

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO / FACULDADE DE MEDICINA
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE**

FABIANA ZERBIERI MARTINS

INDICADORES DE SAÚDE EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Porto Alegre

2022

FABIANA ZERBIERI MARTINS

INDICADORES DE SAÚDE EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Gestão em Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof Dr Ronaldo Bordin

**Porto Alegre
2022**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes
Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

CIP - Catalogação na Publicação

Zerbieri Martins, Fabiana
INDICADORES DE SAÚDE EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA / Fabiana Zerbieri Martins. -- 2022.
51 f.
Orientador: Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Gestão em Saúde. 2. Indicadores de qualidade. 3.
Sala de recuperação. 4. Recuperação pós-anestésica. 5.
Segurança do paciente. I. Bordin, Ronaldo, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Agradecimentos

A conclusão de alguns momentos da nossa vida assume significativa importância pela possibilidade de aprendizado. Portanto, neste momento, cabe agradecer aqueles que tornaram mais este desafio possível.

Aos meus pais, Nelson (*in memoriam*) e Tereza por terem me oportunizado a vida, pelo exemplo e amor constantes no incentivo à busca pelo conhecimento.

Ao Alexandre, pelo companheirismo no cotidiano da vida, pelo amor e por acreditar nos meus sonhos. À Júlia e Laura, por me mostrarem como a vida é bonita dentro de um sorriso e que tudo sempre vale a pena!

À minha família, pois constituem fonte de vida e apoio constantes. Aos amigos, por estarem sempre ao meu lado, sem diferenciar as distâncias de tempo e espaço. Sinto-me privilegiada por tê-los por perto.

Ao meu orientador, Prof.Dr. Ronaldo Bordin, pela serenidade na construção do conhecimento, diante de dúvidas e incertezas, que provocaram reflexões rumo ao aprendizado.

Ao Grupo de Enfermagem do HCPA, por estimular e apoiar os estudos desenvolvidos durante minha trajetória de trabalho na instituição. Às minhas colegas, enfermeiras da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica do HCPA, pelo apoio e compreensão essenciais nessa caminhada.

Aos colegas do Núcleo de Estudos de Gestão em Enfermagem da UFRGS, pelos contínuos momentos de aprendizado e crescimento, junto à Prof.Dra. Ana Magalhães e Prof. Dr. João Lucas Oliveira. Às queridas colegas Denilse Trevilato e Daniela Schneider por estarmos juntas nas revisões e leituras.

À enfermeira e doutoranda do PPGA/UFRGS Patrícia Silva, parceria essencial para a construção deste estudo.

Ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde da UFRGS, por todas as pessoas que nele trabalham e contribuíram para esta trajetória de construção de conhecimento. Às bibliotecárias da FAMED/UFRGS Ana Cabral e Raquel Schmitt pela presteza e agilidade nos auxílios valiosos.

A todos, meus mais sinceros agradecimentos!

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”.*

(Guimarães Rosa)

RESUMO

Introdução: No ambiente hospitalar, a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) é considerada um ambiente de alto risco na assistência em saúde onde ocorrem práticas complexas e interdisciplinares no atendimento ao paciente no pós-operatório imediato, com monitorização contínua dos sinais vitais e prevenção de complicações decorrentes de anestesia ou procedimento cirúrgico.

Objetivo: identificar quais são os indicadores em saúde utilizados nas salas de recuperação pós-anestésica presentes na literatura.

Método: trata-se de uma *scoping review* elaborada de acordo com as diretrizes vigentes do Joanna Briggs Institute. A busca foi realizada por duas pesquisadoras independentes, em seis bases de registros da área da saúde, utilizando os descritores: *Patient safety, Quality indicators, Health care, Health Status Indicators, Outcome Assessment, Health Care, Recovery Room, Anesthesia Recovery Period, Post-anaesthesia care unit*.

Resultados: Foram encontrados 105 artigos e 343 teses e dissertações publicados entre janeiro de 1991 e dezembro de 2021, sendo 10 artigos e uma tese selecionados para a revisão. A classificação dos indicadores utilizando a “tríade de Donabedian” apontou como indicadores de estrutura: uso de equipamentos assistenciais e adequação do quadro de pessoal de enfermagem. Como indicadores de processo constaram: uso da lista de segurança cirúrgica, segurança no uso de medicamentos; comunicação eficiente utilizando instrumento de transferência paciente para URPA, adesão à profilaxia de náuseas e vômitos, prescrições de analgesia, administração de analgésicos, registro da avaliação da dor e de hipotermia no paciente. Os indicadores de resultado foram: uso do checklist de transferência para URPA, uso de protocolo guiado por ultrassom para necessidade de sondagem vesical, número de paciente com dor mínima ou sem dor e número de paciente normotérmicos na alta da URPA.

Conclusão: A identificação dos indicadores em saúde utilizados em recuperação pós-anestésica foi limitada pela ausência de padronização, pela variabilidade e a forma como se apresentaram. Essa condição aponta para a necessidade de desenvolver trabalhos futuros considerando a padronização das métricas de cálculo dos indicadores de qualidade na recuperação pós-anestésica como contribuições para a gestão em saúde.

Descritores: Sala de recuperação. Recuperação pós-anestésica. Indicadores de qualidade. Segurança do paciente. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In the hospital environment, the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) is considered a high-risk environment in health care where complex and interdisciplinary practices occur in patient care in the immediate postoperative period, with continuous monitoring of vital signs and prevention of complications resulting from anesthesia or surgical procedure.

Objective: to identify which health indicators are used in post-anesthesia recovery rooms in the literature.

Method: this is a scoping review prepared in accordance with the current guidelines of the Joanna Briggs Institute. The search was carried out by two independent researchers, in six databases in the health area, using the descriptors: Patient safety, Quality indicators, Health care, Health Status Indicators, Outcome Assessment, Health Care, Recovery Room, Anesthesia Recovery Period, Post-anaesthesia care unit.

Results: 105 articles and 343 theses and dissertations published between January 1991 and December 2021 were found, with 10 articles and one thesis selected for review. The classification of indicators using the “Donabedian triad” pointed out as structure indicators: use of care equipment and adequacy of the nursing staff. As process indicators were: use of the surgical safety list, safety in the use of medications; efficient communication using an instrument for patient transfer to PACU, adherence to nausea and vomiting prophylaxis, analgesia prescriptions, administration of analgesics, recording of the patient's pain and hypothermia assessment. The outcome indicators were: use of the PACU transfer checklist, use of an ultrasound-guided protocol for the need for urinary catheterization, number of patients with minimal or no pain, and number of normothermic patients at PACU discharge.

Conclusion: The identification of health indicators used in post-anesthetic recovery was limited by the lack of standardization, variability and the way they were presented. This condition points to the need to develop future work considering the standardization of metrics for calculating quality indicators in post-anesthetic recovery as contributions to health management.

Keywords: Recovery room. Anesthesia Recovery Period. Quality Indicators, Health Care. Patient Safety. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Sintaxe de busca de artigos encontrados por base de referência empregada.....	20
Quadro 2 – Sintaxe de busca de teses e dissertações segundo base de referência empregada	24
Quadro 3 - Indicadores de saúde utilizados em recuperação pós-anestésica.....	27
Quadro 4 - Classificação dos indicadores conforme o modelo de qualidade assistencial de Donabedian.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 INDICADORES EM SAÚDE.....	12
2.2 UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (URPA).....	15
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4 MÉTODO.....	20
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	20
4.3 COLETA DE DADOS.....	27
4.4 MANEJO DOS DADOS.....	27
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
ANEXO.....	49

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA) é o local onde ocorre o atendimento ao paciente no pós-operatório imediato, que compreende o período desde a saída da sala operatória até a recuperação da consciência, a metabolização de anestésicos e a estabilização dos sinais vitais. Desta forma, diante da grande diversidade de pacientes com necessidades individuais, a URPA é um setor de avaliação crítica dos pacientes no pós-operatório, com vista a prevenção de complicações decorrentes de anestesia ou procedimento cirúrgico (DAHLBERG et al., 2022, MORAES; PENICHE, 2003).

No contexto hospitalar, a URPA é considerada um ambiente de alto risco na assistência em saúde, onde as atividades desenvolvidas constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual, do trabalho em equipe e das condições ambientais.

No processo de trabalho na URPA, situações como um maior número de horas de permanência na unidade podem ser relacionadas a fatores como elevado grau de dependência dos pacientes, a presença de comorbidades e de dificuldades institucionais para gestão de leitos. Tal condição foi pontuada em estudos sobre o maior número de horas de permanência na recuperação pós-anestésica em razão da assistência e da terapêutica necessárias aos pacientes ou, ainda devido à falta de leitos hospitalares, demandando uma reorganização dos cuidados nesta unidade (PINHEIRO et al., 2019, TIMMERS; HULSTAERT; LEENEN, 2014, LIMA et al., 2010).

Considerando a dinâmica de atendimento na URPA e a possibilidade de utilizar dados que auxiliem na gestão dos serviços de saúde de forma a aprimorar as práticas existentes, o uso de indicadores de saúde pode fornecer análises fidedignas das ações desenvolvidas e auxiliar nessa finalidade. A disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento e a capacidade analítica dos profissionais e promover o desenvolvimento de sistemas de informação (RIPSA, 2002).

A utilização de indicadores para a avaliação e controle das atividades desenvolvidas no sistema hospitalar trata-se de uma importante estratégia para planejar, organizar e coordenar diferentes setores institucionais. Os indicadores são ferramentas utilizadas para analisar, adquirir, identificar e mensurar ações ou informações relativas à qualidade de

atendimento, doença, epidemiologia e saúde dos contextos abordados, servindo para sintetizá-los por meio de conceitos numéricos (GAMA; BOHOMOL, 2020).

Frente à evolução das terapêuticas nas práticas de saúde e dos sistemas de informações, o uso de indicadores pode auxiliar nos programas de qualidade e segurança assistencial dos serviços de saúde, o que pode gerar como resultados um conjunto de fatores quantitativos que auxiliam na melhoria contínua da assistência em saúde (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2011, BITTAR, 2008).

A gestão da qualidade é o conjunto de atividades coordenadas para direcionar as ações, padronizar e controlar os processos, atuando como um processo dinâmico para atender as necessidades de melhorias em saúde. No sistema de gestão de qualidade, o gerenciamento de indicadores de desempenho precisa ser estruturado e apoiado pelo conhecimento e uso de inúmeras ferramentas (SOBECC, 2021).

Conforme Donabedian (1992), os processos avaliativos podem se utilizar de três evidências possíveis de sistematização dos dados: estrutura, processos e resultados disponíveis nos serviços de saúde. Essa classificação, chamada de “tríade de Donabedian”, se refere às dimensões das informações que podem ser utilizadas para a avaliação do cuidado em saúde em diferentes cenários de prática.

Assim, tendo em vista contribuir para a qualificação e a segurança das ações, além de ofertar elementos que possam subsidiar processos decisórios na gestão dos serviços, esse estudo busca identificar na literatura vigente as evidências existentes acerca dos indicadores em saúde utilizados em recuperação pós-anestésica. Compreende-se que na dinâmica e complexidade da assistência ofertada na URPA o conhecimento sobre os indicadores existentes no setor pode influenciar na qualidade e na segurança das ações.

Embora se tenham desenvolvido pesquisas envolvendo a assistência em saúde no pós-operatório imediato, desde a obrigatoriedade de uma sala de recuperação para os pacientes após a cirurgia, conforme a legislação brasileira, o estudo sobre essa temática ainda carece de aprofundamento. Assim, é objetivo deste estudo identificar quais são os indicadores em saúde utilizados nas unidades de recuperação pós-anestésica presentes na literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INDICADORES EM SAÚDE

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (RIPSA, 2008). Frente à constante evolução nas opções terapêuticas, das transições epidemiológicas e da sistematização do cuidado ofertado, torna-se imperativo que se desenvolvam métricas de caráter técnico confiáveis para medir os padrões assistenciais estabelecidos, bem como propor e avaliar metas.

Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2008).

Em 1995, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) estabeleceu a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde para contribuir com conhecimento sobre os dados básicos de saúde da população e promover o uso de dados fidedignos na tomada de decisão, tal condição propôs-se a facilitar o monitoramento das metas de saúde e coletar dados e indicadores para compor um painel de informações sobre as condições de saúde nas Américas (OPAS, 2018).

De acordo com a OPAS o termo “indicador de saúde” trabalha com dados de grupos ou lugares produzidos por mensurações consolidadas de saúde, para as quais se costuma definir um evento de interesse, uma população de referência e critérios de inclusão/exclusão. Para tanto, numa espiral de construção do conhecimento, a OPAS pontua a hierarquia dos dados que geram um indicador, que produzem informações, que geram conhecimento para influenciar um processo de tomada de decisão baseado em evidências; embora considere que os indicadores são dinâmicos e respondem a determinadas situações e contextos culturais e temporais (OPAS, 2018).

Um atributo comum à maioria dos indicadores é a viabilidade de serem mensurados em diferentes níveis geográficos e subgrupos populacionais, além da sensibilidade a alterações ao longo do tempo decorrentes de mudanças no âmbito da sociedade (OPAS,

2018). Empregando os conceitos utilizados pela OPAS (2001, 2018), a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados, configurando como seus atributos: mensurabilidade e viabilidade (disponibilidade de dados para mensurar o indicador); validade (capacidade de mensurar o que se pretende); oportunidade (capacidade de coleta em tempo hábil); reprodutibilidade (mensurações devem ser iguais mesmo realizadas por pessoas diferentes); sustentabilidade (condições necessárias para estimativa contínua); pertinência e relevância (capacidade de proporcionar informação adequada e útil); compreensibilidade (necessidade de o indicador ser compreendido pelos responsáveis).

Para demonstrar a utilidade e as limitações dos indicadores, destacam-se quatro domínios: indicador de morbidade (ocorrência de doença, lesão ou incapacidade na população), indicador de mortalidade (quantificar os problemas de saúde e monitorar prioridades ou metas em saúde); indicadores de fatores de risco comportamentais e indicadores dos serviços de saúde (OPAS, 2018).

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, presente em sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde e outros, além de dados demográficos e ambientais.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), concebida por um grupo de trabalho composto pelo Ministério da Saúde (MS), OPAS e instituições-chave da política de informações em saúde no país, dispõe-se a produzir publicações regulares de Indicadores e Dados Básicos (IDB), além de sistematizar informações essenciais para compreensão geral da situação de saúde e acompanhamento de suas tendências (RIPSA, 2008).

A RIPSA organizou uma Matriz de Indicadores para o cenário brasileiro, dividida em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. Cada indicador é caracterizado na matriz pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte mais bem identificada com o tema, a qual fornece anualmente os dados brutos utilizados no cálculo, em planilha eletrônica padronizada, preparada pelo Datasus (RIPSA, 2008).

De acordo com Gama e Bohomol (2022), ao utilizar os indicadores, devem-se levar em conta aqueles que sejam capazes de se adequar às características e singularidades do setor. O ambiente hospitalar é um local permeado por situações de diferentes complexidades e

particularidades tanto pela pluralidade das características de atendimento quanto da organização dos diferentes processos de trabalho.

As instituições hospitalares que têm processos avaliativos contínuos, tais como programas de certificação ou acreditação, costumam ser mais preparadas para realizar atendimento qualificado e lidam com mais facilidade com o gerenciamento de seus indicadores, conseguindo manter seus resultados com maior invariabilidade (BRAGA; PENA; MELLEIRO, 2018, BOGH et al., 2016).

O processo de acreditação pode ajudar no desenvolvimento do aprendizado institucional, uma vez que influencia na melhora e no gerenciamento dos processos pela equipe e no empenho em estar em conformidade com o que é preconizado com relação à cultura de segurança do paciente (GALVÃO et al., 2018, GÖZLÜ; KAYA, 2016). Desta maneira, as instituições avaliadas por sistemas de acreditação possuem resultados significativamente melhores em relação a alguns indicadores e itens de gerenciamento e mais preparadas para criar melhorias baseadas em seus resultados, e atingir a excelência na assistência, uma vez que os indicadores permitem evitar desperdícios financeiros e materiais e proporcionam visão ampla do cuidado, reduzindo, dessa maneira, riscos e agravos aos pacientes (GAMA; BOHOMOL, 2022).

Construir e implementar programas de qualidade nos serviços de saúde envolve processos alicerçados na transparência, foco no paciente, medicação e geração de informações, investimentos em estrutura física, tecnológica e humana, construindo uma cultura de qualidade com apoio das lideranças (WHO, 2018). O monitoramento frequente dos desfechos clínicos, os resultados das avaliações dos serviços e a satisfação dos clientes são parâmetros que revelam a qualidade entregue (SOBECC, 2021). Dessa forma, as medidas possíveis quanto aos processos desenvolvidos durante a assistência em saúde configuram-se como indicadores para a gestão de qualidade das organizações.

O modelo de avaliação da qualidade assistencial proposto por Donabedian (1992) baseia-se nos recursos disponibilizados pelos serviços de saúde para mensurar a estrutura, os processos e os resultados. Ainda cabe pontuar sobre a necessidade de reflexão acerca do julgamento crítico necessário para avaliar os dados conforme essa classificação (Donabedian, 2005).

Ao discorrer sobre os indicadores de estrutura, Donabedian (1980) considera o ambiente onde a assistência em saúde é desenvolvida, envolvendo questões de organização da área física, aporte ou fontes de recursos financeiros, disponibilidade de equipamentos,

estrutura administrativa e recursos humanos considerando a capacitação e a disponibilidade dos profissionais em desenvolver as ações em saúde propriamente ditas.

Os indicadores de processo propostos por Donabedian (1992) dão conta dos métodos empregados na instituição, a saber: atividades voltadas ao objetivo de cuidado ao paciente, como protocolos, documentos e normas. Desta forma, seriam todos os meios desenvolvidos para possibilitar um fluxo de atendimento e cuidado em saúde capaz de dar conta, de maneira segura e qualificada, das ações desenvolvidas.

Os indicadores de resultados são os produtos decorrentes da assistência prestada envolvendo uma possível mudança no estado de saúde do paciente, como exemplo: indicadores de satisfação de determinado setor; o período de internação em uma instituição de saúde ou o impacto da terapêutica adotada em determinado tratamento de saúde (DONABEDIAN, 1980). Donabedian (1992) recomenda que a avaliação da qualidade dos serviços ocorra considerando essas três dimensões dos dados identificados.

O bom desempenho de um Bloco Cirúrgico, considerando salas operatórias, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização está diretamente relacionado à qualidade dos processos e da integração entre serviços de apoio, estrutura física, equipamentos, tecnologias e quadro de pessoal adequados e habilitados (SOBECC, 2021).

Nas instituições hospitalares, o Centro Cirúrgico (CC) ocupa lugar de destaque pela variabilidade de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que envolvem esse setor e demandam ampla organização dos serviços de apoio. A Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) encontra-se vinculada a todo o processo perioperatório na medida em que se trata de um setor voltado à recuperação dos diferentes pacientes atendidos no CC. Pesquisa recente sobre indicadores em área cirúrgica sugere que eles não devem ser estanques, podendo ser modificados com base nas necessidades do paciente ou dos serviços (GAMA; BOHOMOL, 2022). Estudos envolvendo o processo perioperatório citaram como importantes os indicadores voltados ao monitoramento de lesões, quedas, queimaduras por bisturi elétrico, lesões por posicionamento, infecção do sítio cirúrgico, indicadores como tempo operatório relacionados à gestão do tempo das cirurgias, à disponibilidade de materiais e ao preparo de sala cirúrgica (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017; COSTA Jr et al., 2015).

A URPA é o local onde os pacientes são encaminhados após o procedimento anestésico-cirúrgico e encontram-se suscetíveis a complicações tanto dos procedimentos realizados quanto da história clínica pregressa do paciente, ou ainda resultar de eventos adversos durante o cuidado em saúde, situações que demandam o desenvolvimento específico de indicadores para avaliar a assistência prestada (SOBECC, 2021). Alguns indicadores

relacionados à anestesia apontam para parâmetros de qualidade relacionados a temperatura, dor, náuseas e vômitos no pós-operatório, que influenciam no grau de satisfação do paciente perante a assistência prestada (BEN et al., 2012). A identificação de indicadores existentes na URPA e a possibilidade de aprimorá-los podem contribuir para os processos de gestão, qualidade e segurança na área da saúde.

2.2 UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (URPA)

A primeira unidade voltada para cuidar do paciente no pós-operatório imediato foi relatada em 1923, sendo chamada de sala de recuperação. Na década de 1940, tornou-se um local comum para a recuperação de pacientes sob efeitos imediatos de uma anestesia. Internacionalmente, a sala de recuperação passou por um período de mudanças devido a diversos fatores: os avanços nas técnicas cirúrgicas, a introdução de tecnologias avançadas voltadas ao monitoramento de pacientes, mudanças de agentes anestésicos e uma maior gama de fármacos para o tratamento da dor e outras comorbidades dos pacientes. Renomeada como Unidade ou Sala de Recuperação Pós-Anestésica (URPA/SRPA), é o setor hospitalar onde são prestados cuidados intensivos complexos aos pacientes que se recuperam de uma anestesia geral ou regional (WALKER; MCKILLOP; JACOBS, 2017).

No Brasil, a Portaria 30 de 11 de fevereiro de 1977 deliberou sobre a necessidade da URPA, a qual teve obrigatoriedade regulamentada pela Resolução 1363/1993 do Conselho Federal de Medicina como destino de todo paciente que realizou cirurgia sob anestesia (BRASIL, 1977, CFM 1993). A Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, dispôs sobre as bases para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, como a URPA (BRASIL, 2002).

A URPA tem por finalidade a assistência pós-operatória imediata para pacientes que receberam anestesia geral e/ou loco regional, quando a assistência está voltada para a observação do retorno da consciência, dos reflexos protetores e da estabilidade de sinais vitais do paciente (LIMA; RABELO, 2013). Nesta unidade hospitalar são realizadas atividades específicas para a recuperação de pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte, os quais demandam monitorização de sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e após, de 1 em 1h ou conforme a condição clínica do paciente (SOBECC, 2021, ASPAN, 2017).

Os pacientes são admitidos em uma URPA para observação contínua de sua condição fisiológica, predominantemente das vias aéreas, respiração e estado cardiovascular, momento

em que eles estão vulneráveis e potencialmente instáveis, com risco aumentado de eventos adversos (BRIGGS et al., 2022).

Dentre as principais intervenções na URPA, destacou-se em estudo anterior, o manejo da dor e hipotermia, oferta de oxigenoterapia, administração de medicamentos, medidas de tratamento para náuseas e vômitos, manejo de agitação/ansiedade e vigilância aos sinais de sangramento (POPOV; PENICHE, 2009). A necessidade de manejo clínico de eventos adversos do pós-operatório e de situações como a espera de reavaliação da equipe cirúrgica para a alta da unidade também repercutem na carga de trabalho na URPA (POPOV; PENICHE, 2009,).

Por tratar-se de uma unidade hospitalar com características peculiares de transição do cuidado, a URPA compreende um período de contínua monitorização dos pacientes e suas condições fisiológicas, podendo abarcar também, situações de realização de exames, transporte do paciente, informações e visitas aos familiares e variadas intersecções com os serviços de apoio e demais unidades da instituição. Diante disso, a URPA tem características específicas quando comparada a outras unidades hospitalares, pois envolve processos de trabalho que atendem às diferentes complexidades cirúrgicas, a alta rotatividade de pacientes e a necessidade de agilidade nas tomadas de decisões para atendimento das complicações pós-operatórias (LIMA et al., 2010).

O tempo de permanência na URPA pode variar de acordo com as características do paciente, fatores cirúrgicos e ocorrência de eventos clínicos, acarretando diminuição do fluxo de pacientes dentro e fora da unidade. Estudo recente sobre condições associadas a uma maior permanência na URPA também considera como alternativas para esse cenário a revisão do agendamento cirúrgico, na tentativa de ajudar prever o fluxo de pacientes da unidade além da prevenção, reconhecimento precoce e pronto atendimento de situações envolvendo náuseas e vômitos, deterioração clínica e dor para redução do tempo de permanência na unidade (BRIGGS et al. 2022). Em decorrência desta situação, e, frente às necessidades do atendimento aos usuários do serviço, uma pesquisa brasileira apontou que, devido a alta demanda de pacientes cirúrgicos e a pouca disponibilidade de leitos de terapia intensiva, também ocorre um aumento de quantitativo de pacientes críticos na URPA (SARAIVA; SOUSA, 2015).

Os critérios de alta da URPA para unidade de internação ou domicílio incluem estabilidade fisiológica e controle da dor e náusea. Dois sistemas de critérios de alta da unidade são comumente usados, constituídos por cinco categorias com pontuações que variam de zero a dois, são o *Modified Aldrete Score* (respiração, saturação de oxigênio, consciência,

circulação, atividade) e o *Postanesthesia Discharge Scoring System* (sinais vitais, sangramento cirúrgico, atividade e estado mental, ingestão e saída, controle da dor/náusea/vômitos) (ASPAN, 2017). Compreender os fatores associados ao maior tempo de permanência facilita o gerenciamento de pessoal e fluxo de pacientes dentro da URPA e contribui para melhorar a qualidade da assistência prestada. (BRIGGS et al., 2022).

O período pós-operatório imediato compreende ações que envolvem o cuidado, tendo em vista a plena recuperação dos procedimentos com uma assistência de qualidade ao paciente, à equipe multiprofissional envolvida e um aporte emocional à família do paciente. A URPA é um ambiente em constante mudança com uma ampla diversidade de pacientes com necessidades individuais, demandando conhecimentos específicos voltados a atividades assistenciais e equipe para fornecer segurança e cuidados de alta qualidade (DALBERGH et al., 2022).

Por tratar-se de um cenário com peculiaridades assistenciais e com características próprias, a gestão das unidades de recuperação pós-anestésica demanda a constante avaliação das práticas por métricas confiáveis para a administração da unidade de forma a promover a qualidade e a segurança no atendimento aos pacientes em pós-operatório imediato.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os indicadores em saúde utilizados em Unidades de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) no período entre 1991 e 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atividades assistenciais ofertadas em Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA);
- Mapear os indicadores em saúde utilizados em unidade de recuperação pós-anestésica.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se uma *Scoping Review* com protocolo registrado na plataforma Open Science Framework (<https://osf.io>) e que segue as diretrizes do Joanna Briggs Institute. No desenvolvimento da pesquisa considerou-se as seguintes etapas: 1) definição e alinhamento do objetivo e pergunta de pesquisa; 2) alinhamento dos critérios de inclusão com o objetivo e questão; 3) descrição da abordagem para busca, seleção extração de dados e apresentação das evidências; 4) busca pelas evidências; 5) seleção das evidências; 6) extração das evidências; 7) análise das evidências; 8) apresentação dos resultados, 9) resumo das evidências com relação ao objetivo da revisão, conclusões e implicações das descobertas (AROMATARIS; MUNN, 2020).

Para condução do estudo e elaboração do relatório final foi utilizado o *checklist* PRISMA-ScR, a fim de garantir a transparência e a melhoria na qualidade metodológica da pesquisa (TRICCO et al., 2018) (ANEXO).

A questão de pesquisa foi estruturada com utilização do mnemônico PCC (P - população: indicadores; C - conceito: indicadores em saúde; C - contexto: unidade de recuperação pós-anestésica) e elaborada da seguinte forma: “quais são os principais indicadores em saúde utilizados na unidade de recuperação pós-anestésica conforme a literatura vigente?”.

4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos artigos de qualquer modalidade disponíveis nas versões em inglês, português ou espanhol, publicados no período de 1991 a 2021, além de teses e dissertações sobre a temática disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, na Networked Digital Library of Theses and Dissertations e na PQTD Open. Optou-se por esse recorte temporal de busca por considerar o período de elaboração e publicação da Resolução 1363/93 do Conselho Federal de Medicina, que recomenda a sala de recuperação pós-anestésica como destino de todo paciente que realizou cirurgia sob anestesia (CFM 1993).

A busca foi realizada nas bases de dados: PubMed via National Library of Medicine, EMBASE via Elsevier, Latin American And Caribbean Health Sciences Literature - LILACS,

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - CINAHL, Web of Science e Scopus via Elsevier, utilizando os seguintes descritores e termos de busca equivalentes em inglês, português e espanhol: *Patient safety, Quality indicators, Health care, Health Status Indicators, Outcome Assessment, Health Care, Recovery Room, Anesthesia Recovery Period, Post-anaesthesia care unit* combinando-os com os operadores booleanos *AND* e *OR*.

A proposta inicial de sintaxe de busca de artigos em base de dados foi configurada com auxílio de um bibliotecário. No quadro 1 se encontra a base de referências, sintaxe de busca empregada e o total de registros resultantes.

Quadro 1 - Sintaxes de busca e total de artigos encontrados, por base de referência empregada

Base de referências	Estratégia de Busca	Total de registros
PubMed	(Quality Indicators, Health Care[mh] OR Quality Indicator*[tiab] OR Quality measure*[tiab] OR Quality metric*[tiab] OR Quality evaluation*[tiab] OR Health Metric*[tiab] OR Risk Adjustment*[tiab] OR Standard of Care[tiab] OR Standards of Care[tiab] OR Care standard*[tiab] OR Needs Assessment[mh] OR Needs Assessment*[tiab] OR Quality Assurance, Health Care[mh:noexp] OR Benchmarking[mh] OR Quality Assurance[tiab] OR Quality assessment*[tiab] OR Benchmarking[tiab] OR Outcome Assessment, Health Care[mh:noexp] OR Outcome Assessment*[tiab] OR Outcomes Assessment*[tiab] OR Outcome Measure*[tiab] OR Quality of Health Care[mh:noexp] OR Quality of Health Care[tiab] OR Health Care Quality[tiab] OR Quality of Healthcare[tiab] OR Healthcare Quality[tiab] OR Quality of Care[tiab] OR Care Quality[tiab]) AND (Patient Safety[mh] OR Patient Safety[tiab]) AND (Recovery Room[mh] OR Anesthesia Recovery[tiab] OR Recovery Period[tiab] OR Recovery Room*[tiab] OR Post-anesthesia[tiab] OR Post-anaesthesia[tiab] OR Postanaesthesia[tiab] OR Postanesthesia[tiab]) AND 1991:2021[dp].	39
EMBASE	('health care quality'/de OR 'patient safety indicator'/de OR 'Quality Indicator*':ti,ab,kw OR 'Quality measure*':ti,ab,kw OR 'Quality metric*':ti,ab,kw OR 'Quality evaluation*':ti,ab,kw OR 'Health Metric*':ti,ab,kw OR 'Risk Adjustment*':ti,ab,kw OR 'Standard of Care':ti,ab,kw OR 'Standards of Care':ti,ab,kw OR 'Care standard*':ti,ab,kw OR 'Needs Assessment'/exp OR 'Needs Assessment*':ti,ab,kw OR Benchmarking/exp OR 'Quality Assurance':ti,ab,kw OR 'Quality assessment*':ti,ab,kw OR Benchmarking:ti,ab,kw OR 'Outcome Assessment'/de OR 'Outcome Assessment*':ti,ab,kw OR 'Outcomes	25

	Assessment*:ti,ab,kw OR 'Outcome Measure*:ti,ab,kw OR 'Quality of Health Care':ti,ab,kw OR 'Health Care Quality':ti,ab,kw OR 'Quality of Healthcare':ti,ab,kw OR 'Healthcare Quality':ti,ab,kw OR 'Quality of Care':ti,ab,kw OR 'Care Quality':ti,ab,kw) AND ('Patient Safety'/exp OR 'Patient Safety':ti,ab,kw) AND ('Recovery Room'/exp OR 'Anesthesia Recovery':ti,ab,kw OR 'Recovery Period':ti,ab,kw OR 'Recovery Room*':ti,ab,kw OR 'Post-anesthesia':ti,ab,kw OR 'Post-anaesthesia':ti,ab,kw OR Postanaesthesia:ti,ab,kw OR Postanesthesia:ti,ab,kw) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND [1991-2021]/py.	
Web of Science	TS=("Health Care Quality Indicators" OR "Quality Indicator*" OR "Quality measure*" OR "Quality metric*" OR "Quality evaluation*" OR "Health Metric*" OR "Risk Adjustment*" OR "Standard of Care" OR "Standards of Care" OR "Care standard*" OR "Needs Assessment*" OR "Health Care Quality Assurance" OR Benchmarking OR "Quality Assurance" OR "Quality assessment*" OR "Outcome Assessment*" OR "Outcomes Assessment*" OR "Outcome Measure*" OR "Quality of Health Care" OR "Health Care Quality" OR "Quality of Healthcare" OR "Healthcare Quality" OR "Quality of Care" OR "Care Quality") AND TS=("Patient Safety") AND TS=("Recovery Room" OR "Anesthesia Recovery" OR "Recovery Period" OR "Recovery Room*" OR "Post-anesthesia" OR "Post-anaesthesia" OR "Postanaesthesia" OR "Postanesthesia") AND PY=(1991/2021).	18
Scopus	TITLE-ABS("Health Care Quality Indicators" OR "Quality Indicator*" OR "Quality measure*" OR "Quality metric*" OR "Quality evaluation*" OR "Health Metric*" OR "Risk Adjustment*" OR "Standard of Care" OR "Standards of Care" OR "Care standard*" OR "Needs Assessment*" OR "Health Care Quality Assurance" OR Benchmarking OR "Quality Assurance" OR "Quality assessment*" OR "Outcome Assessment*" OR "Outcomes Assessment*" OR "Outcome Measure*" OR "Quality of Health Care" OR "Health Care Quality" OR "Quality of Healthcare" OR "Healthcare Quality" OR "Quality of Care" OR "Care Quality") AND TITLE-ABS("Patient Safety") AND TITLE-ABS("Recovery Room" OR "Anesthesia Recovery" OR "Recovery Period" OR "Recovery Room*" OR "Post-anesthesia" OR "Post-anaesthesia" OR "Postanaesthesia" OR "Postanesthesia") AND PUBYEAR > 1990 AND PUBYEAR < 2022.	18
CINAHL	TI (((("Health Care Quality Indicators") OR (MH "Clinical Indicators") OR ("Quality measure*") OR ("Quality metric*") OR ("Quality evaluation*") OR ("Health Metric*") OR ("Risk Adjustment*") OR ("Standard of Care") OR ("Standards of Care") OR ("Care standard*") OR (MH "Needs Assessment")	3

	<p>OR ("Health Care Quality Assurance") OR (MH Benchmarking) OR (MH "Quality Assurance") OR (MH "Quality assessment") OR (MM "Outcome Assessment") OR ("Outcomes Assessment*") OR ("Outcome Measure*") OR (MM "Quality of Health Care") OR ("Health Care Quality") OR ("Quality of Healthcare") OR ("Healthcare Quality") OR ("Quality of Care") OR ("Care Quality")) AND ((MH "Patient Safety+")) AND ((MM "Post Anesthesia Care Units") OR (MM "Anesthesia Recovery") OR ("Recovery Period") OR ("Recovery Room*") OR ("Post-anesthesia") OR ("Post-anaesthesia") OR ("Postanaesthesia") OR ("Postanesthesia")))) AND AB (((("Health Care Quality Indicators") OR (MH "Clinical Indicators") OR ("Quality measure*") OR ("Quality metric*") OR ("Quality evaluation*") OR ("Health Metric*") OR ("Risk Adjustment*") OR ("Standard of Care") OR ("Standards of Care") OR ("Care standard*") OR (MH "Needs Assessment") OR ("Health Care Quality Assurance") OR (MH Benchmarking) OR (MH "Quality Assurance") OR (MH "Quality assessment") OR (MM "Outcome Assessment") OR ("Outcomes Assessment*") OR ("Outcome Measure*") OR (MM "Quality of Health Care") OR ("Health Care Quality") OR ("Quality of Healthcare") OR ("Healthcare Quality") OR ("Quality of Care") OR ("Care Quality")) AND ((MH "Patient Safety+")) AND ((MM "Post Anesthesia Care Units") OR (MM "Anesthesia Recovery") OR ("Recovery Period") OR ("Recovery Room*") OR ("Post-anesthesia") OR ("Post-anaesthesia") OR ("Postanaesthesia") OR ("Postanesthesia")))) AND SU (((("Health Care Quality Indicators") OR (MH "Clinical Indicators") OR ("Quality measure*") OR ("Quality metric*") OR ("Quality evaluation*") OR ("Health Metric*") OR ("Risk Adjustment*") OR ("Standard of Care") OR ("Standards of Care") OR ("Care standard*") OR (MH "Needs Assessment") OR ("Health Care Quality Assurance") OR (MH Benchmarking) OR (MH "Quality Assurance") OR (MH "Quality assessment") OR (MM "Outcome Assessment") OR ("Outcomes Assessment*") OR ("Outcome Measure*") OR (MM "Quality of Health Care") OR ("Health Care Quality") OR ("Quality of Healthcare") OR ("Healthcare Quality") OR ("Quality of Care") OR ("Care Quality")) AND ((MH "Patient Safety+")) AND ((MM "Post Anesthesia Care Units") OR (MM "Anesthesia Recovery") OR ("Recovery Period") OR ("Recovery Room*") OR ("Post-anesthesia") OR ("Post-anaesthesia") OR ("Postanaesthesia") OR ("Postanesthesia")))) AND (DT 19910101-20211231).</p>	
LILACS	<p>(mh:(N04.761.789* OR I02.594* OR N04.761.700 OR H01.770.644.145.431 OR N04.452.500.150* OR "Quality of Health Care") OR ti:("Indicadores da Eficiência do Sistema de Saúde" OR Meta OR "Metas de Saúde" OR "Métrica de Saúde" OR "Métricas de Saúde" OR "Indicadores de Rendimiento del</p>	2

	<p>Sistema de Salud" OR "Metas de Salud" OR "Métrica Sanitaria" OR "Métrica de Salud" OR "Métricas Sanitarias" OR "Métricas de Salud" OR "Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde" OR "Determinação das Necessidades de Saúde" OR "Determinação de Necessidades de Educação" OR "Determinación de Necesidades en Atención de la Salud" OR "Determinación de las Necesidades de Salud" OR "Evaluación de Necesidades Educativas" OR "Evaluación de Necesidades de Atención de Salud" OR "Evaluación de Necesidades en Atención de la Salud" OR "Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Análise de Resultado" OR "Avaliação de Resultados" OR "Avaliação do Resultado" OR "Avaliação do Resultado do Cuidado de Saúde" OR "Avaliação dos Resultados" OR "Avaliação dos Resultados da Assistência Médica" OR "Avaliação dos Resultados dos Cuidados de Saúde" OR "Estudos de Resultados" OR "Estudos dos Resultados" OR "Estudos sobre o Resultado" OR "Estudos sobre os Resultados" OR "Medidas de Desfecho" OR "Medidas do Desfecho" OR "Medidas do Resultado" OR "Monitoramento de Resultados" OR "Pesquisa de Resultados" OR "Evaluación de los Resultados" OR "Evaluación de Resultado" OR "Evaluación del Resultado" OR "Indicadores de los Resultados" OR "Investigación de Resultado" OR "Medidas de los Resultados" OR "Evaluación de la Calidad de Atención de Salud" OR "Análise de Boas Práticas" OR "Análise de Excelência de Desempenho" OR "Avaliação Comparativa" OR "Avaliação Comparativa em Assistência à Saúde" OR "Benchmarking em Assistência à Saúde" OR Benchmark* OR "Marcas de Referência" OR Métrica* OR "Qualidade Assistencial" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Qualidade dos Serviços de Saúde" OR "Atención de Calidad" OR "Calidad Asistencial" OR "Calidad de la Atención" OR "Calidad de los Servicios de Salud") OR ab:("Indicadores da Eficiência do Sistema de Saúde" OR Meta OR "Metas de Saúde" OR "Métrica de Saúde" OR "Métricas de Saúde" OR "Indicadores de Rendimiento del Sistema de Salud" OR "Metas de Salud" OR "Métrica Sanitaria" OR "Métrica de Salud" OR "Métricas Sanitarias" OR "Métricas de Salud" OR "Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde" OR "Determinação das Necessidades de Saúde" OR "Determinação de Necessidades de Educação" OR "Determinación de Necesidades en Atención de la Salud" OR "Determinación de las Necesidades de Salud" OR "Evaluación de Necesidades Educativas" OR "Evaluación de Necesidades de Atención de Salud" OR "Evaluación de Necesidades en Atención de la Salud" OR "Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Análise de Resultado" OR "Avaliação de Resultados" OR "Avaliação do Resultado" OR "Avaliação do Resultado do Cuidado de Saúde" OR "Avaliação dos Resultados" OR "Avaliação dos Resultados da Assistência</p>	
--	---	--

	<p>Médica" OR "Avaliação dos Resultados dos Cuidados de Saúde" OR "Estudos de Resultados" OR "Estudos dos Resultados" OR "Estudos sobre o Resultado" OR "Estudos sobre os Resultados" OR "Medidas de Desfecho" OR "Medidas do Desfecho" OR "Medidas do Resultado" OR "Monitoramento de Resultados" OR "Pesquisa de Resultados" OR "Evaluación de los Resultados" OR "Evaluación de Resultado" OR "Evaluación del Resultado" OR "Indicadores de los Resultados" OR "Investigación de Resultado" OR "Medidas de los Resultados" OR "Evaluación de la Calidad de Atención de Salud" OR "Análise de Boas Práticas" OR "Análise de Excelência de Desempenho" OR "Avaliação Comparativa" OR "Avaliação Comparativa em Assistência à Saúde" OR "Benchmarking em Assistência à Saúde" OR Benchmark* OR "Marcas de Referência" OR Métrica* OR "Qualidade Assistencial" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Qualidade dos Serviços de Saúde" OR "Atención de Calidad" OR "Calidad Asistencial" OR "Calidad de la Atención" OR "Calidad de los Servicios de Salud")) AND (mh:(N06.850.135.060.075.399*) AND (mh:(N02.278.388.493.592*) OR ti:("Sala de Recuperação Hospitalar" OR "Salas de Recuperação Hospitalar" OR "Sala de Recuperación en Hospital" OR "Salas de Hospital de Recuperación") OR ab:("Sala de Recuperação Hospitalar" OR "Salas de Recuperação Hospitalar" OR "Sala de Recuperación en Hospital" OR "Salas de Hospital de Recuperación")) AND (year_cluster:[1991 TO 2021])).</p>	
--	---	--

Fonte: elaborado pela autora.

A investigação por teses de dissertações foi construída com estratégias de busca diferentes dos artigos devido à inexistência de vocabulário controlado para construção da sintaxe de busca. Frente a essa condição, cada base contou com uma estratégia específica considerando o objeto principal de estudo, conforme exposto a seguir.

Quadro 2 - Sintaxes de busca de teses e dissertações segundo base de referência empregada

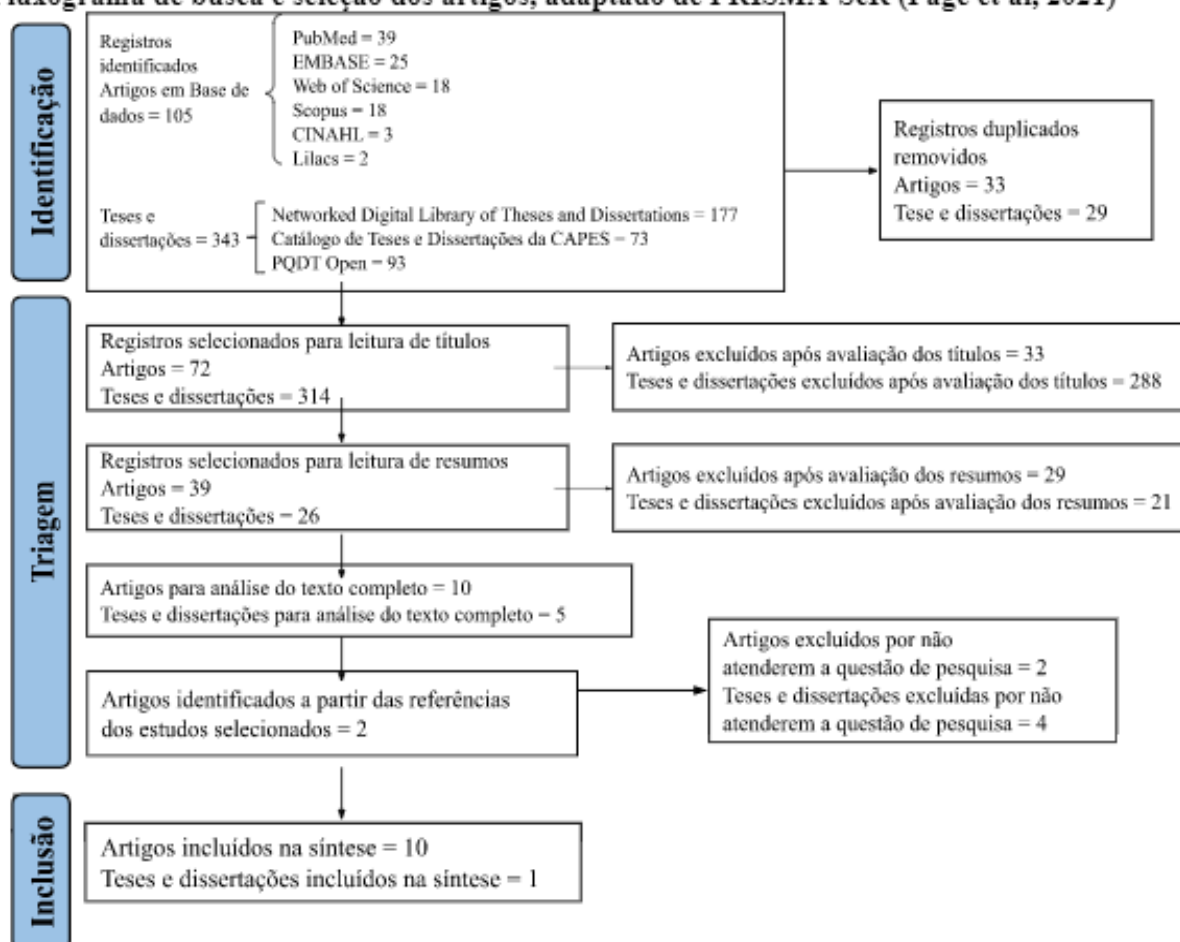
Bases	Sintaxe de busca	Teses/ Dissertações
Networked Digital Library of Theses and Dissertations	(Recovery room OR Anesthesia Recovery) AND Quality indicators AND Patient safety Refine query Language:english OR portuguese Publication year: 1991 to 2021	177
Catálogo de Teses e	("Recovery room" OR "Anesthesia recovery" OR "Post Anesthesia care unit" OR "Recuperação pós anestésica")	73

Dissertações da CAPES	Grande área de conhecimento: Ciências da Saúde/ Multidisciplinar	
PQDT Open	("Recovery room" OR "Anesthesia recovery") Dissertações e teses Data de publicação: 1991-01-01 - 2021-12-31	93

Fonte: elaborado pela autora.

Na coleta de dados em setembro de 2022, foram encontrados 105 artigos e 343 teses e dissertações, com exclusão de 62 itens duplicados. Conforme critérios de elegibilidade, 321 registros foram excluídos após leitura dos títulos, e 40, após leitura dos resumos. A amostra para leitura na íntegra contou com 10 artigos e 5 teses, acrescido de 2 artigos após busca nas referências. A seleção final do estudo contou com 10 artigos e 1 tese conforme segue.

Fluxograma de busca e seleção dos artigos, adaptado de PRISMA-ScR (Page et al, 2021)



Fonte: elaborado pela autora.

4.3 COLETA DE DADOS

A seleção de textos foi realizada por dois revisores independentes, com base nos critérios de elegibilidade, a partir da avaliação do título e do resumo dos artigos, teses e dissertações. Divergências sobre os títulos dos artigos foram resolvidas por consulta a um terceiro revisor independente. Para auxiliar na organização, arquivamento e seleção dos artigos foi utilizado o gerenciador de referências Zotero. Os artigos potencialmente relevantes selecionados foram recuperados na íntegra através de acesso às bases de dados.

As listas de referências dos artigos selecionados também foram utilizadas para a identificação de potencial literatura não localizada através da estratégia de busca aplicada.

A extração dos dados utilizou formulário contendo: autor, ano, tipo de estudo, objetivo, métodos e indicadores em saúde encontrados nos resultados.

4.4 MANEJO DOS DADOS

Após a identificação de potenciais indicadores nas atividades desenvolvidas em recuperação pós-anestésica, os dados coletados foram submetidos a categorização conforme as dimensões propostas por Donabedian (1992): estrutura, processo e resultados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma revisão, fazendo uso de bases de referências de acesso público, não houve a necessidade de encaminhamento para comitê de ética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da tese e dos 10 artigos selecionados como para estudo dos indicadores utilizados em Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA) está descrita no quadro 3.

Quadro 3 - Indicadores de saúde utilizados em recuperação pós-anestésica

Artigo	Autor/ Ano	Objetivo	Método	Resultados
A1	Charuluxan anana et al, 2010	Avaliar o serviço de anestesia na Tailândia quanto ao status de qualidade e segurança do paciente	Questionário estruturado preenchido pelos enfermeiros anestesistas que atuam na URPA	Principais itens de segurança na URPA: lista de verificação de segurança cirúrgica, uso do oxímetro de pulso e monitorização com ECG, educação para prevenção de erros relacionados a medicamentos, promover comunicação eficiente sobre informações do paciente
A2	Salzwedel et al, 2013	Observar se a lista de verificação pós-operatória de transferência para URPA aumentam as informações do paciente	Observação de 120 passagens de pacientes na URPA gravadas em vídeo e analisadas, antes e após a implementação da lista em grupos randomizados	Os itens e o tempo de transferência do paciente na URPA utilizando ficha de transferência podem aumentar a segurança do paciente
A3	Arenas et al, 2014	Verificar se há diferença significativa nos resultados para a segurança na admissão na URPA	Estudo observacional com série de casos observados na URPA durante admissão e 20 minutos após	As interrupções durante a prestação de cuidados de saúde e a passagem de informações devem ser minimizadas. Uma solução seria implementar uma lista de verificação de transferência do paciente
A4	Milby et al, 2014	Analisar a transmissão de informações durante as	Estudo observacional prospectivo onde as transferências	As informações fornecidas durante as transferências na URPA são, na maioria dos casos, incompletas.

		transferências para pacientes na URPA.	de pacientes entre anesthesiologista e equipe URPA foram observados, utilizando uma lista de verificação com 59 itens	Recomenda-se desenvolver e implementar uma lista de verificação estruturada de transferência para melhorar a segurança
A5	Piekarski et al, 2015	Investigar a presença de qualquer componente do <i>handover</i> e sua consistência em uma URPA pediátrica	As passagens verbais do paciente entre os profissionais na URPA foram observadas e documentadas por meio do <i>checklist</i> e cada item foi cruzado com dados do prontuário do paciente	As transferências para URPA observadas estavam incompletas e/ou faltavam informações. A necessidade de desenvolver um protocolo universal de transferência de anestesia foi associada a diminuição nas complicações pós-operatórias
A6	Leonardsen et al, 2019	Investigar as experiências dos profissionais com a qualidade da passagem de pacientes entre a sala de cirurgia e a URPA antes e após uso de instrumento estruturado	Estudo transversal, quantitativo. Utilizou-se um questionário aos participantes e, 6 meses depois, aplicou-se o mesmo questionário após implementação da ferramenta SBAR	Os resultados indicam que a implementação de uma ferramenta estruturada de comunicação nas passagens de pacientes pode melhorar a qualidade e a segurança entre o centro cirúrgico e a URPA, além de impactar positivamente no trabalho em equipe
A7	Kiekkas et al, 2019	Investigar as associações entre a equipe de enfermagem e a incidência e gravidade de hipoxemia, hipotensão arterial e bradicardia em pacientes na URPA	Estudo observacional e prospectivo. Frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio foram monitorados durante a permanência de 2.027 pacientes na URPA	Durante a permanência na URPA, a falta de pessoal de enfermagem foi associada com incidência significativamente maior de hipoxemia e hipotensão arterial, não foram associados à incidência e gravidade da bradicardia

A8	Gillmann et al, 2019	Examinar os pontos fortes e fracos de um algoritmo na prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório	Estudo retrospectivo realizado na URPA de um hospital universitário, foram analisadas a incidência de náuseas e vômitos em 10.604 pacientes	A adesão às recomendações das diretrizes de prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório foi consideravelmente baixa: apenas 54% dos pacientes receberam profilaxia correta, 26% receberam profilaxia insuficiente associada a uma incidência excessiva NV na URPA, e 23% dos pacientes receberam alta da URPA com profilaxia insuficiente
A9	Jaulin et al, 2021	Determinar se o uso de lista de verificação de transferência da equipe pós-anestésica (PATH) reduz eventos hipoxêmicos	Estudo unicêntrico, prospectivo, pré/pós-implementação de uma lista de transferência de pacientes para a URPA	Os pacientes do grupo PATH <i>checklist</i> tiveram menos eventos hipoxêmicos, náuseas, vômitos e dor excessiva no pós-operatórios do que os do grupo controle. O processo de transferência no grupo da lista de verificação PATH teve significativamente menos interrupções e menos intercorrências na URPA
A10	Møller et al, 2021	Implementar um algoritmo para um limiar de sondagem vesical com intervalos de exame vesical com ultrassom	Estudo comparativo pragmático de duas coortes prospectivas representando dois limiares para exame vesical com ultrassom em pacientes na URPA	A implementação de um protocolo guiado por ultrassom padronizado para exame de volume vesical e um limiar de cateterismo baseado em evidências diminuiu a necessidade de sondagem urinária
Tese	Popov, 2016	Desenvolver instrumentos para avaliar a qualidade de serviço de saúde na URPA; elaborar indicadores para avaliar o monitoramento	Estudo metodológico de validação dos indicadores com o método Delphi	Indicadores de avaliação do cuidado de enfermagem com paciente com dor: número de prescrições de analgesia, número de administração de analgésicos, percentual de registro da avaliação da dor, número de prontuários com registro de dor, número de paciente com dor mínima ou sem dor na alta da URPA.

		e à prevenção da dor e hipotermia segundo a tríade de Donabedian; proceder a validação de conteúdo		Indicadores de avaliação no cuidado com hipotermia: número de equipamentos para avaliação e para tratamento da hipotermia; número de pacientes com registro de hipotermia e número de paciente normotérmicos na alta da URPA
--	--	--	--	--

Fonte: elaborado pela autora.

A partir do compilado dos 10 artigos e da tese revisados, os indicadores de saúde utilizados em URPA, mapeados na literatura, foram agrupados (Quadro 4) conforme a “tríade de Donabedian” (1992): estrutura, processos e resultados. Essa classificação se tornou conhecida entre os avaliadores dos serviços de saúde por considerar as dimensões das informações que podem ser utilizadas para a avaliação do cuidado em saúde de maneira integrada na análise dos serviços.

Quadro 4 - Classificação dos indicadores conforme o modelo de qualidade assistencial de Donabedian

Indicador	Especificidade	Artigos/Tese
Estrutura	Monitorização do paciente (oxímetro de pulso e ECG); quadro de pessoal de enfermagem; equipamentos para avaliação e tratamento da hipotermia	A1, A7, Tese
Processo	Lista de verificação de segurança cirúrgica, educação para prevenção de erros com medicamentos; transferência do paciente para URPA (ficha, lista de verificação estruturada ou protocolo de informações básicas); profilaxia correta de náuseas e vômitos; prescrições de analgesia, administração de analgésicos, registro da avaliação da dor e de ocorrência de hipotermia no paciente	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, Tese
Resultado	Impacto do uso do <i>checklist</i> de transferência para URPA diminui hipoxemia, náuseas, vômitos e dor excessiva no pós-operatório; protocolo guiado por ultrassom vesical diminui a necessidade de sondagem urinária; registros de paciente com dor mínima ou sem dor e de paciente normotérmico na alta da URPA	A9, A10, Tese

Fonte: elaborado pela autora.

Os achados relacionados aos **indicadores de estrutura** pontuam os recursos físicos

como equipamentos de monitorização multiparamétrica dos sinais vitais do paciente: oximetria de pulso e monitorização de ecocardiograma, entre outros. Tal condição foi verificada por pesquisa desenvolvida junto a enfermeiros tailandeses que preencheram questionário estruturado a fim de avaliar o serviço de anestesia na Tailândia quanto ao status de qualidade e segurança do paciente, relatando o uso de oximetria de pulso em mais de 90% dos casos e monitorização de eletrocardiograma em cerca de 60% dos casos (CHARULUXANANANA et al., 2010).

Cabe aqui salientar que, no Brasil, embora a legislação referente a estrutura física da URPA seja a RDC 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ainda ocorre uma diversidade de configurações tanto quando consideramos o sistema de saúde brasileiro e sua heterogênea distribuição de recursos, quanto às diferenças no âmbito internacional. Portanto, é possível inferir a necessidade de algumas reflexões quanto à organização dos serviços cirúrgicos e sua composição dentro da estrutura hospitalar, ao considerar aspectos relacionados ao financiamento das atividades, a gestão de recursos materiais propriamente ditos (área física, equipamentos, insumos de saúde) e na configuração dos processos de trabalhos que envolvem capacitação e gestão de pessoal.

Os materiais e equipamentos essenciais para a assistência em URPA devem estar acessíveis para toda a equipe de saúde tendo em vista que os pacientes precisam ser monitorados continuamente durante as intervenções de cuidado necessárias após o procedimento anestésico-cirúrgico. Conforme recomendações internacionais, os itens mínimos que devem estar disponíveis para a monitorização do paciente a beira leito na URPA são: oxímetro de pulso, monitor eletrocardiográfico, pressão arterial não invasiva e termômetro de temperatura corporal periférica, além de manguitos adequados aos diversos tamanhos do paciente e estetoscópio (ANZCA, 2020).

Também compõem a amostra relacionada ao indicador de estrutura equipamentos relacionados à avaliação e tratamento da hipotermia na URPA. Tal indicador foi apontado em estudo metodológico de validação por juízes com o método Delphi, considerando os 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 (POPOV, 2016).

A hipotermia é condição frequente do paciente na recuperação pós-anestésica por estar relacionada a fatores como: exposição corporal na sala cirúrgica, porte e duração da cirurgia, temperatura mais baixa na sala operatória e efeito farmacodinâmico dos gases anestésicos. Alguns sintomas clínicos da hipotermia no paciente são identificados por tremores,

inquietação, desconforto, cianose, palidez e frio, condições que podem levar a um atraso na metabolização das medicações e consequente atraso na recuperação do metabolismo (SOBECC, 2021).

O tratamento adequado da hipotermia, após sua identificação, pode pontuar como um importante indicador de estrutura para otimizar o tempo de recuperação pós-anestésica, ao ser realizado com cobertores e dispositivos eletrônicos como mantas térmicas, sempre que disponíveis. Para tanto, a monitorização constante da temperatura corporal, conforme preconizado na legislação vigente, bem como o impacto das atividades assistenciais realizadas na URPA, precisa ser adequada e devidamente registrada como forma de evidenciar o cuidado dispensado ao paciente.

A condição da estrutura física propriamente dita e da disponibilidade e organização dos equipamentos para a assistência em saúde desenvolvida na URPA pode ser analisada como indicador para qualificar as ações desenvolvidas. Desse modo, ao dispor de dados fidedignos sobre o estado de saúde do paciente, o gestor pode se utilizar de elementos para planejar intervenções e configurações dos arranjos technoassistenciais nos serviços oferecidos considerando a otimização de recursos financeiros e da cobertura assistencial em saúde.

Frente a dimensão estrutural relacionada aos recursos humanos encontra-se o déficit de pessoal da equipe de enfermagem como indicador associado com incidência significativamente maior de hipoxemia e hipotensão arterial. Esses dados foram verificados em estudo observacional e prospectivo, onde foram avaliados 2.027 pacientes em URPA quanto à monitorização rotineira de frequência cardíaca, pressão arterial e saturação arterial de oxigênio com objetivo de as associações entre a equipe de enfermagem e a incidência e gravidade de hipoxemia, hipotensão arterial e bradicardia em pacientes cirúrgica durante sua permanência na URPA (KIEKKAS et al., 2019).

Diante do grande contingente de profissionais da saúde da área da enfermagem que atuam em ambientes de URPA, o adequado dimensionamento da equipe parece configurar tarefa primordial para ofertar um cuidado de qualidade na vigilância constante demandada no período crítico de recuperação pós-anestésica. Em estudo que buscou identificar as principais complicações pós-operatórias relacionadas às atividades de enfermagem realizadas, foram apontadas intervenções sobre: manejo da dor e hipotermia, oferta de oxigenoterapia, administração de medicamentos, medidas de tratamento para náuseas e vômitos, manejo de agitação/ansiedade e vigilância aos sinais de sangramento (POPOV; PENICHE, 2009). Tal condição identificada pode fornecer elementos capazes de subsidiar as discussões dos gestores para adequar o quadro de pessoal de enfermagem como forma de ampliar a qualidade e a

segurança assistencial na URPA.

Pesquisa realizada por Oliveira et al. (2020), apontou que houve um crescimento evidente na elevação da carga de trabalho da equipe de enfermagem acarretando resultados negativos diretos na qualidade da assistência e na segurança do paciente em diversos países, como Coreia do Sul, Brasil, Finlândia, Taiwan e Chile. Considerando a necessidade de segurança na URPA, o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem pode atuar como fator para favorecer melhores resultados e satisfação no atendimento, com tendência a diminuir a carga de trabalho da equipe e qualificar o cuidado e prevenir a ocorrência de eventos adversos em saúde. Esse apontamento também foi sinalizado em estudos que demonstraram como a redução do volume de pacientes designados aos trabalhadores de enfermagem ou o maior volume de pessoal (*staffing*) para atender aos usuários dos serviços tendem a favorecer melhores resultados com sensibilidade de terem sua qualidade verificada (CARLISLE et al., 2020, MAGALHÃES et al., 2017).

A mensuração de indicadores de estrutura apresenta potencial para analisar a organização dos serviços de modo a revisar processos que envolvem recursos materiais e de pessoal. Donabedian (2005) sugere que o estudo dos cenários em que a assistência em saúde ocorre e os instrumentos dos quais ela se utiliza relaciona-se diretamente com a adequação de instalações e equipamentos, as qualificações profissionais e sua organização, a estrutura administrativa, o funcionamento dos programas existentes nas instituições, a organização fiscal e afins, ao partir do pressuposto de que, dadas as configurações e instrumentalidades adequadas, serão fornecidos adequados cuidados em saúde.

No gerenciamento dos serviços, o uso de métricas tanto para elaboração de estratégias de qualificação assistencial quanto de otimização de resultados pode configurar como importante instrumento de gestão em saúde, na medida em que se reflete sobre custos e efetividade das ações desenvolvidas. Num cenário de otimização de recursos, a tomada de decisão do gestor precisa estar embasada em dados confiáveis para fundamentar questões técnicas e gastos relevantes na estruturação dos serviços, além da ampla cobertura necessária aos usuários do sistema de saúde.

Os **indicadores de processo** foram demonstrados nos achados por itens relacionados à lista de verificação de segurança cirúrgica, um instrumento essencial para a qualidade e a segurança perioperatória ainda realizado no transoperatório, mas com impacto direto em todo o processo cirúrgico. Tal condição possibilita traçar estratégias gerenciais para aprimorar o

cuidado perioperatório envolvendo todos os atores responsáveis por esse processo.

A implementação de medidas para promoção da segurança do paciente através da aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica ainda é apresentada com dificuldades relacionadas à abordagem impositiva, deficiências na organização das equipes e a compreensão de sua importância pelos profissionais (RAMIREZ-TORRES et al., 2021). Como alternativas para a implantação dessa prática são apontadas capacitações das equipes sobre o tema, *feedback* sobre dados locais, discussões da responsabilidade e suporte para os líderes e integração do instrumento às práticas existentes (LIU; MEHIGAN, 2021).

Outro indicador de processo identificado foi a educação para prevenção de erros envolvendo medicamentos, destacado em pesquisa desenvolvida utilizando questionário estruturado preenchido por 341 enfermeiros anestesistas que atuam em URPA, quando cerca de 25% dos respondentes relataram já ter tido problemas com uso de medicamentos em bomba de infusão e 8% com a administração de medicamentos propriamente dita (CHARULUXANANANA et al., 2010).

Essa situação também foi apontada em recente estudo realizado por Assunção-Costa et al. (2022), o qual trouxe a evidência da alta taxa de erros na administração de medicamentos na América Latina. Na recuperação pós-anestésica qualquer erro de dosagem ou via de administração de medicamentos pode ser limítrofe, considerando as características de labilidade das condições hemodinâmicas e ventilatórias do paciente logo após o procedimento anestésico-cirúrgico. A identificação de situações de risco nos cuidados em saúde alerta ao gestor sobre a necessidade de desenvolver ações para promoção da segurança na administração de medicamentos promovendo programas de educação permanente sobre o tema junto aos profissionais de saúde como forma de evitar danos e qualificar a assistência ofertada.

Acerca da comunicação eficiente sobre informações do paciente, chama atenção nessa revisão os diferentes estudos que investigaram sobre a transferência do paciente para a URPA considerando o uso de uma lista, ficha ou *check list* de transferência do paciente para essa unidade. A presença de um instrumento que pode ser utilizado como indicador de qualidade assistencial na transferência do paciente para a URPA foi identificada por estudo com passagens de pacientes gravadas em vídeo e analisadas (SALZWEDEL et al., 2013), estudo observacional com série de casos de admissões na URPA (ARENAS et al., 2014), estudo observacional prospectivo de observando transferências de pacientes com uma lista de verificação (MILBY et al., 2014), a observação entre as passagens verbais documentadas por meio do *checklist* e o cruzamento dos dados com o prontuário do paciente (PIEKARSKI et

al., 2015), a investigação sobre a qualidade da passagem de pacientes para a URPA antes e após instrumento estruturado (LEONARDESEN et al., 2019), e em estudo unicêntrico, prospectivo, pré/pós-implementação de lista de verificação de transferência da equipe pós-anestésica (JAULIN et al., 2021).

Parece ocorrer uma convergência entre os mesmos sobre a necessidade de padronização dos itens necessários a serem comunicados pela equipe da sala cirúrgica durante a transferência do paciente para a recuperação pós-anestésica, bem como da capacidade dos profissionais para trabalhar com uma comunicação clara e efetiva desses dados tanto na forma de registro, da receptividade das informações, quanto do tempo despendido e otimizado para tal atividade. A utilização de um registro padronizado de transferência do paciente para a URPA, além de otimizar a assistência em saúde também pode contribuir como amparo legal da sistematização do cuidado, conferindo instrumentos ao gestor para otimizar o serviço e investigar condições de eventos adversos em saúde, quando presentes.

A American Association of Nurse Anesthesiology - AANA (2019) recomenda que um relatório de transferência interprofissional de informações críticas e essenciais do paciente acerca da cirurgia, procedimento realizado, anestesia e analgesia, quaisquer complicações ou preocupações, fluidos e medicamentos administrados e recomendações específicas para o plano de cuidados pós-anestésicos seja utilizado na transferência para a URPA com uma interação bidirecional entre os profissionais de saúde ativamente envolvidos na comunicação, livre de distrações e interrupções.

A importância de uma padronização na passagem do paciente para a URPA envolve considerar os itens a serem comunicados conforme a realidade situacional e requisitos mínimos recomendados para promover a qualidade assistencial. Ainda é possível destacar que um processo de transferência de URPA não estruturado ameaça a segurança do paciente, leva à diminuição da satisfação entre os profissionais e diminui a quantidade de informações transferidas, considerando que cerca de 80% dos erros médicos graves podem ser devidos à comunicação deficiente de transferência (HALLADAY et al., 2018, HALTERMAN et al., 2019).

Também configurou como indicador de processo assistencial a adesão à profilaxia correta de náuseas e vômitos no pós-operatório, considerando a prescrição e administração de antieméticos durante o período perioperatório. Tal condição foi verificada em estudo retrospectivo realizado na URPA de um hospital universitário e incluiu 10.604 pacientes na aplicação de um algoritmo na prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório (GILLMANN et al., 2019).

Salienta-se que o período de jejum ou os preparos específicos que antecedem ao procedimento anestésico cirúrgico, além de efeitos clínicos dos anestésicos favorecem a ocorrência de náuseas e vômitos que necessitam da adequada profilaxia intraoperatória e também na recuperação pós-anestésica.

Considerando o manejo da dor no período pós-operatório e mais especificamente na recuperação pós-anestésica foram encontrados os indicadores relacionados ao número de prescrições de analgesia, número de administração de analgésicos, percentual de registro da avaliação da dor no paciente e número de prontuários com registro de dor do paciente. Esses indicadores foram apontados em estudo metodológico de validação por juízes com o método Delphi, considerando os objetivos, critérios de inclusão e exclusão, frequência da medida, procedimentos de coleta de informações e plano de teste de aplicabilidade do indicador (POPOV, 2016).

Em recente revisão sobre a dor pós-operatória, estudo de Pinto e Corrêa (2021) recomendou que são necessários o uso de várias classes de fármacos locais e sistêmicos, incluindo AINES, opióides e anestésicos locais para combater o componente nociceptivo da dor, auxiliar a reabilitação precoce, melhorar a qualidade de vida, autoestima e reduzir o tempo de internação e dos gastos hospitalares.

Algumas medidas gerenciais envolvem a organização das prescrições junto à equipe médica, a disponibilidade de medicamentos adequados junto ao setor de compras e organização farmacêutica da instituição, além da capacitação da equipe de enfermagem para administração das medicações prescritas.

No entanto, também cabe destacar como importante indicador para a qualificação assistencial os registros relacionados à dor, bem como do seu manejo para a satisfação e recuperação do paciente. Dessa forma, é possível ressaltar que quando se discute sobre os registros do cuidado em saúde, ganha importância o caráter legal que a documentação adequada confere às instituições de saúde, bem como seu caráter científico para a pesquisa e construção do conhecimento.

Outro indicador pontuado nos achados foi o número de pacientes com registro de hipotermia, fato que pode conferir importante processo para adequação no manejo adequado da recuperação dos pacientes. A importância do adequado registro e manejo da temperatura corporal foi destacado em estudo de Pereira e De Mattia (2019), o qual encontrou, em comparação entre os pacientes normotérmicos e hipotérmicos, maiores complicações apresentadas pelos últimos, com significância estatística para o aumento do tempo de internação, dor, náusea, ausência de evacuação e condições da ferida operatória no

pós-operatório.

Ao considerar os indicadores de processo e seu impacto na qualidade assistencial é possível inferir sobre a necessidade de as ações em saúde sofrerem processos de revisão contínua acerca do planejamento e da avaliação do impacto por eles produzidos. Os processos passíveis de análise e otimização envolvem desde questões com materiais e procedimentos básicos até a mensuração de atividades mais complexas, e podem ser aprimorados para a efetividade das ações em saúde realizadas mediante constante acompanhamento de dados relacionados a normas e protocolos institucionais passíveis de análise organizacional.

Donabedian (2005) ainda sugere examinar o processo de cuidado em si também como medida para verificar se os cuidados em saúde foram adequados, utilizando considerações sobre a história clínica e exame físico dos pacientes, justificativa de diagnóstico e terapêutica; competência técnica na realização de procedimentos, evidência de gestão preventiva em saúde e doença; coordenação e continuidade do cuidado.

Frente aos **indicadores de resultado** destaca-se o uso de um *checklist* de transferência para URPA como instrumento capaz de diminuir eventos hipoxêmicos, náuseas, vômitos e dor excessiva no pós-operatório. Esse indicador foi apontado por estudo unicêntrico, prospectivo, pré/pós-implementação de uma lista de verificação de transferência da equipe pós-anestésica em pacientes de URPA (JAULIN et al., 2021).

Tal condição possibilita inferências quanto à qualidade da comunicação entre os profissionais e o planejamento adequado da transferência do paciente para cuidados pós-operatórios seguros e eficientes. Isso implica em variáveis que incluem desde o histórico clínico do paciente e suas condições de saúde, bem como as situações intraoperatórias e o desfecho do ato anestésico cirúrgico com incidência direta sobre as condições de saúde do paciente e sua recuperação.

Estudo recente sobre a implementação de um protocolo guiado por ultrassom padronizado para exame vesical configurou como indicador de resultado capaz de diminuir a necessidade de sondagem vesical tanto na URPA quanto após a alta do paciente para a unidade de internação. Esse trabalho de Møller et al. (2021) foi desenvolvido com um estudo comparativo pragmático de duas coortes prospectivas representando dois limiares para exames com ultrassom da bexiga de pacientes na URPA para implementar um algoritmo para um limiar de sondagem vesical com intervalos de exame urinário volume-dependentes.

A retenção urinária dos pacientes na recuperação pode estar associada a fatores como a atuação de anestésicos sobre a musculatura lisa do sistema geniturinário ou ainda apresentar condições associadas a baixa ingestão hídrica no preparo pré-operatório ou ainda a fatores

transoperatórios de desequilíbrio hemodinâmico como o sangramento. A utilização de ultrassom vesical, que pode ser realizada por enfermeiros treinados, possibilitar quantificar o volume urinário com fidedignidade e prescrever conduta para tratamento imediato, antecipando a prevenção de complicações com benefícios para o paciente e otimização do trabalho dos profissionais (CARNAVAL; TEIXEIRA; CARVALHO, 2019).

Outro importante indicador de resultado quando se discute sobre a satisfação do paciente na URPA trata-se do número de pacientes com dor mínima ou sem dor na alta da unidade, também apontado em estudo de Popov (2016), quando submetido para validação por juízes com o método Delphi, quanto aos objetivos, critérios de inclusão e exclusão, frequência da medida, procedimentos de coleta de informações e teste de aplicabilidade. Essa condição implica na efetividade das ações de cuidado ofertadas na recuperação decorrentes da adequação de estruturas e processos que resultam na qualidade assistencial oferecida, abrangendo desde a disponibilidade de recursos físico e de pessoal e pelos protocolos de tratamento da dor e capacitação dos profissionais para tal.

Em relação ao número de pacientes normotérmicos na alta da URPA também é possível classificar como indicador de resultado, conforme validação de Popov (2016) quanto aos objetivos, critérios de inclusão e exclusão, frequência da medida, procedimentos de coleta de informações e teste de aplicabilidade. Tal condição implica na condição de estabilidade normotérmica do paciente como métrica de avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais para o restabelecimento do paciente. Em comparação entre os pacientes normotérmicos e hipotérmicos, as complicações apresentadas durante o período de internação de pós-operatório, encontrou-se que pacientes hipotérmicos apresentam tempo de internação superior quando comparados aos pacientes normotérmicos (PEREIRA; DE MATTIA, 2019).

Os indicadores de resultado encontrados abrangeram dados que envolvem a possibilidade de verificar a qualidade assistencial ao avaliar a aplicabilidade de protocolos, normas e registros institucionais (eventos clínicos, dor, hipotermia, retenção urinária), tendo em vista mensurar fatores que podem determinar a satisfação dos pacientes e a efetividade das ações desenvolvidas pelos profissionais na URPA. As publicações que envolvem os indicadores de resultados reiteram a importância de métricas como dispositivos a serem utilizados para verificar o tenham um impacto no cuidado em saúde propriamente dito.

Donabedian (1992) recomenda que a avaliação da qualidade das ações em saúde seja considerada dentro das três dimensões apresentadas: estrutura, processo e resultado, dada a condição de que os elementos que as compõem encontram-se, ou devem se encontrar, interligados nas práticas em saúde. Salienta-se que as publicações encontradas sobre a

temática dos indicadores utilizados em URPA podem ser utilizadas para além de métricas, mas como dispositivos capazes de promover melhorias nos diferentes cenários de cuidado.

6 CONCLUSÃO

As atividades em saúde desenvolvidas em Unidades de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) envolvem um cenário dinâmico e com múltiplas intervenções voltadas à recuperação dos pacientes em diferentes níveis de complexidade clínica e cirúrgica. Nesse contexto, ocorre a utilização de recursos materiais contando com a monitorização multiparamétrica e ampla gama de medicamentos e equipamentos, até o desenvolvimento do quadro de pessoal com programas de educação permanente para atuar junto às inovações tecnológicas a reorganização dos processos de trabalho envolvendo protocolos e políticas institucionais voltados a aprimorar a segurança e a qualidade nas instituições.

Considerando a revisão de escopo bibliográfico sobre o tema, a identificação dos principais indicadores utilizados em URPA permitiu uma classificação dos resultados utilizando a “tríade de Donabedian”. Como indicadores de estrutura foram apontados o uso de equipamentos assistenciais em saúde e a adequação do quadro de pessoal de enfermagem na URPA. Quanto aos processos, os indicadores destacados foram: uso da lista de verificação de segurança cirúrgica, educação para prevenção de erros relacionados a medicamentos; comunicação eficiente sobre informações do paciente utilizando ficha, lista estruturada ou *checklist* de transferência para URPA, adesão à profilaxia correta de náuseas e vômitos, número de prescrições de analgesia, administração de analgésicos, prontuários com registro de dor e hipotermia do paciente e percentual de registro da avaliação da dor. Como indicadores de resultado foram mapeados: uso do *checklist* de transferência para URPA diminuindo eventos hipoxêmicos, náuseas e vômitos e dor excessiva no pós-operatórios; implementação de um protocolo guiado por ultrassom para diminuir necessidade de sondagem vesical na URPA, número de paciente com dor mínima ou sem dor e normotérmicos na alta da URPA.

A identificação dos indicadores em saúde utilizados em recuperação pós-anestésica, na literatura vigente, forneceu um panorama que pode subsidiar gestores para utilizar das métricas como dispositivos para mensurar a qualidade assistencial que permeia os processos anestésico-cirúrgicos e desenvolver melhorias na qualidade do cuidado ofertado. Cabe destacar que a produção e utilização de dados fidedignos em saúde apresenta potencialidades para fortalecer os serviços, ampliar oferta assistencial, otimizar recursos e desenvolver novas tecnologias capazes de adaptação às constantes mudanças na sociedade contemporânea.

Como limitação desta revisão relata-se que não foi possível verificar a padronização dos testes dos indicadores pela variabilidade e a forma como se apresentam nos diferentes estudos selecionados. Para trabalhos futuros, sugere-se o desenvolvimento de estudos de gestão em saúde voltados à padronização das métricas de cálculo dos diferentes indicadores utilizados em URPA, tendo em vista ampliar e qualificar as discussões sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Juliana Aparecida Baldo, SPIRI, Wilza Carla, BOCCH, Silvia Cristina Mangini. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.22, n.1, p. 42-51, 2017.
- AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE ANESTHESIOLOGY - AANA. **Postanesthesia Care Practice Considerations**. AANA.com Professional Practice Division. Illinois, 2019.
- ARENAS, Alejandro, TABAAC, Burton J, FASTOVETS, Galina, PATIL, Vinod. Undivided attention improves postoperative anesthesia handover recall. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v.10, n.5, p.215–20, Jul, 2014.
- AROMATARIS, Edoardo, MUNN, Zachary (Editors). **JB1 Manual for Evidence Synthesis**. Joana Briggs Institute, Adelaide, 2020.
- ASSUNÇÃO-COSTA, Lindemberg, SOUSA, Ivellise Costa de, OLIVEIRA, Maria Rafaela Alves de, PINTO, Charleston Ribeiro, MACHADO, Juliana Ferreira Fernandes, VALLI, Cleidenete Gomes, SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de. Drug administration errors in Latin America: A systematic review. **PLoS One**, San Francisco, v.17, n. 8, p.e0272123, Aug, 2022.
- Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). **Diretrizes de práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**. 8ª ed. São Paulo: SOBECC; 2021.
- AMERICAN SOCIETY OF PERIANESTHESIA NURSES (ASPAN). **Perianesthesia Nursing Standards Practice Recommendations and Interpretive Statements**. Cherry Hill, NJ: American Society of PeriAnesthesia Nurses; 2017.
- AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS - ANZCA. **PS04(A) Position statement on the post-anaesthesia care unit 2020**. Melbourne, 2020.
- BENN. J., ARNOLD, G., WEI, I, RILEY, C., ALEVA, F. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. **British Journal of Anaesthesia**, London, v.109, n.1, p. 80–91, Jul, 2012.
- BITTAR, Olímpio José Nogueira. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n.12, p.21-28, Jul-Set, 2001.
- BOGH, Søren Bie, FALSTIE-JENSEN, Anne Mette, HOLLNAGEL, Erik, HOLST, René, BRAITHWAITE, Jeffrey, JOHNSEN, Søren Paaske. Improvement in quality of hospital care during accreditation: a nationwide stepped-wedge study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.28, n. 6, p. 715-20, Dec, 2016.
- BRAGA, Aline Togni, PENA, Mileide Moraes, MELLEIRO, Marta Maria. Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife, v.12, n.3, p. 665-75, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 06 de dezembro de 1977**. Dispõe sobre critérios de construção de acabamento dos serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

BRIGGS, Karen M, BOTTI, Mari, PHILLIPS, Nicole M, BOWE, Steven J, STREET, Maryann. Patient, surgical and clinical factors associated with longer stay in the Post Anaesthesia Care Unit. **Journal of Perioperative Nursing**, Victoria, v. 35, n.1, 2022.

CARLISLE, Byron, PERERA, Anjali, STUTZMAN, Sonja E, BROWN-CLEERE, Shelley, PARWAIZ, Aatika, OLSON, Daiwai M. Efficacy of using available data to examine nurse staffing ratios and quality of care metrics. **The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses**, Chicago, v.52, n.2, p. 78-83, Apr, 2020.

CARNAVAL, Barbara Mendes, TEIXEIRA, Alzira Machado, CARVALHO, Rachel de. Uso do ultrassom portátil para detecção de retenção urinária por enfermeiros na recuperação anestésica. **Revista da SOBECC**, São Paulo, v.24, n.2, p. 91-98, 2019.

CHARULUXANANANA, Somrat, SAENGCHOTEB, Wanwimol, KLANARONGC Sireeluck, PUNJASAWADWONGD, Yodying, CHAU-INE Waraporn, LAWTHAWEESAWATF, Chanrit, WERAWATGANON, Thewarug. Quality and patient safety in anesthesia service: Thai survey. **Asian Biomedicine**, v.4, n.3, p. 395-401, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1363/1993**. Regulamenta a prática da anestesia. Diário Oficial da União. Brasília, 1993.

COSTA JÚNIOR, Altair da Silva, LEÃO, Luiz Eduardo Villaça, NOVAIS, Maykon Anderson Pires de, ZUCCHI, Paola An assessment of the quality indicators of operative and non-operative times in a public university hospital. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.4, p. 594-9, 2015.

DAHLBERG, Karuna, SUNDQVIST, Ann Sofie, NILSSON, Ulrica, JAENSSON, Maria. Nurse competence in the post-anaesthesia care unit in Sweden: a qualitative study of the nurse's perspective. **BMC Nursing**, v.21, n.14, Jan, 2022.

DONABEDIAN, Avedis. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Michigan): Health Administration Press Ann Harbor, v.1, 1980.

DONABEDIAN, Avedis. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago (USA), v.18, n.11, p. 356-60, Nov, 1992.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank quarterly**, New York (USA), v.83, n.4, p. 691-729, Dec, 2005.

GALVÃO, Taís Freire, LOPES, Marcélia Célia Couteiro, OLIVA, Carmen Conceição Carrilho, ARAÚJO, Maria Elizete de Almeida, SILVA, Marcus Tolentino. Patient safety culture in a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n. especial, 2018.

GAMA, Bárbara Peres, BOHOMOL, Elena. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos? **Revista da SOBECC**, São Paulo, v.25, n.3, p. 143-50, Jul-Set, 2020.

GILLMANN, Hans-Jörg, WASILENKO, Sascha, ZÜGER, Jonathan, PETERSEN, Antje, KLEMANN, Anna, LEFFLER, Andreas, STUEBER, Thomas. Standardised electronic algorithms for monitoring prophylaxis of postoperative nausea and vomiting. **Archives of medical science: AMS**, Poland, v.15, n.2, p. 408-15, Mar, 2019.

GÖZLÜ, Kenan, KAYA, Sidika. Patient safety culture as perceived by nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. **Journal of Patient Safety & Quality Improvement**, Mashhad, n. 4, v.4, p, 440-9, 2016.

HALLADAY ML, THOMPSON JA, VACCHIANO CA. Enhancing the quality of the anesthesia to postanesthesia care unit patient transfer through use of an electronic medical recordbased handoff tool. **Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses**, Philadelphia, v. 34, n.3, p. 622-32, Jun, 2019.

HALTERMAN RS, GABER M, JANJUA MST, HOGAN GT, CARTWRIGHT SMI. Use of a checklist for the postanesthesia care unit patient handoff. **Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses**, Philadelphia, v. 34, n. 4, p.834-41, Aug, 2019.

HAUKER, Robert J, MCKILLOP, Ann, JACOBS, Stephen. Postanesthesia Scoring Methods: An Integrative Review of the Literature. **Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses**, Philadelphia, v.32, n. 6, p 557-72, Dec, 2017.

JAULIN, François, LOPES, Thomas, MARTIN, Frederic. Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: the Postanaesthesia Team Handover trial. **British Journal of Anaesthesia**, London, v.127, n.6, p. 962-70, Dec, 2021.

JERICÓ, Marli de Carvalho, PERROCA, Marcia Galan, PENHA VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: Tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.5, p. 1239-46, Set/Out, 2011.

KIEKKAS, Panagiotis, TSEKOURA, Vasiliki, ARETHA, Diamanto, SAMIOS, Adamantios, KONSTANTINOU, Evangelos, IGOUMENIDIS, Michael, STEFANOPOULOS, Nikolaos, FLIGOU, Fotini. Nurse understaffing is associated with adverse events in postanaesthesia care unit patients. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 28, n.11, p.2245-52, Jun, 2019.

LEONARDBSEN, Ann-Chatrin, MOEN, Ellen Klavestad, KARLSØEN, Gro, HOVLAND, Trine. A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the

operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. **Nursing Reports**, v.9, n.1, p.8041, Apr, 2019.

LIMA, Luciana Bjorklund de, BORGES, Deise, COSTA, Samara da, RABELO, Eneida Rejane. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 881-87, Out, 2010.

LIMA, Luciana Bjorklund de, RABELO, Eneida Rejane. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.26, n.2, p. 116-22, 2013.

LIU, Liang Qin, MEHIGAN, Sinead. A Systematic Review of Interventions Used to Enhance Implementation of and Compliance With the World Health Organization Surgical Safety Checklist in Adult Surgery. **AORN Journal**, Denver, v.114, n. 2, p. 159-70, Aug, 2021.

MAGALHÃES, Ana Maria Muller de, COSTA, Diovane Gignatti da, RIBOLDI, Caren de Oliveira, MERGEN, Tiane, BARBOSA, Amanda, MOURA, Gisela Maria Schebela Souto de. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.51, n. especial, p.32-55, 2017.

MILBY, A, BÖHMER, A, GERBERSHAGEN, M.U, JOPPICH, R, WAPPLER, F.. Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: a prospective analysis. **Acta anaesthesiologica Scandinavica**, Oxford, v.58, n.2, p.192-97, Feb, 2014.

MØLLER, Tom, ENGEDALA, Mette S., PLUMC, Lise M., AASVANGA, Eske K. Reduced Need for Urinary Bladder Catheterization in the Postanesthesia Care Unit After Implementation of an Evidence-based Protocol: A Prospective Cohort Comparison Study. **European Urology Open Science**, Amsterdam, v.16, n. 26, p. 27-34, Feb, 2021.

MORAES, Lygia Oliveira, PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.4, p. 34-42, Dez, 2003.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de, MAIA, Margani Cadore Weiss, MAGALHÃES, Ana Maria Muller de, MORAES, Rúbia Marcela Rodrigues, SANTAREM, Michelle Dornelles, AQUINO, Thamyres Laíz Oliveira, SILVA, Samanta de Cassia da. Benchmarking de indicadores de qualidade e dimensionamento de pessoal de enfermagem entre unidades hospitalares. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v.34, n. especial, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, Washington, v.22, n.4, p. 1-5, Dez, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos**. Washington: OPAS; 2018.

PAGE, Matthew J, MCKENZIE, Joanne E, BOSSUYT, Patrick M, BOUTRON, Isabelle, HOFFMANN, Tammy C, MULROW, Cynthia D, et al. The PRISMA 2020 statement: an

updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 372, n. 71, Mar, 2021.

PEREIRA, Nathália Haib Costa, DE MATTIA, Ana Lúcia. Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória. **Enfermería Global**, Múrcia, v.18, n.55, p. 285-99, Jul, 2019.

PIEKARSKI, Florian, KAUFMANN, Jost, LASCHAT, Michael, BOHMER, Andreas, ENGELHARDT, Thomas, WAPPLER, Frank. Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. **Paediatric anaesthesia**, Paris, v. 25, n.7, p. 746-52, Jul, 2015.

PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti, CUNHA, Quézia Boeira da, PAI Daiane Dal, SILVA Rosângela Marion da, LIMA, Suzinara Beatriz Soares de, CAMPONOGARA, Silviamar. Carga de trabalho de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica: um estudo misto. **Revista de Enfermagem da UFSM- REUFMSM**, Santa Maria, v. 9, n. 6, p. 1-23, 2019.

PINTO, Márcia Carla Morete, CORREA, Arthur Fogel Sousa. Estratégias para o manejo da dor pós-operatória em artroplastia total de joelho: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v.4, n.3, p.245-56, Jul, 2021.

POPOV, Débora Cristina Silva, PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Nurse interventions and the complications in the post-anesthesia recovery room. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.4, p. 946-54, 2009.

POPOV, Débora Cristina Silva. **Indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem com o paciente na sala de recuperação pós-anestésica**. USP, 2016. 273 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

RAMÍREZ-TORRES, Carmen Amaia, PEDRAZ-MARCOS, Azucena, MACIÁ-SOLER, Maria Loreto, RIVERA-SANZ, Félix. A Scoping Review of Strategies Used to Implement the Surgical Safety Checklist. **AORN Journal**, Denver, v.113, n.6, p.610-9, Jun, 2021.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informações para a saúde - RIPSA. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2002, 299 p.

SARAIVA, Eliane Laranjeira, SOUSA, Cristina Silva. Pacientes críticos na unidade de recuperação pós-anestésica: revisão integrativa. **Revista da SOBECC**, São Paulo, v.20, n.2, p.103-12, 2015.

SALZWEDEL, Cornelia, BARTZ, Hans-Jürgen, KÜHNELT, Ina, APPEL, Daniel, HAUPT, Oliver, MAISCH, Stefan, SCHMIDT, Gunter Nils. The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care**, Oxford, v.25, n.2, p.176-81, Apr, 2013.

TIMMERS, Tim K, HULSTAERT, Puck F, LEENEN, Luke P H. Patient outcomes can be associated with organizational changes. **Critical care nursing quarterly**, Hagerstown, v.37, n.1, p. 125-34, Jan, 2014.

TRICCO, Andrea C, LILLIE, Erin, ZARIN, Wasifa, O'BRIEN, Kelly K., COLQUHOUN, Heather, LEVAC, Danielle, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA_{ScR}): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.169, n. 7, p. 467–73, Oct, 2018.

World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development & International Bank for Reconstruction and Development. (2018). **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage**. World Health Organization. 2018.

ANEXO – Checklist PRISMA-ScR

Itens de relatório preferenciais para revisões sistemáticas e extensão meta-análises para definir o escopo Comentários (PRISMA-ScR) Checklist

SEÇÃO	ITEM	PRISMA SCR LISTA ITEM	REPORTADOS NA PÁGINA #
TÍTULO			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Fornecer um resumo estruturado que inclui (conforme aplicável): background, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de mapeamento, resultados e conclusões que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	
INTRODUÇÃO			
Fundamentação	3	Descreva a fundamentação da revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as questões / objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	
Objetivos	4	Fornecer uma declaração explícita das questões e objetivos sendo abordados com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes usados para conceituar as questões e / ou objetivos da revisão.	
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão; indique se e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço da Web); e, se disponível, forneça informações de registro, incluindo o número de registro.	
Crítérios de elegibilidade	6	Especifique as características das fontes de evidência usadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e forneça uma justificativa.	
Fontes de informação *	7	Descreva todas as fontes de informação na pesquisa (por exemplo, bases de dados com datas de cobertura e contato com os autores para identificar fontes	

		adicionais), bem como a data em que a pesquisa mais recente foi executada.	
Pesquisa	8	Apresente a estratégia de pesquisa eletrônica completa para pelo menos 1 banco de dados, incluindo os limites usados, de forma que possa ser repetida.	
Seleção de fontes de evidência †	9	Declare o processo de seleção de fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluídas na revisão do escopo.	
Processo de mapeamento de dados ‡	10	Descreva os métodos de mapeamento de dados das fontes de evidências incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou formulários que foram testados pela equipe antes de seu uso, e se o mapeamento de dados foi feito de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos para obtenção e confirmação de dados dos investigadores.	
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais os dados foram buscados e quaisquer suposições e simplificações feitas.	
Avaliação crítica de fontes individuais de evidência§	12	Se feito, forneça uma justificativa para conduzir uma avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descrever os métodos usados e como essas informações foram usadas em qualquer síntese de dados (se apropriado).	
Síntese dos resultados	13	Descreva os métodos de tratamento e resumo dos dados mapeados.	
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidências	14	Forneça o número de fontes de evidências selecionadas, avaliadas quanto à elegibilidade e incluídas na revisão, com os motivos das exclusões em cada estágio, de preferência usando um diagrama de fluxo.	
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresente as características para as quais os dados foram mapeados e forneça as citações.	
Avaliação crítica dentro das fontes de evidência	16	Se feito, apresente os dados da avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	
Resultados de Fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados e que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	
Síntese dos resultados	18	Resuma e / ou apresente os resultados do gráfico conforme se relacionam com as questões e os objetivos da revisão.	

DISCUSSÃO			
Resumo das Evidências	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidências disponíveis), faça um link para as questões e objetivos da revisão e considere a relevância para os grupos-chave.	
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão do escopo.	
Conclusões	21	Forneca uma interpretação geral dos resultados no que diz respeito às questões e objetivos da revisão, bem como potenciais implicações e / ou próximos passos.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Descreva as fontes de financiamento para as fontes de evidências incluídas, bem como as fontes de financiamento para a revisão do escopo. Descreva a função dos financiadores da revisão do escopo.	

JB1 = Instituto Joanna Briggs; PRISMA-ScR = Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo.

* De onde as *fontes de evidência* (veja a segunda nota de rodapé) são compiladas, como bancos de dados bibliográficos, plataformas de mídia social e sites.

† Um termo mais inclusivo / heterogêneo usado para explicar os diferentes tipos de evidências ou fontes de dados (por exemplo, pesquisa quantitativa e / ou qualitativa, opinião de especialistas e documentos de política) que podem ser elegíveis em uma revisão de escopo em oposição a apenas estudos. Isso não deve ser confundido com *fontes de informação* (veja a primeira nota de rodapé). ‡ As estruturas de Arksey e O'Malley (6) e Levac e colegas (7) e a orientação do JB1 (4, 5) referem-se ao processo de extração de dados em uma revisão de escopo como gráfico de dados.

§ O processo de examinar sistematicamente as evidências de pesquisa para avaliar sua validade, resultados e relevância antes de usá-las para informar uma decisão. Este termo é usado para os itens 12 e 19 em vez de "risco de viés" (que é mais aplicável a revisões sistemáticas de intervenções) para incluir e reconhecer as várias fontes de evidência que podem ser usadas em uma revisão de escopo (por exemplo, quantitativa e / ou pesquisa qualitativa, opinião de especialistas e documento de política).

De: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. Extensão PRISMA para revisões de escopo (PRISMA-ScR): Lista de verificação e explicação. *Ann Intern Med.* 2018; 169: 467–473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).