, foi utilizado o referencial teórico de Donabedian.

Avedis Donobedian pode ser considerado pioneiro na qualidade dentro da assistência na saúde.

A qualidade e sua definição, segundo Donabedian, são complexos, e devem ser compreendidos a partir de definições que o autor chamou de características e atributos da qualidade.

Donabedian gerou uma 'lista' de atributos considerando que "qualidade tem diversos aspectos a serem ponderados". [42: 1115]

A seguir, são apresentados os atributos da qualidade em serviços de saúde: [41, 42]

- Eficácia: é a habilidade de atingir as maiores melhorias em saúde, dentro do melhor cuidado, ou seja, o melhor que se pode fazer nas melhores condições possíveis.
- Efetividade: ao contrário da eficácia, a efetividade é relacionada a possibilidade de melhores resultados possíveis mesmo se as circunstâncias não forem específicas, ou seja, em circunstâncias consideradas normais, mas esse pilar não considera os custos da assistência ou do cuidado.
- Eficiência: a habilidade de menores custos em saúde sem prejudicar a melhoria do cuidado.
- Otimização: o equilíbrio entre os custos contra os efeitos do cuidado em saúde, ou os benefícios do cuidado em saúde, ou seja, o valor monetário do cuidado implementado, atingindo um balanço favorável.
- Aceitabilidade: o cuidado está em conformidade com expectativas, desejos dos pacientes e seus familiares.

- Legitimidade: em conformidade com as preferências, expressas em valores éticos, normas, leis e regulamentações.
- Equidade: conformidade com o princípio que determina o que é justo na distribuição do cuidado de saúde e os seus benefícios aos membros de uma população.

Paralelo a isso, a JCAHO também indica quais seriam os fatores ou atributos, que podem influenciar na qualidade do cuidado em saúde: [26]

- Acessibilidade ao cuidado: a facilidade que o cliente tem para acessar o cuidado e obter aquilo que necessita.
- Agilidade do atendimento: o grau no qual o atendimento é oferecido quando o cliente necessita.
- Eficácia e efetividade dos cuidados: o grau em que os cuidados são oferecidos seguindo um determinado modelo validado por evidências.
- Adequação dos cuidados: o grau no qual o cuidado recebido atinge as necessidades do paciente.
- Eficiência do cuidado: o grau no qual o cuidado recebido tem o efeito desejado com mínimo de possibilidade de esforços, aumento de gastos ou tempo.
- Continuidade do cuidado: o grau no qual o cuidado necessário ao paciente é coordenado efetivamente entre os profissionais e na organização e tempo.
- Privacidade do cuidado: os direitos do paciente de controlar sua doença, incluindo informações dos profissionais de saúde e informações adicionais dos registros médicos ou outros documentos.
- Confidencialidade do cuidado: as informações sobre o paciente e sua condição de saúde não podem ser compartilhadas com outras pessoas sem o consentimento do paciente.
- Participação do paciente e sua família: envolvimento do paciente e família nas decisões pertinentes a sua saúde.
- Segurança do ambiente: o ambiente livre de perigos a saúde do paciente.
- Suporte do ambiente de cuidados: o grau no qual qualquer necessidade de ambiente, equipamentos e medicações estão disponíveis quando o paciente necessitar.

Donabedian destaca, em seus estudos, a busca constante de evidências de que o melhor cuidado possível para determinada situação foi implementado, ou seja, todos os esforços da avaliação se concentram em trazer evidências da qualidade comprovada de um cuidado implementado. [41]

Segundo ele, existem três evidências possíveis de serem trabalhadas no processo de avaliação: a estrutura, o processo e os resultados. Essa tríade é conhecida como a 'tríade de Donabedian' e se tornou clássica dentro dos serviços de avaliação em saúde e dentre muitos estudiosos do assunto. Essa tríade não se refere aos atributos da qualidade, mas às dimensões das informações que podem ser utilizadas para a avaliação do cuidado em saúde. [41]

Destaca também a importância de se gerarem informações fidedignas e reproduzíveis, dentro de um sistema de monitoramento constante da qualidade.

Dentro da tríade, define-se estrutura como propriedades físicas e organizacionais do ambiente onde o cuidado é desenvolvido e implementado. Processo o que é feito para os pacientes, e resultado, o que foi realizado para o paciente.

Donabedian usa esses três aspectos como informações necessárias a para avaliar a qualidade, ou seja, a estrutura leva ao processo que, por sua vez, conduz ao resultado. Esse conceito é denominado pelo autor como "paradigma da qualidade", traduzindo uma cadeia complexa de eventos. Ele propõe a seguinte questão a ser respondida: "de que maneira os indivíduos, ou grupos, tornaram-se diferentes?", ou seja, como as intervenções influenciam nas atitudes, comportamentos e ações de determinados indivíduos ou comunidades?

Existe, conforme indicado pela Figura 1, uma cadeia de eventos que influenciam no paradigma estrutura-processo-resultado. Esses eventos estão interligados entre si, e essa seria uma das razões pela qual Donabedian recomenda a adesão de informações que pertençam a cada uma das dimensões descritas acima, pois, a princípio, não são passíveis de serem desconectadas.

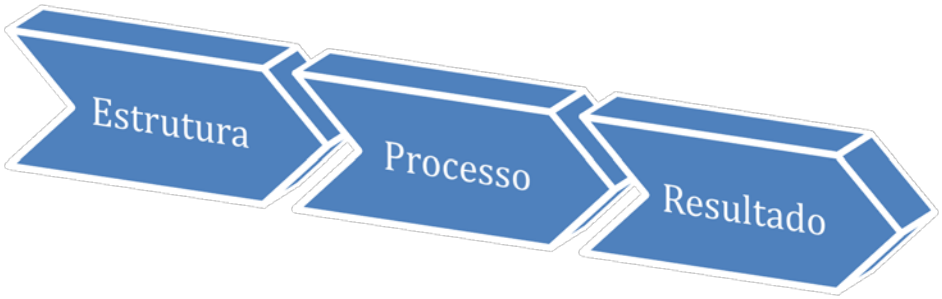

Figura 1. Inter-relação entre estrutura, processo e resultado. [43]

Na Figura 2, foi destacado um determinado tratamento que necessita de estrutura: as características do laboratório e as características dos médicos que trabalham ou atendem nesse local. [41] Na segunda coluna temos o que Donabedian destaca com processos, ou seja, o que é feito com o paciente. Nesse exemplo, destacam-se os testes realizados pelo laboratório, os exames prescritos, os resultados interpretados, o tratamento escolhido e executado pelo médico, profissional ou paciente. A coluna Resultados diz respeito ao resultado propriamente dito do exame, ao diagnóstico da doença e suas características, e, ainda, às mudanças na saúde do paciente e em sua vida, ou ao comportamento propenso a saúde. As flechas indicam que há uma inter-relação intensa entre as dimensões propostas, ou seja, as características do médico se relacionam, por exemplo, com seu desempenho ao interpretar os exames realizados, e essas características podem ser compreendidas por sua formação acadêmica, seu tempo de experiência em determinada área etc. Por sua vez, os aspectos estruturais da formação e do preparo do profissional médico influenciam diretamente não só no processo, mas também no resultado dos exames, pois sua interpretação e realização podem depender diretamente dos aspectos estruturais avaliados.

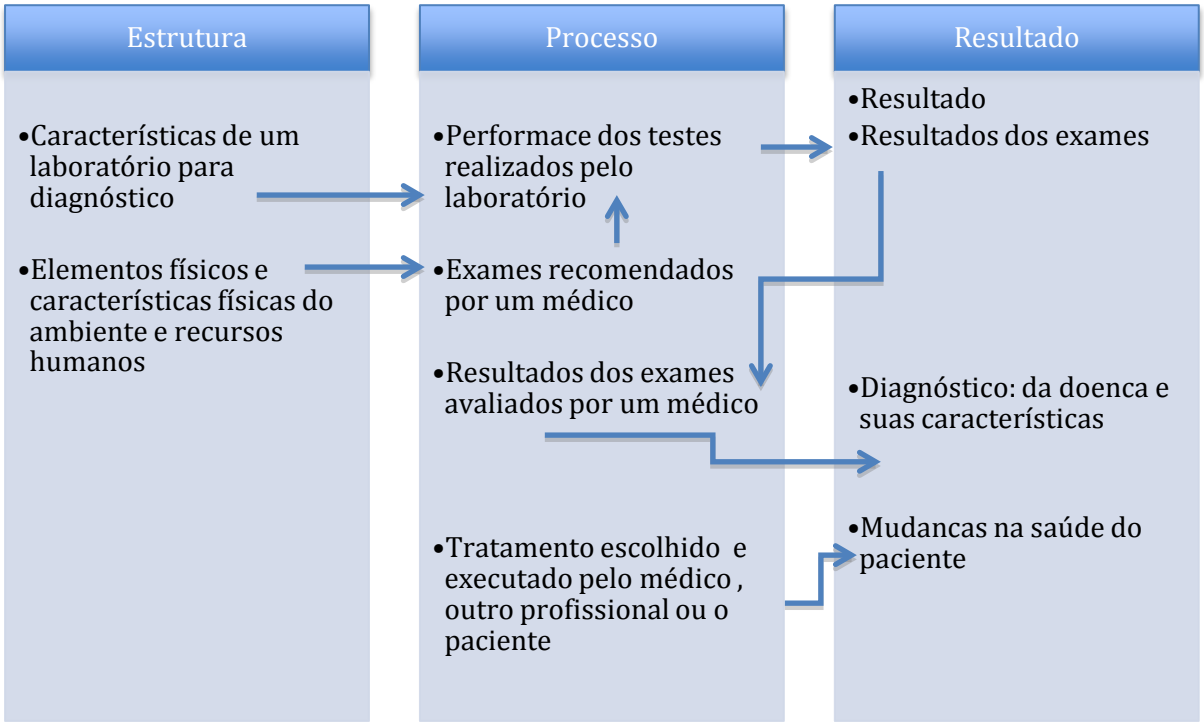

Figura 2. Ilustração do paradigma estrutura-processo-resultado na prática de um exemplo do próprio autor. [41]

Donabedian recomenda que a qualidade seja avaliada dentro das três dimensões apresentadas, ou seja, devem ser adotadas, para determinado fenômeno, ferramentas como os indicadores que possam contemplar as três dimensões, pois, inevitavelmente, elas estão interligadas. [43]

Dessa maneira, Donabedian responde a seguinte questão que pode inquietar os avaliadores de qualidade em saúde: por que combinar elementos de estrutura, processo e resultados nas avaliações da qualidade?

As recomendações do autor para responder a essa questão são as seguintes: [41] a combinação ajuda a realizar uma avaliação multidimensional da qualidade, já que certas categorias de informações podem ser mais indicativas de determinados aspectos do que outros; ela também ajuda a identificar possíveis falhas na qualidade e sugere medidas adequadas, como, por exemplo, modificações na estrutura e no processo; a concordância entre diferentes tipos de indicadores pode validar as interferências relacionadas à qualidade; sobre a discordância entre os tipos de indicadores, ela pode sugerir a presença de

problemas, incluindo dados incompletos, medidas sem acurácia, ou deliberadamente alteradas, resultados medidos de maneira inadequada, ou em insuficiente número de casos, ou sem metodologia adequada. Também considera-se a possibilidade de que a tríade estrutura, processo e resultado ainda careça de pesquisas e aprofundamento para ser aplicada.

Donabedian também fala do conceito de qualidade como aquele em que o cuidado oferecido atinge balanço favorável de riscos e benefícios. [44,45]

O estudioso traz a necessidade de se discutir sobre duas questões fundamentais na avaliação da qualidade de um serviço de saúde: a avaliação da técnica do cuidado, e a avaliação da dimensão interpessoal.[43]

Ele valorizava muito as relações interpessoais e, especialmente, aquelas entre médico e paciente, ou enfermeiro e paciente, porém esse aspecto ainda necessita de muitos estudos e investimentos, em especial por parte das empresas e serviços. [43]

O processo de seleção e escolha dos indicadores desta pesquisa se deu com a adoção da metodologia de Donabedian para classificar a avaliação da qualidade em saúde em três dimensões, a saber: estrutura, processo e resultado.

Estrutura refere-se às características relativamente estáveis dos provedores do cuidado, das ferramentas e recursos que eles têm à disposição e das configurações físicas e organizacionais nas quais trabalham. O conceito de estrutura inclui recursos físicos, humanos e financeiros necessários para oferecer o cuidado médico. O termo abrange número, distribuição e qualificação de funcionários, assim como número, tamanho, equipamento e disposição geográfica de hospitais e outras instalações. [43]

O conceito, porém, vai além dos fatores de produção, e inclui também o modo como a entrega e o investimento de serviços de saúde são organizados, tanto formal quanto informalmente. A estrutura inclui a organização dos grupos de enfermagem ou medicina, e a presença ou ausência de esforço para atingir uma boa qualidade, bem como a característica do cuidado detalhada. As características básicas da estrutura consistem no fato de serem relativamente estáveis, gerando cuidado ou agindo como ambiente do cuidado, influenciando o cuidado em si. [43]

A relação entre estrutura e qualidade do cuidado é claramente de suma importância para o planejamento, desenho e implementação dos sistemas criados

para oferecer serviços de saúde personalizados. No entanto, como meio de avaliar a qualidade do cuidado, a estrutura é um instrumento um tanto quanto grosseiro, pois só é capaz de identificar tendências gerais. [43]

Mainz diz que a estrutura diz respeito a atributos materiais, como facilidades, equipamentos, recursos materiais e recursos humanos, como, por exemplo, o número e a qualificação dos profissionais que atuam em determinado local.[28] Alguns exemplos seriam a proporção de especialistas em determinada área, o acesso a unidades específicas, os manuais de processos revisados a cada 2 anos, o acesso a determinadas tecnologias específicas de tratamento etc.

A estrutura, em geral, é a de menor valor do ponto de vista das fragilidades ou pontos fortes na avaliação, porém pode prover informações importantes sobre as razões que levam a um processo ou resultado caminhar para um bom ou mal desfecho. Por exemplo, no caso de equipes insuficientemente treinadas ou preparadas para determinadas atividades, o que pode impactar diretamente nos resultados apresentados, pois o preparo da equipe pode influenciar nas suas decisões e condutas tomadas. [46]

A estrutura é mais rotineiramente avaliada, pois é necessária para informações legais e administrativas das organizações e pode ser usada como pré-requisito para se alcançarem bons resultados e processos adequados. [46]

Tratar de estrutura isoladamente pode levar a uma interpretação com desvio quanto à avaliação, porém é essencial que a estrutura seja bem definida, para que seus padrões não deixem dúvidas quanto à sua importância e sua aplicabilidade.

Sobre ao processo, é aquilo o que é feito para alcançar a saúde, atividades diagnósticas, recomendações de tratamento, e outras interações com o paciente. [28]

Já os resultados descrevem os efeitos do cuidado, melhoras na qualidade de vida, mudanças do comportamento do paciente, e o grau de satisfação do cliente com o cuidado recebido. [28]

Donabedian discorre sobre os resultados para avaliar a qualidade do cuidado. Ele usa “resultado” para se referir a uma mudança do estado de saúde atual ou futuro do paciente, que pode ser atribuída a cuidados médicos antecedentes. Ao postular uma definição um tanto quanto ampla de saúde, inclui melhoras de função social e psicológica, além de enfatizar os aspectos físicos e

psicológicos do desempenho. Além disso, acrescenta a atitude dos pacientes (incluindo a satisfação), o conhecimento sobre saúde adquirido pelo paciente e as mudanças comportamentais relacionadas à saúde. Todos esses fatores podem ser vistos como componentes da saúde atual ou contribuições para casos futuros. [43] Isso se torna evidente quando alguém tenta classificar eventos específicos baseados exclusivamente em uma das três vertentes.

Donabedian considerou essencial avaliar a qualidade sob a ótica das três dimensões descritas, considerando todas interligadas e complementares. Dessa maneira, ao selecionar os indicadores, houve uma profunda reflexão relacionada a essa ótica, em especial no cuidado ao paciente na SRPA. Foi necessário pensar em indicadores que contemplassem as três dimensões, buscando a validação do indicador sob essa ótica proposta por Donabedian e implementada por diversos estudiosos.

A falta de alguma das três dimensões da avaliação pode influenciar diretamente nas interpretações e avaliações. Resultados e processos, avaliados juntos, podem identificar muitos problemas e também evidenciar boas práticas. A estrutura pode auxiliar na identificação de problemas e compartilhar lições sobre o que tem funcionado adequadamente. [46]

Assim, seria impossível avaliar e desenvolver indicadores que não abrangessem as dimensões estrutura, processo e resultado, sendo necessário selecionar indicadores viáveis e possíveis de serem reproduzidos, além de demonstrarem efetivamente aquilo que deve ser avaliado, na realidade que eles se propuseram a avaliar.

4 OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Desenvolver instrumentos para avaliar a qualidade de serviços de saúde no período pós-operatório imediato segundo a Tríade de Donabedian.

4.2 ESPECÍFICOS

- Elaborar indicadores clínicos para avaliar as práticas assistenciais em unidade ou sala de recuperação pós-anestésica relacionadas ao monitoramento e à prevenção da dor e hipotermia.
- Proceder à validação de conteúdo dos indicadores.

5 MÉTODOS

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico e pesquisa aplicada, para elaboração, avaliação e validação de um instrumento para mensurar a qualidade dos cuidados oferecidos na SRPA especificamente voltados para a dor e a hipotermia.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando-se os trâmites legais estabelecidos pela Resolução 466/12, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e aprovado, conforme parecer CAAE 35521914.6.0000.5392. Atendendo às normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado (Apêndice A) e enviado aos participantes, deste estudo em duas vias, de modo a garantir: o esclarecimento dos objetivos e procedimentos utilizados no estudo; a participação espontânea do sujeito na pesquisa; o anonimato e a proteção da imagem do participante; a utilização dos dados fornecidos exclusivamente para fins de pesquisa e publicação; o direito do participante de retirar seu consentimento, no todo ou em parte, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza.

5.3 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

A construção dos indicadores seguiram as fases a seguir:

5.3.1 Fase de planejamento

Escolha da área a ser avaliada, sua importância e oportunidades de implementação de melhorias. No caso desta pesquisa, foi escolhida a SRPA como área de aplicação e proposta de indicadores. A escolha do local ou área a ser

avaliada está relacionada à sua importância como potencial problema de saúde, ou doença, e a oportunidade de intervenções serem implementadas nesse local. [28] Mainz cita o estudo de McGlynn que sugere que um problema de saúde ou uma doença é importante quando tem um alto volume de ocorrência e está associado à alta morbidade e a custo de tratamento. [28]

Para cada problema de saúde detectado, deve-se refletir se há possibilidade de intervenção e quais ações são necessárias para a melhora da qualidade do cuidado. Geralmente, encontram-se aqueles problemas com alta incidência, que são mais estudados e valorizados; em contrapartida, temos condições raras como pouco destacadas dentro desse cenário de avaliação. [28]

5.3.2 Fase de organização dos membros da equipe de validação e mensuração

Para o presente estudo, o grupo de especialistas foi composto por enfermeiros, e a proposta inicial dos indicadores foi realizada pela pesquisadora, sendo posteriormente submetida à validação com os juízes.

5.3.3 Fase de estabelecimento das melhores práticas baseadas em pesquisas de evidências cientificas, ou consenso de *experts* da área

Consiste na seleção de indicadores de processo e resultados, fatores que podem interferir no resultados (ajuste de riscos). Segundo Donabedian, também seria necessário avaliar a dimensão da estrutura; para essa pesquisa, foram selecionados indicadores de estrutura, processo e resultado na SRPA. [43]

5.3.4 Fase de determinação das características do indicador

Objetivos, critérios de inclusão e exclusão, frequência da medida, procedimentos de coleta de informações e, finalmente, o planejamento de um plano de teste do indicador, ou seja, se o indicador é possível de ser aplicado na prática foram verificados. A isso chamamos ‘Manual Operacional’, o qual reúne os componentes do indicador apresentados para o julgamento.

5.3.5 Fase de julgamento dos indicadores

A fase seguinte é chamada de julgamento dos indicadores e direciona para a validação destes por um grupo de especialistas, ou, no caso do presente estudo, os juízes, que julgam seus componentes e atributos buscando um consenso validado estatisticamente. [29]

Na escolha e seleção de indicadores, faz-se necessária a avaliação da população a ser avaliada, e das doenças ou eventos mais frequentes encontrados, pois estas são variáveis importantes para determinar qual indicador deve ser adotado em determinada realidade. Devem ser consideradas as condições dos pacientes, como, por exemplo: idade, sexo, estilo de vida, fatores psicossociais, a doença propriamente dita, severidade, prognóstico, comorbidades, tratamento, prevenção, diagnóstico, cuidado, terapia e controle, equipamentos técnicos, evidências baseadas em cuidados clínicos, eficácia e acurácia, organização, uso de diretrizes clínicas, cooperação etc. [25]

Os indicadores também podem estar focados em doenças ou situações mais genéricas, ou olhar para situações mais específicas, mas sempre obedecem os aspectos primários de estrutura, processo e resultado. Nesse caso, são chamados ‘indicadores genéricos’ ou ‘específicos’. Os indicadores genéricos podem gerar dificuldades de interpretação, especialmente ao serem comparados entre hospitais, por exemplo. Então, recomenda-se o uso de indicadores que possam levar à maior especificidade possível, para que as comparações seja realizadas levando em consideração o ajuste de risco. [26]

Mainz também classifica os indicadores de acordo com tipo de cuidado, função e modalidade. [26] A função pode ser classificada em: objetivo do cuidado, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento. A modalidade se refere a qual cuidado pode ser desenvolvido relacionado a exames realizados por profissionais, como, por exemplo, exames laboratoriais, estudos radiológicos, prescrições de medicações, entre outros.

Muitos estudiosos da área compõem o Manual Operacional, ou seja, um conjunto de características e definições para cada indicador a ser testado ou

aplicado. Essa terminologia é encontrada em diversos estudos de validação de conteúdo de indicadores assistenciais. [19,25]

O indicador é composto de título, que retrata e delimita aquilo a que o indicador se propõe a medir. O título deve ser objetivo e trazer a ideia principal da medida a ser utilizada.

A definição pode trazer em seu conteúdo os objetivos da avaliação, sua relevância e os principais aspectos de atualização do fenômeno a ser medido, além da definição de termos adotados. Dentro da definição, é possível incluir e encontrar a literatura relevante da área, experiências, consenso de sociedades, ou melhores práticas relacionadas a determinado assunto.

A partir dessa classificação inicial, podemos identificar o indicador, segundo as três dimensões de Donabedian, a saber estrutura, processo e resultado. [24]

A racionalidade do indicador é um de seus componentes, ou seja, explica porque o indicador é útil para identificar determinado processo ou resultado, e como deve ser monitorado. Também podem ser citadas referências teóricas, que deem suporte ao indicador e validem sua existência. [24]

O próximo componente do indicador é a equação ou fórmula de cálculo e deve ser estruturada de forma que o evento a ser avaliado fique claro no numerador da fórmula e que o denominador se refira a população a ser estudada quanto a determinado evento. [24]

O indicador geralmente é representado por uma variável numérica, podendo ser um número absoluto, ou uma relação entre dois eventos, estabelecendo, assim, o numerador e o denominador, com descritos anteriormente. [25]

Os registros usados e onde encontrá-los, ou mesmo o uso de um instrumento para coletar dados referentes ao indicador, podem ser incluídos, e os fatores que podem influenciar na coleta ou na interpretação dos dados devem ser listados para controle do risco. Aqui, podem ser incluídas características do paciente que podem influenciar na leitura do indicador, comorbidades, ou outros fatores considerados relevantes para a validade do indicador. [24]

Nesta pesquisa, foi proposta a criação de indicadores assistenciais/clínicos na SRPA, levando em consideração eventos frequentes no paciente nesse setor e que, segundo a literatura, afetam diretamente a percepção do paciente quanto à qualidade do cuidado, ou seja, a dor e a hipotermia.

Esses eventos podem e devem ser avaliados, e também trazem a possibilidade de intervenções e modificações de práticas, influenciando diretamente na qualidade do cuidado na SRPA.

5.4. Práticas Assistenciais

A seguir apresentamos o processo de escolha das práticas a serem submetidas ao processo de avaliação e validação

5.4.1 Seleção de práticas assistenciais relacionadas à dor

Os indicadores selecionados em relação à dor foram categorizados nas três dimensões propostas por Donabedian.

5.4.1.1 Indicador de estrutura relacionado à avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica

A estrutura foi considerada como aquilo que compõe a formação do profissional enfermeiro na SRPA, ou seja, a importância desse profissional ser qualificado e ter experiência na SRPA para detectar precocemente alterações possíveis, e relacionar o tratamento adequado das intercorrências e complicações do paciente com dor no POI. [41]

Considerou-se que a formação do profissional é um fator fundamental para a segurança do paciente, relacionando à sua formação específica a diminuição de eventos adversos no paciente durante o POI. Dessa maneira, o indicador de estrutura foi formulado segundo a formação do profissional na SRPA e sua quantidade. Foi considerado fator primordial para a qualidade na SRPA o número de leitos vs. número de profissionais na SRPA, o que tem sido frequentemente citado como fator de risco ao paciente, pois, quanto menor o número de profissionais na SRPA, menor a chance das alterações do paciente serem precocemente detectadas e tratadas. [47]

5.4.1.2 Indicador de processo relacionado à avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica

Nesse aspecto, foi considerado como indicador de processo tudo aquilo que se faz com o paciente buscando um resultado. Foram elaborados indicadores para avaliar registros na SRPA: condutas tomadas na SRPA para o alívio da dor e tratamento proposto para a dor (por meio do uso de prescrições específicas ao paciente no POI). [41]

5.4.1.3 Indicador de resultado relacionados à avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica

O indicador de resultado foi considerado o desfecho do cuidado, ou seja, se o paciente, ao término do seu período na SRPA, tem dor tolerável (mínima) ou ausente no momento da alta da SRPA. [41]

5.4.2 Seleção de práticas assistenciais relacionadas à hipotermia

Os indicadores selecionados em relação à hipotermia também foram categorizados nas três dimensões propostas por Donabedian. [41]

5.4.2.1 Indicador de estrutura relacionados à avaliação da hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica

A estrutura foi considerada como descrita nas práticas relacionadas a avaliação da dor, ou seja, aquilo que compõe a formação do profissional enfermeiro na SRPA, a importância desse profissional ser qualificado, sua experiência na SRPA para a detecção precoce de alterações possíveis, e o tratamento adequado das intercorrências e complicações do paciente hipotérmico no POI. [41]

5.4.2.2 Indicador de processo relacionados à avaliação da hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica

Nesse aspecto, foi considerado indicador de processo tudo aquilo que se faz com o paciente buscando um resultado. Foram elaborados indicadores para avaliar registros na SRPA: condutas tomadas na SRPA para o alívio da hipotermia, e o tratamento ou intervenção proposta na sua detecção e tratamento.

5.4.2.3 Indicador de resultado relacionado a hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica

O indicador de resultado foi considerado o desfecho do cuidado, ou seja, se o paciente, ao término do seu período na SRPA, estava normotérmico no momento da alta da SRPA.

5.5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS À DOR E À HIPOTERMIA

Para a seleção das práticas a serem avaliadas, foi realizada a revisão da literatura, identificando as práticas assistenciais empregadas na SRPA e, dentre estas, aquelas de maior impacto na qualidade e satisfação do cliente na SRPA. Assim, foram encontradas duas complicações comumente encontradas na SRPA e que podiam estar relacionadas ao impacto da satisfação do cliente com o cuidado na SRPA: a dor e a hipotermia.

A fundamentação teórica para a construção dos indicadores se deu com o uso de práticas validadas na SRPA e diretrizes da SOBECC, além de consulta às recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e às práticas contidas nas diretrizes da *American Society of Anesthesiologists* (ASA).

5.6. ELABORAÇÃO DOS INDICADORES

Foram tomados como base os critérios estabelecidos por McGlynn e Mainz, sobre a importância da condição ou do problema a ser avaliado; o alto risco de morbidade; o alto volume de utilização; o alto custo no caso de complicações ou

intercorrências; a capacidade de influenciar o cuidado a saúde e permitir mudanças nos resultados encontrados, promovendo melhorias contínuas na qualidade. [25]

A metodologia de escolha de indicadores se deu seguindo as dimensões categorizadas por Donabedian.[41] Dessa maneira os indicadores propostos na pesquisa foram relacionados aos eventos dor e hipotermia na SRPA, pois esses parâmetros podem ser relacionados à avaliação da qualidade do cuidado prestado na SRPA ao paciente no POI.

Em seguida, foram levantados e planejados pela pesquisadora os indicadores a serem validados, que foram, então, categorizados e classificados, ainda segundo Donabedian, e, em seguida, foi confeccionado o Manual Operacional de cada um deles separadamente, para posterior avaliação e validação por parte dos juízes. Os indicadores que foram avaliados e validados na chamada primeira rodada são apresentados no quadro 1. Destacamos que no quadro 1 temos nove indicadores que dizem respeito a primeira rodada de avaliação e validação realizada pelos juízes

Quadro 1 − Indicadores de qualidade do atendimento na sala de recuperação pós-anestésica.

Identificação	Nome	Tipo
Indicador 1	Número de Profissionais Enfermeiros Exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Estrutura
Indicador 2	Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 3	Número de Prescrições de Analgesia Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor	Processo
Indicador 4	Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 5	Número de Prontuários com Descrição da Conduta Tomada Após o Relato de Dor do Paciente	Processo
Indicador 6	Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima ao Serem Encaminhados à Unidade de Destino	Resultado
Indicador 7	Número de Equipamentos para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica)	Estrutura
Indicador 8	Número de Pacientes com Relato da Conduta Tomada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 9	Número de Pacientes Liberados para a Unidade de Destino, com Temperatura Menor que 36° C	Resultado

Cinco indicadores (2 a 6) eram específicos de avaliação da assistência ao paciente com dor, e três indicadores específicos de avaliação da assistência ao paciente hipotérmico (7 a 9).

O indicador 1 era um indicador de estrutura, considerado como possível de ser usado tanto para a avaliação da dor ou da hipotermia, pois dizia respeito à formação do profissional, entendida como fundamental para a avaliação fidedigna do paciente na SRPA.

No Quadro 2 temos os indicadores que foram validados, e após o desmembramento do indicador 7, temos 10 indicadores avaliados e validados pelos juízes em duas rodadas de avaliação e validação.

Quadro 2 − Indicadores de qualidade do atendimento na sala de recuperação pós-anestésica avaliados na segunda rodada.

Identificação	Nome	Tipo
Indicador 1	Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Estrutura
Indicador 2	Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 3	Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor	Processo
Indicador 4	Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 5	Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 6	Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Resultado
Indicador 7	Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Estrutura
Indicador 8	Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Estrutura
Indicador 9	Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Processo
Indicador 10	Número de Pacientes HipotérmicosNormotérimicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica	Resultado

O Manual Operacional construído para cada indicar continha: [19,26,48]

- Nome: o nome do indicador descreve com clareza o que se pretende medir, sem deixar dúvidas sobre a medida proposta.
- Definição: a definição do indicador deve conter uma fundamentação teórico-científica relevante, atualizada e suficiente para explicitar com clareza e objetividade o que o indicador mensura. Também deve demonstrar sua importância para a avaliação de práticas relacionadas à qualidade do atendimento ao paciente da SRPA, com citações de fontes bibliográficas especializadas.
- Tipo: o tipo de indicador deve estar claramente descrito, segundo o modelo avaliativo de Donabedian, ou seja, indicadores de estrutura, processo e resultados, as três dimensões propostas pelo autor.

- Fórmula/número: não deve deixar dúvidas do evento que se pretende medir. Deve trazer especificações gerais de qualquer componente clínico que forma a base para inclusões e exclusões do numerador e do denominador da fórmula. Também deve apontar a amostra, isto é, os sujeitos ou fenômenos de interesse que devem ser mensurados para retratar a totalidade da população.
- Coleta de informações: deve indicar quais fontes de coleta de informações são apropriadas para medir o que se pretende, com custo mínimo. Também deve indicar os critérios para qualificar os dados obtidos e a periodicidade da avaliação, isto é, o intervalo de tempo adequado para avaliar as práticas assistenciais propostas.

Para a validação dos indicadores pelo grupo de juízes, foi utilizado o método Delphi.

5.7 PROCEDIMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES

Após a escolha das práticas a serem avaliadas e a confecção do Manual Operacional para cada indicador proposto, foi realizada a seleção de especialistas em SRPA para procederem à avalição e à validação dos indicadores, sendo designados nessa pesquisa de juízes.

O método Delphi foi escolhido para o trabalho com os juízes, e foram encaminhados por via eletrônica questionários para avaliação, coleta das sugestões e opiniões dos juízes, com prazo de 10 dias para o retorno das respostas.

Os dados foram coletados em duas rodadas de avaliação. Houve um intervalo de 2 meses entre o envio do primeiro material (Apêndice D) e o reenvio do material para a segunda rodada de análise dos indicadores (Apêndice E). Na primeira rodada, existiam nove indicadores e, após as propostas apresentadas, existiam dez indicadores validados.

5.8 CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS DE JUÍZES

Para efetivar o processo de avaliação e validação, foi utilizado o método Delphi, chegando-se à seleção dos especialistas que comporiam o grupo.

O método Delphi pressupõe a seleção de especialistas para fazerem parte de um ‘painel’. Um especialista é qualquer pessoa com conhecimentos e experiência relevantes de um tópico em particular.

Nesta pesquisa, foi realizada a busca por especialistas por meio da *Plataforma Lattes*, a partir da qual foi possível acessar currículos dos mais diversos setores e áreas de conhecimento. A plataforma direcionou a escolha inicial das características dos especialistas.

Foram usadas as palavras-chave sala de recuperação’, ‘anestesia’, ‘qualidade’ e ‘centro cirúrgico’. Inicialmente, selecionaram-se doutores como critério, pois entendeu-se que o doutor poderia ter uma formação acadêmica que contribuiria de forma mais significativa ao estudo.

O grupo de juízes foi composto por profissionais com amplo conhecimento e experiência em SRPA, atuantes no ensino, na assistência, e/ou pesquisa, sendo considerado um número ideal para a validação de seis a oito juízes.

Sob essa perspectiva, foram inicialmente selecionados os dez primeiros especialistas, sendo seis enfermeiros e quatro médicos. Foi realizado o primeiro contato por meio eletrônico, com o propósito de convidar o juiz a participar do estudo, conhecendo seus objetivos e prazos estabelecidos.

Com o propósito de aumentar o número de juízes, foram realizadas mais duas buscas nas páginas subsequentes da *Plataforma Lattes,* incluindo os mestres e as palavras-chave ‘sala de recuperação pós-anestésica’, ‘centro cirúrgico’, ‘anestesia’ e ‘qualidade de serviços’.

Após contatos realizados com 14 especialistas localizados nessas duas buscas, obteve-se resposta de seis enfermeiros e dois médicos que aceitaram participar do estudo como juízes, totalizando oito especialistas.

Houve duas desistências durante o processo de validação, uma por dificuldade na obtenção das avaliações (não obedecer o prazo de dez dias definido pela pesquisadora para devolução), e outra pelo fato de o indivíduo ter se visto impossibilitado de responder, devido à especificidade da avaliação, considerando-se inabilitado para a finalidade.

Finalmente, para o processo de validação dos indicadores, foram selecionados seis participantes, todos enfermeiros das áreas de CC e recuperação pós-anestésica.

A coleta de dados, a avaliação e a validação dos indicadores ocorreram de janeiro a junho de 2015.

5.9 TÉCNICA DE TRABALHO DOS JUÍZES: MÉTODO DELPHI

Para a operacionalização do trabalho junto aos juízes na validação dos indicadores, optou-se pelo método Delphi, para obtenção do consenso entre o grupo de especialistas.

Delphi é um personagem da mitologia grega, residente do templo de Apolo, e tinha o poder de transferir desejos dos deuses e visões do futuro aos mortais inquietos por previsões e perspectivas. [49]

Desenvolvida por Helmer e Dalkey, o método Delphi passou a ser usado em diversos segmentos a partir da Guerra Fria, na década de 1960. O método é usado para estimar a probabilidade e o impacto de acontecimentos futuros e incertos. Um grupo de peritos é consultado para auxiliar na identificação de riscos, suposições e premissas a eles associados, e cada um apresenta individualmente suas estimativas e premissas para um facilitador, que analisa e emite um relatório de síntese. [49, 50]

É uma técnica que tem como definição: “processo grupal que tem por finalidade obter. Comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre tópico particular; assim, promove convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância seja completada”. [49]

Na sequência, os membros do grupo discutem e analisam o relatório de síntese e, ainda individualmente, apresentam novamente suas expectativas e premissas, agora atualizadas e revisadas pelos opiniões dos demais especialistas. Esse processo deve continuar até o consenso dos participantes. Em todo o processo, o anonimato dos especialistas deve ser mantido, pois, dessa maneira, eles podem expressar suas opiniões de forma livre e sem julgamentos pessoais. [50]

A síntese dos resultados da primeira rodada fornece a base para a segunda rodada, assim como a segunda rodada fornece os componentes necessários a próxima rodada, e assim sucessivamente, até obter o consenso. [50]

As etapas da técnica podem ser assim resumidas: [49]

1. Informações referentes às questões a serem definidas são postadas individualmente para cada membro, que responde para o pesquisador, sendo esse procedimento anônimo e confidencial.
2. As respostas são escrutinadas e coletadas pelo pesquisador.
3. O pesquisador compila uma lista de respostas e envia novamente para os membros do grupo.
4. Os especialistas são solicitados a reconsiderarem a lista e a responderem indicando sua concordância ou não com os itens da lista.
5. As respostas são coletadas uma vez mais, e o processo é repetido até o consenso ser alcançado.

Quatro principais características são destacadas por autores sobre a técnica de Delphi: anonimato, interação com *feedback* controlado, respostas com informações estatísticas, e o conhecimento que o especialista traz para o grupo. [49]

O método Delphi modificado também tem sido utilizado. Nele,. propõe-se um número limitado de rodadas ou ciclos de execução, descritos como números de rodadas de dois a quatro ciclos, para a busca do consenso. Deve haver um limite, ou seja, um ponto de corte, que determina o momento de parar ou alcançar o consenso.[49]

São características vistas como vantagens desse método: [49,50] remover fatores interpessoais, que frequentemente interferem e influenciam no grupo e nos comitês; encorajar opiniões honestas, pois não há uma pressão ou intervenção do grupo; remover a dificuldade que as pessoas têm de rever opiniões emitidas previamente; permitir tempo para pensar individualmente; oferecer ampla participação de pessoas de diversas especialidades e experiências, sem problemas de comunicação; oferecer o envolvimento de um maior número de pessoas que uma conferência normalmente pode efetivar; reduzir custos por não reunir os participantes.

Algumas limitações também são apontadas na técnica, como, por exemplo, a seleção dos participantes, o número de participantes, e o critério de consenso. [49]

Assim, o conceito de consenso deve ser estabelecido antes mesmo de iniciar a coleta ou a consulta aos especialistas.

Segundo Azevedo, em seu texto adaptado de Duncan, os juízes são pessoas com conhecimento e experiências relevantes de um tópico em particular. A definição do problema a ser discutido também deve ser de domínio de todos do grupo, e conceituada e esclarecida a todos os elementos participantes, para que os conceitos sejam uniformes na concepção das ideias em geral. Isso porque os peritos devem saber claramente o que estão avaliando/opinando e para que se destina sua opinião. [50]

Espera-se que, no final das rodadas ou ciclos, os juízes tenham chegado a um consenso, e que haja uma visão convergente dos assuntos aos quais o projeto está exposto. A análise dos resultados deve ser feita cuidadosamente, resumindo os resultados e considerando-os na tomada de decisão em relação ao gerenciamento de riscos e oportunidades subsequentes. [50]

Após a devolução do material, as respostas foram tabuladas e todos os comentários e sugestões, ordenados em quadros para análise.

5.10 CONSENSO DE JULGAMENTOS DOS JUÍZES

Foram considerados aprovados os julgamentos de opiniões convergentes, com nível favorável mínimo de 80%. Conforme o quadro 3, para seis juízes selecionados, deveriam existir cinco juízes em concordância, atingindo 83,3%, ou seis juízes, alcançando 100%.

Quadro 3 − Número de concordâncias, segundo o número de juízes.

Número de concordâncias	Número de juízes				
	6	7	8	9	10
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	16,7	14,3	12,5	11,1	10,0
2	33,3	28,6	25,0	22,2	20,0
3	50,0	42,9	37,5	33,3	30,0
4	66,7	57,1	50,0	44,4	40,0
5	83,3	71,4	62,5	55,6	50,0
6	100,0	85,7	75,0	66,7	60,0
7		100,0	87,5	77,8	70,0
8			100,0	88,9	80,0
9				100,0	90,0
10					100,0

Valores apresentados em porcentagens. A cor verde indica a porcentagem de concordâncias considerada ideal do ponto de vista estatístico para o número correspondente de juízes.

Quando abaixo de 80%, consideraram-se os comentários e sugestões para a não conformidade, a possibilidade de ajuste, com retorno aos participantes ou,, ainda, a supressão de aspectos sob avaliação que não alcançaram esse índice. Desse modo os itens avaliados foram considerados validados quando o porcentual de consenso foi maior ou igual a 80%, isto é, quando cinco (83,3%) ou seis (100,0%) juízes indicaram a pontuação 4 (Contempla totalmente) para o item em questão.

5.11 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A parte I: consistiu no Questionário para Caracterização dos Juízes; a parte II, no Questionário de Validação dos Indicadores. Ambas as partes formam aplicadas por meio eletrônico aos juízes.

5.11.1 Parte I: Questionário para Caracterização dos Juízes

O Questionário para Caracterização dos Juízes (Apêndice B) foi composto por seis questões, com o objetivo de obter informações sobre os dados sociodemográficos (sexo e idade), de formação acadêmica (graduação e pós-graduação) e da atuação profissional (área de atuação e tempo de experiência). Também foram coletados dados sobre a caracterização profissional: graduação

(enfermeiro ou médico), titulação, tempo de formado, cargo/função exercida, instituição de trabalho e tempo de experiência.

5.11.2 Parte II: Questionário de Validação dos Indicadores

O Questionário de Validação dos Indicadores (Apêndice C) foi composto por dois julgamentos, segundo proposto por Lynn: [29]

- Julgamento I: foram avaliados os itens que fizeram parte da concepção teórica do indicador, dentro do conteúdo que consta em cada Manual Operacional. Os itens contidos no manual e avaliados nessa etapa foram: nome do indicador, definição, tipo de indicador, fórmula/ número do indicador e coleta de informações.
- Julgamento II: foram avaliados os itens referentes aos atributos do indicador.

Para cada indicador, foram julgados os seguintes atributos:

- Validade: é o grau no qual o indicador atinge seu propósito e identifica situações nas quais a qualidade da assistência ou do gerenciamento deve ser melhorada.
- Sensibilidade: é o grau em que o indicador é inteligível ou faz sentido, e é capaz de identificar todas as situações que apresentam problemas reais de qualidade.
- Especificidade: é o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas reais de qualidade.
- Acessibilidade: é o grau com que os dados necessários para compor o cálculo do indicador podem ser acessados rapidamente e com custo mínimo.
- Exequível: é o grau em que a medida é aplicável, objetiva e permite mensurar sem julgamento subjetivo.

Todos os itens, tanto do Julgamento I (Manual Operacional), quanto do Julgamento II (Atributos), foram avaliados segundo uma escala Likert de 4 pontos, a saber: 1, se não contempla; 2, se incapaz de contemplar sem revisão; 3, se contempla, mas precisa de alteração mínima; 4, se contempla totalmente.

Para facilitar a avaliação pelos juízes, o questionário de validação foi reproduzido após a descrição do Manual Operacional de cada indicador, incluindo ainda um espaço para comentários e sugestões. (Apêndice D).

5.12 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dos dados foi feito por meio de estatística descritiva, em forma de tabelas, por meio da distribuição das frequências absolutas (f) e porcentuais (%) das respostas obtidas na escala Likert de 4 pontos, segundo a avaliação feita pelo grupo de juízes em relação a cada um dos indicadores apresentados.

Para os itens que não atingiram o consenso, foi realizada uma revisão, incluindo os comentários e as sugestões dos juízes. Foram consideradas todas as observações oferecidas pelos especialistas, sendo que cada uma delas foi analisada pela pesquisadora. De acordo com a pertinência das sugestões, a pesquisadora realizou, então, as modificações necessárias nos itens para entrarem em conformidade com os comentários realizados pelos juízes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados a seguir, onde são apresentadas as tabelas com as duas rodadas de avaliação e validação dos indicadores propostos, e os quadros de sugestões dos juízes para cada item avaliado. Também são apresentados, após os quadros de sugestões dos juízes, os indicadores propostos nas duas rodadas de avaliação e validação. Por fim são apresentados os indicadores em sua versão final. Dessa forma espera-se melhor compreensão das etapas desenvolvidas para o processo de validação dos indicadores, e o alcance do consenso necessário para a mesma.

Ressalta-se que mesmo os itens mesmo quando validados na primeira rodada, foram novamente submetidos à avaliação na segunda rodada, pois entende-se que a alteração de qualquer componente do Manual Operacional poderia representar uma alteração na avaliação do indicador e de seus atributos.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

O grupo de juízes foi constituído por seis membros, todos com formação na área de enfermagem e especialistas na área de cuidados na SRPA. Os profissionais médicos não participaram da pesquisa, por opção ou porque não enviaram as respostas no tempo estipulado pela pesquisadora, ou, ainda, justificaram a falta de aproximação com o tema. A Tabela 1 apresenta as características dos juízes.

Tabela 1 − Características dos juízes. São Paulo, 2016

Características	n	%
Sexo		
Feminino	5	83,3
Masculino	1	16,7
Total	6	100,0
Idade, anos		
Não respondeu	1	16,7
30 I- 39	1	16,7
40 I- 49	3	50,0
50 I- 59	1	16,7
Total	6	100,0
Maior titulação		
Mestre	3	50,0
Doutor	3	50,0
Total	6	100,0
Áreas de atuação		
Hospitalar	6	100,0
Acadêmica/ensino	5	83,3
Tempo de experiência na área de anestesia recuperação pós-anestésica, anos		
5 I- 9	3	50,0
10 I- 19	1	16,7
20 I- 29	2	33,3
Total	6	100,0

A maioria dos juízes pertencia ao sexo feminino (83,3%), e a média de idade foi de 45,4 anos, com desvio padrão de 6,9 anos. Todos os juízes possuíam titulação de mestre ou doutor, dos quais cinco foram obtidos na Universidade de São Paulo (USP) e um mestrado foi obtido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Em relação ao tempo de experiência, obteve-se uma média de 13,5 anos, com desvio padrão de 8,6 anos, sendo o menor tempo de 7 anos e o maior de 28 anos de experiência na área de anestesia e recuperação pós-anestésica.

Quanto à titulação do grupo de juízes, inicialmente foi dada preferência aos doutores, porém, após duas buscas sem sucesso na *Plataforma Lattes* por mais doutores, foi considerada a inclusão de mestres. Dessa maneira, quanto à formação acadêmica, tivemos 50% de doutores e 50% de mestres. Mesmo com esses porcentuais de profissionais, foi garantida a uniformidade ao grupo.

Outra consideração importante no perfil dos juízes foi a experiência declarada na prática assistencial na SRPA. Na literatura, recomenda-se que os juízes selecionados tenham experiência e *expertise* na área a ser avaliada, pois a prática traz valor e consistência às informações, uma vez que o profissional vivenciou as situações avaliadas em sua carreira profissional. [29]

A média de 13,5 anos de experiência em SRPA trouxe segurança ao pesquisador, no que se refere aos consensos obtidos.

O número específico de juízes participantes não é um consenso e está ligado a quantidade de especialistas que concordam participar da pesquisa e compor o quadro de juízes. Muitas vezes, encontra-se dificuldade na obtenção de juízes, e considera-se a possibilidade de trabalhar com grupo constituídos por três participantes. O uso de dois juízes não é recomendado, pois pode trazer grande risco de erros na validação. Quanto ao número máximo, não é aconselhável que exceda dez especialistas. [29]

Existem também recomendações como ter vivência prática na área que se pretende avaliar, assim como no mínimo 5 anos de experiência de atuação nesse local. [29]

Pesquisa realizada na área da indústria, com uso do método Delphi, utilizou um grupo de sete juízes em seu painel de *experts* da área. Recomenda-se, novamente, que esses *experts* sejam de diversas áreas e saberes, trazendo o maior número de experiências possíveis ao processo. [51]

Selecionar o grupo de juízes foi um desafio, pois esse grupo deve representar diferentes perspectivas, porém, ainda assim, ser um grupo com forte formação na área a ser estudada. Nesta pesquisa, foram selecionados especialistas em SRPA e CC, com formação na área prática e também na área de ensino e pesquisa, dando um caráter teórico-prático interessante à discussão do tema, e contribuindo com as experiências práticas vivenciadas. Esses juízes também eram reconhecidos pela SOBECC e atuantes nessa instituição, considerada uma referência no Brasil para a formação e capacitação de especialistas e profissionais da área.

Após a composição do grupo de juízes, a próxima etapa foi a fase de validação dos indicadores propostos, usando o método Delphi e considerando o

consenso de 80% como mínimo para atingir a validação de cada item avaliado do indicador.

6.2. VALIDAÇÃO DO INDICADOR DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAS RELACIONADAS À DOR E À HIPOTERMIA

O indicador 1 foi proposto como de estrutura, tanto para práticas assistenciais relacionadas à dor quanto para aquelas relacionadas à hipotermia.

A tabela 2 apresenta a primeira rodada de avaliação e validação do indicador, inicialmente chamado Número de Profissionais Enfermeiros Exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Tabela 2 − Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 1, Número de Profissionais Enfermeiros Exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paul,2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	4	66,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	2	33,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0

No quadro 4, estão as sugestões dos juízes em relação aos componentes e atributos do indicador 1 obtidos com a primeira rodada de avaliação e validação.

Quadro 4 − Sugestões dos juízes em relação aos componentes e atributos do indicador 1 após a primeira rodada de avaliação.

	Indicador 1: Número de Profissionais Enfermeiros Exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 1	Nome do indicador: Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 2	Nome do indicador: Comentário: Como apontado no texto, o nome do indicador aborda número de profissionais enfermeiros em relação ao número de leitos e, no Manual Operacional, é descrita a necessidade da qualificação do profissional para melhoria da segurança. Qualificação deveria ser acrescentado no título do indicador? Definição: parágrafo 1: minha sugestão para este trecho é a revisão de português, tornando o texto mais claro e direto: há "estiverem" próximo a "tiverem", entre outros pontos. A melhor revisora de português que conheço auxilia imensamente na redação, coerência e fluidez do texto e tem apropriação dos objetos da enfermagem: claricespoladore@gmail.com. Comentário: A SRPA é um local de cuidados críticos amplamente respaldado por evidências e por incidência de morbimortalidade, particularmente na primeira hora pós-procedimento anestésico cirúrgico. Creio que a frase "podemos compreender esse cuidado como um cuidado crítico" não representa o grau de criticidade apresentado pelo paciente durante este período Fórmula/número: no texto é citado 3 como resultado ideal e, na fórmula, são citados 3 ou 4 Coleta de informações: tenho apenas uma observação importante para reflexão: em estudo que realizamos com 31 instituições no norte e noroeste do Paraná sobre as SRPA, encontramos que, quando a gerência era questionada, respondia que havia sim enfermeiro exclusivo para SRPA, quando, por conhecermos a instituição, sabíamos que não era verdade. O profissional acumulava funções com o centro cirúrgico e centro de material. Penso que a coleta de dados realizada diretamente com o profissional responsável pela SRPA possa nos fornecer um indicador mais fidedigno Validade: contempla, mas precisa de alteração mínima. Devido ao comentário da frequência da avaliação
Juiz 4	Definição do indicador: no número de pacientes dependentes de respirador, pode não contemplar os pacientes que necessitaram de suporte ventilatório não invasivo por angústia respiratória no pós-operatório e que também demandam maior especificidade do cuidado Coleta de informações: nem sempre a informação dos paciente que necessitaram de respirador na chegada à SRPO é transmitida ao gestor!
Juiz 5	Coleta de informações: está claro que a fonte de informação será o gestor de enfermagem, mas acredito que a informação deve ser coletada com maior frequência, de repente pode ser uma vez/mês
Juiz 6	Definição do indicador: alteração no texto: Parágrafo 6 – Trocar "Por fim, a exclusividade se relaciona a não ser possível a ausência do enfermeiro exclusivo na SRPA", por "Por fim, a exclusividade se relaciona a não ser possível a ausência do enfermeiro dedicado à SRPA"

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

A tabela 3 apresenta a distribuição para as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 1.

Tabela 3 − Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 1, Porcentual dos Profissionais Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo,2016

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Após as adequações realizadas no indicador 1, este foi reenviado aos juízes, que novamente avaliaram suas características e atributos. As sugestões e comentários propostos estão no quadro 5. O quadro 6 apresenta o indicador 1 em sua versão final.

Quadro 5 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) − indicador 1.

	Indicador 1: Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 2	Nome do indicador: não contempla. O indicador não se encaixa de forma coesa dentro do instrumento como um todo, apesar de ser importante Comentário: gostaria novamente de fazer uma reflexão a respeito desse indicador, como fiz na primeira rodada de avaliação. Embora o texto tenha melhorado sensivelmente e realmente a presença de enfermeiros qualificados em quantidade suficiente seja primordial para a assistência em recuperação, não há uma coesão conceitual entre esses indicadores, daí minha pergunta quanto ao tema, título e objetivos do trabalho. A meu ver, seu trabalho trata da elaboração e da validação de dois indicadores: dor e hipotermia. Não sei como encaixar o primeiro indicador dentro de um objetivo geral de seu trabalho. Só como reflexão, abraços e parabéns Coleta de informações: comentário: só uma observação: haveria interesse em explicitar a diferenciação da especialização em centro cirúrgico entre cursos de especialização (360 horas) e residência em enfermagem perioperatória (5.760 horas), ou prova de especialista por associação competente? A oferta de cursos de especialização em centro cirúrgico era restrita até algum tempo atrás. Pode ser que o enfermeiro atuando em SRPA tenha, por exemplo, mais de 5 anos de experiência em recuperação, o que lhe conferiria com certeza expertise na área, mas isso não será levado em consideração pelo índice. Só uma reflexão em voz alta...!

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

Quadro 6 – Versão final do indicador 1, Porcentual dos Profissionais Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

(continua)

Definição:

O enfermeiro é um profissional essencial na SRPA, devido à sua formação e a suas atribuições legisladas na Lei do Exercício Profissional n. 7.498, segundo a qual, no Art. 11, o enfermeiro é o responsável por prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem com maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. [1]

A SRPA é um local de atendimento a pacientes no período pós-operatório imediato. Portanto, compreendemos esse período como crítico, e que pode trazer risco ao paciente devido ao procedimento anestésico-cirúrgico, no qual o paciente pode estar inconsciente, entorpecido e com diminuição de reflexos protetores. Dessa maneira, a caracterização do profissional que presta cuidados nessa unidade, quanto à sua formação e à sua qualificação, é de extrema importância para o cuidado de qualidade. [2]

O número de enfermeiros deve ser proporcional ao número de leitos na SRPA. Segundo a SOBECC, tem-se a seguinte recomendação: "um enfermeiro para três ou quatro pacientes dependentes de respirador; e um enfermeiro para oito pacientes não dependentes de respirador". Destaca-se também a crescente necessidade de aprimoramento do enfermeiro quanto à assistência ventilatória, pois modalidades respiratórias diversas têm feito parte da realidade na SRPA, como, por exemplo, modalidades não invasivas, as quais apresentam bons resultados na morbidade de cirurgias torácicas e abdominais. [2,3]

Devido à especificidade da SRPA, a SOBECC também recomenda que o enfermeiro do CC/SRPA seja um especialista nessas áreas, pois além de prestar assistência direta ao paciente, precisa treinar sua equipe e

Evidências mostram que quanto maior o número de profissionais enfermeiros e seu grau de especialização, há redução da taxa de mortalidade e morbidade em pacientes cirúrgicos. Esse resultado também está relacionado à carga de trabalho na SRPA, pois quanto maior o número de enfermeiros, menor a carga de trabalho e maior a segurança ao paciente. [4] O grau de dependência do paciente na SRPA deve ser considerado quando pensamos no número ideal de enfermeiros. Em estudo sobre a classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem na SRPA, evidenciou que os pacientes que mais necessitam de cuidados entre semi-intensivos e intensivos são aqueles com classificação ASA 2 ou 3, sendo que essa relação entre o grau de dependência e a classificação ASA foi significativa. O serviço pode classificar o perfil do paciente e, assim, determinar o grau de dependência do paciente na SRPA , contribuindo para um cuidado de qualidade, mas principalmente o cuidado adequado a necessidade do paciente assistido. [5]

Estudo realizado no norte do Paraná, que buscou caracterizar a SRPA de 30 hospitais, assevera que somente 24% dos hospitais tinham enfermeiros exclusivos nesse setor, evidenciando a necessidade de se destacar o indicador de número de enfermeiros exclusivos na SRPA. Porém, isso ainda é um desafio, pois a coleta pode ser dificultada devido a questões gerenciais e estruturais presentes nas instituições hospitalares. [6]

Quando se têm o número adequado e a qualificação dos enfermeiros, garante-se a legitimidade e equidade da assistência ao paciente, pilares considerados por Donabedian como essenciais ao cuidado de qualidade, pois pode-se garantir a igualdade de recursos e seus benefícios a todos os membros de uma sociedade, além de adaptar o serviço à necessidade, à satisfação e ao bem-estar da população. [7]

Por fim, a exclusividade se relaciona a não ser

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei n. 7.498/86 de 25 de junho de 1986. Regulamentada pelo decreto n. 94.406/87 de 8 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. [cited 2016 jan 30] Avialable from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

3. Ferreira FR, Moreira FB, Parreira VF. Ventilação não invasiva no pós-operatório de cirurgias abdominais e cardíacas – Revisão da literatura. Rev Bras Fisioter. 2002;6(2):47-54.

4. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003;290(12):1617-23.

5. Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(5);881-7.

6. Welter LV, Nascimento LA, Serato VM, Silva AM, Fonseca LF. Caracterização das unidades de recuperação anestésica nos hospitais do norte do Paraná. Anais 40 anos do Curso de Enfermagem da UEL – em busca da excelência do cuidar. Simpósio 40 anos do Curso de Enfermagem UEL e 73ª Semana Brasileira de Enfermagem; 17-18 mai 2012; Londrina; Paraná. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.

7. Donabedian A. The role of

(continuação)

supervisionar os aspectos éticos e de segurança do paciente, de maneira particular nesses setores. [2]	possível a ausência do enfermeiro dedicado à SRPA, devido a características da unidade e perfil do profissional na SRPA. Em muitas realidades ainda encontra-se o enfermeiro do CC exercendo suas funções em dois ou mais setores (por exemplo: SRPA e CME, ou SRPA e CC)	autcomes in quality assesment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.
Tipo: Indicador de estrutura.		
Fórmula/número: Número de leitos na SRPA de pacientes não dependentes de respirador Número de enfermeiros exclusivos na SRPA ⇨ Resultado considerado ideal = até 8 leitos de SRPA por enfermeiro	Número de leitos na SRPA de pacientes dependentes de respirador Número de enfermeiros exclusivos na SRPA ⇨ Resultado considerado ideal = até 3 leitos de SRPA por enfermeiro	Número de enfermeiros exclusivos na SRPA especialistas em CC/RPA X 100 Número de enfermeiros exclusivos na SRPA ⇨ Resultado considerado ideal = 100%
Coleta de informações: Coleta com o gestor da área/unidade e/ou abordagem direta ao enfermeiro da própria unidade de CC/RPA, após o período de trabalho. Coleta mensal, quanto ao número de enfermeiros no setor. Coleta semestral, quanto à qualificação do enfermeiro. Dados da Qualificação: Enfermeiro: _____ Tempo de formado: _____	**Dados da qualificação:** Enfermeiro: _____ Tempo de formado: _____Pós-graduação: ( ) sim ( ) não ( ) cursando. Qual? ( ) CC/RPA/CME ( ) outra _____ Especialização: *Lato Sensu* ( ) *Stricto Sensu* ( ) Especialização: SOBECC ( ) Especialização: Residência ( )	**Dados para ajuste do risco:** **Caracterização da SRPA e atendimento** Número de leitos na SRPA:_____ Número de pacientes dependentes de respirador/mês:_____ Número de pacientes não dependentes de respirador/mês:_____ Número de pacientes segundo ASA/mês: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) Número de pacientes submetidos a anestesia geral/mês:_____ Número de pacientes submetidos a bloqueios/mês:_____

(conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica; SOBECC: Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização; CC: centro cirúrgico; ASA: *American Society of Anesthesiologist*; CME: Centro de Material e Esterilização.

O nome do indicador deve retratar seu principal objetivo, para que não fiquem dúvidas do que ele pretende medir.

Conforme a tabela 2, o indicador 1 recebeu avaliação (3) ‘alteração mínima’ de dois juízes e (4) ‘contempla totalmente’ de quatro juízes. Quanto ao seu título, porém, as alterações foram consideradas fundamentais para melhorar o consenso dos juízes e a compreensão do indicador.

O juiz 2 considerou uma possível desconexão do indicador com a proposta do estudo. Com relação a essa observação feita, cabe esclarecer que os indicadores deveriam ser avaliados, segundo os objetivos gerais do estudo, dentro da trilogia estrutura, processo e resultado, ligados às práticas de controle e tratamento da hipotermia e da dor, entendendo a dimensão da estrutura o número e qualificação profissional. No entanto, após reflexão e leitura, os objetivos gerais e específicos da pesquisa foram reescritos, pois o objetivo original não trazia as práticas de avaliação da dor e hipotermia especificadas, o que nos leva a acreditar que o indicador 1, então, pôde responder a sua proposta quanto ao nome proposto. Vale ressaltar que, inicialmente, os juízes tiveram acesso a uma orientação geral sobre a pesquisa e seus objetivos, porém o juiz 2, após a segunda rodada de avaliação e validação, foi esclarecido quanto às questões mais específicas ligadas aos objetivos do trabalho.

As sugestões dos juízes 1 e 2 foram incorporadas, e foi realizada a mudança no nome do indicador, que passou a ser “Porcentual de Enfermeiros Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica”.

Quanto à definição do indicador 1, foram consideradas e incorporadas as alterações sugeridas pelos juízes 2, 4 e 6 na definição do indicador. Na primeira rodada de avaliação e validação, a definição do indicador foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por cinco (83,3%) dos juízes, e um juiz (16,7%) apontou (3) ‘alteração mínima’.

Na segunda rodada de avaliação e validação o indicador manteve o mesmo porcentual de consenso, sendo considerado validado, pois nessa rodada não existiram sugestões específicas em relação a definição do indicador 1.

Quanto ao tipo, o indicador 1 teve sua classificação dentro das dimensões de Donabedian como de estrutura, considerando que a equipe faz parte da estrutura adequada de recursos humanos do serviço.

Não houve dúvidas ou sugestões por parte dos juízes quanto a essa classificação, tanto na primeira quanto na segunda rodada de avaliação e validação do indicador, e o tipo alcançou 100% de consenso entre os juízes, com (4) ‘contempla totalmente’.

A fórmula/número foi ajustada para que respondesse a um número que pudesse ser considerado ideal dentro do referencial teórico utilizado da SOBECC, a qual preconiza “três ou quatro pacientes dependentes de respirador, para um enfermeiro”. [31] Vale ressaltar que essa recomendação pode necessitar de revisão devido a impossibilidade de um paciente dependente de respirador mecânico ser admitido e mantido na SRPA.

Considerou-se a sugestão do juiz 2, segundo o qual três pacientes dependentes de respirador demandam atenção por parte do enfermeiro, levando à necessidade de maior vigilância por parte desse profissional, especialmente quanto à parte respiratória do paciente. [31]

A fórmula foi então ajustada para o número de três pacientes por enfermeiro, considerado número ideal para o indicador.

Na primeira e na segunda rodadas de avaliação e validação, o indicador 1 alcançou 100% de consenso entre os juízes, com (4) ‘contempla totalmente’ quanto a fórmula/número.

Quanto à fonte de informação sugerida no indicador 1, a princípio, considerou-se como ideal a informação ser coletada diretamente com o gestor da área, porém foi considerado e incluído nas referências do indicador o estudo que o juiz 2 trouxe como contribuição.

Uma dificuldade que poderia existir na coleta da informação seria o gestor expor o número de enfermeiros realmente atuantes na SRPA, uma vez que essa informação pode indicar uma fragilidade do serviço, ou seja, a ausência do enfermeiro exclusivo e dedicado em tempo integral a SRPA. [52]

Tal coleta é de grande importância, pois ela indica a necessidade de enfermeiros para a SRPA e, dessa maneira, contribui para a qualidade do serviço na SRPA. É também necessária a formação do enfermeiro para o trabalho na SRPA, o que se destaca como longe do ideal e, muitas vezes, até insuficiente para o profissional que atua nessa área.

Outro aspecto considerado foi a formação do enfermeiro da SRPA. A formação do enfermeiro tem sido exaustivamente discutida e sabe-se que cada vez mais os setores críticos têm dificuldade em atender a formação do enfermeiro com perfil generalista. Dessa maneira, a especialização deve ser almejada pelo enfermeiro e estimulada pelo gestor ao contratar o enfermeiro de CC e SRPA.

Em um estudo realizado para avaliar o ensino da disciplina de CC, identificou-se que 53% das escolas a ministram como parte de outra disciplina, e muitos desses conteúdos se limitam a conteúdos teóricos, com alguns momentos de visitas e estágios durante os quais, em geral, o aluno observa, e não atua. [53] O conteúdo ministrado nos cursos de graduação também não é específico e nem direcionado à SRPA e, quando presente na disciplina, não é específica e se limita a abordar a anestesia (94%) e a recuperação pós-anestésica (98%). [53]

Há uma tendência nos cursos de graduação de enfatizar o ensino da enfermagem em CC, e a SRPA acaba por ser um assunto complementar, sem abordagem mais específica desse setor.

O profissional busca, então, o curso de pós-graduação como opção complementar de formação ou quando o serviço exige esse curso como forma de promoção ou carreira profissional.

A oferta de cursos de pós-graduação ainda é muito desigual, porém acredita-se que o enfermeiro especialista deve direcionar seu olhar à prática, levando à reflexão crítica da área e trazendo contribuição na pesquisa, além do aumento do interesse de novos profissionais pelo período perioperatório, em especial a SRPA.

Na primeira rodada de avaliação e validação da coleta de informações, o indicador 1 alcançou (3) ‘alteração mínima’ para quatro juízes (66,6%), e dois juízes (33,3%) consideraram (4) ‘contempla totalmente’. Foram consideradas as sugestões dos juízes 2, 4 e 5 quanto à frequência da coleta (mensal) e à maneira de coletar o dado. Inicialmente foi proposto que fosse coletado com o gestor da área, sendo incluída também a coleta via gestor e enfermeiro da própria unidade de SRPA; e que a coleta do número de enfermeiros fosse mensal, e semestral da qualificação dos enfermeiros.

Foram incluídos dados possíveis de influenciarem na coleta de informações do indicador, como: número de leitos na SRPA, número de pacientes dependentes

de respirador, número de pacientes/classificação da ASA – maior dependência de enfermeiros, e dados relativos a qualificação do enfermeiro da SRPA. Dessa forma, na segunda rodada de avaliação e validação do indicador, houve 100% de consenso entre os juízes com (4) ‘contempla totalmente’ quanto à coleta de informações.

A validade tem relação com o grau no qual o indicador atinge seu propósito, ou seja, é capaz de identificar situações nas quais a qualidade poderia ser implementada e melhorada. Dentro dessa perspectiva, o indicador 1 alcançou consenso, pois pode refletir, em sua coleta, situações que poderiam ser melhoradas.

O indicador 1 pode ter sua validade, pois reflete mensalmente o ‘retrato’ da equipe na SRPA. O indicador pode ser modificado para também apontar a qualidade da equipe multiprofissional, sem necessariamente abordar o enfermeiro. É possível usá-lo também para os demais recursos humanos da SRPA.

Na primeira rodada de avaliação e validação, o indicador alcançou (3) ‘alteração mínima’ para dois juízes (33,3%) e (4) ‘contempla totalmente’ para quatro juízes (66,6%). Após as alterações sugeridas, na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador obteve 100% de (4) ‘contempla totalmente’ quanto à validade. A validade do indicador pode estar relacionada à coleta de informações, pois, se a coleta de informações do indicador 1 tiver a frequência mensal, existe um monitoramento constante das condições da equipe na SRPA, o que é defendido como primordialmente necessário para a qualidade do serviço prestado nesse setor.

Na primeira rodada de avaliação e validação, a sensibilidade do indicador 1 obteve 83,3% de (4) ‘contempla totalmente’. Já na segunda, alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’. A sensibilidade se refere a possibilidade de o indicador apontar todos os casos nos quais a qualidade pode estar relacionada a um problema existente. [25]

A especificidade do indicador foi considerada como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%); um juiz indicou (3) ‘alteração mínima’ tanto na primeira quanto na segunda rodada de avaliação. A especificidade é um atributo que se relaciona com a possibilidade ou o grau em que o indicador aponta somente os casos em que existem problemas relacionados a qualidade. [25]

Os juízes não apontaram sugestões ou comentários na primeira rodada e, na segunda rodada, foi sugerido maior esclarecimento quanto às condições dos paciente. Isso pode influenciar na necessidade de maior número de enfermeiros e na característica da assistência prestada, o que foi contemplado na coleta de informações e pode ter tornado o indicador mais específico. Porém foi considerado validado dentro da porcentagem apresentada para o consenso de 80% na segunda rodada de avaliação e validação.

Quanto à acessibilidade, na primeira rodada, o indicador alcançou consenso de 83,3% (4) 'contempla totalmente' e, após alterações e a segunda rodada, apresentou 100% de (4) 'contempla totalmente'. A alteração que pode ter influenciado no consenso foi a adequação da periodicidade para coleta mensal, e a forma de coleta a ser considerada não somente com o gestor da área. A acessibilidade está relacionada à facilidade com que os dados necessários para compor o cálculo do indicador podem ser acessados, com rapidez e custo mínimo envolvido. [23]

Os juízes consideraram a dificuldade de acessar a informação de forma imparcial pelo gerente da unidade avaliada. O gerente precisa ter uma visão totalmente voltada para a necessidade da qualidade e sua implementação, deixando de lado a possibilidade de não fornecer os dados necessários, por receio de punições ou demissões.

Quanto ao atributo exequível, na primeira rodada, o indicador apresentou 83,3% de (4) 'contempla totalmente' e, após a segunda rodada, o indicador apresentou 100% de consenso. A forma de executar a coleta desse indicador pode inicialmente trazer dúvidas, porém acredita-se que seja de extrema importância para garantir um cuidado de qualidade, efetivo e com menores custos possíveis a instituição que o adotar. A medida é aplicável, e objetiva, permitindo mensurar sem julgamentos subjetivos. [23]

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 50, do Ministério da Saúde, de 21 de fevereiro de 2002, a SRPA é um setor que faz parte da planta física da unidade de CC, seguindo as mesmas normas dessa unidade em relação a características físicas. Isso, contudo, não quer dizer que a equipe de profissionais deve ser a mesma a atuar no CC e na SRPA. A ênfase dos cuidados na SRPA diz respeito à prevenção e à detecção precoce de alterações no período POI e, dessa

maneira, a equipe deve ser treinada e direcionada para esse atendimento. A SOBECC também deixa enfatiza a necessidade de enfermeiros em número suficiente, sendo que o cálculo dos recursos humanos proporcional ao número de pacientes na SRPA. [31]

No Brasil, de acordo com a resolução 1.363, de 22 de março de 1993, do Conselho Federal de Medicina (CFM), a recuperação pós-cirúrgica deve ocorrer em um local específico, planejado, atendido por uma equipe multiprofissional formada por anestesista e equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico/auxiliar) treinada e habilitada a prestar cuidados especializados e complexos. [31]

A SOBECC ainda recomenda que a proporção de enfermeiros/pacientes na SRPA seja de um enfermeiro para cada três ou quatro pacientes dependentes de respirador mecânico, e de um técnico de enfermagem para cada três pacientes nessas mesmas condições. Ainda destaca que deve haver um enfermeiro para cada oito leitos de pacientes não dependentes de respirador e um técnico para cada três pacientes nessa mesma situação. Destaca-se aqui a necessidade de revisão dessa recomendação devido a característica do paciente na SRPA, ou seja, o paciente na SRPA não deve ser dependente de respirador mecânico. [31]

Essa proporção se baseia em estudos que apontam para uma maior frequência de complicação respiratória nesse período. O número de enfermeiros na SRPA está relacionado ao de pacientes com maiores chances de complicações respiratórias. [31]

A proporção de profissionais especialistas em determinadas áreas pode ser um indicador no monitoramento da qualidade, dentro da perspectiva da estrutura, pois as características do profissional podem ser um indicador da qualidade da assistência em saúde. [25]

Outro aspecto proposto na avaliação foi a formação do enfermeiro que atua na SRPA. Sobre esse aspecto, destaca-se a necessidade de uma equipe qualificada e dedicada à SRPA, considerando que, apesar de a SRPA ser no CC, ela não compõe o quadro de profissionais deste centro e deve ter um quadro de pessoal exclusivo à sua especificidade. [31]

Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que a qualificação dos enfermeiros tem impacto direto nas complicações e na morbidade pós-operatória em pacientes cirúrgicos, ou seja, quanto maior a qualificação da equipe de

enfermagem, menor o número de complicações. Outros fatores que podem influenciar nessa diminuição seriam a experiência dos enfermeiros do hospital e a experiência e certificação do cirurgião. [54]

A existência de equipe treinada e qualificada para reconhecer os sinais e sintomas na previsão e no impedimento das complicações no POI é tão importante quanto as instalações físicas e os recursos materiais disponíveis. [52]

Estudo realizado em hospitais no norte do Paraná evidenciou que apenas 24% dos hospitais contam com enfermeiro exclusivo na SRPA, o que se caracteriza como uma dificuldade recorrente na nossa prática nos hospitais brasileiros. O paciente na SRPA está sujeito a diversas complicações e desconfortos, pois se trata de um período caracterizado por instabilidade e dependência de cuidados por parte das equipes médica e de enfermagem, sendo necessária a vigilância constante e, para isso, o número de enfermeiros está diretamente ligado a essa particularidade. [52]

A proposta do indicador 1 tem sua justificativa nessa realidade brasileira, evidenciando a necessidade da qualidade do profissional que atua na SRPA, pela presença do enfermeiro exclusivo nessa unidade. Com a aplicação desse indicador é possível evidenciar a escassez de enfermeiros especialistas em SRPA, proporcionando ajustes e gerenciamento da situação, por parte dos gestores.

Esse indicador, portanto, pode ser considerado uma espécie de pré-requisito para uma boa avaliação do paciente e particularmente para dor ou hipotermia, pois, quando o enfermeiro está presente na SRPA, as avaliações desses sinais são realizadas com maior frequência, e as intervenções são registradas de forma mais sistemática. [31,47]

6.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE À DOR

Apresentaremos os indicadores relacionados diretamente às práticas assistenciais em relação à dor na SRPA, a saber os indicadores 2 a 6.

6.3.1 Indicador 2

A tabela 4 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 2.

Tabela 4 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 2, Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não Respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	3	50,0	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	4	66,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	2	33,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	2	33,3	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

O quadro 7 apresenta os comentários feitos pelos juízes para cada item de avaliação proposto na primeira rodada.

Quadro 7 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – indicador 2.

	Indicador 2: Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 2	Nome do indicador: “Como questionei acima, este indicador tem como objetivo avaliar somente o número de prescrições de analgésicos, e não sua qualidade? Neste caso, contempla totalmente” Definição: parágrafo 3: "Em muitos casos" não me dá um panorama claro da incidência da dor no POI. Dados mais concretos reforçariam o argumento.” Parágrafo 5: “Não utilizar “etc.”. Especificar o que realmente uma prescrição para analgesia deve conter.” “Define, mas pode fortalecer seus argumentos com dados mais consistentes. O estudo de Barbosa et al. de 2014, citado no Manual Operacional, fornece subsídio para tanto” Tipo de indicador: minha dúvida reside na classificação desse indicador considerada pelos autores do instrumento, dentro dos conceitos de Donabedian, como realizado no indicador anterior Fórmula/número: novamente minha dúvida reside na avaliação somente se está prescrito e com horário. Se este é o objetivo dos autores, contempla totalmente Coleta de informações: “Coleta mensal até atingir o valor considerado adequado ou ideal". Este procedimento realmente não está claro para mim: qual o valor considerado adequado ou ideal?
Juiz 3	Definição: comentário: “Na definição cita-se o tipo de dor segundo intensidade. Acho que cabe colocar a avaliação como um todo: intensidade, localização, duração, características, etc.”
Juiz 5	Nome do indicador: “Prescrição não é um cuidado de enfermagem. Neste indicador, proponho número de administrações de analgésicos na chegada à SRPA” Fórmula/número: Considerando o número de administrações de analgésicos no numerador e número de pacientes admitidos na SRPA no denominador, pode-se inferir que quando não atinja o 100% pode estar relacionado à falta de prescrição Validade: contempla, mas precisa de alteração mínima. Relacionado à sugestão do numerador do indicador Acessibilidade: incapaz de contemplar sem revisão. Mudança do numerador
Juiz 6	Definição: dúvida: parágrafo 4 – as medicações de resgate e ou demanda também necessitam colocar horário, dose e via de acesso, neste caso queria dizer em horários aprazados? Com periodicidade estabelecida? Fórmula/número: seria horário com periodicidade preestabelecidas? Coleta de informações: dúvida: quadro – "Horário da medicação analgésica" com periodicidade estabelecida?

POI: pós-operatório imediato.

A tabela 5 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 2. Já o quadro 8 apresenta as sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação do indicar 2.

Tabela 5 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 2, Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 8 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 2.

Juiz	Indicador 2: Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 5	Coleta de informações: acredito que a informação deveria ser coletada ao final do dia ou do plantão, pois as informações poderiam se perder caso fossem coletadas mensalmente.

O quadro 9 apresenta a versão final do indicador 2, alcançada após o consenso dos juízes.

(continua)

Quadro 9 − Versão final do indicador 2, Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Definição:
A dor é um evento comum na SRPA devido ao trauma cirúrgico e às respostas do organismo à agressão do procedimento cirúrgico. A incidência de dor na SRPA pode variar de 30 a 90% dos casos, sendo descrita como dor moderada a intensa, em diversas modalidades cirúrgicas. [1-3]
Em um estudo com 30 pacientes em SRPA, o diagnóstico de enfermagem para dor aguda foi encontrado em 36,7% dos prontuários consultados e ainda foi citada como fator relacionado a náuseas, mobilidade física prejudicada e padrão respiratório ineficaz. [4] A dor forte no local da cirurgia é citada como uma das principais preocupações do paciente ao acordar na SRPA. Portanto, pode influenciar na satisfação do cliente com o cuidado pós-operatório. [5] Também se encontra que a dor no paciente na SRPA é aquela avaliada como moderada (de 4 a 6 na escala numérica de dor) a intensa (de 7 a 10 na escala numérica de dor). A dor no POI também deve ser avaliada quanto à localização, duração, fatores de piora e melhora e suas características. [6] Sabe-se que quanto mais precoce se institui a analgesia pós-operatória, melhores resultados são obtidos na evolução do paciente em relação à resposta ao tratamento, ao desenvolvimento de reações adversas e à dor crônica. [7]

A prescrição de analgesia na SRPA não deveria ser aquela de resgate ou demanda, ou seja, prescrita somente quando necessária, e sim constar horário, além da dose, via de acesso e droga, além da periodicidade das doses, informações essenciais ao profissional que manipula essa prescrição. [6,7] O controle inadequado da dor pode estar associado à equipe que assiste o paciente e à falta de treinamento adequado, à avaliação incompleta da dor e ao receio sobre os possíveis efeitos colaterais dos analgésicos. [6]
A possibilidade de tratamento eficaz da dor de maneira precoce e/ou profilática garante os princípios de qualidade citados por Donabedian: eficácia – a habilidade de atingir melhoras significativas em saúde usando os melhores cuidados disponíveis; eficiência – habilidade de menores custos sem prejudicar o resultado final; aceitabilidade – de acordo com os desejos e expectativas do paciente e seus familiares; e legitimidade – respeito aos princípios éticos, valores, pilares da qualidade da assistência em saúde. [8]

1. Secoli SR, Moraes VC, Peniche AC, Vattimo MF, Duarte YA, Mendoza IY. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Esp2):1244-9.
2. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JA, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas. Esc Anna Nery. 2014;18:143-7.
3. Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MC. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(3):314-320.
4. Araújo EA, De Paula WK, Oliveira LA, Arruda AC. Sistematização da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2011;16(3):43-51.
5.Moro ET, Godoy RC, Goulart AP, Muniz L, Modolo NS. Principais preocupações dos pacientes sobre as complicações mais frequentes na sala de recuperação pós-anestésica. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(6):716-24.
6. Bidese LB, Sakuma KA, Andrade A, Sartor MC. Postoperative analgesia by non-specialists in pain. Rev Dor (São Paulo). 2014;15(1):36-40.
7. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.
8. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

(continuação)

Tipo: indicador de processo.
OBS: Segundo Donabedian, a tríade estrutura–processo–resultado faz parte de um paradigma da avaliação da qualidade, onde essas informações interferem diretamente na avaliação da qualidade do cuidado. Dentro dessa perspectiva, a estrutura se refere a estrutura física e propriedades organizacionais, o processo é o que é feito e como é feito para o paciente e o resultado é o que foi realizado para o paciente.[8] Na avaliação da dor no indicador avaliado, temos: a estrutura – qualificação do profissional de saúde; o processo – como acontece a avaliação e o que é feito para tratar, relatar ou evitar a dor; e o resultado – aquilo que aconteceu efetivamente com o indivíduo como resultado da assistência ou cuidado prestado.[8] O relato da terapia ou cuidado realizado ao paciente com dor, ou com alto risco de apresentar a dor, pode ser interpretado como um indicador de processo, sendo intimamente ligado à capacidade do profissional em intervir (pode ter relação com a sua capacitação e formação) e ao resultado apresentado no final da avaliação.

Fórmulas/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com prescrições de analgesia ao chegar na SRPA}}{\text{Número de pacientes admitidos na SRPA}} \times 100$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%
⇨ Resultado considerado adequado = 90% a 100%

$$\frac{\text{Número de pacientes com relato de dor e administração de analgésicos}}{\text{Número de pacientes com relato de dor admitidos na SRPA}} \times 100$$

Coleta de informações:

Checagem das prescrições de terapêutica medicamentosa para dor ao chegar na SRPA por um dos profissionais da SRPA – enfermeiro ou técnico de enfermagem. Coleta realizada mensalmente, porém podem ser consideradas coletas semanais ou diárias dependendo da necessidade e número de pacientes por dia atendidos na SRPA.

Prescrição médica de analgesia	( ) Sim	( ) Não
Horário da medicação analgésica com periodicidade estabelecida	( ) Sim	( ) Não
Tipo de cirurgia realizada:		

Registrar:

Registro número: _____

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica; POI: período pós-operatório imediato.

(conclusão)

O consenso inicial quanto ao nome do indicador foi considerado por um dos juízes (16,7%) como ‘não contempla’ e cinco juízes (83,3%) avaliaram como (4) ‘contempla totalmente’.

O juiz 2 questionou a avaliação da prescrição médica sob o aspecto qualitativo, o que não é objetivo do indicador, sendo esse ponto esclarecido ao juiz.

A compreensão do juiz 5 foi de que avaliar a prescrição de analgésicos seria uma atividade médica, por isso da avaliação inicial, porém, foi esclarecido a ele que a avaliação seria voltada ao aspecto quantitativo da prescrição, e não da qualidade, ou seja, o paciente chega com a prescrição de analgesia antes de referir dor? Ainda, espera-se o paciente sentir dor para este então ser medicado e tratado? Após o esclarecimento, o nome do indicador foi mantido.

A prescrição de medicamentos não é um cuidado de enfermagem, porém a prescrição de medicamentos analgésicos ao paciente antes de chegar à SRPA deve ser monitorada, pois responde a um aspecto de cuidado ao paciente, dentro da perspectiva da avaliação de cuidados de saúde, sendo, desse modo, mantido o nome do indicador para a segunda rodada de validação.

Na segunda rodada de avaliação e validação, o nome do indicador 2 obteve 100% de aprovação − todos os juízes selecionaram a opção (4) ‘contempla totalmente’.

A definição do indicador na primeira rodada alcançou 50% de (3) ‘alteração mínima’ e 50% indicaram (4) ‘contempla totalmente’.

Foram consideradas as alterações sugeridas pelos juízes 2, 3 e 6, que diziam respeito a maneira que o indicador foi redigido, além de alterações de concordância e texto.

Foi considerada a sugestão de retirada do texto da expressão “em muitos casos”.

Foi revisado texto do indicador e retirada o termo “etc.”.

Incluíram estudos que pudessem dar mais consistência e embasamento ao indicador, considerando, inclusive, o estudo sugerido pelo juiz 2, que trata da quantidade de pacientes na SRPA que apresentam dor moderada ou forte na avaliação na SRPA.

Foram incluídas as alterações sugeridas, compreendendo que a dor deve ser avaliada não somente quanto à sua intensidade, mas quanto à localização, às

características, e aos fatores de melhora e piora, entre outros, sugeridas pelo juiz 3.

Foram realizadas as alterações sugeridas pelo juiz 6, entendendo que a definição ficou mais clara com as informações sugeridas no texto.

Na segunda etapa de avaliação e validação, o indicador 2 obteve 100% de (4) ‘contempla totalmente’ quanto à definição.

Na primeira etapa de avaliação e validação quanto ao tipo, o indicador 2 obteve 83,3% de (4) ‘contempla totalmente’; um juiz (16,7%) considerou a necessidade de (3) ‘alteração mínima’.

Nesse ponto, houve dúvida do juiz 2 quanto à tipologia do indicador. Foi, assim, incluído um texto de esclarecimento nesse item, justificando o ponto de vista que justifica a classificação do indicador.

Após a alteração realizada, o indicador obteve 100% de consenso na segunda rodada de avaliação e validação quanto à sua tipologia.

Quanto a fórmula do indicador, quatro juízes avaliaram como (3) ‘alteração mínima’ e dois (33,3%) como (4) ‘contempla totalmente’. A fórmula foi revista e ajustada, sendo também considerado necessário que duas fórmulas compusessem o indicador, dando maior precisão à coleta e ao dado coletado.

O juiz 5 colocou a sugestão vinculada à alteração do numerador do indicador na fórmula. Para responder a essa sugestão, foi elaborada mais uma fórmula, contendo, no numerador, o número de pacientes que relataram dor e foram medicados ao chegarem na SRPA. O denominador ficou: número de pacientes que chegaram na SRPA com dor.

Na segunda rodada, o indicador alcançou 100% de consenso com (4) ‘contempla totalmente’. O indicador se propunha avaliar somente a quantidade de prescrições e não sua qualidade (tipo de medicação).

Foi incluída a sugestão do juiz 6, no item coleta dos dados, como dado complementar da coleta do indicador, e não na fórmula proposta.

Na primeira rodada de avaliação e validação, a coleta de informações foi avaliada como (2) ‘Necessita revisão’ por um dos juízes (16,7%), (4) ‘contempla totalmente’ por três juízes (50%) e dois (33,3%) não responderam ao questionamento.

Foi considerada a sugestão do juiz 2, sendo retirada a expressão “até atingir o valor considerado adequado”, pois a coleta deve acontecer mensalmente, garantindo que, mesmo após alcançar o número adequado, continue, para que o processo seja continuamente avaliado.

Foi alterado o quadro de coleta de informações que podem influenciar no indicador, sendo colocado com periodicidade estabelecida, conforme sugestão do juiz 6.

Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador 2 alcançou 83,3% de consenso (4) ‘contempla totalmente’ no item coleta de dados.

Considerando a sugestão na segunda rodada do juiz 5, inferiu-se que a avaliação da prescrição pode sofrer alterações após a aplicação do indicador na prática. Dependendo do número de pacientes e atendimentos na SRPA/dia, a frequência das avaliações pode ser alterada, tornando-se diárias ou semanais. Provavelmente essa decisão passa pela gestão da SRPA e a necessidade em levantar a situação apresentada, diminuindo a possibilidade de perda de informações fundamentais, em especial naqueles serviços em que as informações não são informatizadas.

Na primeira rodada de avaliação e validação do indicador 2 conforme o atributo validade, foi considerado (3) ‘alteração mínima’ por dois juízes (33,3%). Quatro juízes avaliaram (4) ‘contempla totalmente’.

Foram realizadas as alterações na fórmula sugeridas pelo juiz 5 e, dessa forma, na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador 2 alcançou o consenso de 100% entre os juízes, que apontaram a opção, (4) ‘contempla totalmente’.

Na primeira rodada de avaliação e validação do indicador conforme o atributo sensibilidade, dois juízes (33,3%) consideraram o indicador 2 (3) ‘alteração mínima’ e quatro juízes (66,7%), (4) ‘contempla totalmente’.

Com as alterações realizadas, após a segunda rodada de avaliação e validação, o indicador foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes.

Na primeira rodada de avaliação e validação, o indicador 2 foi avaliado quanto à especificidade como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%) e um deles considerou (3) ‘alteração mínima’.

Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes.

Na primeira rodada de avaliação e validação, o indicador 2, segundo o atributo acessibilidade, foi avaliado por um juiz (16,7%) como (2) ‘necessita revisão’, e cinco juízes avaliaram como (4) ‘contempla totalmente’.

Foram realizadas as alterações sugeridas na fórmula pelo juiz 5 em relação ao numerador, e, na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador foi ainda avaliado como necessitando (3) ‘alteração mínima’ por um juiz (16,7%). Provavelmente, essa avaliação esteve relacionada à possibilidade da coleta de informações acontecer diariamente, como sugerido pelo juiz 5 após a segunda etapa de avaliação e validação.

Na redação final do indicador, foi considerada a possibilidade da coleta acontecer diariamente, para evitar a perda de informações relevantes para o indicador.

Na primeira rodada de avaliação e validação, o indicador 2 foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes e, na segunda rodada de avaliação e validação, ele manteve a mesma avaliação, sem sugestões dos juízes para esse atributo.

6.3.2 Indicador 3

A tabela 6 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 3. O quadro 10 expõe as sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em SRPA.

Tabela 6 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 3, Número de Prescrições de Analgesia Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, após queixa de dor, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes

Itens do Manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	1	16,7
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 10 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – indicador 3.

	Indicador 3: Número de Prescrições de Analgesia Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor
Juiz 1	Fórmula/número: número ideal? Coleta de informações: no quadro de coleta: Prescrição de analgesia antes da queixa álgica do paciente / Prescrição de analgesia após queixa álgica do paciente
Juiz 2	Tipo: não há justificativa e análise do modelo proposto por Donabedian neste indicador.
Juiz 3	Definição cabe salientar no texto que o tratamento inadequado da dor também vem de uma inadequada avaliação da dor, por falta de capacitação dos profissionais em realizá-la adequadamente em todos os aspectos
Juiz 4	Coleta de informações: acredito que se a o primeiro questionamento (Prescrição de analgesia) for 'Sim' não deve ser pontuado, pois será contabilizado como se não houvesse o controle da dor e não falta de prescrição!
Juiz 5	Nome: não contempla. Sugestão: número de administrações de analgésicos iniciadas na SRPA após queixa álgica Fórmula/número: incapaz de contemplar sem revisão. A prescrição e administração de medicamentos são fases do sistema de medicação, sendo atribuída ao médico e enfermeiro, respectivamente. Como o indicador pretende medir o cuidado de enfermagem, a administração de medicamentos é uma atividade específica do enfermeiro Validade: incapaz de contemplar sem revisão. Não mensura uma atividade da enfermagem Sensibilidade: incapaz de contemplar sem revisão. Devido ao comentário supracitado. Especificidade: incapaz de contemplar sem revisão. Devido ao comentário A
Juiz 6	Definição: acredito que seria interessante definir melhor o que seriam sub prescrições e sub doses e como avaliar isto se ocorrer. Coleta de informações: alteração: quadro – "Administração de analgesia prévia: ( ) sim ( ) não". Inseri um item em vermelho para avaliar já se foi medicado e a resposta não foi boa, conforme descrito no último parágrafo da definição. Além disso, pode estar prescrito e ainda não ter sido administrado

A tabela 7 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 3. Já no quadro 11, encontram-se as sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação do indicador 3.

Tabela 7 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 3, Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 11 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – indicador 3.

	Indicador 3: Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor
Juiz 2	Fórmula/número: (2) Incapaz de contemplar sem revisão. De acordo com minha compreensão, o "Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor" deve ser o mais alto possível para ser considerado um bom indicador, e na descrição de interpretação dos resultados, você coloca que o ideal deva ser de 0% a 5%... Penso que a interpretação seja o oposto, o ideal é que de 95% a 100% atinjam esse número de administração de analgésico após queixa de dor! Sensibilidade: reforço a observação de interpretação dos dados exposto acima
Juiz 6	Definição: ainda acredito que seria interessante definir melhor o que seriam subprescrições e subdoses e como avaliar isso se ocorrer. Pois na prática muitas vezes nos deparamos com paciente submetido a cirurgias dolorosas e prescrição de novalgina, por exemplo, sabemos que a resposta não vai ser boa

O quadro 12 apresenta a versão final do indicador 3.

Quadro 12 − Versão final indicador 3, Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor. (continua)

Definição:

A dor pós-operatória deve ser tratada de maneira preventiva, pois dessa maneira se torna mais fácil de manejar e tratar. A analgesia pós-operatória adequada pode ter início no período pré-operatório, por meio da inibição prévia das vias nociceptivas mediante intervenção farmacológica, com o objetivo de reduzir a dor desencadeada pela ativação de mecanismos inflamatórios e impedir que o paciente apresente memória da resposta dolorosa. (1)

Encontra-se em destaque também a necessidade de avaliações sistemáticas da dor durante todo o período de internação e não somente em determinadas situações específicas, como, por exemplo, quando o paciente relata a dor. (2)

No caso do paciente cirúrgico, a experiência dolorosa tem relação com o trauma tecidual, a manipulação cirúrgica e a subjetividade da experiência dolorosa de cada indivíduo. Dessa maneira, encontra-se a recomendação de tratamento analgésico em pós-operatório, nas primeiras 48 horas, seguida de diminuição da terapia até sua total retirada. (3)

Ao esperar o paciente relatar a dor para então dar início ao seu tratamento, pode-se lidar com uma dor de mais difícil manejo, levando o paciente à ansiedade, ao estresse, ao aumento da morbidade pós-operatória, ao aumento do tempo de recuperação pós-anestésica e ao retardo na recuperação do paciente. (3)

A terapêutica inadequada da dor pós-cirúrgica resulta em aumento do intervalo de tempo de hospitalização, aumento da morbimortalidade perioperatória, elevação de custos de saúde e processo álgico tornado crônico. (3)

O tratamento inadequado da dor pós-operatória também é evidenciado por subprescrições e subadministrações de drogas analgésicas, o que pode trazer sofrimento desnecessário ao paciente. (4)

A avaliação da dor depende diretamente da capacitação e do treinamento do profissional que está na SRPA. Dessa maneira, se o profissional não tiver capacitação, pode acabar avaliando de maneira inadequada ou subavaliando o evento observado.

As especificidades do paciente no período pós-operatório imediato na SRPA são reconhecidas por diversos autores, que destacam a necessidade de atenção contínua ao paciente, com possibilidade de instabilidades diversas relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico, assim como conhecimentos especializados e habilidades para tomada de decisão rápida e precisa. (5)

Segundo Donabedian, o tratamento adequado do paciente pode levar a sua satisfação com o cuidado prestado, um dos objetivos principais na avaliação dos resultados em saúde. Dessa maneira, os princípios de efetividade e aceitabilidade de Donabedian são seguidos e respeitados nessa avaliação. (6)

1. Campiglia L, Consales G, De Gaudio AR. Pre-emptive analgesia for postoperative pain control: a review. Clin Drug Investig. 2010;30 (Suppl2):15-26.
2. Souza FA. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(3):446-7.
3. Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N. Avaliação da efetividade da analgesia pós-operatória em hospital no sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008;37(1):18-24.
4. Pimenta CA, Koizumi MS, Ferreira MT, Pimentel IL. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. Rev Paulista Enferm. 1992;11(1):3-10.
5. Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(5);881-7.
6. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

(continuação)

Tipo: indicador de processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com administrações de analgésicos iniciadas na SRPA após queixa de dor}}{\text{Número de pacientes com dor ao chegarem na SRPA}} \times 100$$

⇨ Resultado considerado ideal = de 0% até 5%
⇨ Resultado considerado adequado = de 5% a 10%

Coleta de informações:
Preenchimento de impresso próprio na SRPA pelo enfermeiro da SRPA/técnico de enfermagem, com verificação prévia da prescrição médica existente e a prescrição com o horário de administração da medicação analgésica.

Avaliação da dor na SRPA
Horário de chegada na SRPA: _____
Horário da avaliação da dor: _____
Dor: ( ) sim ( ) não. Avaliação: (0 a 10): _____

Administração de medicação analgésica na SRPA: ( ) sim ( ) não
Prescrição da analgesia antes da queixa álgica do paciente: ( ) sim ( ) não
Prescrição da analgesia após a queixa álgica do paciente: ( ) sim ( ) não
Horário que foi realizada a medicação analgésica: _____
Intervalo entre a queixa e a administração da medicação analgésica: _____ minutos/hora

(conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

O nome do indicador 3 inicialmente foi proposto como Número de Prescrições de Analgesia Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica após queixa de dor. Após a primeira rodada de avaliação e validação com os juízes, ele foi modificado para Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor

Na primeira etapa de avaliação e validação do indicador 3, um juiz (16,7%) considerou (1) 'não contempla', um juiz não respondeu a questão, e quatro juízes (66,7%) consideraram (4) 'contempla totalmente'.

O juiz 5 sugeriu modificar o nome do indicador, para que esse pudesse atender plenamente seu objetivo, e tal sugestão foi compreendida como necessária. Após essa modificação, o nome do indicador alcançou 100% de (4) 'contempla totalmente' na segunda rodada de avaliação e validação.

A modificação trouxe a ideia de que se está avaliando uma conduta tomada pela equipe da SRPA, e não somente a avaliação da prescrição do analgésico, ou seja, um conceito mais amplo da qualidade, nesse aspecto na SRPA.

A interpretação da prescrição médica na SRPA é de extrema importância, pois o médico muitas vezes não se encontra na SRPA e cabe à equipe da SRPA tomar condutas quanto à dor do paciente. Protocolos direcionados à avaliação e às condutas tomadas no caso de dor podem facilitar o acesso do paciente a esse cuidado na SRPA.

O registro do que foi realizado com o paciente na SO deve ser analisado pelo enfermeiro na SRPA, para que ele avalie a continuidade do cuidado e a a dor como elemento essencial na continuidade do tratamento.

O tempo que o paciente passa na SRPA pode ser influenciado diretamente pelo tratamento e pela avaliação da dor.

O paciente que sente dor pode ter seu tempo de recuperação aumentado, pois ao se tratara dor de maneira inadequada, a a recuperação do paciente e seu retorno ao leito de origem são prejudicados.

A definição do indicador na primeira rodada teve a avaliação de dois juízes (33,3%) como (3) 'alteração mínima' e três juízes (50%) como 'contempla totalmente'. Um juiz (16,7%) não respondeu a questão da definição do indicador.

A sugestão do juiz 6 foi sobre a melhor definição do que seriam subprescrições ou subdoses, e como seria a avaliação dessas situações. A

sugestão do juiz 3 trouxe a necessidade de a avaliação inadequada da dor ficar clara no texto de definição do indicador, dada a capacitação dos profissionais que trabalham nesse setor.

Após as alterações realizadas, na segunda etapa de validação, o indicador alcançou 83,3% de consenso em (4) ‘contempla totalmente’ e um juiz (16,7%) ainda avaliou como ‘alteração mínima’ para o indicador 3. Apesar dessa recomendação, o indicador foi considerado validado quanto à sua definição.

A subadministração ou subprescrição podem ser entendidas como consequências da subestimação da dor pelos membros da equipe na SRPA, problema relatado por enfermeiros que cuidam de pacientes em período pós-operatório em unidades de terapia intensiva, destacando que, muitas vezes, o objetivo do tratamento da dor se torna secundário, tendo em vista a alta complexidade do paciente nesse período. [55]

Destaca-se ainda a falta de ações para a prevenção da dor, esperando-se que o paciente a sinta, para depois tratá-la com medicamentos. [55]

O caráter subjetivo da dor pode trazer dúvidas e precauções sobre seu tratamento adequado, pois ainda há dificuldade da equipe em acreditar nas informações do paciente a respeito da dor. Apesar de não existirem evidências objetivas, deve-se confiar no que o paciente diz sentir. [55]

Um estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas relata a necessidade da avaliação do dor pela equipe de enfermagem e do tratamento farmacológico da dor pós-operatória, devido às suas características especiais, relacionadas à lesão tecidual real. Assim, capacitar o enfermeiro tem papel fundamental na avaliação e no tratamento da dor pós-operatória. [56]

Quanto ao tipo do indicador, estiveram ausentes as respostas na primeira rodada de um juiz (16,7%), e houve um consenso de 50% para o item (4) ‘contempla totalmente’. Ainda, um juiz considerou (3) ‘alteração mínima’ no indicador quanto à sua tipologia.

O juiz 2 lembrou a necessidade de esclarecer, no tipo do indicador, a justificativa proposta por Donabedian para sua classificação. Dessa maneira, foi incluída, no texto de definição, a proposta de Donabedian para a classificação do indicador 3, expondo a relação do indicador com a efetividade e a aceitabilidade, considerados pilares da qualidade para o autor.

O indicador de processo pressupõe como se faz algo ao paciente, ou seja, ao se avaliar o número de administrações de analgésicos na SRPA, avalia-se o modo pelo qual o tratamento da dor se efetiva e, indiretamente, é possível aferir a avaliação e sua qualidade.

Dessa maneira, foi alcançada a classificação do indicador como de processo, pois, na segunda rodada de avaliação, houve consenso de 100% em (4) ‘contempla totalmente’ quanto ao tipo do indicador.

A fórmula do indicador 3 foi considerada por 4 juízes (66,7%) como (4) ‘contempla totalmente’; um juiz (16,7%) não respondeu; e um (16,7%) ainda considerou com necessidade de (3) ‘alteração mínima’.

O juiz 1 expôs a necessidade de constar o número ideal na fórmula, e houve ainda uma colocação do juiz 5 quanto à incapacidade de contemplar sem revisão. Essa observação se deveu à necessidade de o indicador ser específico quanto à avaliação do cuidado de enfermagem, pois, se avaliasse a prescrição médica de analgesia, poderia trazer a necessidade de alteração − além de uma avaliação qualitativa, o que não era finalidade do indicador 3.

A colocação do juiz 2 após a segunda rodada de avaliação teve que ser revista pela pesquisadora, porém foi mantido, pois o cálculo tem o objetivo de o resultado ser o menor possível, ou seja, quanto menor o resultado desse indicador, melhor. Isso porque o número de prescrições que se inicia depois que o paciente relatar dor deve ser mínimo.

O analgésico deve ser prescrito ainda na SO, pois, se a prescrição da analgesia não estiver instituída preventivamente e com horário, até o profissional da SRPA acessar o médico e este realizar a prescrição, um intervalo significativo decorre para o paciente, aumentando suas chance de dor e desconfortos, afetando sua resposta à analgesia, e alterando sua percepção da qualidade da assistência na SRPA.

Na segunda rodada de avaliação e validação, a fórmula e número do indicar 3 foram considerados validados com 83,3% de consenso em (4) ‘contempla totalmente’. Um juiz ainda considerou como (1) ‘não contempla’, porém a colocação disse respeito ao número considerado ideal. O número ideal deve ser o mínimo possível, pois considerou-se que analgesia não deveria ter início após a queixa de

dor, mas ser realizada de maneira preventiva, o que justifica a manutenção do número ideal colocado e mantido no indicador.

A coleta de informações na primeira rodada de avaliação e sugestões alcançou (4) ‘contempla totalmente’ em 66,7% dos juízes. Dois juízes (33,3%) avaliaram como (3) ‘alteração mínima’.

A sugestão do juiz 1 foi incluída no quadro de coleta de informações, no qual se incluíram a prescrição da analgesia antes da queixa álgica do paciente, e a prescrição da analgesia após a queixa álgica, aumentando a chance de identificar os pontos críticos das prescrições de analgésicos na SRPA.

A alteração mencionada parece ter contemplado também a observação do juiz 4, quanto ao questionamento da prescrição da analgesia. As sugestões do juiz 6 também foram atendidas, ao se alterar o quadro de coleta e os itens a serem coletados para avaliação que se pretende realizar.

Na segunda rodada de avaliações e validação, 100% dos juízes concordam com o indicador que (4) ‘contempla totalmente’ a coleta de informações, alcançando consenso nesse item.

O atributo validade na primeira rodada de avaliação alcançou (4) ‘contempla totalmente’ para 66,7% dos juízes. Um deles considerou a (3) ‘alteração mínima’. Ainda, um dos juízes (16,7%) não respondeu a esse aspecto da avaliação. O juiz 5 considerou que, quanto à validade, o indicador precisaria de revisão, pois tomou a atividade de prescrição de analgesia como atividade médica. Com a alteração do nome do indicador, houve um consenso de 100% − (4) ‘contempla totalmente’ − na segunda rodada de validação e avaliação do indicador 3, considerando, então, a validade desse indicador para o que ele pretende medir.

Na primeira rodada de avaliação quanto ao atributo sensibilidade, o indicador 3 foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por 4 juízes (66,7%) e um juiz (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’; outro juiz avaliou como (2) ‘necessita revisão’. O juiz número 5 considerou que a necessidade de rever o nome e a definição do indicador trazia a impossibilidade de manutenção deste, quanto à sensibilidade, sem revisão.

Na segunda rodada de validação, o indicador manteve 83,3% de (4) ‘contempla totalmente’, porém a avaliação de (3) ‘alteração mínima’ foi assinalada

um juiz (16,7%), apesar de não apresentar sugestão para modificação no indicador quanto a esse atributo em especial.

Quanto à especificidade, o indicador 3 foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por quatro (66,7%) dos juízes, (3) ‘alteração mínima’ por um (16,7%) e (2) ‘necessidade de revisão’ por um juiz (16,7%). A alteração realizada no nome do indicador parece ter suprido a questão, pois, na segunda etapa de validação, observaram-se 100% de consenso − (4) ‘contempla totalmente’.

A acessibilidade do indicador 3 foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%); um juiz (16,7%) considerou a necessidade de ‘alteração mínima’ para o indicador 3.

No quadro de sugestões da primeira rodada, entretanto, não foram apontadas sugestões de alteração para o indicador. Ao se avaliar a segunda rodada de avaliação, contudo, 100% dos juízes consideraram (4) ‘contempla totalmente’ na acessibilidade do indicador.

Quanto ao indicador ser exequível, um juiz (16,7%) não respondeu, um (16,7%) considerou (3) ‘alteração mínima’ (porém sem sugestão) e quatro juízes (66,7%) consideraram (4) ‘contempla totalmente’.

Com as alterações realizadas no indicador, ele alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’, mesmo sem sugestões específicas quanto a essa avaliação.

Desse modo, as alterações realizadas no indicador trouxeram clareza quanto à sua aplicabilidade e execução.

6.3.3 Indicador 4

A tabela 8 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 4. O quadro 13, por sua vez, apresenta as sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação do indicador 4.

Tabela 8 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 4, Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 13 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 4.

	Indicador 4: Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 1	Fórmula/número: resultado considerado adequado?
Juiz 2	Definição: parágrafo 3: não está claro: "na ausência de registros" do quê? Onde? Por que, se ele busca informações no prontuário, isso significa que houve registro. Você quer dizer, não há registro no instrumento de SRPA? Esses profissionais seriam os que cuidam do paciente nas unidades? Precisa clarear esse trecho. Parágrafo 4: como avaliar a intensidade? É importante trazer as diferentes escalas analógicas utilizadas na mensuração da dor, já que é disso que estamos tratando. Tipo do indicador: não está indicada ou descrita a análise dentro do modelo de Donabedian, no Manual Operacional, para este indicador Coleta de Informações: "Coleta mensal, até atingir o valor considerado ideal / adequado". Não está claro Substituir "rotina" por "protocolo instituído" Especificidade: pergunto-me como fica o indicador em situações em que o paciente é reavaliado somente uma vez, por exemplo. Só apontando em que pode haver casos em que ainda o cuidado não foi ideal, mas o indicador dirá que sim
Juiz 6	Definição: periodicidade de reavaliação Fórmula/número: periodicidade das avaliações subsequentes Coleta de informações: alteração no texto: parágrafo 1 – Trocar "e registro da queixa álgica pelo profissional que admitiu o paciente na SRPA", por "e registro de avaliação de dor pelo profissional que admitiu o paciente na SRPA" Parágrafo 2: há alguma periodicidade recomendada? A cada sinal vital?

A tabela 9 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 4. Já o quadro 14 apresenta as sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação do indicador 4.

Tabela 9 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 4, Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 14 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em SRPA – indicador 4.

	Indicador 4: Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 5	Coleta de informações: acho que a coleta deveria ser diária. Acredito que no caso em que os hospitais tenham um sistema informatizado, este tipo de informações se podem recuperar mensalmente, mas nos casos em que o preenchimento do prontuário é manual considero pouco exequível recuperar as informações

O quadro 15 traz a versão final do indicar 4 à qual os juízes chegaram.

Quadro 15 − Versão final do indicador 4, Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. (continua)

Definição:
A dor é um desconforto presente na SRPA, sendo encontrados o trauma tecidual, a manipulação cirúrgica e o tipo de cirurgia como suas causas mais comuns. Apesar da sua alta incidência, chegando a 60% dos pacientes na SRPA, ainda há dificuldade dos profissionais da saúde em avaliarem e tratarem essa tão comum complicação. [1]
Dessa maneira, tem-se a recomendação da avaliação da dor como quinto sinal vital, porém, apesar desses esforços e recomendações, ainda têm-se falhas nos registros dos cuidados prestados ao paciente na SRPA. [2,3]
Apesar de se reconhecer a importância dos registros em saúde, ainda encontram-se diversas dificuldades na sua realização, entre elas: ausência de instrumentos de registro, ausência das informações importantes no instrumento da SRPA e preenchimento incompleto dos registros. Na ausência de registros relacionados a assistência prestada ao paciente, os profissionais das unidades de destino acabam buscando informações em outras partes do prontuário, ou seja, nos relatos de outros profissionais, via telefone, ou até mesmo do funcionário que realizou o transporte do paciente para seu leito de destino após a alta da SRPA. Assim, pode haver falta de instrumento com as informações adequadas, levando à necessidade de revisão e confecção desse material, ou mesmo do local onde as informações são relatadas apontam dificuldades em sua localização. [3]
É recomendado que o enfermeiro avalie e registre dados relacionados à dor do paciente assim que este chegar na SRPA, quanto à sua localização, intensidade e características, estabelecendo um padrão de avaliação sistemática para que o paciente possa prontamente ser atendido nas suas necessidades, além de viabilizar a passagem de informações posteriores às unidade que receberão esses pacientes. [4]
Para que a avaliação da dor possa acontecer de forma sistemática, temos a adoção de escalas de avaliação da dor como, por exemplo, a avaliação da dor por auto relato (escalas numéricas e visuais analógicas), observação de comportamento, e por meio de avaliação das variáveis biológicas do paciente (temperatura, sudorese, face de dor). [4]
A avaliação da dor é um procedimento complexo. Portanto, diversos fatores podem influenciar como, por exemplo: conhecimento dos profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor e suas repercussões deletérias no organismo; supervalorização da ação dos analgésicos; e medo em relação ao desenvolvimento de dependência e depressão respiratória. [4]
A avaliação adequada da dor e seu registro seguem os princípios de aceitabilidade e legitimidade, preconizados por Donabedian, sendo que a aceitabilidade se refere à conformidade de expectativas e desejos de pacientes e membros da equipe, e a legitimidade se refere à possibilidade de atingir-se princípios éticos, valores, normas e regulamentos, sendo que nesse sentido destacamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde todos os cuidados deverão ser anotados no prontuário do paciente, seja onde ele estiver sendo alvo desses cuidados. [5]

1. Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N. Avaliação da efetividade da analgesia pós-operatória em hospital no sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008;37(1):18-24.

2. Souza FA. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(3):446-7.

3. Reda E, Peniche AC. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):24-31.

4. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

5. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: indicador de processo.

(continuação)

Fórmula/número:	
Número de prontuários com registros de avaliação da dor do paciente ao chegar na SRPA / Número de prontuários de pacientes atendidos na SRPA X 100 ⇨ Resultado considerado ideal = 100% ⇨ Resultado considerado adequado = de 95% a 99%	Número de prontuários com registros de reavaliação da dor do paciente durante sua permanência na SRPA / Número de prontuários de pacientes atendidos na SRPA X 100 ⇨ Resultado considerado ideal = 100% ⇨ Resultado considerado adequado = de 95% a 99%

Coleta de informações:

Prontuário do paciente, de forma retrospectiva – horário de chegada do paciente na SRPA e registro de avaliação de dor pelo profissional que admitiu o paciente na SRPA em instrumento específico de mensuração da dor – no registro de controles gerais do paciente, na anotação ou evolução de enfermagem.
Horários subsequentes da avaliação do paciente na SRPA com o registro da avaliação álgica – preconizado a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada 1 hora nas horas seguintes de permanência na SRPA.
Coleta mensal, pelo enfermeiro gestor ou enfermeiro da SRPA, quando sistema informatizado de registro de informações, ou diária na falta de sistema informatizado de registro de informações.
Considerar os seguintes dados a serem coletados:

Existe protocolo instituído para avaliação da dor na SRPA?	( ) sim	( ) não
Existe um instrumento de registro específico da dor?	( ) sim	( ) não
Coletar: horário de admissão do paciente na SRPA _____ Horário de alta da SRPA_____ Frequência da avaliação da dor durante o tempo de permanência na SRPA: Na chegada – Sim ( ) Não ( ) 15/15 minutos – Sim ( ) Não ( ) 30/30 minutos – Sim ( ) Não ( ) 1/1/hora – Sim ( ) Não ( ) Na alta da SRPA – Sim ( ) Não ( )		(conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

O nome do indicador 4 apresentou 100% de (4) ‘contempla totalmente’ nas duas rodadas de avaliação.

O registro da avaliação da dor foi considerado um indicador importante, pois pode monitorar um quadro do que acontece no cenário de avaliação da dor.

Após as duas rodadas de avaliação e validação, foi considerada alteração do nome do indicador e retirado “ao chegar na sala de recuperação pós-anestésica” para “avaliação durante a permanência desse paciente na sala de recuperação pós-anestésica”, para houvesse adequação mais completa àquilo que se pretendia medir. O nome do indicador 4 inicialmente era Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e passou a Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

A definição do indicador alcançou (4) ‘contempla totalmente’ com quatro (66,7%) dos juízes na primeira rodada de avaliação e validação. Um juiz (16,7%) avaliou como necessária (3) ‘alteração mínima’ e outro (16,7%) como (2) ‘necessita de revisão’.

As sugestões e questionamentos do juiz 2 trouxeram a necessidade de melhor definição da ausência de registros.

A literatura remete à ausência de registros da assistência de forma sistematizada. Assim na definição do indicador para a segunda rodada, procurou-se esclarecer o que isso significaria para a prática na SRPA, segundo as quais o profissional que recebe o paciente pode passar um tempo buscando as informações necessárias, pois não existem um local instituído para seu registro sistematizado. [68]

Outra sugestão incorporada foi em relação à apresentação dos diversos tipos de avaliação da dor, ou seja, as escalas de avaliação da dor, na definição do indicador.

Com a colocação das sugestões dos juízes 2 e 6, o indicador alcançou (4) ‘contempla totalmente’ com 100% dos juízes na segunda rodada de avaliação e validação.

O tipo do indicador 4 foi proposto em sua composição como de processo.

Na primeira rodada de avaliação e validação, o indicador tinha alcançado (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%), e o juiz 2 avaliou como (1) ‘não contempla’.

O juiz 2 trouxe a necessidade de inclusão de referencial no indicador para a justificativa de sua tipologia. Foi considerado como modelo o de Donabedian, para incluir o referencial e o pilar da qualidade correspondentes à análise do indicador, nesse caso, a aceitabilidade e a legitimidade.

A sugestão do juiz 2 de inclusão da análise da tipologia, segundo o referencial teórico, fez com que o indicador, na segunda rodada de avaliação e validação, alcançasse 100% de (4) ‘contempla totalmente’, validando a classificação do indicador como indicador de processo.

Quanto à fórmula/número do indicador 4, este atingiu 66,7% de (4) ‘contempla totalmente’ na primeira rodada. Dois juízes (33,3%) consideraram necessária (3) ‘alteração mínima’.

O juiz 1 interrogou o resultado considerado adequado que não constava no indicador, sendo então incluído o resultado ideal de 100% e adequado de 95 a 99%.

Outra sugestão foi deixar clara a periodicidade das avaliações. Nesse aspecto, foi destacada a coleta mensal das informações em planilha própria. Foi considerada a possibilidade de revisão do indicador para adequar a frequência da coleta para diária, considerando a sugestão do juiz 5 em relação à possibilidade de perda de informações se estas não tiverem um processo de registro informatizado. A informatização é um aspecto citado para a implantação de sistemas de avaliação usando indicadores. O uso informatizado de registros e informações pode permitir reprodutibilidade do indicador, além de facilitar o *brenchmark*.

Após as alterações na fórmula/número na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador alcançou (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes.

A coleta de informações do indicador 4 foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes já na primeira rodada. Mesmo tendo esse resultado na primeira rodada, foram realizadas sugestões, que foram incorporadas e consideradas ao se analisar o indicador.

Entre essas sugestões, esteve a fala do juiz 2 quanto a escrita: “atingir o valor considerado ideal/adequado”, que foi retirada do indicador; “rotina” foi substituída por “protocolo instituído”.

Foi considerada também a colocação da frase “registro e avaliação de dor pelo profissional que admitiu o paciente na SRPA”.

A periodicidade recomendada da avaliação da dor, por ser considerada o quinto sinal vital, pode acompanhar a avaliação e o registro dos sinais vitais. Desse modo, foi incluída como instrução na avaliação ao chegar na SRPA a verificação a cada 15 minutos na primeira hora, 30 minutos na segunda hora, e 1 hora nas horas subsequentes .

O indicador, ao ser avaliado e validado na segunda rodada, alcançou o (4) ‘contempla totalmente’ para 83,3% dos juízes. Um deles (16,7%) considerou a possibilidade de (3) ‘alteração mínima’, sugerindo a coleta diária devido à ausência de um sistema informatizado de registro de informações em diversos serviços, o que foi feito, seguindo as sugestões do juiz 5.

Quanto à validade, o indicador 4 foi considerado validado na primeira rodada de avaliação, com 100% de (4) ‘contempla totalmente’. Esse valor foi repetido na segunda rodada de avaliação e validação do indicador quanto a esse atributo.

A sensibilidade do indicador foi de 100% para (4) ‘contempla totalmente’ na primeira e segunda rodadas de avaliação do indicador. Não houveram sugestões nesse sentido.

A especificidade na primeira rodada foi (4) ‘contempla totalmente’ para cinco (83,3%) dos juízes; o juiz 2 (16,7%) considerou (3) ‘alteração mínima’ para o indicador. O questionamento do juiz 2 dizia respeito à possibilidade de o paciente ser avaliado uma única vez e do indicador trazer isso como uma situação ideal. Dessa forma, foram incluídas na planilha de coleta de dados as informações referentes à periodicidade da coleta, para que fosse possível monitorar sua frequência de avaliação, ou seja, se foi realizada nos períodos preconizados na assistência ao paciente na SRPA (a cada 15 minutos na primeira hora, 30 minutos na segunda hora e 1 hora nas horas subsequentes).

A acessibilidade foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes já na primeira rodada de avaliação e validação do indicador 4.

Na segunda rodada, o juiz 5 considerou (3) ‘alteração mínima’ no indicador, porém sem sugestões em relação a esse aspecto do indicador. A sugestão para tornar o indicador acessível dizia respeito à possibilidade de sua coleta ser diária, sugestão que foi incorporada na redação final do indicador 4.

O item exequível na avaliação do indicador 4 foi considerado por 100% dos juízes como (4) ‘contempla totalmente’ na primeira e segunda rodadas de avaliação e validação do indicador.

Ressalta-se que o indicador foi submetido à segunda rodada de avaliação e validação quanto a esse atributo devido às sugestões incorporadas ao indicador após a primeira rodada, levando à possibilidade de alterações na porcentagem de consenso entre os juízes.

Dessa forma, o indicador foi considerado validado quanto a esse atributo, com 100% de consenso entre os juízes.

6.3.4 Indicador 5

A tabela 10 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 5, enquanto o quadro 16 demonstra as sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores

Tabela 10 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do Indicador 5, Número de Prontuários com Descrição da Conduta Tomada Após o Relato de Dor do Paciente, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 16 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 5.

	Indicador 5: Número de Prontuários com Descrição da Conduta Tomada Após o Relato de Dor do Paciente
Juiz 2	Definição do indicador: comentário [B20]: "Ao registrarmos as condutas tomadas no caso de dor, garantimos que o direito do paciente a um cuidado de qualidade foi respeitado". Considero essa correlação um pouco otimista e peremptória: um fato não necessariamente garante o outro. Para reflexão. Comentários [B23], [B24] e [B25]: Quais são os métodos não farmacológicos? As "condutas" descritas abaixo são esses métodos não farmacológicos? Medicar é farmacológico. Clarear Comentário: o texto precisa melhorar a clareza, os métodos não farmacológicos explicitados Tipo de indicador: novamente, não há explicitação da interligação com Donabedian Coleta de informação: comentário [B27]: Aqui você define "um mês" como período de coleta. Por que não utilizar o mesmo período para os outros indicadores? Comentário: Melhorar a redação
Juiz 5	Nome do indicador: contempla, mas precisa de alteração mínima. Sugestão: Número de prontuários com registro das intervenções de enfermagem após relato de dor Fórmula/ número: contempla, mas precisa de alteração mínima. Número de prontuários com descrição da conduta tomada após queixa de dor. Sugestão: Número de prontuários com registro das intervenções de enfermagem após queixa de dor

A tabela 11 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 5. O quadro 17 expões as sugestões dos juízes após essa rodada.

Tabela 11 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do Indicador 5, Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 17 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 5.

	Indicador 5: Número de Prontuários com Descrição da Conduta Tomada Após o Relato de Dor do Paciente
Juiz 1	Coleta de informações: alteração no texto: Buscar pelo registro da dor e/ou sua avaliação em instrumento institucional e contabilizar. Buscar o registro da conduta tomada pela equipe de enfermagem da SRPA, na anotação da equipe de enfermagem ou prescrição do enfermeiro na SRPA e contabilizar. Débora: eu acrescentaria o que está tarjado para não dar margem a críticas de que é só busca, vai saber quem estará na banca e poderá pensar: "tá bom eu busco, encontrei e daí" esquecendo que é coleta. Mas é só uma sugestão
Juiz 5	Coleta de informações: faço o mesmo comentário que no indicador anterior (coleta diária)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

O quadro 18 apresenta a versão final do indicador 5, alcançada após consenso entre os especialistas.

Quadro 18 − Versão final indicador 5, Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. (continua)

Definição:

A descrição das intervenções realizadas pelos profissionais da SRPA, enfermeiro e médico, deve constar no prontuário do paciente, em ficha de registro de anotações e evolução da equipe multiprofissional ou mesmo na ficha de SRPA. Ao registrar-se as condutas tomadas no caso de dor, garante-se que o direito do paciente a um cuidado de qualidade foi respeitado, trazendo a dimensão da qualidade baseada em princípios éticos, valorizada na avaliação da qualidade de serviços de saúde. (1)

A alta rotatividade de pacientes na SRPA pode levar a situação em que o cuidado é prestado, porém, muitas vezes, não é relatado e anotado. Isso pode ser observado na aplicação do Processo de Enfermagem, no qual o profissional realiza o cuidado que, muitas vezes, não está prescrito, reavalia o paciente, porém não realiza registro da conduta ou reavaliação. (2)

Diversas condutas podem ser tomadas no caso de dor no período pós-operatório imediato. Métodos farmacológicos e não farmacológicos podem ser usados para o tratamento da dor. Entre os métodos não farmacológicos estão o relaxamento, a calatonia, a aplicação de calor/frio, a promoção do conforto, a diminuição do estresse e dos barulhos do ambiente, e evitar a movimentação excessiva do paciente de maneira desnecessária. (3)

Há dificuldades em sua aplicação de medidas e condutas para o tratamento da dor, como, por exemplo, a inexperiência dos profissionais, a insegurança em aplicar métodos não farmacológicos, o excesso de trabalho e a falta de cooperação do paciente. (4)

As condutas tomadas para alívio da dor podem incluir diferentes ações e estratégias de interação com o paciente e intervenções sobre o ambiente hospitalar, como promoção do conforto, minimizar o barulho, evitar negar a dor, focar a atenção no paciente, evitar a manipulação do paciente, explicar a dor, medicar, desviar a atenção do paciente da dor com medidas de relaxamento, apoio e orientação quanto às medidas tomadas para o alívio da dor. (5)

Independente da medida tomada para alívio da dor, todas devem ser encontradas nos relatos da equipe da SRPA, trazendo a possibilidade de avaliação da efetividade das medidas e proporcionando reflexão das possibilidades de mudanças de condutas futuras.

1. Donabedian A. The role of autcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

2. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2012;17(4):33-47.

3. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

4. Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos MF, Lima RA, Sochi CGS. Manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. Rev Bras Enferm (Brasilia). 2007;60(1):87-91.

5. Vila VS, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(3):300-7.

(continuação)

Tipo: Indicador de Processo.

Fórmula/número:

⇨ Resultado considerado ideal = 100%
⇨ Resultado considerado adequado = acima de 90%

$$\frac{\text{Número de prontuários de pacientes com registros das intervenções de enfermagem após queixa de dor}}{\text{Número de pacientes com dor na SRPA}} \times 100$$

Coleta de informações:

Informações coletadas a partir da leitura retrospectiva de prontuários dos pacientes que passaram pela SRPA mensalmente, pelo enfermeiro gestor da unidade de SRPA ou enfermeiro assistencial da SRPA. A coleta pode ser considerada ser realizada diariamente, se o sistema de coleta de informações não for informatizado. Se o
sistema for informatizado, pode haver a coleta realizada mensalmente.
Buscar pelo registro da dor e/ou sua avaliação em instrumento institucional e contabilizar o registro numericamente.
Buscar o registro da conduta tomada pela equipe de enfermagem da SRPA, na anotação da equipe de enfermagem ou prescrição do enfermeiro na SRPA e contabilizar o registro numericamente.

(conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

O nome inicial do indicador 5 era “Número de Prontuários com Descrição da Conduta Tomada Após o Relato de Dor do Paciente”. Após a primeira rodada de avaliação e validação, passou a ter o seguinte nome: Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, acatando sugestão do juiz 5.

O nome do indicador na primeira rodada de avaliação e validação foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por 83,3% dos juízes, sendo que um juiz (16,7%) considerou (3) ‘alteração mínima’.

Foi analisado o objetivo do indicador e considerada válida a mudança do nome, pois, dessa forma, indicaria de maneira mais clara o que se objetivava com o uso desse indicador, ou seja, identificar se as intervenções e condutas de enfermagem são registradas, no caso de eventual evento, intercorrência ou desconforto relacionado a dor.

Com essa alteração, o indicador alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’ quanto ao nome na segunda rodada de avaliação e validação.

Quanto à definição, o indicador 5 foi considerado (4) ‘contempla totalmente’, por cinco (83,3%) dos juízes na primeira rodada, e um deles considerou (2) ‘necessita de revisão’ desse componente.

O juiz 2 apontou a necessidade de verificação da definição do indicador quanto a aspectos de reflexão e de inclusão de condutas para o tratamento da dor, sendo suas sugestões consideradas . O texto foi reelaborado para melhora de sua clareza e objetividade. Após a segunda rodada de avaliação, o indicador alcançou 100% de consenso entre os juízes no componente definição, com (4) ‘contempla totalmente’.

Na primeira rodada de avaliação e validação, o indicador foi avaliado quanto ao tipo por quatro juízes (66,7%) como (4) ‘contempla totalmente’; um juiz (16,7%) avaliou como (1) ‘não contempla’ e outro (16,7%) não respondeu a questão.

A tipologia do indicador como de processo fica clara, no indicador e em sua proposta, mas o juiz 2 sugeriu a inclusão do referencial (interligação) de Donabedian no indicador. Foram então incluídos aspectos considerados no referencial, ou seja, a garantia dos direitos dos pacientes, sendo seu cuidado respeitado, levando em consideração os princípios éticos do cuidado de qualidade na saúde.

O indicador foi classificado como de processo dentro da dimensão de como e o que se faz com o paciente durante o cuidado prestado na SRPA. O registro garante a possiblidade de rastreabilidade e reprodutibilidade dos processos, assegurando qualidade e continuidade, além de aumentar a segurança do paciente na SRPA.

O processo diz respeito a atividades de cuidados realizados com o paciente, podendo incluir a busca do paciente pelo cuidado e as atividades do médico ou equipe ao dar o diagnóstico ou realizar o tratamento proposto. Ao registrar a intervenção realizada, demonstra-se que houve a preocupação com a qualidade e a conduta tomada. Esse registro também pode ser usado para avaliação da qualidade prestada na SRPA, segundo proposta desta pesquisa.

Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’.

A fórmula/número do indicador 5 foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por cinco (83,3%) dos juízes; um deles (16,7%) considerou a necessidade de (3) ‘alteração mínima’ no indicador.

A sugestão do juiz 5 se referiu à necessidade de ajustar o nome, inclusive na fórmula, para que esta atendesse o objetivo da coleta. Ele foi modificado para Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após Queixa de Dor. Após essa alteração, o indicador foi considerado (4) ‘contempla totalmente’, por seis (100%) dos juízes na segunda etapa de avaliação e validação.

A coleta de informações foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes na primeira etapa de avaliação e validação. Apesar desse porcentual de consenso alcançado na primeira rodada, o juiz 2 sugeriu a melhora da redação do indicador na coleta de informações e a padronização nos períodos de coleta e intervalos de coletas.

Após a segunda etapa de avaliação e validação, o indicador teve uma queda na avaliação. Cinco juízes (83,3%) avaliaram (4) ‘contempla totalmente’, e um juiz (16,7%) considerou que seria necessária (3) ‘alteração mínima’ no indicador.

Foi seguida a sugestão do juiz 2 quanto à inclusão da palavra contabilizar e não somente “buscar”, como estava no texto, deixando menor margem a dúvidas ou questionamentos.

O juiz 5 fez novamente a sugestão da coleta diária de informações, indicando inclusive como uma sugestão possível de ser adotada para diversos dos indicadores avaliados. Essa informação foi considerada e incluída no texto da coleta de dados.

A validade do indicador 5 foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por cinco (83,3%) dos juízes na primeira etapa de avaliação e validação.

Não houve sugestões por parte dos juízes quanto à validade do indicador, porém, após as alterações realizadas na primeira rodada, os juízes consideraram que o indicador foi validado com 100% de consenso no quesito (4) ‘contempla totalmente’.

Na sensibilidade o indicador 5 foi considerado validado por seis (100%) dos juízes em (4) ‘contempla totalmente’ na primeira etapa de avaliação e validação. A segunda etapa manteve o mesmo valor, e o indicador teve sua validade com consenso dos juízes em 100%, ou seja, o indicador é sensível o suficiente para identificar os casos que têm problemas reais e apontá-los.

No atributo especificidade, o indicador 5 foi considerado validado por seis (100%) dos juízes como (4) ‘contempla totalmente’ na primeira etapa de avaliação e validação. Ele passou por mudanças da primeira para a segunda rodada, levando à necessidade de nova avaliação por parte dos juízes, que validaram as alterações realizadas.

A segunda etapa de avaliação e validação manteve o mesmo valor, e o indicador teve sua validade com consenso dos juízes em 100%, ou seja, o indicador é específico o suficiente.

A acessibilidade do indicador 5 foi considerada na primeira etapa de avaliação e validação como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes. Já na segunda etapa, teve 83,3% de consenso no (4) ‘contempla totalmente’, porém não houve sugestões dos juízes para esclarecimento de qual aspecto seria necessária alteração mínima.

Talvez as considerações referentes à coleta de informações ser diária ou mensal possam ter influenciado nesse aspecto da avaliação do indicador, que deve ser acessível para que sua coleta não seja comprometida. Pode-se pensar na necessidade de ajustes, ao implantar o indicador nas práticas assistenciais propostas nas medidas.

Quanto ao indicador ser exequível, na primeira etapa de avaliação e validação, ele foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes, resultado que se repetiu na segunda etapa de avaliação e validação do indicador. Não houve sugestões por parte dos juízes para esse atributo do indicador.

6.3.5 Indicador 6

A Tabela 12 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 6. O quadro 19 expõe a sugestão dos juízes após essa rodada.

Tabela 12 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do Indicador 6, Número de Pacientes Sem Dor/ou Dor Mínima ao Serem Encaminhados à Unidade de Destino, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	2	33,3
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	2	33,3	(4) Contempla totalmente	2	33,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	1	16,7
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	2	33,3	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	2	33,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	1	16,7
(1) Não contempla	2	33,3	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	2	33,3	(4) Contempla totalmente	2	33,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	2	33,3
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	3	50,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	0	0,0	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	1	16,7
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 19 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 6.

	Indicador 6: Número de Pacientes Sem Dor/ou com Dor Mínima ao Serem Encaminhados à Unidade de Destino
Juiz 1	Fórmula/número: número de pacientes sem dor/com relato de dor mínima ao serem liberados da SRPA. Número ideal: quanto seria?
Juiz 2	Nome do indicador: como pontuado acima, precisa haver clareza do objetivo do indicador. Minha compreensão é que ele avalia o número de pacientes com dor ausente ou mínima ao serem liberados da SRPA, mas no final do texto, há a inclusão de avaliação de dor na unidade, de prescrição de medicamentos etc. Se existe essa intenção, o título e manual operacional precisam ser mudados. Caso contrário, o título está ok Definição: comentário [B30] – parágrafo 1: creio que esses critérios explicitados pela ASA, Sociedade Brasileira de Anestesiologistas, AORN, SOBECC, ASPAN , são de extrema importância e merecem um realce aqui. Dor mínima ou ausente é um critério para todas essas associações Comentário [B31] – parágrafo 3: deve evitar ou de acordo com o critérios de alta, não deve enviar? Comentário [B32] – parágrafo 3: essas duas frases podem ser combinadas em uma só, pois enfatizam o mesmo ponto Comentário [B33] – parágrafo 4: melhorar redação Tipo de Indicador: Novamente, não está associado explicitamente Fórmula/número: comentário [B34] – fórmula 1: número ideal: acima de 95%? Comentário [B35] – fórmula 2: esse indicador trata da intensidade de dor à liberação da SRA e não à chegada na unidade. Caso tenha esta pretensão, o titulo, o manual operacional precisam ser refeitos. Comentário [B36] – Fórmula 2: Número ideal: menor que 5%? Comentário: como apontado, há necessidade de revisão dos objetivos do indicador Coleta de informações: comentário [B37]: "Prescrição de analgésico ou realização de analgesia de dor na primeira hora após a chegada do paciente na unidade de destino: horário de chegada na unidade, horário de realização da analgesia." Este indicador não trata disso!
Juiz 3	Nome do indicador: não contempla, pois há o indicador de dor moderada a forte 1 h apó chegada. Sugiro mudança no nome para poder contemplar por inteiro Tipo de indicador: não contempla. Deveria ser um único indicador, o primeiro Fórmula/número: não contempla. Por causa do outro indicador Coleta de informações: comentário: não condiz totalmente com o tipo de indicador
Juiz 4	Nome do indicador: comentário: o relato de dor moderada ou forte sentida pelo paciente ao chegar na unidade pode ser devido à mobilização no leito e/ou estresse emocional ao rever familiares, não necessariamente indica que o paciente recebeu alta com dor moderada ou forte da SRPA, pode haver um viés nessa questão!
Juiz 5	Nome do Indicador: número de pacientes sem dor/ou com dor mínima ao serem encaminhados à unidade de destino. Sugestão: Número de paciente sem dor ou dor mínima no momento da alta da SRPA Definição: precisa definir os pontos de corte: de quanto a quanto será considerado dor leve, moderado ou forte na escala analógica Fórmula/número: comentário: “Número de pacientes sem dor / com relato de dor mínima ao serem liberados da SRPA”. Sugestão: número de pacientes sem dor ou dor mínima no momento da alta da SRPA. Sugiro excluir a segunda fórmula, podem interferir outras variáveis que acabem influenciando na avaliação da dor e, consequentemente, não refletir o cuidado de enfermagem na SRPA
Juiz 6	Fórmula/número: Sugestão no texto: Número ideal: mais próximo possível do número total de pacientes de alta da SRPA (Deixa margem a subjetividade) Talvez 90% pois o indicador abaixo considera 10% Coleta de Informações: Comentário no texto: Descrever o que deve ser aceitável em relação à dor mínima

ASA: *American Society of Anesthesiologists*; AORN: *Association of periOperative Registered Nurses*; SOBECC: Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação

Anestésica e Centro de Material e Esterilização; ASPAN: *American Society of PeriAnesthesia Nurses*.

A tabela 13 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 6. O quadro 20 aponta as sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação, e o quadro 21 expõe a versão final do indicador 6 à qual se chegou após o consenso dos juízes.

Tabela 13 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do Indicador 6, Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 20 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 6.

	Indicador 6: Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 4	Coleta de informações: dor é o quinto sinal vital. Paciente com sinais vitais estáveis sem alterações poderiam ser contabilizados como sem registro de dor! Sugiro avaliar bem como é descrito quando o paciente não apresenta dor no momento da alta da SRPA! Especificidade: dor é o quinto sinal vital. Paciente com sinais vitais estáveis sem alterações poderiam ser contabilizados como sem registro de dor adequado!

Quadro 21 − Versão final do indicador 6, Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Definição:

A liberação do paciente para a unidade de destino, após passar o período necessário na SRPA, depende da avaliação do anestesiologista e do enfermeiro. Alguns critérios são essenciais ao se considerar-se liberação do paciente para a unidade de destino e, entre eles, encontram-se: função pulmonar não comprometida e saturação de oxigênio dentro dos limites da normalidade; sinais vitais estáveis, incluindo o quinto sinal vital (dor) e normotermia; orientação no tempo e espaço; débito urinário superior a 30mL/hora; náuseas e vômitos sobre controle; dor mínima ou ausente, de acordo com a escala analógica adotada; e intervenções para o tratamento ideal da mesma, entre outros. [1]

Para a liberação do paciente à unidade de destino, é preconizado que o paciente esteja com dor mínima ou ausente. Considera-se dor mínima aquela graduada na escala analógica como dor de 1 a 4. [1]

Todas as condutas tomadas na SRPA para prevenção, tratamento e manejo da dor devem estar registradas, e esses dados devem ser devidamente informados à unidade de destino do paciente, de preferência ao enfermeiro da unidade de destino. [1]

Dessa maneira, o enfermeiro, através de avaliação específica, poderá planejar e programar a alta do paciente e, portanto, não deverá enviá-lo à unidade de destino sentindo dor forte ou moderada. [1]

Nem sempre a queixa álgica do paciente ao chegar à unidade de origem denota falta de qualidade no atendimento, ou falha na intervenção na SRPA, visto que encontra-se a maior incidência de dor moderada e/ou forte nas primeiras 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico. Porém pode ser um indicador de que o tratamento da dor deveser revisto ou implementado. [2]

(continua)

Tendo em vista a alta incidência de dor e suas consequências ao paciente no pós-operatório, a analgesia no período pós-operatório imediato é considerada um alicerce para o desenvolvimento de reabilitação precoce, que permite obter a recuperação funcional completa em cirurgias dos mais diversos tipos e especialidades.[3]

O controle da dor evita sofrimentos e proporciona maior satisfação ao cliente com o atendimento oferecido. Além disso, reduz custos relacionados à possíveis complicações, que determinam, por exemplo, períodos mais prolongados de internação.[4]

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas SOBECC. 6a edição. São Paulo: Manole; 2013.

2. Péon AU, Diccini S. Dor pós-operatória em craniotomia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(4):489-95.

3. Dominguez VA, Bellolio PE, Creciet AC, Sanzana ES. Analgesia controlada pelo paciente reduz consumo de bupivacaína no bloqueio femoral do tratamento da dor pós-operatória após reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho. Rev Bras Anestsiol. 2007;57(4):356-65.

4. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JA, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. Esc Anna Nery. 2014;18(1):143-7.

Tipo: indicador de resultado

Observação: o resultado se refere à possibilidade de mensurar os resultados de determinado cuidado ou processo implementado com o objetivo de melhorar a qualidade de determinado cuidado em saúde. Portanto, após a aplicação dos processos envolvidos, pode-se avaliar o resultado, ou seja, nesse caso, a quantidade de pacientes que têm dor ao serem liberados da SRPA.

Fórmula/número:

(continuação)

Número de pacientes sem dor/ou dor mínima no momento da alta da SRPA X 100 Número de pacientes de alta da SRPA ⇨ Resultado considerado ideal = 100% ⇨ Resultado considerado adequado = 95% a 100%	
Coleta de informações: Coleta diária, Retrospectivo ou prospectivo, mediante os registros em prontuário ou registro em instrumento próprio no momento da alta da SRPA, coletando: Relato da dor no momento da alta da SRPA:	( )Zero ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10 Observação - Considerar possível de liberar o paciente para a unidade de destino aquele que apresentar dor graduada como zero até três. Instrumento próprio para coleta, anotação de enfermagem/evolução de enfermagem – leitura dos registros ou local próprio para registro da queixa álgica no momento da alta para a unidade de destino. (conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

A princípio, o nome do indicador 6 era: “Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima ao Serem Encaminhados à unidade de Destino”. Após a primeira rodada de avaliação e validação, o nome passou a “Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica”.

Na primeira rodada, nome do indicador 6 alcançou (4) ‘contempla totalmente’ de dois (33,3%) dos juízes, (3) ‘alteração mínima’ de outros dois (33,3%), e (2) ‘necessita revisão’ de um (16,7%); um juiz (6,7%) considerou (1) ‘não contempla’.

As sugestões do juiz 2 em relação ao nome dizia respeito à necessidade de especificar que esse indicador se referia somente à avaliação de pacientes com dor mínima ou ausência de dor na alta da SRPA, sem dar margens a outras possibilidades de entendimento, isso é, a presença da dor poderia ser decorrente de um transporte ou transferência inadequados em outro momento, que não fosse na alta da SRPA.

A sugestão de mudança do nome do juiz 5 foi considerada, por se compreender que essa alteração traria melhor compreensão de seu objetivo principal.

O juiz 3 fez o comentário de que o nome não comtemplava o indicador, porém não houve outra sugestão por parte desse juiz para modificação do nome, sendo considerada a sugestão apresentada pelo juiz 5.

Se se observar na segunda etapa de avaliação e validação, nota-se que o indicador alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’. Entende-se que os juízes viram a alteração realizada no nome como suficiente para trazer consenso nessa etapa.

O comentário do juiz 4 foi pertinente, pois o paciente, ao chegar na unidade de destino, pode ter sido mobilizado e movimentado, de forma que pode chegar com dor à unidade de destino. Deve-se destacar o momento exato relacionado à dor, para que o indicador possa ter sua especificidade garantida. Também chama a atenção o transporte do paciente para a unidade de origem, que pode ser compreendido como um momento crítico, pois a mobilização do paciente pode ocasionar dor ou aumento da dor, náuseas e vômitos, agravando o estado geral do paciente.

O transporte deve ser feito por profissionais qualificados, que possam dar suporte ao paciente durante o trajeto, e as equipes também devem ser treinadas para movimentarem o paciente com cuidado, evitando movimentos bruscos e desnecessários.

A presença da dor no momento da alta não significa que a qualidade da assistência na SRPA em relação à analgesia tenha sido inadequada, ou de má qualidade, mas pode indicar a necessidade de prevenção e intervenções preventivas, já que a dor é um evento esperado na SRPA e nas primeiras horas de POI.

No item definição, o indicador 6 foi avaliado na primeira etapa de avaliação e validação como (2) ‘necessita de revisão’ por dois (33,3%) dos juízes e (4) ‘contempla totalmente’ por quatro (66,7%) dos juízes.

As sugestões e os comentários contidos no quadro apontados pelo juiz 2 foram no sentido de melhorar a redação do indicador e dar maior realce aos critérios de alta contidos nas associações de classe nocionais ou internacionais. A redação da definição foi, então, modificada, o que trouxe melhor fluidez ao texto e melhorou o destaque dado às avaliações necessárias ao processo da alta do paciente da SRPA.

A sugestão do juiz 5 também foi considerada na definição, sendo destacados os pontos considerados como limítrofes nas escalas de dor ou ao se avaliar a dor como leve, moderada e intensa.

Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’, tendo sua definição validada.

Quanto ao tipo, o indicador 6 foi classificado como de resultado, ou seja, uma forma de se avaliar o resultado da assistência prestada na SRPA, que poderia a ausência de dor ou dor mínima na alta da SRPA − mesmo porque o paciente só terá alta da SRPA se tiver esse parâmetro adequado, ou seja, dor mínima ou tolerável.

Foram incluídos no texto os parâmetros do indicador que podem ser associados à dimensão da qualidade apontada por Donabedian. Primeiramente, havia menção da redução de custos relacionada à classificação do indicador na primeira rodada de avaliação, mas não houve reconhecimento dos padrões

colocados na dimensão de resultados. Estes foram reelaborados e mais facilmente percebidos na segunda etapa de avaliação da tipologia do indicador 6.

Na segunda etapa, o indicador foi avaliado em sua tipologia como (4) ‘contempla totalmente’, por 100% dos juízes.

A fórmula do indicador foi considerada como ‘alteração mínima (3)’ por três juízes (50%); um (16,7%), considerou (2) ‘necessita de revisão’; outro (16,7%) respondeu que o indicador (1) ‘não contempla’ e outro (16,7%) não respondeu a pergunta.

O juiz 1 sugeriu que fosse incluído o número ideal; o juiz 2 lembrou a necessidade de revisão do indicador e seus objetivos, para que a fórmula pudesse responder os objetivos propostos. Assim, foram incluídas as sugestões dos juízes na fórmula do indicador 6.

Foi considerada também a sugestão feita pelo juiz 5 em relação à fórmula/número, sendo retirada a segunda fórmula proposta para o cálculo do indicador. Também foi modificado o numerador da fórmula, para que esta atingisse consenso entre os juízes na próxima etapa de validação.

O juiz 6 apontou a necessidade de revisão do número considerado ideal, o qual foi revisto pela pesquisadora.

No que diz respeito a fórmula/número, o indicar 6 atingiu 100% de consenso entre os juízes, com (4) ‘contempla totalmente’ na segunda rodada de avaliação e validação.

Na primeira fase, a coleta de informações foi considerada (4) ‘contempla totalmente’ por quatro juízes (66,7%); um juiz (16,7%) considerou alteração mínima e outro (16,7%) não respondeu a questão.

O juiz 2 apontou a necessidade de rever o que seria coletado, ou seja, se seria avaliada a dor na alta da SRPA ou na primeira hora de retorno do paciente à unidade de destino.

Na revisão, foi considerada a sugestão, pois, na realidade, o indicador não tinha o objetivo de detectar os casos de dor na primeira hora na unidade de destino, mas avaliar as condições ideais que o paciente deve demonstrar para ser liberado da SRPA. Dessa maneira, o indicador e seu relato de coleta de informações foram modificados.

O juiz 3 também tratou da impossibilidade de o indicador condizer com o que se propõe a coletar, mas não colocou sugestões de modificação no texto do Manual Operacional do indicador.

O juiz 6 sugeriu relatar no manual o que seria considerado aceitável como dor mínima, sendo inserido o que se pode considerar como dor ausente ou mínima no momento da alta do paciente da SRPA.

Na segunda etapa de validação do indicador, quanto à coleta de informações, o indicador foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%), e um deles indicou (3) ‘alteração mínima’. A alteração sugerida dizia respeito à coleta de informações da dor como quinto sinal vital, pois os sinais vitais podem estar inalterados mesmo na presença de dor, que deve ser continuamente avaliada até o momento da alta da SRPA. Assim, ele foi considerado validado em relação à coleta de informações.

Houve o acréscimo da recomendação da coleta diária de informações realizada, considerando sugestão já realizada pelos juízes nos indicadores anteriores, pois ela pode auxiliar para que não haja desvio ou perda de informações importantes para o monitoramento pretendido, evitando que os dados relativos à avaliação da dor possam ser perdidos quando coletados retrospectivamente, por exemplo.

Não foi descartada a possibilidade de os dados serem também coletados de forma retrospectiva. No entanto, há necessidade de um sistema informatizado, que facilite a coleta dos dados pelo responsável.

A validade do indicador 6 foi considerada por dois juízes (33,3%) como (4) ‘contempla totalmente’; dois juízes consideraram (3) ‘alteração mínima’; e outros dois (33,3%) consideraram (2) ‘necessidade de revisão’ do indicador quanto à validade.

As sugestões feitas pelos juízes nos itens citados (nome, definição, tipo, coleta de informações e fórmula) contribuíram para os ajustes do indicador. Nota-se, porém, que mesmo sem sugestões por parte dos juízes na validade do indicador especificamente, ao se alterarem as fórmulas, a coleta de informações e outros detalhes do indicador, a validade alcançou 100% de consenso na segunda rodada de avaliação e validação.

Na avaliação da sensibilidade, o indicador foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por dois juízes (33,3%), dois (33,3%) consideraram a necessidade de ‘alteração mínima’ e um deles (16,7%) considerou a necessidade de revisão. Um juiz (16,7%) não respondeu a questão da sensibilidade do indicador. Na segunda rodada, a sensibilidade do indicador alcançou consenso e não houve sugestões diretamente voltadas a esse atributo em particular nos quadros de sugestões. As modificações nos demais componentes do indicador podem ter contribuído para esse resultado.

A especificidade, na primeira rodada, foi considerada por dois juízes (33,3%) como ‘contempla totalmente’; dois deles (33,3%) consideraram a necessidade de ‘alteração mínima’; um juiz (16,7%) considerou a ‘necessidade de revisão’ do indicador; e um juiz (16,7%) não respondeu a pergunta. Após as modificações, já na segunda rodada, cinco juízes (83,3%) que consideraram o indicador (4) ‘contempla totalmente’, mas um juiz (16,7%) ainda considerou a necessidade de (3) ‘alteração mínima’. Para esse juiz, a sugestão quanto à especificidade apresentada no quadro 20 foi a necessidade de pensar na dor como quinto sinal vital e de alertar que os sinais vitais estáveis de um paciente no momento da alta da SRPA não significam necessariamente que ele esteja sem dor.

A avaliação do paciente na SRPA antes de ser encaminhado à unidade de destino deve ser detalhada e realizada por uma equipe capacitada e específica da SRPA. No entanto, ainda há enfermeiros desenvolvendo diversas funções no bloco operatório, o que dificulta sua exclusividade na SRPA. Como consequência, o enfermeiro deixa de orientar e capacitar a equipe da SRPA no POI.

O enfermeiro exclusivo na SRPA pode propor estratégias para destacar a importância da mensuração da dor e implementar ações preventivas, evitando a dor crônica no paciente após cirurgia. [56]

Na avaliação da acessibilidade, o indicador 6 recebeu a avaliação (4) ‘contempla totalmente’ de quatro juízes (66,7%) e dois juízes (33,3%) não apontaram resposta para esse item.

Com as alterações realizadas para a segunda rodada de avaliação e validação, o atributo acessibilidade teve 100% de (4) ‘contempla totalmente’.

O acesso às informações e aos resultados podem ser facilitados pela compreensão de que os indicadores são necessários e fundamentais para se avaliarem os resultados da assistência prestada.

Os gestores têm o desafio de demonstrarem isso às suas equipes, além de também exaltar a importância de coleta e avaliação constante dos indicadores como parte da filosofia de avaliação da qualidade.

No atributo exequível, na primeira etapa, o indicador foi considerado (4) 'contempla totalmente' por quatro (66,7%) juízes; um deles (16,7%) considerou o indicador com necessidade de alteração mínima; e ainda um juiz (16,7%) não respondeu a questão. Na segunda etapa, o indicador foi considerado validado com 100% de consenso na avaliação (4) 'contempla totalmente'. Dessa maneira, o atributo exequível foi considerado validado no indicador 6.

Os indicadores voltados à avaliação da dor e de seu manejo foram selecionados pensando na frequência de sua ocorrência, e nas consequências físicas e emocionais ao paciente, pois podem afetar diretamente a satisfação do paciente com relação ao serviço e ao cuidado prestados.

Estudo de 154 pacientes em um hospital no México mostrou que 47% dos pacientes apresentavam dor severa ou insuportável na SRPA e até 64% de prevalência na manhã seguinte da cirurgia, ou seja, o primeiro dia de pós-operatório. Um dos motivos que pode contribuir para a alta incidência de dor seria a escassez de profissionais formados para o tratamento de dor naquele país, ou seja, não há ênfase nos cuidados voltados ao tratamento da dor, elevando suas taxas. [57]

Já estudo realizado com 190 pacientes na cidade do Recife mostrou que a dor esteve presente em 46% dos pacientes cirúrgicos, sendo mais frequente em pacientes submetidos a cirurgias do tipo geral, como herniorrafias, colecistectomia laparoscópica e convencional. A dor moderada e forte foi encontrada em 70,6% dos casos estudados, sendo alta sua prevalência. [58] Outro dado levantado nesse mesmo estudo mostra que a satisfação dos pacientes com a analgesia oferecida no pós-operatório foi de 52% referindo moderada satisfação, 25%, pouca satisfação e 2%, nada satisfeitos com esse serviço. [57]

A dor está presente como uma das principais preocupações dos pacientes na SRPA, como demonstrou em um estudo com 500 pacientes, que perguntou

quais eram as principais preocupações dos pacientes ao acordarem da anestesia na SRPA. A dor forte no local da cirurgia foi a segunda preocupação mais frequente dos pacientes (23,4%), só superada pela preocupação com a situação de acordar com o tubo na garganta (32,5%). [59]

A expressão da queixa de dor depende do local da cirurgia, da idade, do estado mental, da natureza das da lesão repercussões físicas e sociais da dor, de fatores ambientais e culturais, e do ritmo biológico. [31]

A OMS e a SOBECC recomendam que a dor seja tratada com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Na analgesia farmacológica, recomenda-se o uso de analgésicos opioides, anti-inflamatórios não hormonais e fármacos coadjuvantes (antidepressivos ou benzodiazepínicos) para adequada analgesia da dor. [31]

A analgesia pós-operatória deve ser ajustada conforme o tipo de cirurgia, os fatores de risco associados ao paciente e o padrão da prática clínica utilizada. Depende também de sua severidade e dos potenciais efeitos secundários associados aos fármacos utilizados. Protocolos estão associados a práticas satisfatórias de controle da dor e analgesia pós-operatória. [60]

A dor na SRPA exige terapêutica adequada, com intervenção farmacológica e não farmacológica, após minuciosa avaliação da dor, para evitar complicações futuras e facilitar a recuperação do paciente. [31]

Entre os métodos farmacológicos, destaca-se o uso de analgésicos anti-inflamatórios não hormonais e de derivados da morfina; já entre os não farmacológicos, as intervenções de relaxamento, a distração e imaginação dirigida, as técnicas educativas e o uso de agentes físicos (massagens, aplicação de calor ou frio, entre outros). [61]

O controle efetivo da dor é essencial para o cuidado do paciente cirúrgico. A terapia farmacológica visa minimizar o desconforto, prevenir os efeitos deletérios, facilitar o processo de recuperação e tornar o tratamento economicamente compensador. Há assim, semelhanças com o que Donabedian propõe como qualidade da assistência. [62]

O tratamento da dor na SRPA pode ter diversos objetivos. No caso de crianças, por exemplo, a analgesia adequada evita a agitação pós-operatória e

proporciona um despertar mais suave, permitindo ao paciente respirar e se mover com mais facilidade e desembaraço. [31]

O tratamento e o controle da dor pós-operatória trazem conforto ao paciente e inibem os reflexos nociceptivos, possibilitando a movimentação ativa, e permitindo a fisioterapia, deambulação precoce e a nutrição oral. Porém a dor ainda é negligenciada e subestimada pelos profissionais de saúde. [31]

Outro ponto importante para reflexão é o aprazamento, o qual deve considerar o tempo e o pico de ação das drogas, bem como sua interação com os demais fármacos prescritos e ministrados. Recomenda-se que a analgesia seja modificada e constantemente avaliada, conforme a resposta do paciente e de forma individualizada. [31]

Um estudo realizado com pacientes pós-cirurgia ortopédicas dos membros inferiores observou que 61,9% dos pacientes avaliados apresentavam esquema analgésico de “horário fixo” e “se necessário” no POI; 62,2% no primeiro POI e segundo POI; e 62,5% tiveram redução do esquema analgésico de “horário fixo” no decorrer dos dias de pós-operatório.[56]

Estudo realizado na Região Sul do Brasil com 142 pacientes submetidos a cirurgias diversas de grande porte de cinco especialidades teve 73,2% da amostra referindo dor relacionada ao procedimento cirúrgico. Opiáceos fracos ou moderados foram utilizados em pacientes que referiram dor de fraca intensidade com maior frequência em cirurgia ortopédica. Na dor moderada, seu uso esteve mais presente na especialidade de Neurologia e, no caso de dor intensa, foram utilizados em maior quantidade nos pacientes de cirurgias ortopédicas. O estudo também aponta uma subadministração de medicação analgésica em todas as especialidades cirúrgicas, o que pode refletir o quanto ainda se deve olhar com cuidado para a dor pós-operatória. [63]

A prescrição de analgésicos em horário fixo evita flutuações no nível plasmático do fármaco e previne picos de dor. A prescrição também pode prever a possibilidade de doses suplementares do analgésico para o resgate da analgesia. Considera-se que esse seria o esquema analgésico no pós-operatório mais adequado e com melhores resultados ao paciente e à equipe. [61]

Quando submetidos a esquemas analgésicos específicos para tratamento da dor pós-operatória, pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução de

ligamento cruzado anterior do joelho referiram satisfação próxima de 90% com os esquemas analgésicos aos quais foram submetidos. Os esquemas analgésicos utilizados foram: infusão contínua de analgesia (infusão de 5mL/hora); bolos de analgesia controlada pelo paciente (PCA, sigla do inglês *patient-controlled analgesia*) com intervalo de 30 minutos. [64]

O tratamento específico, voltado as necessidades de um determinado grupo de pacientes ou procedimentos, pode contribuir significativamente para o tratamento adequado e seguro da dor no POI.

Um problema ainda encontrado no meio e talvez motivador na proposta dos indicadores de dor na SRPA se relaciona ao subtratamento da dor. Estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgias neurológicas demonstrou que ainda existe submedicação ao paciente, especialmente quando a prescrição é realizada como “se necessária”, na qual somente 2% dos pacientes recebem medicação.[65]

Quando não tratada adequadamente, a dor pode ter consequências ao paciente. Induz à liberação de mediadores químicos ligados ao estresse, resultando em disfunções pulmonares, cardiovasculares, gastrintestinais, urinárias, metabólicas e neuroendócrinas. O emprego de técnicas analgésicas é considerado inevitável no contexto do tratamento da dor pós-operatória. [66]

Um estudo sobre o uso de analgésicos no pós-operatório realizado com 98 pacientes na Região Sul do Brasil evidenciou que, em 87% dos casos estudados, as prescrições de analgésicos foram “se necessário”, subestimando a dor pós-operatória e podendo influenciar no prognóstico do tratamento. [66]

A prescrição do analgésico “se necessário” pode ter embutida a seguinte compreensão por parte do profissional: “administre o mínimo possível”. Essa situação pode ocorrer devido à falta de conhecimento ou por receio das reações adversas das medicações. Muitas vezes, os riscos são superestimados e as necessidades dos pacientes, esquecidas. [66]

Aspecto primordial na compreensão da dor pós-operatória é que, sendo a dor um evento real e evitável por sua previsibilidade, ela deveria ser tratada preventivamente. Se existirem protocolos de tratamento da dor, sua prevalência pode cair significativamente. [58]

Desse modo, o planejamento da analgesia é fundamental para seu controle adequado. Segundo a SOBECC, o tratamento deve ser multimodal, ou seja, com a associação de dois ou mais agentes ou técnicas analgésicas periféricas ou centrais, incluindo métodos não farmacológicos, pois a combinação dos fármacos e das técnicas não farmacológicas permite usar menor quantidade de fármacos diminuindo seus efeitos colaterais e aumentando a eficácia. [31]

Um estudo realizado com médicos em Goiás mostrou que o conceito de dor como quinto sinal vital, muito difundido no meio da saúde, ainda não era conhecido e familiar a 92% dos profissionais de saúde entrevistados; 81% dos médicos referiram prescrever rotineiramente anti-inflamatórios não esteroides (AINES) de horário, e a dipirona foi o analgésico desse grupo mais prescrito. Além disso, 70% dos médicos entrevistados prescreviam opiáceos rotineiramente, e as medicações coadjuvantes mais prescritas foram antidepressivos tricíclicos (81%), anticonvulsivantes (33%) e anestésicos locais (15%). Nesse estudo, todos os entrevistados concordam que o tratamento da dor é fundamental para a boa evolução dos pacientes. [67]

O mesmo estudo também aponta a necessidade de capacitação e formação específica no assunto dos médicos da área de cirurgia e anestesiologia, em especial a inclusão de assuntos como fisiopatologia e terapia de dor. A formação do profissional da área da saúde, em geral, ainda deixa muito a desejar em relação à avaliação e ao tratamento da dor, levando à necessidade de os conteúdos apresentados serem revisados para melhora do panorama atual do manejo da dor. [67]

Outro destaque é a necessidade de maior integração entre as equipes médica e de enfermagem na avaliação e escolha da terapêutica da dor, pois a esta última, em particular o enfermeiros na SRPA, está diretamente ligada ao paciente, trazendo grande colaboração nesse sentido, avaliando e discutindo com o médico as necessidades reais do paciente, alertando sobre sinais e sintomas apresentados pelo paciente, e direcionando sua conduta.

Quando não realizada adequada e preventivamente, a analgesia pode retardar a deambulação e a movimentação do paciente, favorecendo o acúmulo de secreções e comprometendo a função pulmonar. [31]

Indicadores de avalição das práticas assistenciais relacionadas a dor constituem uma forma de monitoramento da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente na SRPA, a partir da perspectiva de que deve haver um protocolo de atendimento preventivo relacionado à dor. Reforça-se a necessidade de profissionais capacitados e treinados para o atendimento específico do paciente na SRPA, especialmente no tratamento da dor, que muitas vezes é subestimado.

Devido à proximidade da equipe de enfermagem e anestesiologia na SRPA, esse monitoramento passa pelas duas equipes, ou seja, é tão importante a existência da prescrição quanto a avaliação dessa prescrição, por parte da enfermagem e da equipe de anestesia.

Segundo a SOBECC, os pontos a seguir são possíveis de serem relacionados ao tratamento inadequado da dor: [31] avaliação inadequada dos quadros álgicos e suas consequências; subestimação do sofrimento; crença de que a dor seja incontrolável em várias condições; crença de que a dor seja necessária para a elucidação diagnóstica ou para o tratamento; modo exagerado quanto ao desenvolvimento de tolerância e dependência; e uso incorreto de terapias analgésicas e a reabilitação.

Tratar a dor com medicação analgésica de resgate ou de demanda, ou seja, aquela analgesia que tem início após o início da queixa dolorosa só deve ocorrer para tratar as falhas da analgesia, ou em momentos especiais, no caso de dores incidentais. A analgesia deve ser contínua até a regressão da fase inflamatória aguda (geralmente 48 horas, na dependência da causa), acompanhando a resolução do processo patológico. [66]

O controle da dor passa por questões de qualidade, pois tem relação direta com o acesso que o paciente pode ter aos serviços, aos profissionais de saúde e aos recursos terapêuticos. Nem todos têm acesso ao controle da dor, se este for dispendioso, o que pode torná-lo inacessível, ferindo o princípio da equidade, além de elevar os custos do tratamento, que é uma das considerações que que deve ser feita ao avaliar a qualidade de um serviço. O tratamento da dor visa trazer conforto e bem-estar, porém, se dele resultarem prejuízo da qualidade de vida, efeitos colaterais e complicações, os métodos devem ser revistos. [61]

Para o tratamento da dor ser adequado, sua avaliação necessita ser precisa e, devido à subjetividade da experiência dolorosa, a dor não pode ser medida por instrumentos físicos, como termômetros ou esfigmomanometros. No entanto, foram desenvolvidas diversas escalas e instrumentos para a avaliação subjetiva da dor, permitindo que sua intensidade e repercussões físicas e mentais no paciente sejam consideradas. [31,61]

Outro aspecto considerado fundamental nas práticas assistenciais de manejo da dor na SRPA foi o registro da avaliação da dor. O registro foi citado como essencial por profissionais de um serviço de tratamento de dor aguda de hospital em Goiás, ao serem questionados sobre a percepção do controle e avaliação da dor. Ainda manifestaram a preocupação com o registro e a avaliação da dor realizados, devido à falta de sistemática no controle da dor, e sugeriram que a dor fosse avaliada a cada controle de sinais vitais, oferecendo um panorama detalhado da evolução do paciente durante determinado período de observação, como, por exemplo, no POI. [67]

Pesquisa realizada com 14 enfermeiros de terapia intensiva na cidade de São Paulo (SP) identificou que os enfermeiros têm como principal objetivo ao avaliar a dor do paciente seu conforto e a identificação de qual o local da dor, da intensidade e do tipo. Ainda consideraram importante a avaliação de sinais indiretos da dor, devido à impossibilidade de o paciente se expressar nesse período, além de avaliarem as consequências da dor, como, por exemplo, ansiedade, agitação, alterações fisiológicas (taquicardia e hipertensão), alterações comportamentais e dificuldade do paciente encontrar uma posição confortável. [55]

Apesar de os profissionais de saúde considerarem importante esse parâmetro de avaliação da dor, ainda são poucos os serviços relacionados ao tratamento específico da dor, sendo uma prática ainda em construção na nossa realidade.

Entre as escalas que a SOBECC destaca em seu manual de práticas recomendadas, há a escala numérica de um a dez; a escala de descritores verbais (sem dor – dor leve – dor moderada – dor intensa - dor insuportável); a escala visual analógica (sem dor – dor insuportável); escala de faces de Wong-Baker, além da escala de analgesia da OMS e a escala comportamental de dor de FLACC

(sigla do inglês *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*; Face, Pernas, Atividade, Choro, Consolabilidade). [31]

Independente do método de avaliação adotado pela instituição, o que se deve ter em mente é a necessidade da avaliação sistemática da dor e de capacitação da equipe ao uso dessas escalas. Outro ponto destacado na escolha do indicador de número 6 está na necessidade de registro da avaliação da dor e de sua periodicidade, que pode seguir os horários preestabelecidos para a medida de sinais vitais na SRPA, ou seja: a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada 1 hora nas horas subsequentes, lembrando que essa periodicidade pode ser alterada dependendo das condições e da evolução do paciente, em virtude da avaliação inicial do enfermeiro sobre seu quadro álgico.

No processo de proposta do indicador 6, houve a necessidade de se reverem os instrumentos utilizados, facilitando o acesso aos registros e garantindo que o paciente teria acesso ao melhor tratamento para a dor no POI na SRPA.

O indicador deve tratar de questões que possam remeter à avaliação da qualidade e de seu impacto na prática assistencial. O registro dos cuidados prestados a um paciente em qualquer setor de uma instituição de assistência a saúde pode auxiliar nesse processo, representando importante ferramenta de detecção de falhas e originando um rico instrumento de coleta de dados a serem trabalhados nas diversas realidades.

No entanto, há ainda dificuldades nos registros, especialmente as relativas às comunicações verbal e escrita. Uma tentativa de resolver essa questão seria a criação de instrumentos sistematizados de registro dos cuidados, facilitando aos profissionais de saúde trabalharem com os registros e trazendo grandes benefícios ao paciente durante o tempo estiver sob os cuidados da equipe multiprofissional, e em particular, da enfermagem.

As SRPA costumam utilizar instrumentos de registro próprios desse setor e de sua especificidade, os quais não inibem dificuldades na transmissão das informações. Estudo realizado com enfermeiros de instituições hospitalares em 2008 nas cidades de Sumaré e Bragança Paulista (SP) evidenciou que as dificuldades dos enfermeiros nas unidades de internação em relação aos instrumentos de registro utilizados, foram registros incompletos, ausência de informações necessárias ao instrumento, ausência do instrumento utilizado na

SRPA, ausência de passagem de plantão por telefone, e passagens incompletas de plantão por telefone. Apesar dos resultados do estudo, todo os enfermeiros consideraram a existência de instrumento específico e sistematizado dos cuidados prestados na SRPA de extrema importância para a continuidade da assistência. [68]

A qualidade do cuidado prestado ao paciente na SRPA pode ser implementada por meio de registros que contenham as informações necessárias à continuidade do cuidado, levando em conta a particularidade desse setor. A qualidade dos registros das ações implementadas na SRPA pode refletir na qualidade da assistência e servir como indicador de produção nos diversos ambientes. Com base em registros, melhores práticas assistenciais são construídas, além de melhorias de ações que visem a melhoras operacionais. [69]

A compreensão de que o resultado do produto hospitalar pode ser medido por meio da qualidade da documentação, e do registro de todas as atividades e ações da enfermagem tem se expandido. Auditorias externas e internas utilizam com frequência esses instrumentos para dar subsídios à avaliação e monitorar a qualidade de diversos aspectos necessários. [69]

Em uma pesquisa documental com prontuários de 424 pacientes buscando avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, foram citados como principais problemas nos registros de enfermagem as anotações ou evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou ainda muito semelhantes às anotações e registros médicos; as falhas de ilegibilidade; os erros de ortografia; o uso de terminologia incorreta; o uso de siglas não padronizadas; e as falhas na identificação do profissional por ausência de carimbo ou nome. [69]

Em um relato de experiência, auditoria em unidade de CC identificou que, na SRPA, as principais razões para que os registros sejam incompletos são: a falta de tempo, o número elevado de cirurgias eletivas, as cirurgias de urgência e emergência, e as várias tarefas que os profissionais de enfermagem necessitam desempenhar. Isso faz com que o profissional priorize a assistência, deixando os registros para um momento oportuno, o que pode ocasionar a falta do registro ou o registro incompleto. [70]

Intercorrências assistidas pela enfermagem, quando anotadas no momento exato, trazem eficiência por parte da enfermagem e ações imediatas. A qualidade dos registros das ações prestadas reflete a prestação da assistência, além de

contribuir para a avaliação da produtividade. Quanto mais detalhadas forem as informações, mais chances de a terapêutica correta ser direcionada ao processo do cuidar pela equipe multiprofissional na SRPA. [70]

As condutas tomadas, ao serem detectadas as intercorrências e as complicações ou desconfortos, podem trazer a avaliação da qualidade da equipe de enfermagem e suas fragilidades, além de apontarem para as dimensões da qualidade citadas por Donabedian, pois tratam de estrutura e processos, e podem estar relacionadas com bons resultados na assistência de enfermagem ao paciente na SRPA.

Os aspectos de avaliação das práticas relacionadas aos cuidados prestados ao paciente com dor na SRPA fazem desta um parâmetro vital para o paciente ser liberado da SRPA.

A alta do paciente da SRPA é responsabilidade do anestesiologista e deve ser considerada diante da avaliação de parâmetros clínicos do paciente, como avaliação da função pulmonar e sinais vitais estáveis, incluindo dor e normotermia. Também devem ser considerada a alta do paciente à unidade de destino mediante a avaliação da dor como mínima ou ausente, de acordo com a escala analógica adotada e as intervenções para seu tratamento. [31]

Refletindo sobre as evidências científicas da dor na primeiras horas após a cirurgia, o indicador 6 se propõe a medir e a apontar aqueles pacientes que recebem alta da SRPA sem dor, ou referindo dor mínima. O paciente deve ter tido a melhor avaliação e o melhor tratamento da dor durante sua estadia na SRPA, de modo que seu relato reflita esse cuidado e aponte os casos que o ele saiu da SRPA ainda referindo dor − recomenda-se que esse paciente não deixe a SRPA se ainda referir dor.

O indicador considera os pacientes ao serem liberados da SRPA, porém as primeiras 12 a 24 horas após a cirurgia constituem o período em que o paciente tem maior probabilidade de sentir dor, devendo ainda ser assistido pela equipe na prevenção e no tratamento desse evento.

O transporte adequado do paciente à unidade de origem também deve ser observado. Ele deve ser realizado de modo que a dor não aumente devido a troca de macas e camas de transporte, ou movimentos bruscos e pouco delicados,

ocasionando queixa de dor do paciente que chegar à unidade de destino, mesmo tendo saído da SRPA sem queixa ou com queixa mínima de dor.

A dor pode aumentar significativamente o tempo de permanência do paciente na SRPA, sendo talvez uma das principais causas de permanência prolongada na SRPA. Este fato, levando em conta a qualidade, é traduzido por aumento de custos do tratamento, que podem se aproximar daqueles de pacientes em terapia intensiva, o que irremediavelmente se caracteriza como piora na qualidade da assistência. [47]

6.4 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE À HIPOTERMIA

6.4.1 Indicadores 7 e 8

O indicador 7 foi encaminhado à primeira rodada de avaliação e validação, e, após realizadas as mudanças sugeridas pelos juízes, o indicador foi desmembrado em dois, gerando o indicador 8. Não existiram sugestões, por parte dos juízes, para o indicador 7 na segunda rodada de avaliação e validação.

A tabela 14 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 7. O quadro 22 apresenta as sugestões dos juízes para o indicar 7, após a primeira rodada de avaliação.

Tabela 14 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 7, Número de Equipamentos para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica), segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do Indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	1	16,7
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	2	33,3	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 22 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala recuperação pós-anestésica (SRPA) – indicador 7.

	Indicador 7: Número de Equipamentos para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 1	Fórmula/número: número ideal: eu entendo que o ideal seria uma manta/leito, como o termômetro
Juiz 2	Definição do indicador: parágrafo 3: redação do texto, revisar Tipo do indicador: novamente, não está explicitado Coleta de informações: coletar número de mantas térmicas
Juiz 3	Fórmula/número: sugiro colocar na fórmula o termômetro timpânico, uma vez que é sabido que a aferição dele para temperatura no POI é mais adequada
Juiz 5	Nome do indicador: sugiro separar os equipamentos de avaliação da temperatura dos equipamentos de tratamento da temperatura. Uma vez que existem situações em que na SRPA podem existir os termômetros e não os equipamentos de aquecimento ativo Definição do indicador: embora as diretrizes recomendem a utilização de sistemas de aquecimento ativo, sabe-se que na nossa realidade nem todos os hospitais contam com esse tipo de equipamento. Assim, sugiro criar um outro indicador para avaliar o tratamento da hipotermia, que pode ser por meio de sistemas de aquecimento ativo e passivo Fórmula/número: incapaz de contemplar sem revisão. Desde que atendidas os comentários anteriores Especificidade: incapaz de contemplar sem revisão. Sugiro o desdobramento do indicador

POI: pós-operatório imediato.

A tabela 15 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 7. O quadro 23 apresenta a versão final do indicador 7.

Tabela 15 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 7, Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

(continua)

Quadro 23 − Versão final do indicador 7, Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A hipotermia é um evento comum na SRPA e pode ser definida como temperatura central abaixo de 36ºC. O ambiente frio da sala operatória, a infusão de irrigações frias e a redução de produção e distribuição de calor corpóreo durante a anestesia são considerados fatores que levam o paciente à hipotermia não intencional durante o período perioperatório. [1,2]

A faixa de temperatura normal para o adulto é de 36,1 a 37,2°C, a temperatura oral entre 36,5 e 37,5°C, a axilar de 35,8 a 37,0°C, a retal de 37 a 38,1°C e a timpânica de 36,8 a 37,9°C. [3]

A hipotermia pode causar repercussões ao paciente na SRPA, como tremores acompanhados de aumento de consumo de oxigênio pelo paciente e, se não for devidamente corrigida, pode levar à hipoxemia arterial e à instabilidade cardiovascular, além de repercussões como aumento da dor na ferida operatória, coagulopatias e, ainda, aumento do tempo de recuperação da anestesia. [4]

A monitorização da temperatura, durante todo o período perioperatório, deve ser prática estimulada nos centros cirúrgicos e SRPA, por meio do uso de termômetros timpânicos ou esofágicos (temperatura central), e axilares, orais ou retais (temperatura periférica). [5]

O controle e avaliação da temperatura deve ser uma das prioridades no atendimento do paciente na SRPA e realizado de forma sistemática, juntamente dos demais sinais vitais do paciente. A temperatura deve ser controlada com o uso de termômetros calibrados e validados, sejam eles para medidas de temperatura central ou periférica. O ideal seria manter o paciente constantemente com o termômetro axilar ou de sensor ligado ao monitor multiparamétrico continuamente, dessa maneira prevenindo e avaliando constantemente as variações de temperatura durante todo o período na SRPA.

A SRPA deve ter equipamentos suficientes para atender ao paciente hipotérmico, tendo em vista que a percepção do paciente quanto à temperatura e percepção de frio influenciam diretamente na satisfação do paciente com o serviço prestado no período perioperatório e o procedimento anestésico-cirúrgico. [6,7]

1. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev Latino Am Enfermagem. 2009;17(2):228-33.

2. Souza TM, Carvalho RC, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2012:17(4);33-47.

3. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas SOBECC. 6a edição. São Paulo: Manole; 2013.

4. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle da temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução associada a convecção. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(1):56-66.

5. Zappelini CE, Sakae TM, Bianchini N, Brum SP. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008:37(2);25-31.

6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guidelines 65: inadvertent perioperative hypothermia. London: National Collaborating Centre fir Nursing and Suportive Care; 2008.

7. Benn J, Arnold IW, Rilley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012:109(1):80-91.

(continuação)

Tipo: indicador de estrutura.	
Fórmula/número:	
$\frac{\text{Número de termômetros axilares na SRPA}}{\text{Número de leitos na SRPA}}$	$\frac{\text{Número de termômetros timpânicos na SRPA}}{\text{Número de leitos na SRPA}}$
⇨ Resultado considerado ideal = 1 termômetro axilar por leito	⇨ Resultado considerado ideal = 1 termômetro timpânico por leito
Coleta de informações:	
Realizada com o enfermeiro ou gestor responsável pela SRPA. Coleta do número de termômetros e do número de leitos da SRPA.	

(conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

O nome do indicador 7 era inicialmente “Número de Equipamentos para Avaliação e Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Mantas Térmicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Termômetros Adequados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica). Com esse, nome o indicador 7 alcançou (4) ‘contempla totalmente’ para quatro juízes (66,7%), um juiz (16,7%) considerou (3) ‘necessidade de revisão’ e ainda um (16,7%) não respondeu a pergunta.

O juiz 5 sugeriu que o indicador fosse desmembrado em duas partes, sendo a primeira sobre equipamentos para avaliação da temperatura e a segunda sobre equipamentos para tratamento da hipotermia, ou manutenção da temperatura corpórea. A justificativa para tal sugestão foi devido a alguns serviços terem termômetros, mas não terem sistemas de manutenção da normotermia ou aquecimento do paciente na SRPA.

Entendeu-se que o indicador poderia ser desmembrado, pois tratava de duas situações diferentes entre si. Desse modo, o indicador 7 originou o indicador 8, que também passou por uma rodada de avaliação e validação com os juízes.

O controle da temperatura na SRPA é um importante parâmetro para se avaliar a qualidade da assistência prestada, pois é um evento muito comum no POI e está associado a várias consequências adversas ao paciente, como suscetibilidade a infecções, influencia na coagulação, aumento da necessidade de transfusões sanguíneas, estresse ao sistema cardiovascular, complicações cardíacas, tremores pós-anestésicos e desconforto térmico. [71]

O uso de sistemas de aquecimento na SRPA, em especial o sistema de ar aquecido sob pressão, reduz tremores e melhora o conforto e satisfação do paciente com a assistência na SRPA. [71]

Recomenda-se que a temperatura do paciente seja controlada em sua admissão. Pode ser questionado ao paciente se ele está sentindo frio. Tremores, piloereção e extremidades frias também podem ser observados, pois são considerados achados no paciente com alterações na temperatura. [71]

Recomenda-se que o paciente esteja totalmente coberto, e que o sistema de ar forçado e a manta térmica sejam instituídos. Devem-se ainda considerar outras modalidades de aquecimento como aquecimento de fluidos intravenosos, aumento a temperatura da SRPA e aquecimento do sistema de umidificação de oxigênio. [71]

A temperatura do paciente precisa ser monitorada durante sua passagem na SRPA, em especial durante a manutenção e o reestabelecimento da normotermia, por pelo menos mais 30 minutos após a temperatura estar em níveis normais. [71]

O tempo de recuperação da anestesia de um paciente hipotérmico pode ser significativamente aumentado, sendo que muitos pacientes, quando questionados sobre o principal incômodo na SRPA, referem os tremores pós-anestésicos como principal fonte de desconforto − maior até mesmo que a dor. Outro fator que justifica o monitoramento da qualidade da avaliação da temperatura na SRPA está no fato que tempos aumentados de recuperação pós-anestésica têm um alto custo, pois, muitas vezes, o custo na SRPA se assemelha ao de unidades de terapia intensiva. [72]

Os métodos para medida da temperatura mais eficazes são artéria pulmonar, nasofaringe e esôfago distal. Esses métodos, entretanto, são invasivos e pouco usados na SRPA. Métodos não invasivos são os mais usados, como, por exemplo, a temperatura timpânica (por sua proximidade com a artéria carótida); esse método, contudo, é contestado, pois sofre alterações conforme a temperatura do ambiente.

Recomenda-se uso de termômetros eletrônicos, em um local do corpo acessível e que possa ser usado com facilidade por todos os membros da equipe. A temperatura axilar se configura como um local adequado e de fácil acesso. [72]

Desmembrado, o originou o indicador 7, Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, e o indicador 8, Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Com essa alteração do título do indicar 7, na segunda rodada de validação, ele apresentou 100% de (4) ‘contempla totalmente’ quanto ao seu nome.

Quanto a definição do indicador 7, este apresentou 66,7% de (4) ‘contempla totalmente’ na primeira rodada de avaliação e validação; um juiz (16,7%) indicou que (3) ‘necessita de revisão’ e outro não encaminhou a resposta.

Ao desmembrarmos o indicador 7, houve necessidade de reescrever a definição e, ao ser validado e avaliado na segunda rodada, alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’, dando segurança que a alteração foi benéfica e necessária para a existência do indicador.

Na avaliação do tipo do indicador, na primeira rodada, foi classificado como (4) ‘contempla totalmente’ por quatro (66,7%) juízes, um (16,7%) indicou (3) ‘necessita de revisão’ e outro (16,7%) não respondeu a questão.

O indicador diz respeito à estrutura na SRPA, pois se refere aos equipamentos possíveis de serem usados na avaliação de hipotermia na SRPA.

A avaliação da temperatura é essencial à boa recuperação, e alguns materiais e equipamentos são considerados nessa avaliação, como termômetros axilares digitais, termômetros timpânicos, controle da temperatura do ambiente na SRPA por meio de sistema de ar centralizado ou termômetros na SRPA, cobertores, mantas térmicas, e aquecedores de soluções de infusão venosa.

Os elementos da estrutura são considerados básicos e, num processo de avaliação da qualidade, considerados como parte integrante dessa avaliação. Caso não existam materiais e equipamentos, pode haver comprometimento da qualidade da assistência prestada ao paciente. Donabedian considera a avaliação de estrutura uma dimensão básica para a qualidade dos serviços de saúde.[43]

O juiz 2 comentou a necessidade de especificar, no indicador, a tipologia e explicitar isso no tipo do indicador. Apesar de o conceito de estrutura não ter sido explicitado, com o desmembramento do indicador, ele se tornou mais claro para o juiz, pois, na segunda rodada, teve 100% de (4) ‘contempla totalmente’.

O número/fórmula do indicador 7 na primeira rodada de avaliação e validação foi avaliado pelos juízes como 50% de (4) ‘contempla totalmente’, 33,3% de (3) ‘alteração mínima’ e 16,7% de (2) ‘necessita revisão’.

O juiz 1 apontou a necessidade de incluir no indicador o número considerado ideal, pois haveria a necessidade de uma manta térmica por leito na SRPA se se considerar o ideal dentro da recomendação do uso desse tipo de sistema de aquecimento.

O juiz 3 fez a sugestão de, na fórmula, incluir o termômetro timpânico, por sua maior acurácia, seguindo a recomendação da literatura.[31] Dessa maneira, foi incluída a fórmula de cálculo do termômetro axilar e do termômetro timpânico, considerando também que nem todos os serviços dispõem desse equipamento, o que dificulta a associação da falta do termômetro timpânico com a qualidade do serviço. É possível, porém, considerar esse cálculo visando à avaliações mais acuradas e progressivas.

O número ideal foi considerado de acordo com a sugestão do juiz 1, ou seja, uma manta térmica por leito, apesar da reflexão do juiz 2 quanto ao número ser idealizado, pois muitos serviços não dispõem de uma manta térmica por paciente. Isso pode estar relacionado à falta de protocolos para o tratamento da hipotermia, ainda encontrada na nossa realidade. Deve-se atentar ao fato, pois se houvesse um protocolo bem estabelecido para o tratamento e a prevenção da hipotermia, seria necessária a aquisição das mantas térmicas.

O Protocolo de Implementação de Prevenção de Hipotermia Acidental Perioperatória, proposto por um serviço ambulatorial na Universidade de São Francisco, nos Estados Unidos, aponta para a redução dos gastos com o paciente comparados àqueles com hipotermia, o qual seria aproximadamente de U$713,00 − enquanto com a aplicação do protocolo de prevenção e tratamento da hipotermia, esse valor seria próximo de U$16,00. Certamente esses valores podem apontar a necessidade de protocolos de prevenção e tratamento da hipotermia, além do uso do indicador, podendo auxiliarem no processo de tomada de decisão. [73]

Após o desmembramento do indicador 7, quanto ao número/ fórmula, alcançou a porcentagem de 100% de (4) “contempla totalmente”.

A coleta de informações do indicador 7 foi avaliada como (4) ‘contempla totalmente’ por 83,3% dos juízes na primeira rodada; 16,7% consideraram (3) ‘alteração mínima’ para o indicador. A sugestão colocada foi a coleta do número de mantas térmicas, no momento da coleta de informações. Ao se desmembrar o indicador, o número de mantas térmicas passou a ser coletado no indicador 8. Com as alterações sugeridas, o indicador chegou a 100% de (4) ‘contempla totalmente’ na opinião dos juízes na segunda rodada de avaliação e validação,.

A validade na primeira rodada de avaliação recebeu (4) ‘contempla totalmente’ de cinco (83,3%) dos juízes; um deles (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’ necessária. Mais uma vez, com o desmembramento do indicador, ele apresentou (4) ‘contempla totalmente’ em 100% das opiniões dos juízes na segunda rodada de avaliação e validação.

A sensibilidade do indicador foi avaliada na primeira rodada por cinco juízes (83,3%) como (4) ‘contempla totalmente’; um juiz (16,7%) analisou como ‘alteração mínima’. Na segunda rodada de avaliação, o indicador foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes quanto à sensibilidade.

Já o atributo especificidade foi considerado, na primeira rodada, como (4) ‘contempla totalmente’ por 5 juízes (83,3%), e um juiz (16,7%) avaliou como com necessidade de revisão do indicador. A sugestão do juiz 5 foi a mesma já referida para a validação do indicador e dizia respeito ao seu desmembramento, para que pudesse atender a especificidade na validação. Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador teve 100% de (4) ‘contempla totalmente’ em relação à especificidade, sendo considerado validado.

A acessibilidade foi inicialmente avaliada como (4) ‘contempla totalmente’ por 4 juízes (66,7%); um juiz (16,7%) considerou ‘alteração mínima’; e outro (16,7%) não respondeu ao questionamento. Com as alterações realizadas, o indicador 7 alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’ na segunda rodada de avaliação e validação em relação à sua acessibilidade.

Na avaliação do indicador quanto ao atributo exequível, houve avaliação de 100% dos juízes em (4) ‘contempla totalmente’ na primeira e na segunda etapas de avaliação e validação. Nesse sentido não houveram sugestões e nem modificações do indicador para esse atributo.

Os indicadores 7 e 8 são de estrutura.

6.4.2 Indicador 8

Inicialmente, houve a avaliação e validação do indicador 7, que continha as informações de equipamentos e materiais para avaliação e tratamento do hipotermia na SRPA. Com o desmembramento, o indicador 8 foi avaliado e validado em rodada diferente dos demais, alcançando consenso considerado pela pesquisa para sua validação já na primeira rodada, não sendo realizadas mais rodadas de avaliação e validação neste indicador.

A tabela 16 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 8. O quadro 24 apresenta as sugestões dos mesmos juízes após a segunda rodada e o quadro 25, a versão final do indicar 8.

Tabela 16 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do Indicador 8, Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 24 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica − indicador 8.

	Indicador 8: Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 2	Fórmula/número: embora acredite que a presença de uma manta térmica por leito seja a condição ideal, avalio essa proporção como idealizada. Só como reflexão, como nos outros indicadores, você permitiu uma margem de falta ainda dentro da margem de qualidade

Quadro 25 − Versão final do indicador 8, Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. (continua)

Definição:

A hipotermia é um evento comum na SRPA e pode ser definida como temperatura central abaixo de 36ºC. O ambiente frio da sala operatória, a infusão de irrigações frias e a redução de produção e distribuição de calor corpóreo durante a anestesia são considerados fatores que levam o paciente à hipotermia não intencional durante o período perioperatório. [1,2]

Sistemas de aquecimento de ar quente forçado – mantas térmicas, são considerados os métodos mais eficientes para a prevenção da hipotermia e, no caso da SRPA, um eficiente método de recuperação da temperatura corpórea, especialmente em procedimentos cirúrgicos com duração maior que 2 horas.[3]

A hipotermia pode causar repercussões ao paciente na SRPA, entre elas encontram-se tremores acompanhados de aumento de consumo de oxigênio pelo paciente e, se não for devidamente corrigida, pode levar a hipoxemia arterial e instabilidade cardiovascular, além de repercussões como: aumento da dor na ferida operatória, coagulopatias e, ainda, aumento do tempo de recuperação da anestesia. [4]

A monitorização da temperatura durante todo o período perioperatório deve ser prática estimulada nos centros cirúrgicos e SRPA, por meio do uso de termômetros timpânicos e esofágicos (temperatura central), e termômetros axilares, orais ou retais (temperatura periférica). [5]

O uso de mantas térmicas é recomendado por diretrizes internacionais como adequado, principalmente em pacientes de risco como idosos, crianças, pacientes de cirurgias abdominais e cirurgias com soluções de irrigação. [6]

A SRPA deve ter equipamentos suficientes para atender ao paciente hipotérmico, tendo em vista que a percepção do paciente quanto à temperatura e percepção de frio influenciam diretamente na satisfação do paciente com o serviço prestado no período perioperatório e no procedimento anestésico-cirúrgico. [7]

Devido à grande quantidade de pacientes hipotérmicos na SRPA, considera-se ideal que existam mantas térmicas suficientes para o atendimento dos pacientes na SRPA. [8]

1. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev Latino Am Enfermagem. 2009;17(2):228-33.

2. Souza TM, Carvalho RC, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2012:17(4);33-47.

3. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle da temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução associada a convecção. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(1):56-66.

4. Zappelini CE, Sakae TM, Bianchini N, Brum SP. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008:37(2);25-31.

5. Biazotto CB, Brudniwki M, Schmidt AP, Junior JO. Hipotermia no período perioperatório. Rev Bras Anestesiol. 2006;56(1):89-106.

6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guidelines 65: inadvertent perioperative hypothermia. London: National Collaborating Centre fir Nursing and Suportive Care; 2008.

7. Benn J, Arnold IW, Rilley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012:109(1):80-91.

8. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed rev e atual. São Paulo: Manole; 2013.

(continuação)

Tipo: Indicador de estrutura.	
Fórmula/número:	$\frac{\text{Número de mantas térmicas na SRPA}}{\text{Número de leitos na SRPA}}$ ⇨ Resultado considerado ideal = 1 manta térmica por leito
Coleta de informações: Realizada com o enfermeiro ou gestor responsável pela SRPA. Coleta do número de mantas térmicas e do número de leitos da SRPA.	(conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

O componente nome do indicador foi proposto como Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. O nome alcançou na avaliação dos juízes 100% de (4) ‘contempla totalmente’. Por ter sido desmembrado, o indicar passou a ter maior especificidade, e seu nome foi capaz de demonstrar com exatidão aquilo que ele se propõe a medir.

A definição do indicador 8 foi avaliada pelos juízes como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes na etapa única de avaliação e validação.

Quanto ao tipo do indicador, segundo a tipologia de Donabedian, também houve consenso na rodada de avaliação, e 100% dos juízes avaliaram como (4) ‘contempla totalmente’.

O número/fórmula foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por 83,3% dos juízes, e um juiz (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’.

Foi realizada observação quanto à proporção de mantas térmicas propostas no indicador, dada a possibilidade de haver serviços cujo número de equipamentos não está dentro de uma condição tida como ideal. Manteve-se, porém, o número ideal, para chamar a atenção dos serviços para a necessidade de adquirir equipamentos em número adequado, segundo protocolos instituídos, ou até mesmo para a necessidade de se instituírem protocolos de prevenção e tratamento de hipotermia.

Coleta de informações, validade, sensibilidade, especificidade, acessibilidade e atributo exequível foram considerados como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes, sem sugestão quanto aos itens.

6.4.3. Indicador 9

A tabela 17 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 9, enquanto o quadro 26 expõe as sugestões deles.

Tabela 17 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 9, Número de Pacientes com Relato da Conduta Tomada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	1	16,7	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 26 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 9.

	Indicador 9: Número de Pacientes com Relato da Conduta Tomada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
Juiz 1	Fórmula/número: número considerado adequado?
Juiz 2	Tipo de indicador: está pontuado muito superficialmente Fórmula/número: número adequado: acima de 80%. Por quê? Coleta de informações: comentário [B42]: penso que os períodos de avaliação deveriam ser padronizados para todos os indicadores. Sem "por exemplo". Comentário [B43]: Que são "folhas"? Padronize os termos: instrumento da SRA, prontuário... como for mais adequado. Comentário [B44]: Eu diria que 100% das anotações referentes à hipotermia – detecção e conduta – são realizadas pela enfermagem
Juiz 3	Nome do indicador: mudar o nome para Número de pacientes com REGISTRO da conduta tomada em caso de hipotermia Fórmula/número: o nome do indicador não condiz com o nome da fórmula
Juiz 5	Nome do indicador: não contempla. Número de pacientes com relato da conduta tomada em caso de hipotermia: Não reflete porque o paciente pode estar ainda sob efeitos da anestesia, sonolento etc., não podendo relatar se foi ou não tomada alguma providência em relação à temperatura Definição do indicador: parágrafo 4: rever a redação da frase Fórmula/número: incapaz de contemplar sem revisão. "Número de pacientes com registro da conduta tomada no caso de hipotermia". Sugere-se: número de intervenções de enfermagem no paciente com hipotermia Validade: Incapaz de contemplar sem revisão. Atingirá seu propósito desde que avalie as intervenções de enfermagem Sensibilidade: incapaz de contemplar sem revisão. Sugiro intervenções de enfermagem, pois é um termo técnico padronizado no NIC
Juiz 6	Definição do indicador: alteração no texto: parágrafo 7 – trocar "Outras complicações também incluem aumento de sangramento", por "Como outras complicações também incluem aumento de sangramento". Comentário no texto: Toda vez que a temperatura estiver abaixo de 36 deve ser colocado manta térmica? (Há um limite tolerável, por exemplo, 35,7ºC ou pouco menos)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica; NIC: *Nursing Interventions Classification*.

A tabela 18 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 9, cuja versão final é apresentada no quadro 27.

Tabela 18 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do Indicador 9, Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com a segunda rodada de avaliação do grupo de juízes . São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 27 – Versão final do indicador 9, Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. (continua)

Definição

Após a detecção da hipotermia na SRPA, intervenções e medidas para reversão do quadro e ajuste da temperatura devem ser prontamente realizadas com o paciente. Todos os registros da assistência prestada ao paciente na SRPA devem ser realizados no prontuário do paciente, tendo em vista a garantia da qualidade dos registros e de que as condutas e cuidados devidos foram proporcionados ao paciente no POI na SRPA.

Entre as manifestações clínicas da hipotermia na SRPA, encontra-se a hipoxemia, sendo nesses casos necessário o uso de oxigênio complementar, por máscara facial para a manutenção da saturação de oxigênio acima de 91%. [1]

Outra complicação encontrada relacionada à hipotermia são os tremores, que podem elevar o consumo de oxigênio de 500% a 700%, além de trazerem desconfortos e aborrecimentos ao paciente. Ainda podem-se citar a palidez cutânea e a hipertensão arterial como complicações relacionadas. Desse modo, deve-se ter o registro da conduta tomada no caso de qualquer das possíveis alterações e complicações na SRPA relacionadas à hipotermia, tendo em vista a importância desse sinal e da frequência e incidência na SRPA. [1]

Uma das intervenções recomendadas é o uso de mantas térmicas para o aquecimento ativo do paciente quando sua temperatura axilar estiver menor que 36ºC ou apresentando tremores, além da retirada de campos e lençóis molhados, manter o paciente coberto e manter a SRPA entre 22º C e 25ºC de temperatura ambiente.[2] Outras intervenções recomendadas são: uso de cobertores secos, exposição mínima do paciente ao ambiente frio, uso de luzes irradiantes e aquecimento do ambiente da SRPA a temperaturas consideradas adequadas – entre 22º C e 25º C. [2]

Como outras complicações da hipotermia incluem aumento de sangramento e aumento do tempo de estadia em unidades críticas, como unidade de terapia intensiva, e maior período de internação, evidencia-se, dessa maneira, a relação da hipotermia com o aumento dos custos da assistência, revelando a dimensão de qualidade chamada por Donabedian de eficiência. [3]

1. De Mattia AL, Barbosa MH, Rocha AD, Farias HL, Santos CA, Santos DM. Hipotermia em pacientes no período perioperatório. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):60-6.
2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 6. Ed rev e atual. São Paulo: Manole; 2013.
3. Donabedian A. The role of autcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: indicador de processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com registro da intervenção realizada no caso de hipotermia}}{\text{Número de pacientes hipotérmicos na SRPA}} \times 100$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = 95%

(continuação)

Coleta de informações:

	Retrospectivo, com consulta aos prontuários dos pacientes da SRPA, realizadas mensalmente. Detecção dos pacientes hipotérmicos e leitura dos instrumentos de registro da SRPA e prontuários, e os registros realizados pela equipe de enfermagem. Considerar a existência do instrumento de registro próprio da SRPA. (conclusão)

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica; POI: pós-operatório imediato.

Não houveram comentários ou sugestões por parte dos juízes após a segunda rodada de avaliação e validação do indicador 9.

O nome do indicador foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por quatro (66,7%) juízes; um juiz (16,7%) avaliou como (1) ‘não contempla’ e outro (16,7%) não encaminhou resposta a essa questão na primeira rodada de avaliação e validação.

O nome do indicador inicialmente era Número de Pacientes com Relato da Conduta Tomada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. O juiz 5 comentou que o “relato” poderia ser confundido com o relato verbal do paciente, colocando, então, a queixa do paciente em dúvida. Assim, foram seguidas as sugestões dos juízes 3 e 5, sendo trocado o termo “relato” por “registro da conduta tomada em caso de hipotermia”. Na segunda rodada de avaliação, o nome do indicador foi considerado (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes.

A definição do indicador 9, na primeira rodada, foi avaliada como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%); um juiz (16,7%) considerou (3) ‘alteração mínima’. A alteração sugerida no texto pelo juiz 6 foi realizada na redação da definição. Desse modo, na rodada seguinte, o indicador alcançou 100% em (4) ‘contempla totalmente’, ou seja, a definição do indicador 9 foi validada.

A tipologia do indicador segundo Donabedian foi avaliada na primeira rodada, alcançando (4) ‘contempla totalmente’ com três (50%) dos juízes, (3) ‘alteração mínima’ com um (16,7%), (2) ‘necessidade de revisão’ com outro (16,7%). Um dos juízes (16,7%) não respondeu a questão.

O juiz 2 sugeriu mais aprofundamento na questão da classificação do indicador. Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador alcançou (4) ‘contempla totalmente’ em 100% das opiniões dos juízes.

O indicador 9 é de processo, já que trata da avaliação das atividades realizadas no cuidado, ou seja, as atividades do paciente em busca do cuidado e aquelas desenvolvidas pela equipe para realizar tal cuidado. Desse modo, entende-se o registro como um indicador de processo, pois consiste em uma atividade desenvolvida pela equipe, na realização do cuidado. [74]

A fórmula/número do indicador 9 na primeira rodada alcançou (4) ‘contempla totalmente’ com cinco (83,3%) dos juízes; um juiz (16,7%) avaliou (3) ‘necessidade de revisão’ na fórmula/número.

O número ideal inicialmente foi considerado 80%. Após as sugestões dos juízes 1 e 2, os valores foram revistos e aproximados de 100%, para que o nível mais alto possível na avaliação fosse atingido, apontando os casos críticos, sem muita margem de tolerância, e aumentando sua sensibilidade. Na segunda rodada, a fórmula/número alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’.

A coleta de informações foi avaliada na primeira rodada como (4) ‘contempla totalmente’ por quatro (66,7%) dos juízes; um juiz (16,7%) considerou a (2) ‘necessidade de revisão’, e outro (16,7%) não respondeu a questão. As sugestões do juiz 2 diziam respeito à forma como o indicador estava descrito, sendo considerado como possível de ser alterado para melhor leitura e compreensão. Assim, na segunda rodada, o indicador alcançou (4) ‘contempla totalmente’ para 100% dos juízes. Não foram realizadas sugestões para o indicador após essa rodada.

Quanto ao atributo validade, na primeira rodada, o indicador recebeu (4) ‘contempla totalmente’ de quatro juízes (66,7%); um juiz (16,7%) avaliou como (1) ‘não contempla’ e outro (16,7%) não respondeu a essa questão. O juiz 5 sugeriu a revisão do indicador para que este atingisse seu objetivo, que deveria passar a “avaliar as intervenções de enfermagem ao paciente”.

Inicialmente, o indicador 9 tinha como objetivo principal coletar e apontar aqueles prontuários que apresentassem o registro/relato da conduta tomada no caso de hipotermia. Na primeira rodada de avaliação e validação, contudo, observou-se que as sugestões se deram no sentido de tornar claro o que se propunha ao se citar “relato”, já que, nesse momento, interpretou-se que se tratava do paciente relatando ou referindo a conduta. Com a mudança de “relato” para “registro”, ficou mais claro que o indicador dizia respeito à qualidade do processo de avaliar e intervir na hipotermia, e também ao registro desse processo. Ocorreram a mudança e a inclusão também do registro da intervenção, usando a terminologia adotada na taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

Na segunda rodada, os seis juízes (100%) avaliaram a validade do indicador 9 como (4) ‘contempla totalmente’, sem mais sugestões.

A sensibilidade, na primeira rodada, foi avaliada como (4) ‘contempla totalmente’ por 5 juízes (83,3%), e um juiz (16,7%) avaliou como (2) ‘necessita revisão’. O juiz 5 sugeriu que fossem incluídas intervenções de enfermagem, como no atributo anterior. Essa sugestão foi considerada e a alteração foi realizada na redação do indicador, padronizando com o termo usado na taxonomia, conforme já explicado. Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador 9 foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes.

No atributo especificidade, o indicador 9 foi avaliado pelos juízes na primeira rodada de avaliação e validação como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%), e um deles (16,7%) o avaliou como (3) ‘alteração mínima’. Com as alterações propostas e sugeridas nos atributos e componentes, o indicador 9 alcançou, na rodada seguinte, (4) ‘contempla totalmente’ para seis juízes (100%), validando o atributo especificidade.

A acessibilidade do indicador 9 foi avaliada na primeira rodada de avaliação e validação como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%), e um juiz (16,7%) a avaliou como (3) ‘alteração mínima’. Não foram feitas sugestões ou propostas para esse atributo em especial, mas, na segunda rodada, ele foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes da pesquisa.

O indicador 9 alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’ para o atributo exequível, tanto na primeira quanto na segunda rodadas de avaliação e validação, sem comentários e/ou sugestões relacionados a esse quesito.

6.4.4 Indicador 10

A tabela 19 apresenta as respostas obtidas na primeira rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 10 e o quadro 28, as sugestões dos mesmos após essa etapa.

Tabela 19 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 10, Número de Pacientes Liberados para a Unidade de Destino, com Temperatura Menor que 36°C, segundo a primeira rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	1	16,7
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do indicador			Sensibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	2	33,3
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	4	66,7
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	1	16,7	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	2	33,3
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	3	50,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula / número			Acessibilidade		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	2	33,3	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	3	50,0	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
Não respondeu	0	0,0	Não respondeu	0	0,0
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	1	16,7	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	1	16,7
(4) Contempla totalmente	4	66,7	(4) Contempla totalmente	5	83,3
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 28 − Sugestões dos juízes após a primeira rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação anestésica – indicador 10.

	Indicador 10: Número de Pacientes Liberados para a Unidade de Destino, com Temperatura Menor que 36°C
Juiz 1	Fórmula/número: número ideal? E número adequado?
Juiz 2	Definição do indicador: comentário [B45] – parágrafo 1: novamente, acho que vale a pena mencionar que esses critérios são amplamente adotados por associações no mundo todo Comentário [B46] – parágrafo 2: um dos motivos principais é que as unidades não dispõem de equipamentos de fornecimento de calor radiante, como mantas térmicas, e o paciente demora um tempo excessivo para conseguir a normotermia novamente, com todas as consequências que isso acarreta para ele. A equipe da unidade normalmente não está treinada para oferecer oxigênio para esse paciente em caso de tremor, nem tem oxímetros em quantidade suficiente para avaliar a oxigenação Fórmula/número: fórmula 2: novamente a mesma questão da dor: o objetivo desse indicador é avaliar a saída do paciente e não a chegada na unidade de destino. Definir e clarear objetivos e fazer alterações no manual e fórmula de acordo Coleta de informações: parágrafo 1: revisão português Comentário [B49] – parágrafo 3: revisão português Comentário [B50] – parágrafo 4: novamente, devem-se estabelecer períodos fixos e preestabelecidos, uniformes para os indicadores, que não deem margem para “pode ser realizada”, “considerado ideal” Especificidade: comentário: é necessário clarear o objetivo do indicador: SRPA ou Unidade de internação?
Juiz 4	Definição do indicador: comentário: no Estado do Rio Grande do Sul, o paciente pode ter alta da SRPA com 36°C, porém pode chegar na unidade de internação com temperatura mais baixa, visto que a maioria das unidades e corredores hospitalares não possui ar condicionado e é comum no sul temperaturas abaixo de 0°C!
Juiz 5	Nome do indicador: contempla, mas precisa de alteração mínima. Sugestão: número de pacientes hipotérmicos no momento da alta da SRPA Definição do indicador: parágrafo 3: sugiro retirar os termos: a “qualidade da temperatura” Fórmula/número: fórmula 2: acredito que desde o momento que o paciente sai da SRPA, podem existir outros fatores que possam interferir na variação da temperatura do paciente. Sendo assim, não se estaria avaliando de forma precisa o cuidado de enfermagem dispensado ao paciente na SRPA em relação à hipotermia. Comentário [I5] - Fórmula 2: Sugiro padronizar: para o leito de destino ou ao leito de destino Coleta de informações: comentário [i6] – parágrafo 2: o enfermeiro conseguirá essa informação mediante a aferição da temperatura e não pela observação Comentário [I6] – parágrafo 2: acredito que este dado não pertença mais à SRPA. Comentário: sugiro rever a redação do numerador (primeira fórmula). Com relação à segunda fórmula, acredito que a temperatura do paciente pode variar na chegada à unidade destino devido a outros fatores, consequentemente não estaria refletindo o cuidado de enfermagem na SRPA Especificidade: incapaz de contemplar sem revisão. Relacionado à segunda fórmula Exequível: este indicador é passível de ser mensurado desde que as unidades tenham a disposição o termômetro

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

A tabela 20 apresenta as respostas obtidas na segunda rodada de avaliação feita pelo grupo de juízes em relação ao indicador 10 e o quadro 29 as sugestões dos mesmos após essa etapa. O quadro 30 apresenta a versão final do indicador 9.

Tabela 20 – Consenso para a avaliação dos itens do Manual Operacional e dos atributos do indicador 10, Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica, de acordo com segunda rodada de avaliação do grupo de juízes. São Paulo, 2016.

Itens do manual	f	%	Atributos	f	%
Nome do indicador			Validade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Definição do Indicador			Sensibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Tipo de indicador			Especificidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Fórmula/número			Acessibilidade		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	0	0,0	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	6	100,0	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0
Coleta de informações			Exequível		
(1) Não contempla	0	0,0	(1) Não contempla	0	0,0
(2) Necessita revisão	0	0,0	(2) Necessita revisão	0	0,0
(3) Alteração mínima	1	16,7	(3) Alteração mínima	0	0,0
(4) Contempla totalmente	5	83,3	(4) Contempla totalmente	6	100,0
Total	6	100,0	Total	6	100,0

Quadro 29 − Sugestões dos juízes após a segunda rodada de avaliação dos indicadores em sala de recuperação pós-anestésica – indicador 10.

Juiz	**Indicador 10: Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica**
Juiz 5	Coleta de informações: coleta de dados de maneira observacional. Penso que pode se tornar em uma informação subjetiva. Acredito que pode ser realizada a aferição da temperatura

Quadro 30 − Versão final do indicador 10, Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Definição

Ao ser liberado para a unidade de destino, o paciente deve ser avaliado pelo anestesiologista e pelo enfermeiro da SRPA, garantindo que ele tenha tido todos os cuidados e que foi assistido adequadamente durante sua estadia na SRPA. (1)

Dois dos parâmetros para liberação do paciente são a normotermia e a manutenção da temperatura, além da ausência de tremores e desconfortos decorrentes da hipotermia. (1)

O paciente hipotérmico deve permanecer sob vigilância constante e não deve seguir ao leito de destino enquanto apresentar a temperatura axilar menor que 36ºC. Dessa maneira, garante-se a diminuição de riscos e a possibilidade de insatisfação com o período perioperatório devido aos desconfortos decorrentes do frio e, muitas vezes, acompanhados de tremores. (2)

A temperatura do paciente e seu conforto térmico podem estar diretamente relacionados a uma boa experiência anestésico-cirúrgica, pois a hipotermia pode levar o paciente a ter lembranças e impressões negativas do cuidado e, assim, relatar insatisfação com a anestesia, por exemplo. (3,4)

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed rev e atual. São Paulo: Manole; 2013.
2. Zappelini CE, Sakae TM, Bianchini N, Brum SP. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008:37(2);25-31.
3. Donabedian A. The role of autcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.
4. Benn J, Arnold IW, Rilley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012:109(1):80-91.

Tipo: indicador de resultado.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes normotérmicos no momento da alta da SRPA}}{\text{Número de pacientes liberados da SRPA para a unidade de destino}} \times 100$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%
⇨ Resultado considerado adequado = 95%

Coleta de informações:
Pode ser coletado pelo enfermeiro/ equipe de enfermagem medindo a temperatura, na alta do paciente, sempre ao final do atendimento na SRPA e registrando esse valor, ou de maneira retrospectiva, consultando os registros da alta do paciente para a unidade de destino.
Coleta mensal.

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica.

Inicialmente, a proposta do nome do indicador era Número de Pacientes Liberados para a Unidade de Destino, com Temperatura Menor que 36°C; após a rodada de avaliação e validação, passou a Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Na primeira rodada de avaliação e validação do indicador 10, quatro juízes (66,7%) avaliaram o nome do indicador como (4) ‘contempla totalmente’, um juiz (16,7%) como (3) ‘alteração mínima’, e outro (16,7%) como (2) ‘necessita revisão’. A alteração mínima proposta pelo juiz 5 foi a mudança do nome do indicador para “número de pacientes hipotérmicos no momento da alta da SRPA”, porém ao se refazer a fórmula do indicador, compreendeu-se que o indicador poderia ter o nome alterado para “número de pacientes normotérmicos no momento da alta da SRPA”. Os demais juízes não fizeram sugestões quanto ao nome do indicador. Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador 10 foi avaliado por seis juízes (100%) como (4) ‘contempla totalmente’.

A definição do indicador 10 foi avaliada na primeira etapa de avaliação e validação como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%) e um juiz (16,7) a avaliou como (3) ‘alteração mínima’. O juiz 2 sugeriu destacar a recomendação da temperatura como critério amplamente adotado por diversas associações. Destacou também a carência de recursos físicos em diversos serviços, o que pode acarretar aumento do tempo de recuperação e diversos eventos adversos ao paciente, em decorrência da hipotermia. O juiz 4 sugeriu a revisão quanto à temperatura ambiente, que poderia ter influencia direta na manutenção da temperatura, em especial, em serviços na Região Sul, onde ocorrem temperaturas baixas e podem inexistir equipamentos de manutenção da temperatura ambiente próxima da recomendada. Com esse comentário, ganhou força a ideia de que o indicador pode apontar a carência de estrutura física, levando o paciente a sensações desagradáveis e alterando sua satisfação com o serviço prestado na SRPA. O juiz 5 também sugeriu alteração no texto, com a retirada do termo: “qualidade da temperatura”. Com as alterações e sugestões propostas, o indicador 10 alcançou 100% de consenso, com (4) ‘contempla totalmente’ quanto à definição, na segunda rodada de avaliação e validação.

Na primeira rodada, a tipologia do indicar foi avaliada por quatro juízes como (4) ‘contempla totalmente’, como precisando de (3) ‘alteração mínima’ por um juiz (16,7%), como (1) ‘não contempla’ para outro (16,7%).

Quanto ao tipo do indicador, não houve sugestões por parte dos juízes. O indicador foi proposto como de resultado, pois apontou um desfecho de uma situação vivenciada na SRPA, ou seja, a manutenção e a recuperação da temperatura do paciente, que, na maioria das vezes, chega hipotérmico na SRPA. Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador alcançou consenso e foi acatado como (4) ‘contempla totalmente’ por todos os juizes.

Na primeira rodada de avaliação e validação quanto à fórmula/numero, o indicador recebeu de três juízes (50%) a avaliação (4) ‘contempla totalmente’. Um juiz (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’, e dois (33,3%), como (2) ‘necessita revisão’. O juiz 2 comentou a necessidade de definir o indicador quanto ao momento da coleta, ou seja, na unidade de destino ou SRPA. O indicador foi definido como aplicável na SRPA, e não na unidade de destino, na primeira hora de chegada do paciente, como a princípio proposto. Da mesma maneiro, o juiz 5 apontou a necessidade de rever onde o indicador seria aplicado e suas variáveis, por exemplo, no transporte do paciente a unidade de destino. Também sugeriu a padronização de termos como “unidade de destino” ou “leito de destino”; optou-se por usar sempre “unidade de destino”. Dessa maneira, a princípio, o indicador 10 contava com duas fórmulas de cálculo e, após a rodada de sugestões com os juízes, foi definida uma fórmula para cálculo do indicador, tratando do número de pacientes normotérmicos liberados na SRPA. Na segunda etapa de avaliação e validação do indicador 10, este atingiu 100% de (4) ‘contempla totalmente’ entre os seis juízes, validando esse item.

A coleta de informações do indicador 10, na primeira rodada, alcançou (4) ‘contempla totalmente’ para quatro juízes (66,7%); um juiz (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’ e outro como (2) ‘necessita de revisão’. O juiz 2 sugeriu a revisão do português do indicador, para não haver dúvidas sobre termos como “pode ser realizada”, por exemplo. Já o juiz 5 sugeriu deixar claro que a coleta não seria observacional, mas por meio do parâmetro temperatura e sua aferição, ou seja, uma dado objetivo, que não deixa dúvidas quanto à sua coleta.

O comentário do juiz 5 em relação à fórmula na chegada do paciente na unidade de destino também foi acatado, e a fórmula deixou de constar no indicador, pois é possível que fatores diversos não necessariamente ligados à qualidade da assistência prestada na SRPA alterem a temperatura do paciente. Pacientes pediátricos e idosos, por exemplo, podem sofrer alterações mais significativas da temperatura no POI.

Na segunda rodada de avaliação e validação, o indicador recebeu (4) ‘contempla totalmente’ de cinco juízes (83,3%) e um juiz apontou (3) ‘alteração mínima’. O comentário do juiz 5 disse respeito à coleta de maneira observacional, que estava proposta. Houve um ajuste na escrita final do indicador, levando em consideração tal comentário. O indicador foi, então, considerado validado por cinco juízes (83,3%) como (4) ‘contempla totalmente’; um juiz (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’. Considerado com essa porcentagem, o indicar foi validado quanto à coleta de informações.

O atributo validade foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por cinco juízes (83,3%) e um juiz (16,7%) o avaliou como (2) ‘necessita revisão’. Não houve sugestões quanto à validade especificamente, porém, com as alterações realizadas na fórmula e na coleta de informações, a validação do indicador alcançou 100% de (4) ‘contempla totalmente’ entre os juízes na segunda rodada de avaliação.

A sensibilidade do indicador 10 foi avaliada por quatro juízes (66,7%) como (4) ‘contempla totalmente’; dois juízes (33,3%) avaliaram como (3) ‘alteração mínima’.

Não foram feitas sugestões diretamente relacionadas à sensibilidade, mas, com os ajustes realizados no indicador, houve 100% de (4) ‘contempla totalmente’ nesse atributo na segunda rodada.

Quanto à especificidade, o indicador 10 foi avaliado por três juízes (50%) como (4) ‘contempla totalmente’; um juiz (16,7%) avaliou como (3) ‘alteração mínima’; e dois juízes (33,3%) como (2) ‘necessita revisão’. Os juízes 2 e 5 sugeriram que o indicador esclarecesse seu objetivo, ou seja, se a medida seria usada para avaliar a SRPA ou unidade de internação. Feito o ajuste a fórmula de cálculo contendo a temperatura na primeira hora após a chegada do paciente na unidade de destino foi desconsiderada e retirada do indicador. Na segunda rodada, o indicador 10 foi avaliado como (4) ‘contempla totalmente’ por 100% dos juízes.

Na primeira rodada de avaliação e validação do atributo acessibilidade, cinco juízes (83,3%) avaliaram como (4) ‘contempla totalmente’ e um (16,7%) como (3) ‘alteração mínima’. Os juízes não fizeram sugestões diretamente relacionadas ao atributo, mas, mais uma vez, ao se ajustarem as fórmulas de cálculo do indicador, ele alcançou (4) ‘contempla totalmente’ de 100% dos juízes na segunda rodada.

Na primeira rodada, o atributo exequível do indicador alcançou (4) ‘contempla totalmente’ de cinco juízes (83,3%); um juiz (16,7%) avaliou como ‘alteração mínima’. O juiz 5 observou que o indicador somente seria exequível se as unidades de SRPA tivessem disponíveis termômetros para as medidas de temperatura. Apesar das realidades diversas que o indicador pode contemplar em sua avaliação e segundo as práticas recomendadas da SOBECC, a unidade de SRPA deve ter equipamentos considerados básicos como: saídas de oxigênio com fluxomêtros, saída de ar comprimido, fonte de aspiração a vácuo, foco de luz, tomadas, oxímetro de pulso, monitor eletrocardiográfico, esfigmomanômetro, termômetro timpânico e estetoscópio. [31] Dessa perspectiva, a SRPA deve investir na estrutura de materiais e equipamentos, para que não ocorra comprometimento da qualidade do cuidado. Na segunda etapa, o indicador alcançou consenso de 100% com (4) ‘contempla totalmente’ quanto a ser exequível, validando o atributo.

A avaliação da hipotermia constitui um aspecto essencial à recuperação do paciente na SRPA. Além da importância em relação à morbidade e aos riscos, o paciente tem uma percepção negativa da assistência na SRPA ao sentir frio ou tremores no POI. A SOBECC fala dos aspecto do controle da temperatura e hipotermia na SRPA desde a questão estrutural, em que é necessário o controle da temperatura da SRPA (que deve variar de 20 a 24ºC). A temperatura deve ser mantida sob controle para favorecer a recuperação térmica do paciente no pós-operatório. [31]

A SOBECC também recomenda que, na admissão do paciente na SRPA, seja medida a temperatura de maneira sistemática a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada 1 hora nas horas subsequentes, como parte do controle dos sinais vitais do paciente. [31] Esse cuidado se relaciona à possibilidade de o paciente apresentar hipotermia na SRPA. A avaliação da

temperatura, e as medidas de controle e tratamento da hipotermia são implementadas com o objetivo de reestabelecer a normotermia do paciente.

A proposta de indicadores para avaliação da qualidade da assistência relacionada à hipotermia seguiu a proposta da criação de indicadores de estrutura, processo e resultado, segundo as dimensões da qualidade de Donabedian, entendendo que as três dimensões estão ligadas e são interdependentes entre si. Portanto foram propostos indicadores que pudessem trazer as três dimensões consideradas.

O indicador 7, por exemplo, trata da dimensão da estrutura, e da necessidade de avaliação e revisão dos serviços para alcance da qualidade, tendo em vista que a hipotermia e os tremores podem afetar diretamente a opinião e a satisfação do paciente quanto ao cuidado prestado na SRPA.

A hipotermia é frequente e pode afetar os mais diversos pacientes na SRPA. A incidência da hipotermia inadvertida no período perioperatório pode ser encontrada em 60 a 90% dos pacientes no POI na SRPA. [75] A ocorrência da hipotermia é registrada em 50 a 90% dos pacientes na SRPA. [73]

Dentre a população suscetível a esse evento, os idosos nos CCs e SRPA merecem atenção, pois são mais sensíveis à alteração da temperatura, devido à redução da eficiência do centro termorregulador, associada à redução do mecanismo de vasoconstrição, da gordura subcutânea, e da circulação periférica. Isso pode ocasionar variações de temperatura intra e pós-operatórias com maior frequência do que em indivíduos adultos. [31]

São também necessários sistemas de aquecimento eficazes, além de enfaixamentos dos membros e infusão de soluções aquecidas, para manutenção da temperatura ideal, que podem ser implementados conforme protocolos de atendimento na SRPA. [31]

Quanto ao método considerado “ideal“ para a recuperação da temperatura corpórea perdida no período perioperatório, o sistema de ar quente tipo manta térmica é considerado o mais eficaz e deve ser adotado sempre que possível no transoperatório e POI. [71]

O sistema de aquecimento de soluções endovenosas é outra opcão para a manutenção e a recuperação da temperatura na SRPA. Esse sistema não demonstrou eficácia quando testado para tratamento da hipotermia, porém é

significativo o tempo de permanência do paciente na SRPA, pois quanto mais longa sua permanência, mais chance de recuperar a temperatura o paciente tem. O aumento de tempo de recuperação anestésica, contudo, pode influenciar diretamente nos custos da assistência e na qualidade do cuidado prestado. [76]

Existem recomendações para o uso da manta térmica no período perioperatório. Porém ainda há resistência para sua utilização, relacionada aos custos desse sistema. Os custos indiretos da hipotermia podem justificar o uso da manta térmica, como, por exemplo, o aumento do tempo de recuperação, do tempo de enfermagem e dos eventos adversos. Sob esse aspecto, o uso da manta térmica pode ter impacto de redução do custos de hospitalização, implementando a qualidade do cuidado prestado. [76]

Deve se optar por avaliar a estrutura para controle e tratamento da hipotermia, já que a manta térmica é o sistema mais eficaz de tratamento da hipotermia no período perioperatório, em especial na SRPA.

Outro desafio para o cuidado na SRPA está no registro das atividades e intervenções desenvolvidas na SRPA, o qual constitui um setor de alta rotatividade das leitos e, em alguns casos, carente de recursos humanos especializados. A assistência de enfermagem pode ser dificultada de forma sistemática, levando, por sua vez, a dificuldade em alcançar padrões de qualidade ideais dentro desse setor. [77]

Estudo realizado com 30 pacientes na SRPA evidenciou a necessidade de implementação da sistematização da assistência de enfermagem na SRPA, devido ao grande risco de os pacientes em presentarem complicações e intercorrências. [77]

A assistência de enfermagem voltada para a detecção precoce e a prevenção de complicações é um dos objetivos principais da enfermagem na SRPA. No entanto, para sua implementação e implantação, é necessário também o registro adequado da assistência e dos cuidados prestados. [77]

A existência de instrumentos de registro, componentes da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na SRPA, deve direcionar o profissional a registrar efetivamente toda a assistência prestada, porém ainda há dificuldades nesse sentido − daí a criação do indicador que busca evidenciar se o registro da assistência, nesse caso na hipotermia, é realizado.

O uso sistemático de um instrumento de registro facilita a comunicação eficiente entre as equipes, preenchendo uma lacuna referida pelos profissionais de enfermagem em relação à continuidade das informações. [68]

Pesquisa realizada com enfermeiros de hospitais no interior de São Paulo mostrou que as dificuldades dos enfermeiros das unidades de internação, em relação à assistência prestada na SRPA, referiram-se à ausência de instrumento de registro da SRPA no prontuário e à falta de passagem de plantão via telefone, seguida da ausência de informações consideradas necessárias no instrumento (preenchimento incompleto). Mesmo em hospitais nos quais já existem instrumentos implantados para registro da assistência, os enfermeiros referem que o instrumento tem falhas em seu preenchimento. [68]

Registros são fundamentais para a comunicação efetiva. A informação deve ser avaliada do ponto de vista qualitativo, e ser exata e atualizada. Dessa maneira, é possível desenvolver um processo de tomada de decisão que reverta a situação em benefício do cliente, da empresa e do profissional. [78]

Para o uso de indicadores, os registros precisam ser realizados, facilitando a avaliação do serviço prestado. Se realizados de maneira inadequada, tais registros podem comprometer a segurança, além de haver dificuldade em mensurar os resultados assistenciais advindos das práticas da equipe de enfermagem. [78]

Estudo realizado com 424 prontuários de pacientes internados nas diversas unidades do hospital detectou anotações e evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou evoluções semelhantes à evolução médica, incluindo condutas e prescrições. Foram ainda observadas falhas na legibilidade, erros ortográficos, uso de terminologias de forma incorreta, siglas não padronizadas, e falta de identificação do profissional. [68]

A avaliação da hipotermia na SRPA e a implementação de medidas de melhoria demandam protocolos de detecção precoce, além de recursos para registro e monitoramento dos casos, para tratamento imediato. A avaliação eficaz da hipotermia no paciente na SRPA pode auxiliar na percepção de um atendimento de qualidade, pautado nos direitos do paciente, e na prevenção de morbidades e riscos, constituindo a essência de um cuidado de qualidade por parte da enfermagem na SRPA.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade de serviços de saúde constituiu um grande desafio a essa pesquisa, em especial em um setor tão específicos de assistência em saúde, como a sala de recuperação pós-anestésica.

Os indicadores elaborados enfatizaram o cuidado de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, considerando eventos dor e hipotermia, cuja incidência é alta.

Forma elaborados dez indicadores de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, seguindo o referencial teórico de Donabedian, a saber: estrutura, processo e resultado.

Foi elaborado um indicador de estrutura, Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, para atender as questões estruturais da avaliação da dor e hipotermia.

Os indicadores de avaliação do cuidado de enfermagem com paciente com dor na SRPA foram cinco, sendo quatro de processo (Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor; Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; e Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e um de resultado (Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica).

Os indicadores elaborados para avaliar o cuidado de enfermagem relacionados à hipotermia foram quatro, sendo dois indicadores de estrutura (Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós Anestésica), um de processo (Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e um de resultados (Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica).

Todos os indicadores passaram por duas rodadas de avaliação e validação, com uso do método Delphi, e foram validados com consenso considerado estatisticamente significativo.

Uma limitação do estudo foi a restrição do grupo de juízes, composto exclusivamente de enfermeiros. O envolvimento de profissionais da área de anestesiologia seria extremamente interessante, mas não foi possível, o que não exclui a possibilidade de estudos futuros envolverem enfermeiros e médicos. O tempo de realização da pesquisa pode ter sido outra limitação, pois impossibilitou a aplicação dos indicadores na prática, validando-os com profissionais atuantes nas sala de recuperação pós-anestésica.

Pontuamos ainda que fazem-se necessários sistemas de avaliação informatizados e recursos humanos capacitados para a coleta e aplicação dos indicadores, e a análise dos resultados, porém acreditamos ser possível e totalmente aplicáveis os indicadores propostos nessa pesquisa, evidenciando uma perspectiva de envolvimento dos profissionais de enfermagem e de equipes multiprofissionais para a sua maior acurácia e efetividade.

O envolvimento de gestores, da equipe multiprofissional e dos paciente se torna fundamental e merece um olhar especial das equipes, em especial na busca da qualidade e da satisfação do paciente, para um cuidado livre de danos, riscos e, principalmente, seguro.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Wikipedia [Internet]. Qualidade. [cited 2016 jan 25]. Available from: www.wikipedia.org/wiki/qualidade

2. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. In: Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; 1990.

3. Juran JM. Qualidade no século XXI. 1997 [cited 2016 Jan 28]. Available from: http://docplayer.com.br/6359538-Qualidade-no-seculo-xxi.html

4. Wood Jr T, Urdan FT Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. Revista de Administração de Empresas. 1994;34(6):46-59.

5. Sobre Administração [Internet]. Norma ISO 9001 - O que é e como funciona. 2013 [cited 2016 Jan 25]. Available from: http://www.sobreadministracao.com/o-que-como-funciona-iso-9001/

6. Fonseca AS, Yamanaka NM, Barison TH, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. O Mundo da Saúde. 2005;29(2);161-9.

7. D'Innicenzo M, Adami NP, Cunha IC O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(1)84-8.

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) [Internet]. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) - resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, DF: Anvisa; 2007 [cited 2016 Jan 25]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf

9. Feldman LB, Gatto MA, Cunha IC. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):231-9.

10. Wikipedia [Internet]. Avedis Donabedian. [cited 2016 jan 25]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Avedis_Donabedian

11. Szczerban J. Quality assurance. [cited 2016 Jan 28]. Available from: http://www.eolss.net/sample-chapters/c03/e1-14-03-02.pdf

12. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem. 2.ed. São Paulo: Associação Paulista de Medicina/ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2012.

13. Machado JP, Martins AC, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Publica. 2013;29(6):1063-82.

14. Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev Saúde Públ. 1991;25:64-71.

15. McHugh MD, Stimpfel AW. Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. Res Nurs Health. 2012;35(6):566-75.

16. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CK, Drumond Jr M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Cien Saude Coletiva. 2012;17(4):839-49.

17. Treviso P, Brandão FH, Saitovich D. Construção de indicadores em serviços de saúde. RAS. 2009;11(45):161-70.

18. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):429-37.

19. Lacerda RA, Levin AS, Oliveira MS, Garcia CP, Turrini RT. Indicadores de desempenho sobre uso de antibioticoprofilaxia cirúrgica: construção e validação. R Ci Méd Biol. 2009;8(3):270-82.

20. Schout D, Novaes HM. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Cien Saude Coletiva. 2007;12(4):935-44.

21. Angelo ML, Demarchi TM, Lima EC. Análise crítica dos indicadores: experiência de implantação em um hospital público. RAS. 2011;13(53):207-11.

22. Hinrichsen SL, Hinrichsen PE, Vilella TA, Oliveira CL, Campos M, Sabino G, et al. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. RAS. 2011;13(53):199-206.

23. Tronchin DM, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin AC. Subsídeos teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde Rev Gaucha Enferm. 2009;30(3):542-6.

24. Gouvêa CS, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2010;26(6):1061-78.

25. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003;15(6):523-30.

26. Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bull. 1989;15(11):330-9.

27. Moreno Jr. JM, Zucchi P. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. RAP. 2005;39(1):7-16.

28. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. Int J Qual Health Care. 2003 Dec;15 Suppl 1:i5-11.

29. Lynn MR. Determination and quantification of content validity Nurs Res. 1986;35(6):382-5

30. McKechnie FB, Fraulini KE. Development of the post anesthesia care unit. In: Fraulini KE. After anesthesia. A guide for PACU, ICU and medical-surgical nurses. California; Appleton & Lange Norkwalk; 1987. p. 3-16.

31. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed rev e atual. São Paulo: Manole; 2013.

32. Pita P. História e atualidades da RPA. In: Bonfim IM, Malagutti W. Recuperação pós-anestésica assistência especializada no centro cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2010. p. 19-28.

33. Tennant I, Augier R, Crowford-Sykes A, Ferron-Boothe D, Meeks-Aitken N, Jone K, et al. Complicações pós-operatórias menores relacionadas a anestesia em pacientes de cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas em um hospital universitário de Kingston, Jamaica. Revista Brasileia de Anestesiologia. 2012;62(2);193-8.

34. Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(5);881-7.

35. Fraulini KE. Nursing care of the postanesthesic patient. In: Fraulini KE. After anesthesia. A guide for PACU, ICU and medical-surgical nurses. California; Appleton & Lange Norkwalk; 1987. p. 139-84.

36. Bonfim IM. Assistência de enfermagem na RPA. In: Bonfim IM, Malagutti W. Recuperação pós-anestésica assistência especializada no centro cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2010. p. 67-80.

37. Cesar DS. Recuperação pós-anestésica. In: Auler Jr JO, Miyoshi E, Leitão FB, Bello CN. Manual teórico de anestesiologia para o aluno de graduação. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 131-46.

38. Hinrichsen SL, Oliveira CL, Campos MA, Possas LC, Sabino G, Vilella TA Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo piloto. RAHIS Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2011 [cited 2016 jan

28]; 7:11-7. Available from: http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1400

39. Kazandjian VA, Wicker KG, Matthes N, Ogunbo S. Safety is parto f quality: a proposal for a continuum in performance measurement. J Eval Clin Pract. 2008;14(2):354-9.

40. Benn J, Arnold IW, Riley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. Br J Anaesth. 2012;109(1):80-91.

41. Donabedian A. The role of autcomes in quality assesment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

42. Donabedian A. The seven pillars of quality Arch Pathol Lab Med. 1990;114(11):1115-8

43. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of Quality and Approached to its Assessment. Michigan: Health Administration Press Ann Arbor; 1982. Volume I.

44. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3):Suppl:166-206.

45. Donabedian A. Some issues in evaluating the quality of nursing care. In: American Public Health Association. Ninety-Sixth Annual Meeting in Detroit, Mich, November 14, 1968. 1968 [cited 2016 Jan 28]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1226726/pdf/amjphnation00052-0043.pdf

46. Mears A, Vesseur J, Hamblin R, Long P, Ouden LD Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators. Int J Qual Health Care. 2011;23(6):637-44

47. Popov DC, Peniche AC. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):953-61.

48. Nicole AG. Construção e validação de indicadores de avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2009.

49. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária em saúde. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(3):207-16.

50. Azevedo JS. Técnica Delphi. Um guia passo a passo. [cited 2016 Jan 28]. Availalble from:

http://www.trf5.jus.br/downloads/Artigo_23_Tecnica_Delphi_um_Guia_Passo_a_Passo.pdf

51. Helmer O, Dalkey N. An experimental application of the Delphi method to the use of experts.California: United States Air Force Project Rand; 1963 [cited 2016 Jan 28]. Availalble from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2009/RM727.1.pdf

52. Chenso MZB, Haddad MCL, Sêcco IAO, Dorigão AM, Nishiyama MN Cálculo de Pessoal de Enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v.25,p81-92, jan/dez, 2004.

53. Leite AS, Turrini RT. Análise do Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico nas escolas de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2014;67(4):51-9.

54. Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003;290(12):1617-23.

55. Vila VS, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(3);300-7..

56. Paula GR, Reis VS, Ribeiro FA, Gagliazzi MT. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. Rev Dor. 2011;12(3):265-9.

57. Ovalle TS, Hernandez ED, Olivares AC. Prevalencia del dolor portoperatorio en cirurgía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Rev Soc Esp Dolor. 2011;18(2);91-7.

58. Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MC. Prevalência e Influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(3);314-20.

59. Moro ET, Godoy RC, Goulart AP, Muniz L, Modolo NS. Principais preocupações dos pacientes sobre as complicações mais frequente na sala de recuperação pós-anestésica. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(6);716-24.

60. Pérez NE, Usoles ER, Jimenez G, Sanchez M, Nadal MB, Ferrer A Analgesia potoperatoria en cirurgía mayor: es hora de cambiar nuestros protocolos? Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(4)239-45.

61. Pimenta CA, Santos EM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BA. Controle da dor no pós-operatório. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):180-3.

62. Secoli SR, Moraes VC, Peniche AC, Vattimo MF, Duarte YA, Mendoza IY Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Esp2):1244-9.

63. Bidese BL, Sakuma KA, Andrade Jr. A, Sartor MC. Analgesia pós-operatória por não especialistas em dor. Rev Dor. 2014;15(1):36-40.

64. Contreras-Dominguez VA, Carbonell-Bellollio PE, Ojeda-Greciet AC, Sanzana ES. Analgesia controlada pelo paciente reduz consumo de bupivacaína no bloqueio femoral no tratamento da dor pós-operatória após reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho. Rev Bras Anestesiol. 2007;57(4);356-65.

65. Péon AU, Diccini S. [Postoperative pain in craniotomy]. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(4):489-95

66. Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N. Avaliação da efetividade da analgesia pós-operatória em hospital no sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008;37(1);18-24.

67. Bressan FR, Alves Neto O, Nobrega MS, Tribbis Jr. N. Estratégia para a implementação de um serviço de tratamento da dor no hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás. Rev Dor. 2010;11(1):45-9.

68. Reda E, Peniche AC. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):24-31.

69. Fonseca AS, Yamanaka NM, Barison TH, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistências: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Mundo Saude. 2005;29(2):161-9.

70. Oliveira DR, Jacinto SM, Siqueira CL. Auditoria de enfermagem em centro cirúrgico. Rev Adm Saude. 2013;15(61):151-8.

71. Craig L, Muetterties MD, Donald E, Martin MD. Porstoperative. Pennsylvania Society of Anesthesiologists. [cited 2016 Jan 28]. Availalbe from: http://www.psanes.org/Anesthesiologists/ClinicalResources/StandardsPracticeParametersRecommendations/Postoperative/tabid/156/Default.aspx

72. Feinstein L, Miskiewicz M. Perioperative hypotermia: review for the anesthesia provider. The Internet Journal of Anesthesiology. 2009 [cited 2016 Jan 28];27(2);1-8. Available from: http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10779

73. Slagle JA. Implementation of a warming protocol to prevent inadvertent perioperative hypothermia in the ambulatory surgical setting. San Francisco: University of San Francisco, USF Scholarship Repository; 2015 [cited 2016 Jan 28].

Available from: http://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1165&context=capstone

74. Da Soller SA, Regis Filho GI. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. RAP. 2011;45(3):591-610.

75. Kiekkas P, Poulopoulou M, Papahatzi A, Souleles P. Effects of hypothermia and shivering on standard PACU monitoring of patients. AANA J. 2005;73(1):47-53.

76. De Mattia AL, Barbosa MH, Rocha AM, Pereira NH. Hipotermia em pacientes na recuperação pós-anestésica. Rev Eletr Enf. 2014;16(4):787-94.

77. Araujo EA, Paula WK, Oliveira LA, Arruda AC. Sistematização da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC. 2011;16(3):43-51.

78. Setz VG, D'Innocenzo. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como juiz de forma voluntária para validação de conteúdo dos indicadores da pesquisa intitulada: **"INDICADORES DE AVALIAÇAO DE SERVIÇOS DE SAUDE EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA ".** Esta pesquisa tem como objetivo geral validar indicadores de qualidade em Sala de Recuperação Anestésica, por meio da identificação, seleção, construção e validação. Sua participação será por meio de instrumento enviado via correio eletrônico.

Não será divulgada a identificação de nenhum voluntário, não existindo nenhum procedimento, risco, danos, despesas pessoais, compensação financeira ou benefícios diretos, no entanto o(a) senhor(a) ao final do estudo contribuirá para a melhoria da qualidade do serviço e segurança do paciente em Sala de Recuperação Pós Anestésica. É garantido a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e/ou da sua participação, sem qualquer prejuízo relacionado.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a enfermeira **Débora Cristina Silva Popov**, a qual apresenta o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa além de manter o(a) senhor(a) atualizado(a) sobre os resultados. A pesquisadora pode ser encontrada na Rua Catulo da Paixão Cearense, 566 – apto 84 - Saúde (São Paulo-SP), TEL: 11 38921226 - email: deborapopov10@gmail.com/deborapopov@usp.br. Se o(a) Senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Discuti com a Enfermeira Débora Cristina Silva Popov sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros os propósitos do estudo, procedimentos, garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento no serviço.

Assinatura do participante Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

APÊNDICE B - Questionário para Caracterização dos Juízes

CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

A) Sexo:

(1) Feminino

(2) Masculino

B) Idade: _____ anos

C) Formação:

(1) Enfermagem

(2) Medicina

D) Graduação:

D.1) Nome da Instituição de Ensino onde cursou a graduação:

_____

D.2) Tipo da Instituição de Ensino:

(1) Pública

(2) Privada

D.3)Tempo de formado: _____ anos

E) Pós-Graduação:

E.1) Lato Sensu – Especialização:

Nome do Curso: _____

Instituição:

Ano de Conclusão: _____

E.2) Stricto Sensu – Mestrado:

Área: _____

Instituição:

Ano de Conclusão: _____

E.3) Stricto Sensu – Doutorado:

Área: _____

Instituição:

Ano de Conclusão: _____

E.4) Pós-Doutorado:

Área: _____

Instituição:

Ano de Conclusão: _____

F) Atuação Profissional:

F.1) Áreas de atuação: (assinale mais de uma, se for o caso)

(1) Hospitalar

(2) Clínicas / Consultórios

(3) Acadêmica / Ensino

(4) Outra. Qual?

F.2) Tipo de Instituição Hospitalar em que atua:

(1) Pública

(2) Particular

F.3) Tempo de atuação na área de Anestesia / Recuperação Pós-Anestésica:

_____ anos e _____ meses

F.4) Carga horária atual na Sala de Recuperação Pós-Anestésica:

_____ horas por semana

APÊNDICE C - Questionário de Validação dos Indicadores

JULGAMENTO 1: CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Por gentileza, considere as proposições indicadas abaixo, assinale a opção que mais traduz sua opinião sobre o item a ser avaliado e utilize o espaço para comentários e sugestões. Se preferir, indique as modificações/correções no texto do Manual Operacional.

A) O item "nome" do indicador descreve a principal atividade de cuidado ou evento a ser avaliado?

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

B) O item "definição" do indicador define a prática com clareza, justifica a sua importância e seu objetivo e fornece o embasamento teórico para o conteúdo do indicador por meio da citação de referências?

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

C) O item “tipo” de indicador está adequado para a finalidade que se pretende de acordo com o modelo avaliativo descrito por Donabedian (Estrutura–Processo–Resultado)?

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

D) O item “fórmula/número” descreve de forma clara e objetiva o que se propõe a medir? (o indicador pode ser um número absoluto, uma relação entre dois eventos ou uma qualidade entre dois eventos)

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

E) O item “coleta de informações” descreve a forma como será coletado os dados, as fontes necessárias para a avaliação e sugere a frequência da avaliação?

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

JULGAMENTO 2: DOS ATRIBUTOS DO INDICADOR

Esta avaliação refere-se à validação de cinco atributos necessários para o indicador criado. Pensando no indicador descrito anteriormente, favor preencher as questões abaixo:

A) Validade (Validity): o grau em que o indicador atinge o seu propósito.

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

B) Sensibilidade (*Sensitivity*): o grau em que o indicador é inteligível ou faz sentido.

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

C) Especificidade (*Specificity*): o grau em que o indicador é capaz de identificar apenas os casos em que existam reais problemas de qualidade no cuidado.

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

D) Acessibilidade: os dados propostos para comporem o cálculo do indicador podem ser acessados rapidamente e com custo mínimo.

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

E) Exequível: a medida é aplicável, objetiva e permite mensurar, sem julgamento subjetivo.

(1) Não contempla

(2) Incapaz de contemplar sem revisão

(3) Contempla, mas precisa de alteração mínima

(4) Contempla totalmente

Comentários e sugestões:

APÊNDICE D - Manual Operacional dos indicadores para avaliação e validação na primeira rodada

INDICADOR 1: Número de profissionais enfermeiros exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de profissionais enfermeiros exclusivos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA.

Definição: O Enfermeiro é um profissional essencial na SRPA, devido a sua formação e suas atribuições, legisladas na Lei do Exercício Profissional n. 7.498, onde no Artigo 11, diz que o enfermeiro é o responsável por prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem a pacientes com maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Dessa maneira, a SRPA sendo um local de atendimento a pacientes no período pós-operatório imediato, podemos compreender esse cuidado como um cuidado crítico e pode trazer risco ao paciente, se os profissionais que lá estiverem, não tiverem a devida qualificação e formação. [(1)]

O número de enfermeiros deve ser proporcional ao número de leitos na SRPA. Portanto, temos a seguinte recomendação: um enfermeiro para três pacientes dependentes de respirador; e um enfermeiro para oito pacientes não dependentes de respiradores. [(2)]

Devido à especificidade da SRPA, a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) recomenda que o enfermeiro do Centro Cirúrgico / SRPA seja um especialista nessas áreas, pois além de prestar assistência direta ao paciente, precisa treinar sua equipe e supervisionar os aspectos éticos e de segurança do paciente. [(2)]

Evidências também mostram que quanto maior o número de profissionais enfermeiros e seu grau de especialização, há redução da taxa de mortalidade e morbidade em pacientes cirúrgicos. Esse resultado também está relacionado à carga de trabalho na SRPA, pois quanto maior o número de enfermeiros, menor a carga de trabalho e maior a segurança ao paciente. [3]

Dessa maneira garantimos a legitimidade e equidade da assistência ao paciente, pilares considerados por Donabedian como essenciais ao cuidado de qualidade, pois podemos garantir a igualdade de recursos e seus benefícios a todos os membros de uma sociedade, além de adaptar o serviço a necessidade, satisfação e bem estar da população. [4]

Por fim, a exclusividade se relaciona a não ser possível a ausência do enfermeiro exclusivo na SRPA, devido a características da unidade e perfil do profissional na SRPA. Em muitas realidades ainda encontramos o enfermeiro do Centro Cirúrgico exercendo suas funções em dois ou mais setores (por exemplo: SRPA e CME, ou SRPA e Centro Cirúrgico).

1. Brasil Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Lei 7.498/86 de 25 de junho de 1986. Regulamentada pelo decreto n. 94.406, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.

3. Aiken, L.H. et al. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA, v. 290, n. 12, September 24, 2003.

4. Donabedian A. The role of autcomes in quality assesment and assurance. QRB

Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: Indicador de estrutura.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de leitos na SRPA de pacientes não dependentes de respirador}}{\text{Número de enfermeiros exclusivos na SRPA}}$$

⇨ Ideal = até 8 leitos de SRPA por enfermeiro.

$$\frac{\text{Número de leitos na SRPA de pacientes dependentes de respirador}}{\text{Número de enfermeiros exclusivos na SRPA}}$$

⇨ Ideal = 3 a 4 leitos de SRPA por enfermeiro.

Coleta de informações: coleta direta com o gestor de enfermagem para coleta desses dados. Coleta anual, levando em consideração os períodos de maior movimento na SRPA, e características da unidade.

INDICADOR 2: Número de prescrições de analgesia ao paciente ao chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de prescrições de analgesia ao paciente ao chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA.

Definição: A dor é um evento comum na SRPA, devido ao trauma cirúrgico, e as respostas do organismo a agressão do procedimento cirúrgico. A incidência de dor na SRPA pode variar de 30 a 90% dos casos, sendo em muitos destes, descrita como dor moderada a intensa, em diversas modalidades cirúrgicas. [1,2,3]

A dor forte no local da cirurgia é citada como uma das principais preocupações do paciente ao acordar na SRPA, portanto pode influenciar na satisfação do cliente com o cuidado pós operatório. [4]

Também encontramos que a dor no paciente na SRPA, em muitos casos, é aquela avaliada como moderada (de 4 a 6 na escala numérica de dor) a intensa (de 7 a 10 da escala numérica de dor). [5]

Sabe-se que quanto mais precoce institui-se a analgesia pós operatória, melhores resultados na evolução do paciente em relação a resposta ao tratamento, desenvolvimento de reações adversas e a dor crônica. [6]

A prescrição de analgesia na SRPA não deveria não ser aquela de resgate ou demanda, ou seja, prescrita somente quando necessária, e sim constar horário, dose, via de acesso, etc. [5,6]

O controle inadequado da dor pode estar associado a equipe que assiste o paciente, e pode estar relacionada a falta de treinamento adequado, avaliação incompleta da dor e receio sobre os possíveis efeitos colaterais dos analgésicos. [5]

A possibilidade de tratamento eficaz da dor de maneira precoce, garante os princípios de qualidade citados por Donabedian: eficácia, eficiência,

aceitabilidade, legitimidade, e equidade, pilares da qualidade da assistência em saúde. [7]

1. Secoli SR, Moraes VC, Peniche ACG, Vattimo MFF, Duarte YAO, Mendoza IYQ Dor pós operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp2):1244-9.
2. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JAJ, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV Avaliação da Intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós operatório imediato de cirurgias ortopédicas. Esc Anna Nery 2014; 18:143-147.
3. Couceiro, TCM, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MCF Prevalência e Influência do Sexo, Idade e Tipo de Operação na dor Pós-Operatória. Rev Bras Anestesiol 2009;59:3:314-320.
4. Moro ET, Godoy RCS, Goulart AP, Muniz L, Modolo NSP Principais Preocupações dos Pacientes sobre as complicações mais frequentes na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Rev Bras Anestesiol 2009;59:6:716-724.
5. Bidese LB, Sakuma KA, Andrade A, Sartor MC Postoperative analgesia by non-specialists in pain. Rev. Dor São Paulo, 2014 jan-mar; 15(1):36-40.
6. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.
7. Donabedian A. The role of autcomes in quality assesment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: indicador de processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de prescrições de analgesia ao paciente ao chegar na SRPA}}{\text{Número de pacientes admitidos na SRPA}} \times 100$$

Resultado considerado ideal – 100

Resultado considerado adequado – 90 a 100

Coleta de informações:

Checagem das prescrições de terapêutica medicamentosa para dor ao chegar na SRPA por um dos profissionais da SRPA – enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Registrar:
Registro número _____

Prescrição médica de analgesia	( ) Sim	( ) Não
Horário da medicação analgésica	( ) Sim	( ) Não

Coleta mensal até atingir o valor considerado adequado ou ideal.

INDICADOR 3: Número de prescrições de analgesia iniciadas Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA – após queixa de dor

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de prescrições de analgesia iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA – após queixa de dor.

Definição: A dor pós operatória deve ser tratada de maneira preventiva, pois dessa maneira se torna mais fácil de manejar e tratar. A analgesia pós-operatória adequada pode ter início no período pré-operatório, por meio da inibição prévia das vias nociceptivas por meio de intervenção farmacológica, com o objetivo de reduzir a dor desencadeada pela ativação de mecanismos inflamatórios e impedir que o paciente apresente memória da resposta dolorosa.[1]

Encontramos em destaque também a necessidade de avaliações sistemáticas da dor durante todo o período de internação e não somente em determinadas situações específicas, como por exemplo, quando o paciente relata a dor. [2]

No caso do paciente cirúrgico a experiência dolorosa tem relação com o trauma tecidual, manipulação cirúrgica, e a subjetividade da experiência dolorosa de cada indivíduo. Dessa maneira, encontramos a recomendação de tratamento analgésico em pós operatório, nas primeiras 48 horas do pós operatório, seguida de diminuição da terapia até sua total retirada. [3]

Ao esperarmos o paciente relatar a dor para então darmos inicio ao seu tratamento, podemos lidar com uma dor de mais difícil manejo, levando o paciente a ansiedade, estresse, aumento da morbidade pós-operatória, aumento do tempo de recuperação pós anestésica, e retardo na recuperação do paciente. [3]

A terapêutica inadequada da dor pós-cirúrgica resulta em aumento do intervalo de tempo de hospitalização, aumento da morbimortalidade perioperatória, elevação de custos de saúde e processo álgico cronificado.[3]

O tratamento inadequado da dor pós-operatória também é evidenciado por sub prescrições e sub administrações de drogas analgésicas, o que pode trazer sofrimento desnecessário ao paciente.[4]

1. Campiglia L, Consales G, De Gaudio AR, Pre-emptive analgesia for postoperative pain control: a review. Clin Drug Investig 2010;30 (Suppl2):15-26.
2. Souza FAEF Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem, 2002.
3.Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N Avaliação da efetividade da analgesia pós operatória em hospital no Sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol.37, n1,2008.
4.Pimenta CAM, et al Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. Rev Paulista Enferm 1992;11(1):3-10.

Tipo: indicador de processo

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Numero de prescrições iniciadas na SRPA após queixa de dor}}{\text{Número de pacientes com dor ao chegarem na SRPA}} \times 100$$

Número considerado adequado/ideal: até 5%

Coleta de informações:

Observacional na SRPA, com verificação prévia da prescrição médica existente, e a prescrição de analgesia.

Prescrição de analgesia	( ) sim	( ) não

Início após queixa álgica do paciente	( ) sim	( ) não

INDICADOR 4: Percentual de registro da avaliação da dor do paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Percentual de registro da avaliação da dor do paciente ao chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA.

Definição: A dor é um desconforto presente na SRPA, onde encontramos o trauma tecidual, a manipulação cirúrgica, tipo de cirurgia, como suas causas mais comuns. Apesar da sua alta incidência, chegando a 60% dos pacientes na SRPA, ainda encontramos dificuldade dos profissionais da saúde em avaliarem e tratarem essa tão comum complicação.[1]

Dessa maneira, temos a recomendação da avaliação da dor como quinto sinal vital, porém, apesar desses esforços e recomendações, ainda temos falhas nos registros dos cuidados prestados ao paciente na SRPA.[2,3]

Apesar de reconhecermos a importância dos registros em saúde, ainda encontramos diversas dificuldades na sua realização, entre elas: ausência de instrumentos de registro, ausência das informações importantes no instrumento da SRPA, e preenchimento incompleto dos registros. Na ausência de registros, os profissionais acabam buscando informações no prontuário, via telefone, ou até mesmo do funcionário que realizou o transporte do paciente para seu leito de destino após a alta da SRPA. [3]

É recomendado que o enfermeiro avalie e registre dados relacionados a dor do paciente assim que este chegar na SRPA, quanto a sua localização, intensidade e características, estabelecendo um padrão de avaliação sistemática para que o paciente possa prontamente ser atendido nas suas necessidades, além de

viabilizar a passagem de informações posteriores as unidade que receberão esses pacientes. [4]

1. Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N Avaliação da efetividade da analgesia pós operatória em hospital no Sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol.37, n1,2008.

2. Souza FAEF Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem, 2002.

3.Reda E, Peniche ACG Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. Acta Paul Enferm 2008; 21(1):24-31.

4. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.

Tipo: Indicador de processo

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de prontuários com registros de avaliação da dor do paciente ao chegar na SRPA}}{\text{número de pacientes atendidos na SRPA}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de prontuários com reavaliação da dor do paciente durante sua permanência na SRPA}}{\text{número de pacientes atendidos na SRPA}} \times 100$$

Resultado ideal: 100%

Coleta de informações:

Prontuário do paciente, de forma retrospectiva – horário de chegada do paciente na SRPA, e registro da queixa álgica pelo profissional que admitiu o paciente na SRPA em instrumento de registro específico da dor, no registro de controles gerais do paciente, na anotação ou evolução de enfermagem.

Horários subsequentes da avaliação do paciente na SRPA com o registro da avaliação álgica.
Coleta mensal, até atingir o resultado considerado ideal/adequado.

Considerar os seguintes dados a serem coletados:

Existe rotina na instituição para avaliação da dor na SRPA?
( ) Sim ( ) Não
Existe um instrumento de registro específico da dor?
( ) Sim ( ) Não
Existe um local para registro da dor no instrumento da SRPA?
( ) Sim ( ) Não

INDICADOR 5: Número de prontuários com descrição da conduta tomada após o relato de dor do paciente

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de prontuários com descrição da conduta tomada após o relato de dor do paciente.

Definição: A descrição da conduta tomada pelos profissionais da SRPA, enfermeiro e médico, deve constar no prontuário do paciente, em ficha de registro de anotações e evolução da equipe multiprofissional ou mesmo na ficha de SRPA. Ao registrarmos as condutas tomadas no caso de dor, garantimos que o direito do paciente a um cuidado de qualidade foi respeitado, trazendo a dimensão da qualidade baseada em princípios éticos, valorizada na avaliação da qualidade de serviços de saúde. [1]

A alta rotatividade de pacientes na SRPA pode trazer a situação onde o cuidado é prestado porém muitas vezes, não é relatado e anotado. Podemos observar isso na aplicação do Processo de Enfermagem, onde o profissional realiza o cuidado que muitas vezes não está prescrito, reavalia o paciente, porém não realiza registro da conduta ou reavaliação. [2]

Diversas condutas podem ser tomadas no caso de dor no período pós – operatório imediato. Os métodos não farmacológicos podem ser usados, porém encontramos algumas dificuldades na sua aplicação, como por exemplo a inexperiência dos profissionais, a insegurança em aplicar métodos não farmacológicos, o excesso de trabalho, e a cooperação do paciente.[3]

As condutas tomadas para alívio da dor podem incluir diferentes ações e estratégias de interação com o paciente e intervenções sobre o ambiente hospitalar, como promoção do conforto, minimizar o barulho, evitar negar a dor, focar a atenção no paciente, evitar a manipulação do paciente, explicar a dor,

medicar, desviar a atenção do paciente da dor com medidas de relaxamento, apoio e orientação quanto as medidas tomadas para o alívio da dor.[4]

Independente da medida tomada par alívio da dor, todas devem ser encontradas nos relatos da equipe da SRPA, trazendo a possibilidade de avaliação da efetividade das medidas e proporcionando reflexão das possibilidades de mudanças de condutas futuras.

1. Donabedian A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. QRB

Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

2. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Rev SOBECC, São Paulo out/dez 2012;17(4):33-47.

3.Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos MF, Lima RAG, Sochi CGS Manejo da dor pós-operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. Rev Bras Enferm, Brasilia, 2007 jan-fev;60 (1):87-91.

4. Vila VSC, Mussi FC O alivio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(3):300-7.

Tipo: indicador de processo

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de prontuários com descrição da conduta tomada após queixa de dor}}{\text{Número de pacientes com dor na SRPA}} \times 100$$

Número ideal: 100%

Número considerado adequado: acima de 80%

Coleta de informações:

Informações coletadas a partir da leitura retrospectiva de prontuários dos pacientes que passaram pela SRPA em determinado período – um mês.

Buscar pelo registro da dor e/ou sua avaliação.

Buscar o registro da conduta tomada, seja pelo médico na prescrição médica, seja pela equipe de enfermagem da SRPA, na anotação da equipe de enfermagem ou prescrição do enfermeiro na SRPA.

INDICADOR 6: Número de pacientes sem dor / ou dor mínima ao serem encaminhados a unidade de destino

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de pacientes sem dor / ou dor mínima ao serem encaminhados a unidade de destino.

Definição: A liberação do paciente para a unidade de destino após passar o período necessário na SRPA, depende da avaliação do anestesiologista, e do enfermeiro. Alguns critérios são essenciais ao considerarmos a liberação do paciente a unidade de destino, e encontramos entre eles a dor mínima ou ausente, de acordo com a escala analógica adotada e intervenções para o tratamento ideal da mesma. [(1)]

Todas as condutas tomadas na SRPA para prevenção, tratamento e manejo da dor devem estar registrados, e esses dados devidamente informados a unidade de destino do paciente, de preferência ao enfermeiro da unidade de destino. [(1)]

Dessa maneira o enfermeiro poderá planejar e programar a alta do paciente, e deve evitar encaminha-lo a unidade de destino sentindo dor forte ou moderada. A avaliação realizada por profissional experiente é essencial, pois dessa maneira somente os pacientes sem dor ou com dor leve, devem ser encaminhados a unidade de destino.[(1)]

Nem sempre, a queixa álgica do paciente ao chegar na unidade de origem, denota falta de qualidade no atendimento, ou falha na intervenção na SRPA, visto que encontramos a maior incidência de dor moderada e/ou forte nas primeiras 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.[(2)]

Tendo em vista a alta incidência de dor, e suas consequências ao paciente no pós-operatório, a analgesia no período pós-operatório imediato, é considerada um alicerce para o desenvolvimento de reabilitação precoce, que permita obter a

recuperação funcional completa em cirurgias dos mais diversos tipos e especialidades.[3]

O controle da dor evita sofrimentos, e proporciona maior satisfação ao cliente com o atendimento oferecido, além disso, reduz custos relacionados a possíveis complicações, que determinam por exemplo, períodos mais prolongados de internação.[4]

5. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.

6. Péon AU, Diccini S Dor pós-operatória em Craniotomia Rev latino-Am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):489-95.

7. Dominguez VAC, Bellolio PEC, Creciet ACO, Sanzana ES Analgesia controlada pelo paciente reduz consumo de bupivacaína no Bloqueio femoral do tratamento da dor pós-operatória após reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho Rev Bras Anestsiol 2007; 57:356-365.

8. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JAJ, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. Esc Anna Nery 2014;18(1): 143-147.

Tipo: indicador de resultado

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes sem dor /com relato de dor mínima ao serem liberados da SRPA}}{\text{Número de pacientes de alta da SRPA}} \times 100$$

Número ideal: mais próximo possível do número total de pacientes de alta da SRPA

$$\frac{\text{Número de pacientes com queixa de dor moderada ou forte na primeira hora após chegar na unidade de destino proveniente da SRPA}}{\text{Número total de pacientes liberados da SRPA}} \times 100$$

Número ideal: menor que 10%

Coleta de informações:

Retrospectivo através dos registros em prontuário, coletando:
Relato da dor no momento da alta da SRPA:
( ) zero ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Relato da dor ao ser admitido na unidade de destino e até uma hora após a chegada do paciente na unidade: anotação de enfermagem/evolução de enfermagem – leitura dos registros ou local próprio para registro da queixa álgica.
Prescrição de analgésico ou realização de analgesia de dor na primeira hora após a chegada do paciente na unidade de destino: horário de chegada na unidade, horário de realização da analgesia.

INDICADOR 7: Número de equipamentos para avaliação e tratamento da hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de equipamentos para avaliação e tratamento da hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA (Mantas térmicas na SRPA e Termômetros adequados na SRPA).

Definição: A hipotermia é um evento comum na SRPA, e pode ser definida como temperatura central abaixo de 36 graus celsius. O ambiente frio da sala operatória, a infusão de irrigações frias, e a redução de produção e distribuição de calor corpóreo durante a anestesia são considerados fatores que levam o paciente a hipotermia não intencional durante o período perioperatório.[1,2]

Sistemas de aquecimento de ar quente forçado – mantas térmicas, são considerados os métodos mais eficientes para a prevenção da hipotermia, e no caso da SRPA, um eficiente método de recuperação da temperatura corpórea, especialmente em procedimentos cirúrgicos com duração maior que duas horas.[3]

A hipotermia pode causar repercussões ao paciente na SRPA, entre elas encontramos: tremores acompanhados de aumento de consumo de O_2 pelo paciente, e se não for devidamente corrigida, pode levar a hipoxemia arterial e instabilidade cardiovascular, além de repercussões como: aumento da dor na ferida operatória, coagulopatias, e ainda aumento do tempo de recuperação da anestesia.[4]

A monitorização da temperatura durante todo o período operatório, deve ser prática estimulada nos Centros Cirúrgicos e SRPA, através do uso de

termômetros timpânicos, esofágicos (temperatura central), e termômetros axilares, orais ou retais (temperatura periférica).[5] O uso de mantas térmicas é recomendado por Guidelines internacionais como adequado, principalmente em pacientes de risco como idoso, crianças, pacientes de cirurgias abdominais, e cirurgias com soluções de irrigação.[6]

A SRPA deve ter equipamentos suficientes para atender ao paciente hipotérmico, tendo em vista que a percepção do paciente quanto a temperatura e percepção de frio, influenciam diretamente na satisfação do paciente com o serviço prestado no período perioperatório e o procedimento anestésico-cirúrgico. [7]

Devido a grande quantidade de pacientes hipotérmicos na SRPA, consideramos ideal que hajam mantas térmicas suficientes para o atendimento do paciente na SRPA, e termômetros suficientes para monitoramento da temperatura na SRPA. [8]

1. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev Latino Am Enfermagem 2009 março-abril; 17(2).

2. Souza TM, Carvalho RC, Paldino CM Diagnósticos, Prognósticos e intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Rev SOBECC, São Paulo out-dez 2012:17(4):33-47.

3. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL Controle da temperatura em interveção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução associada a convecção. Rev Bras Anestesiol 2009; 59:56-66.

4. Zappelini CEM, Sakae TM, Bianchini N, Brum SPB Avaliação de Hipotermia na Sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de medicina vol 37(2), 2008.

5. Biazotto CB, Brudniwki M, Schmidt AP, Junior JOCA Hipotermia no período perioperatório Rev Bras Anestesiol 2006; 56(1): 89-106.

6. NICE Clinical Guidelines 65: Inadvertent Perioperative Hypothermia London: National Collaborating Centre fir Nursing and Suportive Care, 2008.
7. Benn J, Arnold IW, Rilley C Aleva F Using quality indicators en anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal os Anaesthesia 109(1):80-91, 2012.
8. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.

Tipo: indicador de estrutura

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de mantas térmicas na SRPA}}{\text{Número de leitos}}$$

Número ideal: 0,5

$$\frac{\text{Número de termômetros axilares na SRPA}}{\text{Número de leitos}}$$

Número ideal: 1

Coleta de informações:

Realizada com o enfermeiro ou gestor responsável pela SRPA, coleta do número de termômetros e do número de leitos da SRPA.

INDICADOR 8: Número de pacientes com relato da conduta tomada em caso de hipotermia

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de pacientes com relato da conduta tomada em caso de hipotermia na SRPA.

Definição: Após a detecção da hipotermia na SRPA, medidas para reversão do quadro e ajuste da temperatura deverão ser tomadas.

Todos os registros da assistência prestada ao paciente na SRPA devem ser realizados no prontuário do paciente, tendo em vista a garantia da qualidade dos registros e a garantia de que as condutas e cuidados devidos foram dados ao paciente no periodo pos-operatório imediato na SRPA.

Entre as manifestações clínicas da hipotermia na SRPA encontramos a hipoxemia, sendo nesses casos necessário o uso de oxigênio complementar, por mascara facial para a manutenção da saturação de O_2 acima de 91%.[1]

Outra complicação encontrada são os tremores que podem elevar o consumo de oxigienio de 500%a 700%, além de trazerem desconfortos e aborrecimentos ao paciente. Ainda podemos citar a palidez cutânea, e a hipertensão arterial, como complicações relacionadas a hipotermia. Desse modo, deve-se ter a conduta tomada no caso de qualquer das possíveis alterações e complicações na SRPA relacionadas a hipotermia, tendo em vista a importância desse sinal e a frequência e incidência na SRPA.[1]

Recomenda-se o uso de mantas térmicas para o aquecimento ativo do paciente, além da retirada de campos e lençois molhados, manter o paciente coberto, e manter a SRPA em 22 a 25 graus de temperatura ambiente.[2]

Atenção especial deve ser dada aos pacientes que receberam anestesia geral, e submetidos a cirurgias de grande porte, com duração superior a duas horas. [3]

Outras complicações também incluem aumento de sangramento, e aumento do tempo de estadia em unidades críticas como UTI, e maior periodo de internação. Dessa maneria também evidencia-se a relação da hipotermia com o aumento dos custos da assistência, evidenciando a dimensão de qualidade chamada por Donabedian de eficiência.[4]

1. De Mattia AL, Barbosa, MH, Rocha ADM, Farias HL, Santos CA, Santos DM Hipotermia em pacientes no período perioperatório. Rev Esc Enferm USP 2012;46(1):60-6.
2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.
3. Tramontini CC, Graziano KU Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intraoperatorio: avaliação de duas intervenções de enfermagem. Rev Latno-am Enfermagem 2007 julho-agosto; 15(4).
4. Donabedian A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: indicador de processo

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com registro da conduta tomada no caso de hipotermia}}{\text{Número de pacientes hipotérmicos na SRPA}} \times 100$$

Número adequado: acima de 80%
Número ideal: 100%

Coleta de informações:
Retrospectivo com consulta aos prontuários dos pacientes da SRPA durante um determinado período (um mês por exemplo). Detecção dos pacientes

hipotérmicos, e leitura das folhas e fichas de cuidados e condutas na SRPA, tanto do médico quanto da equipe de enfermagem.

INDICADOR 9: Número de pacientes liberados para a unidade de destino, com temperatura menor que 36 graus Celsius

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de pacientes liberados para a unidade de destino, com temperatura menor que 36 graus Celsius.

Definição: Ao ser liberado para a unidade de destino, o paciente deve ser avaliado pelo anestesiologista e pelo enfermeiro da SRPA, garantindo que o paciente teve todos os cuidados e foi assistido adequadamente durante sua estadia na SRPA.[1]

Um dos parâmetros para liberação do paciente é a normotermia e a manutenção da temperatura, além da ausência de tremores e desconfortos decorrentes da hipotermia.[1]

O paciente hipotérmico deve permanecer sob vigilância constante e não deve seguir ao leito de destino enquanto apresentar a temperatura axilar menor que 36 graus celsius, dessa maneira garantimos a diminuição de riscos, e a possibilidade de insatisfação com o período perioperatório, devido aos desconfortos decorrentes do frio e muitas vezes acompanhados de tremores.[2]

A qualidade da temperatura do paciente e seu conforto térmico, podem estar diretamente relacionados a uma boa experiência anestésica-cirúrgica, pois a hipotermia pode levar o paciente a ter lembranças e impressões negativas do cuidado e assim relatar insatisfação com a anestesia, por exemplo.[3,4]

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas SOBECC 6. Edição. São Paulo, SP: Manole, 2013.

2. Zapelini CEM, Sakae TM, Bianchini N, Brum SPB Avaliação de hipotermia na Sala de recuperação pós anestésica em pacientes submetidos a cirurgias

abdominais com duração maior de duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol 37(2), 2008.

3. Donabedian A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

4. Benn J, Arnold IW, Rilley C Aleva F Using quality indicators en anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal os Anaesthesia 109(1):80-91, 2012.

Tipo: indicador de resultado

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes liberados para a unidade de destino com temperatura axilar menor que 36 graus celsius}}{\text{Número de pacientes liberados da SRPA para o leito de destino}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de pacientes com temperatura axilar menor que 36 graus celsius ao chegarem na unidade de destino/ internação}}{\text{Número total de pacientes liberados da SRPA ao leito de destino}} \times 100$$

Coleta de informações:

Temperatura do paciente registrada na alta da SRPA, seja pelo profissional de enfermagem ou pelo anestesiologista. Coletar o dado em instrumento que conste a informação necessária.

Pode ser coletado pelo enfermeiro de maneira observacional sempre ao final do atendimento na SRPA, ou de maneira retrospectiva, consultando os registros da alta do paciente a unidade de destino.

Pode ser coletado o dados ao chegar na unidade de internação, ao ser coletada a temperatura pelo profissional de enfermagem da unidade.

Coleta pode ser realizada por período de um mês ou até obter número considerado adequado ou ideal para a realidade do serviço. Despois dessa coleta, realizar periodicamente a coleta dos dados.

APÊNDICE E - Manual Operacional dos indicadores para avaliação e

INDICADOR 1: Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos e qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Porcentual de Profissionais Enfermeiros Exclusivos e Qualificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

O Enfermeiro é um profissional essencial na SRPA, devido a sua formação e suas atribuições legisladas na Lei do Exercício Profissional n. 7.498, onde no Artigo 11, diz que o enfermeiro é o responsável por prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem com maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.[(1)]

A SRPA é um local de atendimento a pacientes no período pós-operatório imediato. Portanto, compreendemos esse período como crítico, um período que pode trazer risco ao paciente devido ao procedimento anestésico-cirúrgico, onde o paciente pode estar inconsciente, entorpecido e com diminuição de reflexos protetores. Dessa maneira, a caracterização do profissional que presta cuidados nessa unidade, quanto a sua formação e qualificação, é de extrema importância para o cuidado de qualidade.[(2)]

O número de enfermeiros deve ser proporcional ao número de leitos na SRPA. Portanto, segundo a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), tem-se a

seguinte recomendação: um enfermeiro para três ou quatro pacientes dependentes de respirador; e um enfermeiro para oito pacientes não dependentes de respirador. Destaca-se também a crescente necessidade de aprimoramento do enfermeiro quanto a assistência ventilatória, pois modalidades respiratórias diversas tem feito parte da realidade na SRPA, como, por exemplo, modalidades não invasivas, as quais apresentam bons resultados na morbidade de cirurgias torácicas e abdominais.[2,3]

Devido à especificidade da SRPA, a SOBECC também recomenda que o enfermeiro do Centro Cirúrgico/SRPA seja um especialista nessas áreas, pois além de prestar assistência direta ao paciente, precisa treinar sua equipe e supervisionar os aspectos éticos e de segurança do paciente de maneira particular nesses setores.[2]

Evidências mostram que quanto maior o número de profissionais enfermeiros e seu grau de especialização, há redução da taxa de mortalidade e morbidade em pacientes cirúrgicos. Esse resultado também está relacionado à carga de trabalho na SRPA, pois quanto maior o número de enfermeiros, menor a carga de trabalho e maior a segurança ao paciente.[4]

Encontra-se em um estudo realizado no norte do Paraná, que buscou caracterizar a SRPA de 30 hospitais, que somente 24% tinham enfermeiros exclusivos nesse setor, evidenciando a necessidade de se destacar o indicador de número de enfermeiros exclusivos na SRPA. Porém, isso ainda é um desfaio, pois a coleta pode ser dificultada devido a questões gerenciais e estruturais presentes nas instituições hospitalares.[5]

Quando temos número adequado e qualificação dos enfermeiros, garante-se a legitimidade e equidade da assistência ao paciente, pilares considerados por Donabedian como essenciais ao cuidado de qualidade, pois pode-se garantir a igualdade de recursos e seus benefícios a todos os membros de uma sociedade, além de adaptar o serviço a necessidade, satisfação e bem-estar da população.[6]

Por fim, a exclusividade se relaciona a não ser possível a ausência do enfermeiro exclusivo na SRPA, devido a características da unidade e perfil do profissional na SRPA. Em muitas realidades ainda encontra-se o enfermeiro do

Centro Cirúrgico exercendo suas funções em dois ou mais setores (por exemplo: SRPA e CME, ou SRPA e Centro Cirúrgico).

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei n. 7.498/86 de 25 de junho de 1986. Regulamentada pelo decreto n. 94.406/87 de 8 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. [cited 2016 jan 30] Avialable from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.
3. Ferreira FR, Moreira FB, Parreira VF. Ventilação não invasiva no pós-operatório de cirurgias abdominais e cardíacas – Revisão da literatura. Rev Bras Fisioter. 2002;6(2):47-54.
4. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003;290(12):1617-23.
5. Welter LV, Nascimento LA, Serato VM, Silva AM, Fonseca LF. Caracterização das unidades de recuperação anestésica nos hospitais do norte do Paraná. Anais 40 anos do Curso de Enfermagem da UEL – em busca da excelência do cuidar. Simpósio 40 anos do Curso de Enfermagem UEL e 73ª Semana Brasileira de Enfermagem; 17-18 mai 2012; Londrina; Paraná. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.
6. Donabedian A. The role of autcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: Indicador de Estrutura.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de leitos na SRPA de pacientes não dependentes de respirador}}{\text{Número de enfermeiros exclusivos na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = até 8 leitos de SRPA por enfermeiro

$$\frac{\text{Número de leitos na SRPA de pacientes dependentes de respirador}}{\text{Número de enfermeiros exclusivos na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = até 3 leitos de SRPA por enfermeiro

$$\frac{\text{Número de enfermeiros exclusivos na SRPA especialistas em CC/RPA X 100}}{\text{Número de enfermeiros exclusivos na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

Coleta de informações:

Coleta com o gestor da área/unidade e/ou abordagem direta ao enfermeiro da própria unidade de CC/RPA, após o período de trabalho.

Coleta mensal, quanto ao número de enfermeiros no setor.

Coleta semestral, quanto à qualificação do enfermeiro.

Dados da Qualificação:

Enfermeiro: _____

Tempo de formado: _____

Pós-graduação: ( ) sim ( ) não ( ) cursando.

Qual? ( ) CC/RPA/CME ( ) outra _____

INDICADOR 2: Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Prescrições de Analgesia ao Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A dor é um evento comum na SRPA devido ao trauma cirúrgico e às respostas do organismo à agressão do procedimento cirúrgico. A incidência de dor na SRPA pode variar de 30% a 90% dos casos, sendo descrita como dor moderada a intensa, em diversas modalidades cirúrgicas.[1,2,3]

Em um estudo com 30 pacientes em SRPA, o diagnóstico de enfermagem para dor aguda foi encontrado em 36,7% dos prontuários consultados e ainda foi citada como fator relacionado a náuseas, mobilidade física prejudicada e padrão respiratório ineficaz.[4]

A dor forte no local da cirurgia é citada como uma das principais preocupações do paciente ao acordar na SRPA. Portanto, pode influenciar na satisfação do cliente com o cuidado pós-operatório.[5]

Também se encontra que a dor no paciente na SRPA é aquela avaliada como moderada (de 4 a 6 na escala numérica de dor) a intensa (de 7 a 10 na escala numérica de dor). A dor no período pós-operatório imediato também deve ser avaliada quanto à localização, duração, fatores de piora e melhora e suas características.[6]

Sabe-se que quanto mais precoce se institui a analgesia pós-operatória, melhores resultados são obtidos na evolução do paciente em relação à resposta ao tratamento, desenvolvimento de reações adversas e à dor crônica.[7]

A prescrição de analgesia na SRPA não deveria ser aquela de resgate ou demanda, ou seja, prescrita somente quando necessária, e sim constar horário, além da dose, via de acesso e droga, informações essenciais ao profissional que manipula essa prescrição.[6,7]

O controle inadequado da dor pode estar associado à equipe que assiste o paciente e pode estar relacionado à falta de treinamento adequado, avaliação incompleta da dor e receio sobre os possíveis efeitos colaterais dos analgésicos.[6]

A possibilidade de tratamento eficaz da dor de maneira precoce e/ou profilática garante os princípios de qualidade citados por Donabedian: eficácia – a habilidade de atingir melhoras significativas em saúde usando os melhores cuidados disponíveis; eficiência – habilidade de menores custos sem prejudicar o resultado final; aceitabilidade – de acordo com os desejos e expectativas do paciente e seus familiares; e legitimidade – respeito aos princípios éticos, valores, pilares da qualidade da assistência em saúde.[8]

8. Secoli SR, Moraes VC, Peniche AC, Vattimo MF, Duarte YA, Mendoza IY. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Esp2):1244-9.

9. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JAJ, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas. Esc Anna Nery. 2014;18:143-147.

10. Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MC. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(3):314-320.

11. Araújo EAG, De Paula WKA, Oliveira LAF, Arruda ACV. Sistematização da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2011 Jul-Set;16(3):43-51.

12. Moro ET, Godoy RCS, Goulart AP, Muniz L, Modolo NSP. Principais preocupações dos pacientes sobre as complicações mais frequentes na sala de recuperação pós-anestésica. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(6):716-724.

13. Bidese LB, Sakuma KA, Andrade A, Sartor MC. Postoperative analgesia by non-specialists in pain. Rev Dor (São Paulo). 2014 Jan-Mar;15(1):36-40.

14. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.
15. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: Indicador de Processo.

OBS: Segundo Donabedian, a tríade estrutura–processo–resultado faz parte de um paradigma da avaliação da qualidade, onde essas informações interferem diretamente na avaliação da qualidade do cuidado. Dentro dessa perspectiva, a estrutura se refere a estrutura física e propriedades organizacionais, o processo é o que é feito e como é feito para o paciente e o resultado é o que foi realizado para o paciente.[8]

Na avaliação da dor no indicador avaliado, temos: a estrutura – qualificação do profissional de saúde; o processo – como acontece a avaliação e o que é feito para tratar, relatar ou evitar a dor; e o resultado – aquilo que aconteceu efetivamente com o indivíduo.[8]

O relato da terapia ou cuidado realizado ao paciente com dor, ou com alto risco de apresentar a dor, pode ser interpretado como um indicador de processo, sendo intimamente ligado à capacidade do profissional em intervir (pode ter relação com a sua capacitação e formação) e ao resultado apresentado no final da avaliação.

Fórmulas/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com de prescrições de analgesia ao chegar na SRPA X 100}}{\text{Número de pacientes admitidos na SRPA}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes com relato de dor e administração de analgésicos X 100}}{\text{Número de pacientes com relato de dor admitidos na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = 90% a 100%

Coleta de informações:

Checagem das prescrições de terapêutica medicamentosa para dor ao chegar na SRPA por um dos profissionais da SRPA – enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Coleta realizada mensalmente.

Registrar:

Registro número: _____

Prescrição médica de analgesia	( ) Sim	( ) Não
Horário da medicação analgésica co periodicidade estabelecida	( ) Sim	( ) Não

INDICADOR 3: Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Administrações de Analgésicos Iniciadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica Após Queixa de Dor.

Definição:

A dor pós-operatória deve ser tratada de maneira preventiva, pois dessa maneira se torna mais fácil de manejar e tratar. A analgesia pós-operatória adequada pode ter início no período pré-operatório, por meio da inibição prévia das vias nociceptivas mediante intervenção farmacológica, com o objetivo de reduzir a dor desencadeada pela ativação de mecanismos inflamatórios e impedir que o paciente apresente memória da resposta dolorosa.[1]

Encontra-se em destaque também, a necessidade de avaliações sistemáticas da dor durante todo o período de internação e não somente em determinadas situações específicas, como, por exemplo, quando o paciente relata a dor.[2]

No caso do paciente cirúrgico, a experiência dolorosa tem relação com o trauma tecidual, manipulação cirúrgica e a subjetividade da experiência dolorosa de cada indivíduo. Dessa maneira, encontra-se a recomendação de tratamento analgésico em pós-operatório, nas primeiras 48 horas, seguida de diminuição da terapia até sua total retirada.[3]

Ao esperar o paciente relatar a dor para então dar início ao seu tratamento, pode-se lidar com uma dor de mais difícil manejo, levando o paciente a ansiedade, estresse, aumento da morbidade pós-operatória, aumento do tempo de recuperação pós-anestésica e retardo na recuperação do paciente.[3]

A terapêutica inadequada da dor pós-cirúrgica resulta em aumento do intervalo de tempo de hospitalização, aumento da morbimortalidade perioperatória, elevação de custos de saúde e processo álgico cronificado.[3]

O tratamento inadequado da dor pós-operatória também é evidenciado por subprescrições e subadministrações de drogas analgésicas, o que pode trazer sofrimento desnecessário ao paciente.[4]

A avaliação da dor depende diretamente da capacitação e treinamento do profissional que está na SRPA. Dessa maneira, se o profissional não tiver capacitação, pode acabar avaliando de maneira inadequada ou subavaliando o evento observado.

As especificidades do paciente no período pós-operatório imediato na SRPA são reconhecidas por diversos autores, que destacam a necessidade de atenção contínua ao paciente, com possibilidade de instabilidades diversas relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico, assim como conhecimentos especializados e habilidades para tomada de decisão rápida e precisa.[5]

Segundo Donabedian, o tratamento adequado do paciente pode levar a sua satisfação com o cuidado prestado, um dos objetivos principais na avaliação dos resultados em saúde. Dessa maneira, os princípios de efetividade e aceitabilidade de Donabedian são seguidos e respeitados nessa avaliação.[6]

1. Campiglia L, Consales G, De Gaudio AR. Pre-emptive analgesia for postoperative pain control: a review. Clin Drug Investig. 2010;30 (Suppl2):15-26.

2. Souza FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002 Mai-Jun;10(3):446-7.

3. Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N. Avaliação da efetividade da analgesia pós-operatória em hospital no sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008;37(1):18-24.

4. Pimenta CAM, Koizumi MS, Ferreira MTC, Pimentel ILC. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. Rev Paulista Enferm. 1992;11(1):3-10.

5. Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em

unidade de recuperação pós-anestésica. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(5);881-7.

6. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: Indicador de Processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com administrações de analgésicos iniciadas na SRPA após queixa de dor X 100}}{\text{Número de pacientes com dor ao chegarem na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = de 0% até 5%

⇨ Resultado considerado adequado = de 5% a 10%

Coleta de informações:

Preenchimento de impresso próprio na SRPA pelo enfermeiro da SRPA/técnico de enfermagem, com verificação prévia da prescrição médica existente e a prescrição com o horário de administração da medicação analgésica.

Avaliação da dor na SRPA Horário de chegada na SRPA: _____ Horário da avaliação da dor: _____ Dor: ( ) sim ( ) não. Avaliação: (0 a 10): _____
Administração de medicação analgésica na SRPA: ( ) sim ( ) não Prescrição da analgesia antes da queixa álgica do paciente: ( ) sim ( ) não Prescrição da analgesia após a queixa álgica do paciente: ( ) sim ( ) não Horário que foi realizada a medicação analgésica: _____

Intervalo entre a queixa e a administração da medicação analgésica: _____ minutos/hora

INDICADOR 4: Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Porcentual de Registro da Avaliação da Dor do Paciente ao Chegar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A dor é um desconforto presente na SRPA, onde encontra-se o trauma tecidual, a manipulação cirúrgica e o tipo de cirurgia como suas causas mais comuns. Apesar da sua alta incidência, chegando a 60% dos pacientes na SRPA, ainda encontra-se dificuldade dos profissionais da saúde em avaliarem e tratarem essa tão comum complicação.[1]

Dessa maneira, tem-se a recomendação da avaliação da dor como quinto sinal vital, porém, apesar desses esforços e recomendações, ainda tem-se falhas nos registros dos cuidados prestados ao paciente na SRPA.[2,3]

Apesar de se reconhecer a importância dos registros em saúde, ainda encontra-se diversas dificuldades na sua realização, entre elas: ausência de instrumentos de registro, ausência das informações importantes no instrumento da SRPA e preenchimento incompleto dos registros. Na ausência de registros relacionados a assistência prestada ao paciente, os profissionais das unidades de destino acabam buscando informações em outras partes do prontuário, ou seja, nos relatos de outros profissionais, via telefone, ou até mesmo do funcionário que realizou o transporte do paciente para seu leito de destino após a alta da SRPA. Podemos interpretar que pode haver falta de instrumento com as informações adequadas, levando a necessidade de revisão e confecção desse material, ou mesmo o local onde as informações estão sendo relatadas apontam dificuldades na sua localização.[3]

É recomendado que o enfermeiro avalie e registre dados relacionados à dor do paciente assim que este chegar na SRPA, quanto à sua localização, intensidade e

características, estabelecendo um padrão de avaliação sistemática para que o paciente possa prontamente ser atendido nas suas necessidades, além de viabilizar a passagem de informações posteriores às unidade que receberão esses pacientes.[4]

Para que a avaliação da dor possa acontecer de forma sistemática, temos a adoção de escalas de avaliação da dor como, por exemplo, a avaliação da dor por autorelato (escalas numéricas e visuais analógicas), observação de comportamento, e por meio de avaliação das variáveis biológicas do paciente (temperatura, sudorese, face de dor).[4]

A avaliação da dor é um procedimento complexo. Portanto, diversos fatores podem influenciar como, por exemplo: conhecimento dos profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor e suas repercussões deletérias no organismo; supervalorização da ação dos analgésicos; e medo em relação ao desenvolvimento de dependência e depressão respiratória.[4]

A avaliação adequada da dor e seu registro seguem os princípios de aceitabilidade e legitimidade, preconizados por Donabedian, sendo que a aceitabilidade se refere à conformidade de expectativas e desejos de pacientes e membros da equipe, e a legitimidade se refere à possibilidade de atingir-se princípios éticos, valores, normas e regulamentos, sendo que nesse sentido destacamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde todos os cuidados deverão ser anotados no prontuário do paciente, seja onde ele estiver sendo alvo desses cuidados.[5]

1. Daminelli C, Sakae TM, Bianchini N. Avaliação da efetividade da analgesia pós-operatória em hospital no sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008;37(1):18-24.

2. Souza FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002 Mai-Jun;10(3):446-7.

3. Reda E, Peniche ACG. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):24-31.

4. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

5. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: Indicador de Processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de prontuários com registros de avaliação da dor do paciente ao chegar na SRPA X 100}}{\text{Número de prontuários de pacientes atendidos na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = de 95% a 99%

$$\frac{\text{Número de prontuários com registros de reavaliação da dor do paciente durante sua permanência na SRPA X 100}}{\text{Número prontuários de pacientes atendidos na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = de 95% a 99%

Coleta de informações:

Prontuário do paciente, de forma retrospectiva – horário de chegada do paciente na SRPA e registro de avaliação de dor pelo profissional que admitiu o paciente na SRPA em instrumento específico de mensuração da dor – no registro de controles gerais do paciente, na anotação ou evolução de enfermagem.

Horários subsequentes da avaliação do paciente na SRPA com o registro da avaliação álgica – preconizado de 15/15 minutos na primeira hora, de 30/30 minutos na segunda hora e de 1/1 hora nas horas seguintes de permanência na SRPA.

Coleta mensal, pelo enfermeiro gestor ou enfermeiro da SRPA.

Considerar os seguintes dados a serem coletados:

Existe protocolo instituído para avaliação da dor na SRPA?	( ) sim	( ) não
Existe um instrumento de registro específico da dor?	( ) sim	( ) não
Existe um local para registro da dor no instrumento da SRPA?	( ) sim	( ) não

INDICADOR 5: Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Prontuários com Registro das Intervenções de Enfermagem Após o Relato de Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A descrição das intervenções realizadas pelos profissionais da SRPA, enfermeiro e médico, deve constar no prontuário do paciente, em ficha de registro de anotações e evolução da equipe multiprofissional ou mesmo na ficha de SRPA. Ao registrar-se as condutas tomadas no caso de dor, garante-se que o direito do paciente a um cuidado de qualidade foi respeitado, trazendo a dimensão da qualidade baseada em princípios éticos, valorizada na avaliação da qualidade de serviços de saúde.[1]

A alta rotatividade de pacientes na SRPA pode levar a situação onde o cuidado é prestado, porém, muitas vezes, não é relatado e anotado. Podemos observar isso na aplicação do Processo de Enfermagem, onde o profissional realiza o cuidado que muitas vezes não está prescrito, reavalia o paciente, porém não realiza registro da conduta ou reavaliação.[2]

Diversas condutas podem ser tomadas no caso de dor no período pós-operatório imediato. Métodos farmacológicos e não farmacológicos podem ser usados para o tratamento da dor. Entre os métodos não farmacológicos encontramos o relaxamento, calatonia, aplicação de calor/frio, promoção do conforto, diminuição do estresse e barulhos do ambiente, evitar a movimentação excessiva do paciente de maneira desnecessária.[3]

Encontram-se dificuldades na sua aplicação de medidas e condutas para o tratamento da dor, como, por exemplo, a inexperiência dos profissionais, a

insegurança em aplicar métodos não farmacológicos, o excesso de trabalho e a falta de cooperação do paciente.[4]

As condutas tomadas para alívio da dor podem incluir diferentes ações e estratégias de interação com o paciente e intervenções sobre o ambiente hospitalar, como promoção do conforto, minimizar o barulho, evitar negar a dor, focar a atenção no paciente, evitar a manipulação do paciente, explicar a dor, medicar, desviar a atenção do paciente da dor com medidas de relaxamento, apoio e orientação quanto às medidas tomadas para o alívio da dor.[5]

Independente da medida tomada para alívio da dor, todas devem ser encontradas nos relatos da equipe da SRPA, trazendo a possibilidade de avaliação da efetividade das medidas e proporcionando reflexão das possibilidades de mudanças de condutas futuras.

1. Donabedian A. The role of autcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

2. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2012 Out-Dez;17(4):33-47.

3. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

4. Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos MF, Lima RAG, Sochi CGS. Manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. Rev Bras Enferm (Brasilia). 2007 Jan-Fev;60(1):87-91.

5. Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(3):300-7.

Tipo: Indicador de Processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de prontuários de pacientes com registros das interveções de enfermagem após queixa de dor X 100}}{\text{Número de pacientes com dor na SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = acima de 90%

Coleta de informações:

Informações coletadas a partir da leitura retrospectiva de prontuários dos pacientes que passaram pela SRPA mensalmente, pelo enfermeiro gestor da unidade de SRPA ou enfermeiro assistencial da SRPA.

Buscar pelo registro da dor e/ou sua avaliação em instrumento institucional.

Buscar o registro da conduta tomada pela equipe de enfermagem da SRPA, na anotação da equipe de enfermagem ou prescrição do enfermeiro na SRPA.

INDICADOR 6: Número de Pacientes sem Dor/ou com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Pacientes sem Dor/ou Com Dor Mínima no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A liberação do paciente para a unidade de destino, após passar o período necessário na SRPA, depende da avaliação do anestesiologista e do enfermeiro. Alguns critérios são essenciais ao considerar-se a liberação do paciente para a unidade de destino e, entre eles, encontram-se: função pulmonar não comprometida e saturação de oxigênio dentro dos limites da normalidade; sinais vitais estáveis incluindo o quinto sinal vital (dor) e normotermia; orientação no tempo e espaço; débito urinário superior a 30 ml/hora; náuseas e vômitos sobre controle; dor mínima ou ausente, de acordo com a escala analógica adotada; e intervenções para o tratamento ideal da mesma, entre outros.[1]

Para a liberação do paciente à unidade de destino, é preconizado que o paciente esteja com dor mínima ou ausente. Considera-se dor mínima aquela graduada na escala analógica como dor de 1 a 4.[1]

Todas as condutas tomadas na SRPA para prevenção, tratamento e manejo da dor devem estar registradas, e esses dados devidamente informados à unidade de destino do paciente, de preferência ao enfermeiro da unidade de destino.[1]

Dessa maneira, o enfermeiro, através de avaliação específica, poderá planejar e programar a alta do paciente e, portanto, não deverá enviá-lo à unidade de destino sentindo dor forte ou moderada.[1]

Nem sempre a queixa álgica do paciente ao chegar à unidade de origem denota falta de qualidade no atendimento, ou falha na intervenção na SRPA, visto que encontra-se a maior incidência de dor moderada e/ou forte nas primeiras 24 a

48 horas após o procedimento cirúrgico. Porém, pode ser um indicador de que o tratamento da dor pode ser revisto ou implementado.[2]

Tendo em vista a alta incidência de dor e suas consequências ao paciente no pós-operatório, a analgesia no período pós-operatório imediato é considerada um alicerce para o desenvolvimento de reabilitação precoce, que permite obter a recuperação funcional completa em cirurgias dos mais diversos tipos e especialidades.[3]

O controle da dor evita sofrimentos e proporciona maior satisfação ao cliente com o atendimento oferecido. Além disso, reduz custos relacionados à possíveis complicações, que determinam, por exemplo, períodos mais prolongados de internação.[4]

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

2. Péon AU, Diccini S. Dor pós-operatória em craniotomia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005 Jul-Ago;13(4):489-95.

3. Dominguez VAC, Bellolio PEC, Creciet ACO, Sanzana ES. Analgesia controlada pelo paciente reduz consumo de bupivacaína no bloqueio femoral do tratamento da dor pós-operatória após reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho. Rev Bras Anestsiol. 2007 Jul-Ago;57(4):356-365.

4. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JAJ, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. Esc Anna Nery. 2014;18(1):143-147.

Tipo: Indicador de Resultado.

OBS: O resultado se refere à possibilidade de mensurar os resultados de determinado cuidado ou processo implementado com o objetivo de melhorar a qualidade de determinado cuidado em saúde. Portanto, após a aplicação dos processos envolvidos, podemos avaliar o resultado, ou seja, nesse caso, a quantidade de pacientes que tem dor ao serem liberados da SRPA.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes sem dor/ ou dor mínima no momento da alta da SRPA X 100}}{\text{Número de pacientes de alta da SRPA}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = 95% a 100%

Coleta de informações:

Retrospectivo, através dos registros em prontuário, coletando:

Relato da dor no momento da alta da SRPA:

( )Zero ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Instrumento próprio para coleta, anotação de enfermagem/evolução de enfermagem – leitura dos registros ou local próprio para registro da queixa álgica no momento da alta para a unidade de destino.

INDICADOR 7: Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Equipamentos para Avaliação da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A hipotermia é um evento comum na SRPA e pode ser definida como temperatura central abaixo de 36º C. O ambiente frio da sala operatória, a infusão de irrigações frias e a redução de produção e distribuição de calor corpóreo durante a anestesia são considerados fatores que levam o paciente a hipotermia não intencional durante o período perioperatório.[1,2]

A faixa de temperatura normal para o adulto é de 36,1º C a 37,2° C, a temperatura oral entre 36,5º C a 37,5° C, a axilar de 35,8º C a 37,0° C, a retal de 37º C a 38,1° C e a timpânica de 36,8º C a 37,9° C.[3]

A hipotermia pode causar repercussões ao paciente na SRPA, entre elas encontram-se tremores acompanhados de aumento de consumo de O_2 pelo paciente e, se não for devidamente corrigida, pode levar a hipoxemia arterial e instabilidade cardiovascular, além de repercussões como: aumento da dor na ferida operatória, coagulopatias e, ainda, aumento do tempo de recuperação da anestesia.[4]

A monitorização da temperatura, durante todo o período perioperatório, deve ser prática estimulada nos Centros Cirúrgicos e SRPA, por meio do uso de termômetros timpânicos, esofágicos (temperatura central) e termômetros axilares, orais ou retais (temperatura periférica).[5]

O controle e avaliação da temperatura deve ser uma das prioridades no atendimento do paciente na SRPA e deve ser realizado de forma sistemática, juntamente com os demais sinais vitais do paciente. A temperatura deve ser controlada com o uso de termômetros calibrados e validados, sejam eles para

medidas de temperatura central ou periférica. O ideal seria manter o paciente constantemente com o termômetro axilar ou de sensor ligado ao monitor multiparamétrico continuamente, dessa maneira prevenindo e avaliando constantemente as variações de temperatura durante todo o período na SRPA.

A SRPA deve ter equipamentos suficientes para atender ao paciente hipotérmico, tendo em vista que a percepção do paciente quanto à temperatura e percepção de frio influenciam diretamente na satisfação do paciente com o serviço prestado no período perioperatório e o procedimento anestésico-cirúrgico.[6,7]

1. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev Latino Am Enfermagem. 2009 Mar-Abr;17(2):228-33.

2. Souza TM, Carvalho RC, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2012 Out-Dez:17(4);33-47.

3. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

4. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle da temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução associada a convecção. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(1):56-66.

5. Zappelini CEM, Sakae TM, Bianchini N, Brum SPB. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008:37(2);25-31.

6. NICE. Clinical guidelines 65: inadvertent perioperative hypothermia. London: National Collaborating Centre fir Nursing and Suportive Care; 2008.

7. Benn J, Arnold IW, Rilley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012:109(1):80-91.

Tipo: Indicador de Estrutura.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de termômetros axilares na SRPA}}{\text{Número de leitos}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 1 termômetro axilar por leito

$$\frac{\text{Número de termômetros timpânicos na SRPA}}{\text{Número de leitos}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 1 termômetro timpânico por leito

Coleta de informações:

Realizada com o enfermeiro ou gestor responsável pela SRPA.

Coleta do número de termômetros e do número de leitos da SRPA.

INDICADOR 8: Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Equipamentos para Tratamento da Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

A hipotermia é um evento comum na SRPA e pode ser definida como temperatura central abaixo de 36º C. O ambiente frio da sala operatória, a infusão de irrigações frias e a redução de produção e distribuição de calor corpóreo durante a anestesia são considerados fatores que levam o paciente a hipotermia não intencional durante o período perioperatório.[1,2]

Sistemas de aquecimento de ar quente forçado – mantas térmicas, são considerados os métodos mais eficientes para a prevenção da hipotermia e, no caso da SRPA, um eficiente método de recuperação da temperatura corpórea, especialmente em procedimentos cirúrgicos com duração maior que duas horas.[3]

A hipotermia pode causar repercussões ao paciente na SRPA, entre elas encontram-se tremores acompanhados de aumento de consumo de O_2 pelo paciente e, se não for devidamente corrigida, pode levar a hipoxemia arterial e instabilidade cardiovascular, além de repercussões como: aumento da dor na ferida operatória, coagulopatias e, ainda, aumento do tempo de recuperação da anestesia.[4]

A monitorização da temperatura durante todo o período perioperatório deve ser prática estimulada nos Centros Cirúrgicos e SRPA, por meio do uso de termômetros timpânicos, esofágicos (temperatura central) e termômetros axilares, orais ou retais (temperatura periférica).[5]

O uso de mantas térmicas é recomendado por *guidelines* internacionais como adequado, principalmente em pacientes de risco como idosos, crianças, pacientes de cirurgias abdominais e cirurgias com soluções de irrigação.[6]

A SRPA deve ter equipamentos suficientes para atender ao paciente hipotérmico, tendo em vista que a percepção do paciente quanto à temperatura e percepção de frio influenciam diretamente na satisfação do paciente com o serviço prestado no período perioperatório e o procedimento anestésico-cirúrgico.[7]

Devido à grande quantidade de pacientes hipotérmicos na SRPA, considera-se ideal que haja mantas térmicas suficientes para o atendimento dos pacientes na SRPA.[8]

1. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev Latino Am Enfermagem. 2009 Mar-Abr;17(2):228-33.

2. Souza TM, Carvalho RC, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC (São Paulo). 2012 Out-Dez:17(4);33-47.

3. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle da temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução associada a convecção. Rev Bras Anestesiol. 2009;59(1):56-66.

4. Zappelini CEM, Sakae TM, Bianchini N, Brum SPB. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008:37(2);25-31.

5. Biazotto CB, Brudniwki M, Schmidt AP, Junior JOCA. Hipotermia no período perioperatório. Rev Bras Anestesiol. 2006;56(1):89-106.

6. NICE. Clinical guidelines 65: inadvertent perioperative hypothermia. London: National Collaborating Centre fir Nursing and Suportive Care; 2008.

7. Benn J, Arnold IW, Rilley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012:109(1):80-91.

8. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

Tipo: Indicador de Estrutura.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de mantas térmicas na SRPA}}{\text{Número de leitos}}$$

⇨ Resultado considerado ideal = 1 manta térmica por leito

Coleta de informações:

Realizada com o enfermeiro ou gestor responsável pela SRPA.

Coleta do número de mantas térmicas e do número de leitos da SRPA.

INDICADOR 9: Número de Pacientes com Registro da /intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Pacientes com Registro da Intervenção Realizada em Caso de Hipotermia na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

Após a detecção da hipotermia na SRPA, intervenções e medidas para reversão do quadro e ajuste da temperatura devem ser prontamente realizadas com o paciente. Todos os registros da assistência prestada ao paciente na SRPA devem ser realizados no prontuário do paciente, tendo em vista a garantia da qualidade dos registros e a garantia de que as condutas e cuidados devidos foram proporcionados ao paciente no período pós-operatório imediato na SRPA.

Entre as manifestações clínicas da hipotermia na SRPA, encontra-se a hipoxemia, sendo nesses casos necessário o uso de oxigênio complementar, por máscara facial para a manutenção da saturação de O_2 acima de 91%.[1]

Outra complicação encontrada relacionada à hipotermia são os tremores, que podem elevar o consumo de oxigênio de 500% a 700%, além de trazerem desconfortos e aborrecimentos ao paciente. Ainda pode-se citar a palidez cutânea e a hipertensão arterial como complicações relacionadas. Desse modo, deve-se ter o registro da conduta tomada no caso de qualquer das possíveis alterações e complicações na SRPA relacionadas à hipotermia, tendo em vista a importância desse sinal e a frequência e incidência na SRPA.[1]

Uma das intervenções recomendadas é o uso de mantas térmicas para o aquecimento ativo do paciente quando sua temperatura axilar estiver menor que 36º C, além da retirada de campos e lençóis molhados, manter o paciente coberto e manter a SRPA entre 22º C e 25º C de temperatura ambiente.[2] Outras intervenções recomendadas são: uso de cobertores secos, exposição mínima do

paciente ao ambiente frio, uso de luzes irradiantes e aquecimento do ambiente da SRPA a temperaturas consideradas adequadas – entre 22º C e 25º C.[2]

Como outras complicações da hipotermia incluem aumento de sangramento e aumento do tempo de estadia em unidades críticas, como UTI, e maior período de internação, evidencia-se, dessa maneira, a relação da hipotermia com o aumento dos custos da assistência, revelando a dimensão de qualidade chamada por Donabedian de eficiência.[4]

1. De Mattia AL, Barbosa MH, Rocha ADM, Farias HL, Santos CA, Santos DM. Hipotermia em pacientes no período perioperatório. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):60-6.

2. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

3. Tramontini CC, Graziano KU. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intraoperatorio: avaliação de duas intervenções de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [periódicos on-line]. 2007 Jul-Ago;15(4). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a16.pdf.

4. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Tipo: Indicador de Processo.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes com registro da intervenção realizada no caso de hipotermia}}{\text{Número de pacientes hipotérmicos na SRPA}} \times 100$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%

⇨ Resultado considerado adequado = 95%

Coleta de informações:

Retrospectivo, com consulta aos prontuários dos pacientes da SRPA, realizadas mensalmente.

Detecção dos pacientes hipotérmicos e leitura dos instrumentos de registro da SRPA e prontuários, e os registros realizados pela equipe de enfermagem.

INDICADOR 10: Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL

Nome: Número de Pacientes Normotérmicos no Momento da Alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Definição:

Ao ser liberado para a unidade de destino, o paciente deve ser avaliado pelo anestesiologista e pelo enfermeiro da SRPA, garantindo que o paciente teve todos os cuidados e foi assistido adequadamente durante sua estadia na SRPA.[1]

Um dos parâmetros para liberação do paciente é a normotermia e a manutenção da temperatura, além da ausência de tremores e desconfortos decorrentes da hipotermia.[1]

O paciente hipotérmico deve permanecer sob vigilância constante e não deve seguir ao leito de destino enquanto apresentar a temperatura axilar menor que 36º C. Dessa maneira, garante-se a diminuição de riscos e a possibilidade de insatisfação com o período perioperatório devido aos desconfortos decorrentes do frio e, muitas vezes, acompanhados de tremores.[2]

A temperatura do paciente e seu conforto térmico podem estar diretamente relacionados a uma boa experiência anestésica-cirúrgica, pois a hipotermia pode levar o paciente a ter lembranças e impressões negativas do cuidado e, assim, relatar insatisfação com a anestesia, por exemplo.[3,4]

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6a ed. São Paulo: Manole; 2013.

2. Zappelini CEM, Sakae TM, Bianchini N, Brum SPB. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias

abdominais com duração maior que duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008:37(2);25-31.

3. Donabedian A. The role of autcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

4. Benn J, Arnold IW, Rilley C, Aleva F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012:109(1):80-91.

Tipo: Indicador de Resultado.

Fórmula/número:

$$\frac{\text{Número de pacientes hipotérmicos no momento da alta da SRPA}}{\text{Número de pacientes liberados da SRPA para o leito de destino}} \times 100$$

⇨ Resultado considerado ideal = 100%
⇨ Resultado considerado adequado = 95%

Coleta de informações:
Pode ser coletado pelo enfermeiro de maneira observacional, sempre ao final do atendimento na SRPA, ou de maneira retrospectiva, consultando os registros da alta do paciente para a unidade de destino.
Coleta mensal.