

Concepções das enfermeiras em relação a segurança do paciente durante o posicionamento cirúrgico

Nurses' conceptions regarding patient safety during surgical positioning

Concepciones de las enfermeras sobre la seguridad del paciente durante el posicionamiento quirúrgico

Denilse Damasceno Trevilato^{a,b} 

Márcia Rosa da Costa^a 

Ana Maria Müller de Magalhães^b 

Rita Catalina Aquino Caregnato^a 

Como citar este artigo:

Trevilato DD, Costa MR, Magalhães AMM, Caregnato RCA. Concepções das enfermeiras em relação a segurança do paciente durante o posicionamento cirúrgico. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210045. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210045.pt>

RESUMO

Objetivo: Conhecer as concepções em relação à segurança do paciente durante seu posicionamento cirúrgico sob a ótica das enfermeiras de um Centro Cirúrgico.

Método: Estudo exploratório descritivo qualitativo, com sete enfermeiras de hospital privado da região sul do Brasil, no mês de agosto de 2018. Geração de dados pela técnica de Grupo Focal, com análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Da análise dos dados emergiram seis categorias: "segurança do paciente", "riscos do paciente cirúrgico", "enfermeiro em sala cirúrgica", "capacitação", "envolvimento da equipe interprofissional" e "implementação da escala de avaliação de risco". Identificou-se como maior risco o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento, sendo a presença do enfermeiro em sala cirúrgica destacada como fundamental para prevenção deste risco, através da avaliação do paciente e capacitação da equipe.

Considerações finais: As enfermeiras identificaram riscos à segurança do paciente em relação ao posicionamento cirúrgico, considerando indispensável a presença dos mesmos em sala cirúrgica.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Posicionamento do paciente. Enfermagem perioperatória. Enfermagem de centro cirúrgico.

ABSTRACT

Objective: To know the conceptions regarding patient safety during their surgical positioning from the perspective of nurses in a Surgical Center.

Method: Qualitative descriptive exploratory study, with seven nurses from private hospital in southern Brazil in August 2018. Data generation using the Focus Group technique, with content analysis by Bardin.

Results: From the data analysis, six categories emerged: "patient safety", "surgical patient risks", "nurses in the operating room", "training", "involvement of the interprofessional" team and application of the risk assessment scale. The development of injuries resulting from positioning was identified as the greatest risk for the surgical patient, highlighting the presence of the nurse in the operating room as essential for the prevention of this risk, through patient assessment and staff training.

Final considerations: Nurses identified risk to patient safety in relation to surgical positioning and considered their presence in the operating room to be indispensable.

Keywords: Patient safety. Patient positioning. Perioperative nursing. Operating room nursing

RESUMEN

Objetivo: Conocer los conceptos sobre seguridad en el posicionamiento del paciente quirúrgico desde la perspectiva del enfermero en un Centro Quirúrgico.

Método: Estudio exploratorio descriptivo cualitativo, con siete enfermeras de un hospital privado del sur de Brasil, en agosto de 2018. Generación de datos mediante la técnica de Focus Group, con análisis de contenido de Bardin.

Resultados: Del análisis de los datos surgieron seis categorías: "seguridad del paciente", "riesgos del paciente quirúrgico", "enfermeras en quirófano", "formación", "implicación del equipo interprofesional" e "implementación de la escala de valoración de riesgos". El desarrollo de las lesiones derivadas del posicionamiento fue identificado como el mayor riesgo para los pacientes quirúrgicos, destacándose la presencia de enfermeras en el quirófano como fundamental para la prevención de este riesgo, a través de la valoración del paciente y la formación del equipo.

Consideraciones finales: Los enfermeros identificaron riesgos para la seguridad del paciente en relación con el posicionamiento quirúrgico, considerando indispensable su presencia en quirófano.

Palabras Clave: Seguridad del paciente. Posicionamiento del paciente. Enfermería perioperatoria. Enfermería de quirófano

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico é um ambiente crítico e estressante e o trabalho sob pressão⁽¹⁾ pode aumentar o risco de erros e eventos adversos no paciente⁽²⁾. A realização de cirurgia segura inclui o posicionamento adequado do paciente, garantindo acomodação de forma mais anatômica e com mínimo de tensão, permitindo ao anestesiológista acesso às linhas de infusão e, principalmente, um bom acesso ao campo operatório ao cirurgião⁽¹⁾. Toda posição cirúrgica envolve risco inerente devido à alteração anatômica necessária à boa exposição do sítio operatório^(1,3), sendo que a imobilidade necessária durante o período intraoperatório aumenta o risco para lesões de pele, lesões nervosas e musculares^(1,3,4). Atenção especial deve ser dada para proteção e redistribuição de pressão sobre áreas de pele que recobrem proeminências ósseas, visto que os pacientes podem suportar uma grande quantidade de pressão por pouco tempo, ou uma quantidade menor de pressão por um período maior de tempo^(1,5).

Ainda que a palavra final sobre o posicionamento cirúrgico seja do cirurgião, para acesso ao campo operatório, cabe ao enfermeiro e ao anestesiológista o compartilhamento na avaliação e decisão em conjunto com a equipe cirúrgica quanto ao posicionamento seguro⁽¹⁾. O enfermeiro cirúrgico deverá conhecer as especificidades de cada paciente e a posição cirúrgica, sendo a avaliação pré-operatória essencial para o planejamento dos cuidados de enfermagem na sala cirúrgica com previsão e provisão de posicionadores e coxins para proteção^(1,4).

A escala de Braden é uma ferramenta de avaliação de risco de lesão, usada em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em serviços de assistência à saúde, através da verificação dos seguintes itens: percepção sensorial, nível de atividade, mobilidade e estado nutricional e a exposição da pele à umidade, pressão e força de cisalhamento⁽⁵⁾, no entanto estes fatores não contemplam as particularidades do período intraoperatório, como posição e tempo cirúrgico, anestesia e comorbidades^(4,5,6,7).

Em 2013 foi criada e validada, no Brasil, uma escala para avaliação de risco de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico (ELPO)⁽⁷⁾, incluindo sete itens: tempo de cirurgia, posição cirúrgica, tempo de anestesia, superfície de suporte, comorbidades e idade. A ELPO fornece dados para identificar os pacientes em risco e melhorar a assistência da enfermagem no intraoperatório, sendo um instrumento válido para avaliar o risco e prever desfechos como lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico^(3,7,8). Um estudo com aplicação da escala ELPO em uma amostra de 378 pacientes, identificou que o maior risco de lesão estava associado aos pacientes posicionados em decúbito ventral e litotomia⁽⁹⁾.

Neste contexto, pensando em contribuir com a melhoria da segurança do paciente durante o intraoperatório, delineou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as concepções das enfermeiras que trabalham no Centro Cirúrgico em relação a segurança durante o posicionamento do paciente cirúrgico? Para responder a essa pergunta, traçou-se como objetivo de pesquisa conhecer as concepções em relação à segurança do paciente durante seu posicionamento cirúrgico sob a ótica das enfermeiras de um Centro Cirúrgico.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa realizada através de discussões em um Grupo Focal (GF), direcionada às enfermeiras que trabalham em um CC. No relato desta pesquisa foram seguidos os critérios consolidados para relato de pesquisas qualitativas através do *checklist* COREQ⁽¹⁰⁾.

O campo de ação foi um CC de um hospital privado de grande porte localizado em Porto Alegre, RS. O mesmo possui 17 salas e atende 17 especialidades cirúrgicas, a saber: traumatologia e ortopedia, neurologia, geral, ginecologia, urologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, coloproctologia, cirurgia torácica, mastologia, cirurgia pediátrica, cardiovascular, vascular, da mão, cabeça e pescoço, odontologia, cirurgia e trauma bucomaxilofaciais. Foram realizadas em média 2.000 cirurgias/mês nos anos de 2018 e 2019, de pequeno, médio e grande porte, com exceção de transplantes.

A população deste estudo foi de 13 enfermeiras que atuam no CC dessa instituição e realizam as funções assistencial, de liderança e de coordenação. A pesquisadora é especialista em Centro Cirúrgico e uma das enfermeiras assistenciais desse CC, tendo sido excluída do estudo, portanto a população possível de participar compreendeu 12 profissionais. O critério de inclusão foi trabalhar há mais de seis meses no setor. Foram excluídos os enfermeiros que estavam de atestado ou afastados por licença. A amostra foi por conveniência e constituiu-se por sete enfermeiras que aceitaram o convite para participar do GF. Por todas participantes do estudo serem do sexo feminino, adotou-se o termo enfermeira para esta pesquisa.

O GF foi utilizado como técnica qualitativa para geração de dados, seguindo um roteiro para as três sessões realizadas⁽¹¹⁾ em agosto de 2018 (Quadro 1). Os encontros tiveram duração máxima de uma hora, com intervalo de uma semana entre eles, em uma sala de reuniões dentro da área cirúrgica da instituição hospitalar. Essa dispõe de espaço para organização do grupo em forma de círculo, facilitando a interação das participantes. A pesquisadora interagiu com o grupo com o intuito de conhecer diferentes pontos de vistas

	Sessões do Grupo Focal		
	1ª (09/08/2018)	2ª (16/08/2018)	3ª (23/08/2018)
	1ª (09/08/2018)	2ª (16/08/2018)	3ª (23/08/2018)
	- Apresentação dos objetivos do estudo. - Aplicação TCLE. - Autorização de gravação da sessão.	- Validação da transcrição do encontro anterior	- Validação da transcrição da sessão anterior. - Apresentação da síntese das sessões anteriores
Tema de debate	Pergunta: o que para você é segurança do paciente?	Pergunta: qual a importância do enfermeiro na avaliação de risco? - Conhecimento dos enfermeiros sobre a escala ELPO.	Pergunta: qual a melhor estratégia para realização e registro da avaliação de risco no paciente cirúrgico? - Consenso para implementação da escala ELPO.
Encerramento	Agradecimento pela participação.		

Quadro 1 – Sessões do Grupo Focal da pesquisa de concepções das enfermeiras de um centro cirúrgico a respeito da segurança do paciente. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

acerca do tema segurança do paciente no posicionamento cirúrgico. Não foi realizado teste piloto.

Na semana posterior a cada encontro, a pesquisadora realizou a transcrição do áudio e compilação dos dados, optou-se por não terceirizar essa atividade, pela oportunidade de entrar em contato com os dados da transcrição. As transcrições foram enviadas por e-mail na íntegra às participantes do estudo para leitura e validação. Com relação à validação das transcrições, somente uma participante realizou ressalva sobre uma fala, sendo essa documentada através de retorno do e-mail. A triangulação foi efetivada com a finalidade de validar os dados gerados e transcritos com as participantes do estudo, sendo que a análise dos dados somente iniciou após essa etapa.

Todas as participantes se surpreenderam com os vícios de linguagem durante a leitura das transcrições, sendo esclarecido que a análise seria elaborada a partir do conteúdo das falas e não da sua expressão literal.

A análise foi realizada através da técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽¹²⁾, composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. Na primeira etapa foi realizada leitura flutuante, a pesquisadora teve contato inicial com o texto e deixou-se invadir por impressões. Na segunda etapa, foi realizada a exploração do material e codificação. Na terceira e última fase a interpretação dos dados. Os mesmos foram significativos e válidos, oportunizando identificar as

unidades de registros que se repetiam, sendo agrupadas em uma expressão que representa o conjunto. Essa forma de análise permitiu que o pesquisador fizesse inferências de acordo com os dados coletados, realizando o desdobramento em categorias.

Após a transcrição e validação dos dados, foram montados dois mapas. O primeiro incluiu todas as falas transcritas na íntegra de todas as participantes, cada participante foi identificada com a letra P e um número correspondente de 1 a 7. Esse mapa foi dividido em três colunas, que corresponderam aos três encontros do GF e sete linhas, correspondendo às sete participantes. Foi realizada leitura exaustiva das falas, na horizontal (que corresponderam às falas de cada uma das participantes nos três encontros) e na vertical (que corresponderam às falas de todas as participantes em cada um dos encontros).

Após a leitura flutuante das falas transcritas no primeiro mapa, foram destacadas as falas sobre os mesmos temas com a mesma cor de caneta colorida marca-texto, emergindo as categorias iniciais. Após esta etapa foi realizada limpeza do material e construção de um segundo mapa com a divisão das falas em categorias. A partir da categorização manual dos dados do GF, utilizou-se o software webQDA® (versão 3.0), para agrupamento e seleção das palavras mais frequentes contidas nas transcrições. Este recurso auxilia na análise de dados qualitativos através do acesso colaborativo e simultâneo dos pesquisadores.

Em relação às questões éticas, esta pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as especificidades da pesquisa nas ciências humanas e sociais, tendo sido devidamente cadastrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino superior sob CAAE nº 86027518.2.0000.5345 e da instituição hospitalar onde ocorreu a coleta de dado, sob CAAE nº 86027518.2.3001.5330. Foram explicados os objetivos da pesquisa, sendo aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantiu-se a confidencialidade das informações, a privacidade da participante e a proteção de sua identidade. Os dados serão armazenados por cinco anos e, após, destruídos.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados oriundos do GF ocorreu em dois momentos: no primeiro foi construído o mapa manual das transcrições e categorização, e no segundo, utilizado software online WebQDA® como ferramenta de apoio à análise destes dados qualitativos.

Dos mapas manuais emergiram, a partir dos dados gerados, seis categorias: “segurança do paciente”, “riscos do paciente cirúrgico”, “enfermeiro em sala cirúrgica”, “capacitação”, “envolvimento da equipe interprofissional” e “implementação da escala ELPO”. As unidades de registro (UR) identificadas em cada categoria serão apresentadas nos subcapítulos referentes a cada uma delas. No quadro 2 são apresentadas as categorias e subcategorias.

Após a categorização manual foram organizadas e separadas as falas, produto das transcrições em categorias, salvas em texto corrido em arquivo Word®. Após revisão, os dados foram inseridos no software WebQDA®, mantendo-se a categorização manual. Com utilização do software foram selecionadas as palavras mais frequentes nas categorias. Para esta seleção foram filtradas palavras com cinco caracteres ou mais com geração do mapa de códigos livres (Figura 1), estes decorrentes das categorias emergidas dos mapas construídos manualmente.

Ao final do trabalho, no terceiro encontro do Grupo Focal, foi definido pelas enfermeiras como se daria a implementação da avaliação de risco por meio da escala ELPO.

Segurança do paciente

Através da interação entre as participantes, foram discutidas questões referentes à segurança e expressão do ponto de vista do grupo de enfermeiras em relação ao significado da segurança do paciente na vivência profissional diária.

Categorias	Subcategorias
Segurança do Paciente	---
Riscos do Paciente Cirúrgico	Complicações
	Evento Adverso
	Instrumental Cirúrgico
Enfermeiro em sala cirúrgica	Importância
	Ausência
Capacitação	Orientação da equipe
	Conhecimento
Envolvimento da equipe interprofissional	---
Implementação Escala ELPO	Facilidades
	Barreiras

Quadro 2 – Categorias e subcategorias. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Na categoria “segurança do paciente”, as duas unidades de registro (UR) que se destacaram foram: não causar dano e planejar cuidado, cada uma delas com cinco ocorrências. Para as participantes do estudo, o tema segurança do paciente é bastante conhecido e identificado como de grande importância, sendo o planejamento do cuidado identificado como aspecto essencial:

[...] que não seja causado nenhum dano ao paciente, que ele venha ao hospital, que trate a doença que o trouxe aqui, mas que ele não saia com nada a mais do que ele chegou no hospital (P4).

[...] segurança do paciente é um conjunto de ações e medidas planejadas para que a gente possa entregar um cuidado seguro para que não possa afetar o paciente com qualquer tipo de evento adverso [...] (P6).

O empenho em diminuir os riscos resultantes dos cuidados de saúde ao mínimo possível, pode ser traduzido

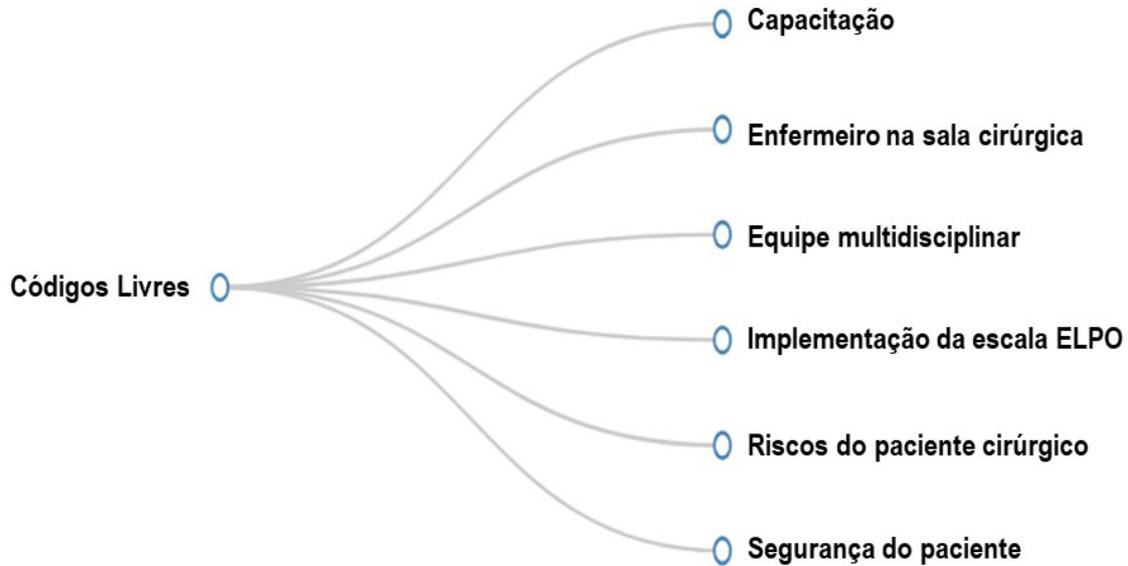


Figura 1 – Mapa de códigos livres. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018
 Fonte: dados da pesquisa, 2018.

como segurança do paciente⁽¹³⁾. A busca por essa segurança deve ser resultado de uma cooperação de todas as equipes do CC envolvidas nesse processo, e não somente de uma categoria profissional^(2,14).

A UR realizar *checklist* foi reconhecida como importante pelas enfermeiras:

[...] se a gente não fazer realmente como está no checklist, realmente tem um monte de risco (P6), [e que] inicia por ações simples, desde a nossa recepção do paciente que é a identificação dele [...] (P1).

O segundo desafio global para Segurança do Paciente, Cirurgias Seguras Salvam Vidas, tem como objetivo padrões de segurança que possam ser aplicados em diversos países, este prevê uma lista de verificação como protocolo universal, reconhecida como medida efetiva para redução dos riscos cirúrgicos⁽¹³⁾. Essa verificação deve iniciar com o paciente acordado, sempre que possível, e com identificação do paciente, aplicação do consentimento informado, marcação da lateralidade (quando órgão múltiplo) e confirmação do procedimento a ser realizado^(1,2,13). A adoção de um protocolo objetivo facilita o cumprimento da lista de verificações e realização da pausa cirúrgica (*time out*) antes da incisão⁽¹³⁾.

Há evidências de redução da infecção em cirurgias limpas após implantação do *checklist* de segurança proposto pela OMS⁽¹⁵⁾. O *checklist* de segurança não deve ser encarado como uma etapa a ser cumprida mecanicamente ou um impresso a ser preenchido, o enfermeiro deve assumir o papel de

liderança da equipe no empoderamento e compromisso com a segurança do paciente⁽¹⁶⁾.

Risco do paciente cirúrgico

De acordo com a ótica de todas participantes deste estudo, os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos estão sujeitos a riscos. Nesta categoria foram identificadas três subcategorias: “complicações”, “evento adverso” e “instrumental cirúrgico” (Quadro 3).

As UR da subcategoria “complicações” foram: dor, sangramento, risco de morte, síndrome compartimental e outras. Na unidade de registro outras, foram agrupados os seguintes riscos cirúrgicos: choque hipovolêmico, via aérea difícil, parada cardíaca, embolia e hipotermia, com somente uma ocorrência cada.

Dentro da subcategoria “eventos adversos” destaca-se, com 12 ocorrências, UR de lesão, sendo agrupadas as lesões em lesão de pele, por pressão e decorrentes do posicionamento cirúrgico. Foram agrupados os seguintes eventos em “outros”: compressão de nervo, cirurgia errada, membro errado e paciente errado.

[...] lesão de pele desde simples até uma lesão de terceiro grau (P1).

Verifica-se que as lesões de pele, por pressão e decorrentes do posicionamento cirúrgico foram as identificadas de maior ocorrência. De acordo com a AORN⁽⁴⁾, todos os

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro (UR)	Ocorrência
	Complicações	Dor	4
		Sangramento	3
		Risco de morte	3
		Síndrome compartimental	2
		Aumento tempo de internação	3
		Outras	5
Riscos do Paciente Cirúrgico	Evento Adverso	Lesão pele/pressão/posicionamento	12
		Erro humano	5
		Choque anafilático	4
		Infecção	3
		Não cumprimento da rotina/ <i>checklist</i>	5
		Queimadura	3
		Queda	2
		Outros	4
	Instrumental Cirúrgico	Falta	5

Quadro 3 – Categoria risco do paciente. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

pacientes cirúrgicos estão em risco de lesão, estudo com amostra de 378 pacientes de todos os portes cirúrgicos⁽⁹⁾, identificou maior risco de lesão associado ao posicionamento em decúbito ventral e litotomia, e não ao porte cirúrgico.

Para alcançar melhoria na segurança do paciente cirúrgico, é indispensável a identificação dos pacientes em risco para lesão por posicionamento, elaborando o planejamento do cuidado e a implementação de intervenções no sentido de prevenir lesão^(1,3,4).

Em relação à UR sobre a rotina da utilização do *checklist* cirúrgico, a OMS⁽¹³⁾, reforça a importância de uma lista de verificação, pois ajuda a conferir etapas que devem ser cumpridas antes do início do procedimento, auxiliando a equipe a trabalhar unida e fornecendo um padrão. Mesmo em cenários diversos e rotinas diferentes, essa padronização pode significar melhorias para segurança e salvamento de vidas^(1,13). Esta lista de verificação deve ser aplicada em três momentos: antes da indução anestésica (sempre que possível, com paciente acordado e participando desta verificação),

antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (com conferência da contagem de gases, compressas e agulhas)^(1,13,14).

A conferência antes do início da incisão cirúrgica deve ser feita em voz alta, com certificação da disponibilidade de materiais e equipamentos, caso ocorra alguma divergência esta deve ser resolvida antes do prosseguimento da cirurgia, devendo ser realizada mesmo em cirurgias de urgência e emergência⁽¹³⁾.

Na subcategoria “material cirúrgico” a UR “falta”, refere-se à falta de material ou equipamento, identificada pelas participantes deste estudo como um fator de risco do paciente cirúrgico.

[...] como erro de montagem de sala do material não ter sido conferido antes do início da cirurgia (P3).

[...] anestesia por mais tempo de repente, esperando o intensificador ou esperando um OPME chegar (P6).

Conflitos em relação ao gerenciamento desses insumos são conduzidos por enfermeiros de CC^(1,17), que devem dominar a escala para identificação prévia desta indisponibilidade antes da mesma comprometer a qualidade do procedimento e segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

Enfermeiro em sala cirúrgica

Nesta categoria, identificaram-se duas subcategorias: “importância” e “ausência do enfermeiro em sala”. Na subcategoria “importância do enfermeiro em sala”, destacam-se as seguintes UR: empoderamento profissional, reconhecimento da equipe, presença em cirurgias e avaliação do paciente. Na subcategoria “ausência do enfermeiro em sala”, ressalta-se a preocupação com a banalização ou ausência em cirurgias menos complexas. O posicionamento e as atitudes tomadas pelos enfermeiros, além da maior presença em sala cirúrgica resultou em empoderamento profissional e reconhecimento da equipe médica e de técnicos de enfermagem, segundo a percepção das enfermeiras participantes no GF. As mesmas manifestam que os médicos têm reconhecido essa mudança na assistência de enfermagem, resultante da maior presença do enfermeiro junto ao paciente e à equipe em sala cirúrgica.

[...] eu já escutei um elogio de uma equipe da torácica que eles falaram: nossa, hoje foi muito bom porque a enfermeira estava presente para nos ajudar no posicionamento (P7).

A UR banalização/ausência nas cirurgias menos complexas, da subcategoria “ausência do enfermeiro em sala”, também pode ser interpretada como reconhecimento da importância de o enfermeiro estar em sala cirúrgica mesmo em cirurgias mais simples, pois, conforme as participantes deste estudo, em algumas situações ocorrem lesões em cirurgias de pequeno porte.

[...] simples [...] então, a gente banaliza e são essas as vezes que sai com lesão (P1).

Percebe-se a satisfação das enfermeiras com o empoderamento e reconhecimento que têm conquistado através da sua valorização pela equipe médica.

[...] é novidade ainda a gente estar tomando conta do paciente, dentro do ambiente do centro cirúrgico por que sempre o dono do paciente é a equipe cirúrgica e anestésica, e não o enfermeiro” (P6).

[...] tá, agora vocês estão liberadas para fazer o que vocês quiserem [...], você pode posicionar do teu jeito (P1).

[...] doutor, [...] agora nós vamos posicionar os braços do paciente assim que a gente terminar, a gente vai liberar para o senhor fazer a tricotomia e posicionar as pernas. Só que o técnico não vai ser impor desta forma entendeu não impor de um jeito ruim, mas quero dizer é priorizar aquele cuidado que não tem como fazer depois tem que ser agora [...] (P3).

Os enfermeiros estão presentes dentro da sala nas cirurgias de grande porte, urgências, cirurgias que envolvem pacientes pediátricos, e *full time* nas cirurgias robóticas. A presença do enfermeiro na sala propicia que as condutas sejam tomadas de acordo com as particularidades de cada paciente⁽¹⁸⁾. No cenário estudado, os enfermeiros dividiam as salas cirúrgicas entre quatro profissionais, tanto para o atendimento, quanto para a admissão assistencial. A partir da divisão das salas, as equipes médica e de enfermagem têm uma enfermeira de referência para cada sala cirúrgica.

Através de ação coordenada com modificação de atitudes e comportamento do grupo de enfermeiros no contexto estudado, ao fazer escolhas e estar presente em sala pode-se notar o empoderamento e reconhecimento da importância deste profissional dentro da sala cirúrgica.

O dimensionamento da equipe de enfermagem do CC pode ser realizado considerando o porte cirúrgico dos procedimentos atendidos, entretanto o cálculo mais utilizado é o número de profissionais em relação ao número de salas. Sugere-se que o número de enfermeiros seja de 20% do quadro funcional da enfermagem e o de técnicos de 80%⁽¹⁾. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece o número de um enfermeiro para cada três salas de cirurgias eletivas nas 24 horas, e um enfermeiro exclusivo em sala de urgência/emergência, de acordo com o porte cirúrgico e o grau de complexidade⁽¹⁹⁾. É necessário pensar na equipe de enfermeiros tanto na questão quantitativa, com profissionais que supervisionam e conduzem a assistência dentro da sala cirúrgica, como qualitativamente, para capacitação e atualização da mesma⁽²⁾.

A organização e priorização do atendimento com enfermeiro de referência da sala cirúrgica corrobora com a orientação da SOBECC⁽¹⁾, levando em conta o grau de complexidade do paciente, participação no posicionamento cirúrgico e acompanhamento na transferência deste para o CTI.

Capacitação

Na categoria “capacitação” emergiram as subcategorias: orientação equipe e conhecimento. Destaca-se a UR treinar, educar e simular com modelos dentro da subcategoria “orientação da equipe”.

De acordo com as enfermeiras, é reconhecida a importância da capacitação das equipes e essa capacitação, não necessariamente deve ocorrer em ambientes formais de aprendizado, mas também no dia a dia, com orientação durante o posicionamento cirúrgico.

*[...] que a gente consiga também capacitar os técnicos pra isso né, pra gente ter não só os nossos olhos mas os olhos deles, os braços deles pra nos ajudar né [...] (P4).
então se tu orientar próprios técnicos [...] ali olha tem que botar sempre coxim no calcâneo por exemplo, eles vão [...] não vai sair com lesão (P1).*

[...] é isso que a gente tinha falado antes, é treinar a equipe, entendeu, pra simples cirurgias e talvez ter times [...] o ideal seria times de posicionamento time de setup, time de [...] mas treinar as equipes desde os novos até os mais antigos porque eles também banalizam assim como nós às vezes as cirurgias menores [...] (P6).

A equipe de enfermeiras reconhece o desafio da formação continuada da equipe e a importância desta educação, e corrobora com a visão de que a formação de uma equipe preparada e a estrutura adequada proporciona aos pacientes cirúrgicos uma assistência segura^(1,13). De acordo com a equipe, a capacitação com utilização de manequins e simulação favorece o aprendizado.

[...] e a gente usar nós mesmos os manequins e fazer como a gente faz na robótica [...] (P6).

[...] pelo menos eu sou muito visual, quando a gente visualiza a gente aprende mais [...] (P6).

A simulação é uma técnica utilizada para o aprendizado através de experiências guiadas, pode ser realizada com manequins vivos ou modelos sintéticos. Essa estratégia educacional favorece a oportunidade de aprender com aproximação da vivência real. O ensino e aprendizado com uso de manequim demonstrou ser eficaz, favoreceu a transição deste para o atendimento prático ao paciente e aumentou a segurança do mesmo e da equipe⁽¹⁸⁾.

Envolvimento da equipe interprofissional

Na categoria “envolvimento da equipe interprofissional” foram identificadas duas UR que foram: planejamento prévio e participação e avaliação no posicionamento cirúrgico.

O envolvimento da equipe interprofissional, na visão das participantes, foi uma grande mudança, e tem sido importante este planejamento da equipe médica em conjunto com a equipe de enfermagem:

[...] acho que bem ao encontro que vem a participação do médico neste planejamento, se é algo que foge do dia a dia de uma cirurgia que ele faz com mais frequência, de planejar, sentar junto com a enfermagem [...] (P5).

A participação da equipe médica no planejamento prévio ao procedimento, foi destacada pelas enfermeiras como uma mudança de paradigma, decorrente do empoderamento da enfermagem, contemplado nesses últimos anos, através do trabalho e da conscientização da equipe de enfermeiros, ao apropriar-se deste importante papel dentro da sala cirúrgica.

[...] é que acho que é uma gratificação até porque é o paciente da equipe é que é nosso agora, é uma transformação de paradigma” (P6).

O movimento para segurança requer envolvimento e participação de toda equipe envolvida, com enfoque no paciente, sem hierarquização de cargos⁽²⁾ num trabalho harmonioso e em conjunto, visando o sucesso do procedimento cirúrgico e a garantia de um cuidado livre de danos.

Todos os membros da equipe cirúrgica: enfermeiros, anesthesiologista, cirurgião e assistentes, são responsáveis pelo posicionamento cirúrgico, esta atividade interprofissional deve assegurar o conforto e a segurança dos pacientes⁽⁴⁾. A simulação prévia do posicionamento cirúrgico pode ser utilizada antes de procedimentos específicos como em cirurgias robóticas com participação do enfermeiro, técnicos de enfermagem, anesthesiologista e cirurgião⁽¹⁸⁾.

Implementação da Escala ELPO

Foram identificadas facilidades e barreiras (Quadro 4) para a implementação da avaliação de risco de lesão decorrente do posicionamento, sendo apontada como facilidades a importância da mesma para o planejamento do cuidado.

[...] a ELPO, e a escala, talvez ela nos auxilie para prestar este atendimento quanto a lesão, posicionamento, mas também nosso planejamento, como enfermeira para os nossos pacientes. Acho que isto vem facilitar até o nosso trabalho né, porque a gente planejando a gente também vai conseguir arrumar o nosso tempo e otimizar talvez melhor [...] (P2).

As principais barreiras mencionadas para implementação foram em relação à rotina, tempo e disponibilidade do enfermeiro, como ilustrado nos relatos:

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro (UR)	Ocorrência
	Facilidades	Planejamento do cuidado	7
		Aplicação fácil	2
		Enfermeiros a mais no setor	1
Implementação da Escala ELPO		Conhecimento prévio	1
	Barreiras	Rotina/tempo/disponibilidade do enfermeiro	12
		Posicionador adequado	3
		Equipe médica	1
		Conhecimento do enfermeiro	1

Quadro 4 – Categoria implementação da escala ELPO. Porto Alegre, RS, 2018
 Fonte: dados da pesquisa, 2018.

[...] disponibilidade do enfermeiro conseguir dar essa prioridade para ter este tempo de ficar em sala né, o que mais [...] (P1).

Mesmo acarretando acréscimo de tempo para posicionar o paciente, na visão dos participantes, a equipe médica reconhece a importância do posicionamento executado pelo enfermeiro.

[...] apesar do tempo que a gente demora eles [os médicos] ficam muito satisfeitos com o posicionamento da robótica [...] (P3).

Com a construção e validação⁽⁷⁾, em 2013, da Escala ELPO, os enfermeiros operatórios dispõem de um recurso para avaliação desta população⁽¹⁾. Uma ferramenta de avaliação de risco não, necessariamente, inclui todos os fatores que colocam os pacientes em risco de lesão, mas pode determinar o efeito cumulativo quando do somatório de fatores de risco⁽⁴⁾, além de auxiliar no planejamento e direcionamento dos recursos disponíveis.

Através da utilização da escala ELPO para avaliação de risco, são identificados pacientes em risco maior de desenvolvimento de lesões, decorrentes do posicionamento cirúrgico, justificando assim gastos e utilização de tecnologias para prevenção como dispositivos adesivos e de posicionamento^(1,7).

A segurança no posicionamento cirúrgico é um desafio aos enfermeiros perioperatórios, quanto à avaliação e planejamento do cuidado no posicionamento cirúrgico. A avaliação do risco de lesão decorrente do posicionamento fornece subsídios para o planejamento e assistência das

necessidades individuais do paciente e do procedimento cirúrgico, contribuindo para redução desse risco^(1,4,8,20).

Identifica-se que a maior parte dos trabalhos foi publicada em forma de resumo em eventos científicos que ocorreram após o ano de 2017, inferindo-se que a construção e validação de escala com base na literatura e o olhar na realidade brasileira, mobilizaram a comunidade de enfermeiros cirúrgicos para a especificidade deste cuidado.

No último encontro do Grupo Focal, foi definido pelo grupo de enfermeiras que a operacionalização para implementação da avaliação de risco no CC, por meio da escala ELPO, será realizada como um projeto piloto, iniciando pelas cirurgias de grande porte, com presença e participação do enfermeiro em sala durante o posicionamento do paciente.

[...] a gente pode começar pelas cirurgias de grande porte que são as que a gente acaba ficando mais tempo (P6).

O formulário construído pelos enfermeiros com preenchimento da avaliação de risco pela escala ELPO, inicialmente, não fará parte do prontuário do paciente, sendo utilizado para coleta dos dados do projeto piloto. No entanto, as informações constantes na avaliação de risco de lesão decorrente do posicionamento serão registradas no prontuário eletrônico do paciente em forma de evolução intraoperatória de enfermagem.

Após o projeto piloto, o formulário construído pelos enfermeiros para avaliação de risco com utilização da escala ELPO será encaminhado para apreciação da Comissão de Prontuário da Instituição, para inclusão deste no prontuário eletrônico do paciente.

Como limitação do estudo destaca-se a impossibilidade de participação de todos os enfermeiros devido ao fluxo de rotina do ambiente cirúrgico, bem como ter se limitado somente a uma categoria profissional.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer as concepções dos profissionais que atuam no CC em relação à segurança do paciente no posicionamento. As enfermeiras identificaram os riscos a que o paciente está exposto no intraoperatório e consideram importante a presença da enfermeira na sala cirúrgica, para auxílio no posicionamento do paciente e envolvimento da equipe interprofissional. Além disso, ressaltam a importância de implementar a escala ELPO para avaliação do risco dos pacientes no período intraoperatório.

Sugere-se como proposta para estudos futuros, investigar aspectos referentes à presença e atuação do enfermeiro nas atividades do cuidado direto prestado ao paciente em sala cirúrgica, acompanhando desfechos relacionados à prevenção e ocorrência de eventos adversos.

■ REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde. 7. ed. Barueri, SP: Manole; 2017.
2. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses recommendations. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2775-82. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
3. Nascimento FCL, Rodrigues MCS. Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3261. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2912.3261>
4. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guidelines for perioperative practice. AORN: Canadá, 2019.
5. Spruce L. Back to basics: preventing perioperative pressure injuries. *AORN J.* 2017;105(1):92-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.018>
6. Aloweni F, Ang SY, Fook-Chong S, Agus N, Yong P, Goh MM, et al. A prediction tool for hospital-acquired pressure ulcers among surgical patients: surgical pressure ulcer risk score. *Int Wound J.* 2019;16(1):164-75. doi: <https://doi.org/10.1111/iwj.13007>
7. Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão CM. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2704. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
8. Peixoto CA, Ferreira MBG, Felix MMS, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3117. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>
9. Trevilato DD, Melo TC, Fagundes MABG, Caregnato RCA. Surgical positioning: prevalence of risk of injuries in surgical patient. *Rev SOBECC.* 2018;23(3):124-9. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030003>
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. doi: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>
11. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):424-9. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
12. Bardin L. Análise de conteúdo: edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70 Brasil; 2011.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. [citado 2021 mar 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
14. Santos EA, Domingues AN, Eduardo AHA. Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico. *Enferm Actual Costa Rica.* 2020;(38):75-88. doi: <http://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>
15. Prates CG, Stadnik CMB, Bagatini A, Caregnato RCA, Moura GMSS. Comparison of surgical infection rates after implementation of a safety checklist. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(2):116-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800018>
16. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180198. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
17. Martins FZ, Dall'agnol CM. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e56945. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>
18. Angelo CS, Pachioni CFM, Joaquim EHG, Silva EAL, Santos GG, Bonfim IM, et al. Efetividade do protocolo prevenção de lesões de pele em cirurgias urológicas robóticas. *Rev SOBECC.* 2017;22(3):152-60. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700030006>
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n.543 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. *Diário Oficial União.* 2017 maio 8 [citado 2021 mar 01];154(86 Seção 1):119-21. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=08/05/2017&pagina=119>
20. Davis SS. The key to safety: proactive prevention. *AORN J.* 2018;108(4):351-3. doi: <https://doi.org/10.1002/aorn.12387>

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação – Denilse Damasceno Tревilato, Márcia Rosa da Costa, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Curadoria de dado – Denilse Damasceno Tревilato.

Análise formal – Denilse Damasceno Tревilato, Márcia Rosa da Costa, Ana Maria Müller de Magalhães, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Investigação – Denilse Damasceno Tревilato.

Metodologia – Denilse Damasceno Tревilato, Márcia Rosa da Costa, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Administração de projeto – Denilse Damasceno Tревilato.

Supervisão – Márcia Rosa da Costa, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Validação – Denilse Damasceno Tревilato, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Visualização – Denilse Damasceno Tревilato, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Escrita – rascunho original – Denilse Damasceno Tревilato, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Escrita – revisão e edição – Denilse Damasceno Tревilato, Márcia Rosa da Costa, Ana Maria Müller de Magalhães, Rita Catalina Aquino Caregnato.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor Correspondente**

Denilse Damasceno Tревilato

E-mail: denilse.trevilato@gmail.com

Recebido: 08.03.2021

Aprovado: 09.07.2021

Editor associado:

Wiliam Wegner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti