www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/87mede64

O papel do enfermeiro na humanização do cuidado ao paciente cirúrgico: da consulta pré-operatória à recuperação pós-anestésica

The role of nurses in humanizing care for surgical patients: from the preoperative consultation to post-anesthesia recovery

Giulia Alexandra Cazionatto Gonçalves[1]
Carlos César Custódio[2]

RESUMO

A humanização da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico constitui um aspecto fundamental para a promoção de um cuidado integral, seguro e individualizado. O presente estudo tem como objetivo analisar o papel do enfermeiro na humanização da assistência durante os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, considerando suas contribuições para a segurança, o bem-estar e a recuperação do paciente. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida por meio de uma revisão narrativa da literatura. O levantamento bibliográfico considera publicações científicas disponíveis nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, compreendendo o período de janeiro de 2021 a novembro de 2026. A discussão aborda aspectos relacionados à humanização e ao acolhimento, ao processo de enfermagem, à ansiedade e ao apoio emocional do paciente cirúrgico, bem como à segurança e à prevenção de lesões por pressão. Os conteúdos analisados destacam a importância da avaliação clínica, das orientações individualizadas, da comunicação efetiva, da escuta qualificada e da utilização de protocolos assistenciais. A atuação do enfermeiro demonstra-se essencial para integrar conhecimento técnico-científico e sensibilidade humana, respeitando as necessidades físicas e emocionais do paciente. Conclui-se que a humanização deve estar presente em todas as etapas do cuidado perioperatório, contribuindo para uma assistência ética, acolhedora, segura e comprometida com a dignidade do indivíduo.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Enfermagem perioperatória. Acolhimento. Segurança do paciente. Processo de enfermagem.

ABSTRACT

The humanization of nursing care for surgical patients is essential to providing comprehensive, safe, and individualized care. This study aims to analyze the role of nurses in humanizing care during the preoperative, intraoperative, and postoperative periods, considering their contributions to patient safety, well-being, and recovery. This is a bibliographic study with a qualitative and descriptive approach, developed through a narrative literature review. The literature search considers scientific publications available in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar platforms, covering the period from January 2021 to November 2026. The discussion addresses aspects related to humanized care and welcoming practices, the nursing process, anxiety and emotional support for surgical patients, as well as patient safety and pressure injury prevention. The analyzed

1 Bacharelado em Enfermagem – Faculdade Cristo Rei (FACCREI), Cornélio Procópio – PR.
2 Prof. Me. Orientadora – Faculdade Cristo Rei (FACCREI), Cornélio Procópio – PR.

content highlights the importance of clinical assessment, individualized guidance, effective communication, active listening, and the use of care protocols. Nurses play an essential role in integrating scientific and technical knowledge with human sensitivity, respecting patients' physical and emotional needs. It is concluded that humanized care should be present throughout all stages of perioperative care, contributing to ethical, welcoming, safe nursing care that respects individual dignity.

Keywords: Humanization of care. Perioperative nursing. Patient welcoming. Patient safety. Nursing process.

1 INTRODUÇÃO

A humanização da assistência em saúde constitui um princípio fundamental para a qualidade do cuidado, especialmente no contexto da enfermagem, cuja atuação envolve não apenas a realização de procedimentos técnicos, mas também o reconhecimento das necessidades físicas, emocionais e sociais do indivíduo. No ambiente cirúrgico, essa abordagem assume particular importância, considerando que a realização de um procedimento anestésico-cirúrgico pode representar uma experiência marcada por medo, ansiedade, insegurança e vulnerabilidade. Nesse cenário, o cuidado humanizado deve estar presente em todas as etapas da assistência, por meio do acolhimento, da comunicação efetiva, da escuta qualificada e do respeito à individualidade do paciente.

O cuidado perioperatório compreende três etapas interdependentes: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, cada uma com necessidades específicas de assistência. No período pré-operatório, a atuação do enfermeiro envolve a avaliação das condições clínicas do paciente, a identificação de possíveis fatores de risco, o fornecimento de orientações sobre o procedimento e o preparo físico e emocional para a cirurgia. Durante o período transoperatório, a assistência está direcionada à segurança, à prevenção de complicações, ao posicionamento adequado, à preservação da privacidade e à manutenção da integridade física do paciente. Já no período pós-operatório, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), os cuidados concentram-se no monitoramento dos parâmetros clínicos, na avaliação do nível de consciência, no controle da dor, na identificação precoce de possíveis complicações e na promoção do conforto e da recuperação do paciente. A integração dessas etapas favorece a continuidade da assistência e evidencia a importância do planejamento e da atuação da enfermagem durante todo o processo cirúrgico (SOARES; SOUSA; ALMEIDA, 2025).

No contexto brasileiro, a humanização da assistência em saúde ganhou maior visibilidade com o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, pelo

Ministério da Saúde. Conhecida como HumanizaSUS, a política propõe a valorização dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, considerando a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade e a construção de relações pautadas no diálogo e no acolhimento (BRASIL, 2003).

No ambiente cirúrgico, a aplicação desses princípios torna-se especialmente necessária, uma vez que o paciente frequentemente vivencia momentos de fragilidade e afastamento de seu ambiente familiar. Fonseca, Goes e Silva (2022) destacam a importância do acolhimento humanizado durante o período perioperatório, desde a preparação para o procedimento até o encaminhamento à recuperação pós-anestésica, ressaltando a necessidade de uma assistência integral e centrada nas necessidades do indivíduo. Assim, a atuação do enfermeiro deve ultrapassar a execução de atividades técnicas, contemplando também a construção de vínculos de confiança, o esclarecimento de dúvidas e a atenção às manifestações emocionais apresentadas pelo paciente.

A recuperação pós-anestésica representa outra etapa fundamental desse processo, pois exige vigilância contínua e intervenções de enfermagem direcionadas à estabilização clínica e ao alívio dos desconfortos decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico. Entre as necessidades assistenciais mais relevantes encontra-se o manejo da dor aguda, que requer avaliação sistematizada, identificação das queixas e implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Nesse sentido, Dias, Santiago e Funez (2025) identificaram diferentes intervenções de enfermagem utilizadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, destacando a importância da avaliação padronizada da dor e da associação de medidas terapêuticas para promover maior conforto e favorecer a recuperação do paciente.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos na assistência cirúrgica, a efetivação de práticas humanizadas ainda representa um desafio para os profissionais de enfermagem, especialmente diante da sobrecarga de trabalho, das demandas institucionais e da necessidade de conciliar procedimentos técnicos com a atenção individualizada. Dessa maneira, torna-se necessário ampliar a compreensão sobre as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para integrar segurança, competência técnica e sensibilidade humana durante as diferentes fases do cuidado perioperatório.

Diante desse cenário, o presente estudo apresenta como questão norteadora: De que maneira o cuidado humanizado realizado pelo enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório contribui para a segurança, o bem-estar e a recuperação do paciente cirúrgico?

2 HIPÓTESES

Considera-se como hipótese que a atuação humanizada do enfermeiro durante os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório contribui para a qualidade da assistência ao paciente cirúrgico, favorecendo o acolhimento, a segurança, o conforto e o bem-estar durante a experiência cirúrgica. Parte-se do pressuposto de que a assistência fundamentada na empatia, na comunicação efetiva, na escuta qualificada e no respeito à individualidade do paciente pode minimizar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico.

No período pré-operatório, pressupõe-se que a consulta de enfermagem, associada às orientações individualizadas e ao suporte emocional, favoreça a compreensão do procedimento cirúrgico e proporcione maior tranquilidade ao paciente. Durante o período transoperatório, acredita-se que a atuação do enfermeiro, pautada na segurança, na preservação da dignidade, no respeito à privacidade e na prevenção de riscos, contribua para uma assistência mais segura e individualizada. Já no período pós-operatório, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), considera-se que o monitoramento contínuo, o controle adequado da dor, a identificação precoce de complicações e o acolhimento das necessidades emocionais favoreçam uma recuperação mais segura e confortável.

Entretanto, compreende-se que a efetivação dessas práticas não depende exclusivamente da postura individual do enfermeiro, sendo também influenciada pelas condições de trabalho, pela disponibilidade de recursos, pela organização dos serviços de saúde e pela capacitação profissional. Dessa maneira, pressupõe-se que a humanização da assistência perioperatória esteja relacionada à integração entre competência técnico-científica, responsabilidade profissional e atenção às necessidades individuais do paciente.

3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pela relevância da assistência de enfermagem no cuidado perioperatório, considerando a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, etapas que exigem intervenções específicas e atenção integral às necessidades do paciente. A experiência cirúrgica pode ocasionar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, tornando necessária uma assistência que ultrapasse os aspectos técnicos e contemple também as dimensões emocionais e individuais do ser humano. Nesse contexto, a humanização representa um componente essencial da qualidade do cuidado,

pois favorece o acolhimento, a comunicação efetiva, o respeito à dignidade e o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente.

A relevância profissional desta pesquisa está relacionada à necessidade de compreender como o enfermeiro pode incorporar práticas humanizadas em todas as etapas da assistência cirúrgica, conciliando conhecimento técnico-científico, segurança e sensibilidade humana. No período pré-operatório, o acolhimento e as orientações individualizadas podem contribuir para o esclarecimento de dúvidas e a redução da ansiedade. Durante o transoperatório, a preservação da privacidade, o respeito à individualidade e a prevenção de riscos são fundamentais para a segurança do paciente. Já no período pós-operatório, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, o monitoramento clínico, o controle da dor e a identificação precoce de complicações constituem intervenções indispensáveis para uma recuperação segura e confortável. Dessa forma, compreender essas práticas permite identificar possibilidades de aprimoramento da assistência e fortalecer o papel do enfermeiro na promoção de um cuidado integral e individualizado.

Sob a perspectiva científica e social, o estudo torna-se relevante por reunir e analisar conhecimentos publicados na literatura científica entre 2021 e 2026, buscando identificar as principais estratégias de humanização utilizadas na assistência ao paciente cirúrgico, bem como os desafios enfrentados pelos profissionais em sua implementação. A sistematização dessas informações poderá contribuir para ampliar a compreensão sobre a importância do cuidado humanizado no contexto perioperatório, oferecendo subsídios para a reflexão e o aperfeiçoamento da prática profissional. Além disso, espera-se que os conhecimentos reunidos favoreçam a valorização de uma assistência de enfermagem mais acolhedora, segura e comprometida com a dignidade, o bem-estar e as necessidades individuais do paciente submetido a procedimentos cirúrgicos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar, com base na literatura científica publicada entre 2021 e 2026, o papel do enfermeiro na humanização da assistência ao paciente cirúrgico durante os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, identificando as contribuições dessas práticas para a segurança, o bem-estar e a recuperação do paciente.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais práticas de cuidado humanizado desenvolvidas pelo enfermeiro no período pré-operatório, considerando a avaliação clínica, as orientações individualizadas, o acolhimento e o suporte emocional ao paciente.
- Descrever as intervenções de enfermagem relacionadas à humanização e à segurança do paciente durante o período transoperatório, com ênfase na prevenção de complicações, no posicionamento cirúrgico adequado e na preservação da dignidade, da privacidade e do conforto.
- Investigar as contribuições da assistência humanizada de enfermagem no período pós-operatório, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), considerando o monitoramento clínico, o controle da dor, a identificação precoce de complicações e o atendimento às necessidades físicas e emocionais do paciente.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida por meio de uma revisão narrativa da literatura. Esse tipo de revisão permite reunir, interpretar e discutir conhecimentos já publicados sobre determinado tema, possibilitando uma compreensão ampla do objeto de estudo.

A pesquisa teve como foco a atuação do enfermeiro na humanização da assistência ao paciente cirúrgico, considerando os cuidados desenvolvidos nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Foram abordados aspectos relacionados ao acolhimento, à avaliação clínica, ao processo de enfermagem, ao apoio emocional, à segurança do paciente e à prevenção de complicações durante o período perioperatório.

5.2 Fontes e estratégia de busca

O levantamento bibliográfico foi realizado nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, considerando publicações dos anos de 2021 a 2026. A busca foi encerrada em 05 de novembro de 2026.

Foram utilizadas como palavras-chave e expressões de busca: “humanização da assistência de enfermagem”, “enfermagem perioperatória”, “acolhimento ao paciente cirúrgico”, “processo de enfermagem perioperatória”, “ansiedade pré-operatória”, “segurança do paciente cirúrgico” e “lesão por pressão relacionada ao posicionamento cirúrgico”.

A seleção dos termos buscou contemplar os principais aspectos relacionados à assistência humanizada, à atuação profissional do enfermeiro e à segurança do paciente no contexto cirúrgico. Também foram consultadas publicações técnicas e normativas pertinentes à fundamentação da assistência de enfermagem e à segurança do paciente.

5.3 Critérios de seleção e análise do material

Foram considerados para a discussão os materiais publicados no período delimitado, disponíveis para consulta e relacionados aos objetivos do estudo. Foram priorizadas publicações que abordassem a humanização da assistência de enfermagem, o acolhimento, a avaliação e o planejamento do cuidado, o apoio emocional ao paciente cirúrgico, a segurança durante o procedimento e os cuidados no período pós-operatório.

Foram excluídas publicações sem relação com a temática perioperatória ou que não apresentassem contribuição relevante para a discussão dos objetivos propostos. Após a seleção, as informações foram organizadas por aproximação temática e analisadas de maneira qualitativa e descritiva. A discussão foi estruturada em eixos relacionados à humanização e ao acolhimento; à avaliação pré-operatória e ao cuidado individualizado; à segurança do paciente no transoperatório; à prevenção de lesões e à avaliação de riscos; aos cuidados pós-operatórios e ao manejo da dor; ao apoio emocional; e ao Processo de Enfermagem e às tecnologias aplicadas à assistência perioperatória.

A análise buscou relacionar as contribuições das publicações consultadas, identificando aspectos convergentes e complementares sobre a atuação do enfermeiro na promoção de uma assistência integral, segura e humanizada ao paciente cirúrgico.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos utilizados na construção desta revisão foram organizados de acordo com seus autores, ano de publicação, objetivos, métodos e principais contribuições para a temática investigada. Essa organização permitiu identificar diferentes abordagens sobre a humanização da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, contemplando a consulta pré-operatória, o processo de enfermagem, a segurança durante o procedimento cirúrgico e os cuidados na recuperação pós-anestésica.

A caracterização das publicações possibilitou observar a diversidade metodológica dos estudos e a complementaridade de suas contribuições para a compreensão do papel do

enfermeiro na assistência perioperatória. O Quadro 1 apresenta a síntese dos estudos identificados como pertinentes à discussão.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos utilizados no TCC

Autor/ano	**Objetivo ou temática**	**Tipo de estudo**	**Contribuição para o TCC**
Arantes *et al.* (2021)	Responsabilização pelo Programa de Segurança do Paciente.	Estudo sobre segurança do paciente.	Discute o envolvimento da equipe de enfermagem na cultura de segurança.
Cabral, Vasconcelos e Oliveira (2021)	Conhecimento dos enfermeiros e uso da Escala de Braden em UTIs.	Análise da produção científica brasileira.	Fundamenta a utilização da escala na avaliação do risco de lesão por pressão.
Rocha *et al.* (2021)	Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos.	Estudo sobre cultura de segurança.	Contribui para a discussão da segurança e da atuação da enfermagem no centro cirúrgico.
Fonseca, Goes e Silva (2022)	Humanização durante o período perioperatório.	Relato de experiência.	Aborda a importância do cuidado humanizado durante as etapas do período perioperatório.
Moraes *et al.* (2022)	Ferramentas e escores para avaliação de risco perioperatório geral e cardiovascular.	Revisão narrativa.	Apresenta instrumentos de avaliação de risco que auxiliam o planejamento da assistência.
Andrade, Cavalcanti e França (2023)	Concordância da classificação ASA-PS em pacientes pediátricos.	Trabalho acadêmico.	Contribui para a discussão da classificação do estado físico ASA.
Dallacosta *et al.* (2023)	Utilização da escala EVARUCI em comparação com a escala de Braden.	Estudo comparativo.	Discute instrumentos de avaliação de risco para lesões por pressão.
Medeiros *et al.* (2024)	Importância da classificação ASA nos desfechos cirúrgicos.	Artigo de revisão.	Fundamenta a utilização da classificação ASA na avaliação pré-operatória.
Silva *et al.* (2024)	Implementação de tecnologias em saúde no Brasil.	Análise de orientações federais.	Contribui para a discussão sobre a incorporação de tecnologias nos serviços de saúde.
Souza *et al.* (2024)	Prevenção de lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico.	Revisão integrativa.	Aborda medidas preventivas e cuidados de enfermagem durante o posicionamento cirúrgico.
Almeida *et al.* (2026)	Visita pré-operatória de enfermagem e segurança do paciente cirúrgico adulto.	Revisão de escopo.	Destaca a visita pré-operatória como estratégia de avaliação, orientação e prevenção de riscos.
Amaral *et al.* (2025)	Aplicação verbal do Checklist de Cirurgia Segura.	Análise da prática.	Discute a adesão da equipe às etapas do checklist e a importância da comunicação.
Carneiro e Lopes (2025)	Segurança do paciente na utilização do checklist cirúrgico.	Revisão integrativa.	Reforça a importância do checklist como instrumento de prevenção de falhas.
Costa *et al.* (2025)	Escala ELPO para avaliação de risco de lesões no intraoperatório.	Revisão integrativa.	Fundamenta o uso da escala ELPO na identificação de riscos relacionados ao posicionamento cirúrgico.

Gnatta *et al.* (2025)	Atualização da nomenclatura da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.	Artigo reflexivo.	Discute o Processo de Enfermagem Perioperatória e sua organização.
Dias, Santiago e Funez (2025)	Intervenções de enfermagem para manejo da dor aguda na SRPA.	Revisão de escopo.	Contribui para a discussão do controle da dor e da assistência no pós-operatório.
Silva e Russo (2025)	Humanização do cuidado em urgência e emergência.	Revisão integrativa.	Aborda acolhimento, comunicação e humanização na assistência. Atenção: não é específico do contexto cirúrgico.
Silva, Rodrigues e Silva (2025)	Enfermagem e inovação tecnológica em saúde.	Revisão integrativa.	Discute a tecnologia como ferramenta de apoio ao trabalho da enfermagem.
Soares, Sousa e Almeida (2025)	Cuidados de enfermagem no período perioperatório.	Revisão integrativa.	Reúne aspectos da assistência de enfermagem nas etapas perioperatórias.
Sousa (2025)	Assistência de enfermagem durante o período pré-operatório.	Revisão integrativa – TCC.	Contribui para a discussão da avaliação, orientação e preparação do paciente antes da cirurgia.
Costa *et al.* (2026)	Cuidados de enfermagem no pós-operatório e recuperação física e emocional.	Artigo sobre cuidados pós-operatórios.	Contribui para a discussão da recuperação, monitoramento e acolhimento emocional.
Duarte, Mendonça e Albuquerque (2026)	Revisões sobre a Escala ELPO.	Revisão de revisões.	Complementa a discussão sobre a avaliação de risco de lesão por pressão no posicionamento cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela autora

A análise dos estudos apresentados no Quadro 1 demonstra que a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico envolve diferentes dimensões do cuidado, desde a avaliação e preparação pré-operatória até o acompanhamento durante o procedimento e a recuperação pós-anestésica.

As publicações abordam aspectos relacionados à humanização, à comunicação entre profissionais e pacientes, à sistematização da assistência de enfermagem, à prevenção de complicações e à segurança cirúrgica. Também se destacam estudos sobre instrumentos de avaliação de risco, como as escalas ASA, Braden e ELPO, que auxiliam o enfermeiro na identificação de condições que exigem atenção durante o período perioperatório.

No período pós-operatório, os estudos ressaltam a importância do monitoramento clínico, do manejo da dor e do acolhimento das necessidades físicas e emocionais do paciente. Dessa forma, a literatura consultada evidencia que o cuidado humanizado deve estar

associado ao conhecimento técnico-científico, à comunicação efetiva e ao respeito à individualidade do paciente.

A assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico deve contemplar não apenas os cuidados técnicos necessários à realização do procedimento, mas também as necessidades físicas, emocionais e sociais do indivíduo. O período perioperatório compreende as fases pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, nas quais o enfermeiro desempenha papel fundamental na avaliação das condições clínicas, na identificação de riscos, no planejamento das intervenções e na continuidade do cuidado. Nesse contexto, a aplicação sistematizada do Processo de Enfermagem contribui para uma assistência individualizada, segura e fundamentada nas necessidades de cada paciente (Gnatta *et al.*, 2025).

A humanização do cuidado está relacionada ao reconhecimento do paciente como um ser integral, que possui sentimentos, expectativas, dúvidas e necessidades particulares diante da experiência cirúrgica. Assim, a assistência não deve se limitar à execução de procedimentos, devendo envolver acolhimento, escuta qualificada, respeito à autonomia e comunicação clara. Essas práticas favorecem a construção de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente, contribuindo para uma experiência perioperatória mais acolhedora (Silva; Russo, 2025).

Na fase pré-operatória, a atuação do enfermeiro envolve a avaliação das condições de saúde, a identificação de fatores de risco e a orientação sobre o procedimento e os cuidados necessários. A visita pré-operatória de enfermagem representa uma oportunidade para esclarecer dúvidas, reconhecer possíveis necessidades emocionais e preparar o paciente para as etapas seguintes. Quando realizada de maneira individualizada, essa abordagem pode contribuir para reduzir inseguranças e fortalecer a participação do paciente no próprio cuidado (Almeida *et al.*, 2026).

Durante o período transoperatório, a assistência exige vigilância contínua, prevenção de complicações, manutenção da segurança e preservação da privacidade e da dignidade do paciente. No pós-operatório, o enfermeiro acompanha a recuperação, avalia a dor, observa possíveis alterações clínicas e oferece orientações para a continuidade do tratamento. Em todas essas etapas, a atenção às necessidades emocionais deve estar associada aos cuidados técnicos, evitando que o paciente seja tratado apenas como objeto de intervenção (Costa *et al.*, 2026).

A Política Nacional de Humanização, instituída pelo Ministério da Saúde, reforça princípios como acolhimento, corresponsabilidade, participação dos sujeitos e valorização das relações entre profissionais, usuários e serviços de saúde. Esses princípios podem ser

incorporados à assistência perioperatória por meio de atitudes que respeitem a individualidade, promovam o diálogo e considerem o paciente como participante ativo das decisões relacionadas ao seu tratamento (Brasil, 2013).

Dessa forma, a humanização no cuidado perioperatório deve estar presente em todas as etapas da assistência, articulando conhecimento científico, competência técnica e sensibilidade profissional. A atuação do enfermeiro torna-se essencial para reconhecer as particularidades de cada paciente, estabelecer uma comunicação efetiva e promover um cuidado seguro, acolhedor e individualizado.

6.2 Humanização e acolhimento na assistência perioperatória

A humanização da assistência de enfermagem representa um aspecto essencial do cuidado ao paciente cirúrgico, uma vez que a experiência de uma cirurgia pode envolver sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e vulnerabilidade. Nesse contexto, o cuidado não deve se restringir à realização de procedimentos técnicos, mas contemplar as necessidades físicas, emocionais e sociais do indivíduo, considerando sua história, suas expectativas e suas particularidades.

A Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, destaca a importância do acolhimento, da corresponsabilidade, da participação dos sujeitos e da valorização das relações estabelecidas entre profissionais, usuários e serviços de saúde. Esses princípios podem ser incorporados à assistência perioperatória por meio de práticas que favoreçam o diálogo, o respeito à autonomia e a participação do paciente nas decisões relacionadas ao seu tratamento (BRASIL, 2013).

Durante o período pré-operatório, o acolhimento representa uma oportunidade para o enfermeiro estabelecer vínculo com o paciente, identificar dúvidas e reconhecer possíveis necessidades emocionais. A visita pré-operatória permite conhecer as condições individuais, fornecer orientações sobre o procedimento e preparar o paciente para as etapas seguintes. Almeida *et al.* (2026) abordam a visita pré-operatória de enfermagem como uma estratégia relacionada à segurança do paciente cirúrgico adulto, reforçando a importância da avaliação e do planejamento dos cuidados.

No período transoperatório, a humanização está relacionada à preservação da privacidade, da dignidade e da integridade física do paciente. Mesmo quando se encontra sob efeito anestésico e impossibilitado de expressar suas necessidades, ele deve receber cuidados respeitosos e individualizados. Dessa maneira, a equipe de enfermagem precisa manter a

atenção às condições de segurança, ao posicionamento adequado e à proteção do paciente durante todo o procedimento.

No período pós-operatório, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), o acolhimento permanece necessário. Além da avaliação das condições clínicas, do monitoramento e do controle da dor, o enfermeiro deve considerar as manifestações de desconforto, as dúvidas e as necessidades emocionais apresentadas pelo paciente. Costa *et al.* (2026) abordam os cuidados de enfermagem voltados à recuperação física e emocional, evidenciando a importância de uma assistência que contemple diferentes dimensões do processo de recuperação.

Fonseca, Goes e Silva (2022), em relato de experiência sobre a humanização durante o período perioperatório, também contribuem para a reflexão sobre a necessidade de uma assistência centrada no indivíduo. Essa perspectiva reforça que o acolhimento não deve ocorrer de maneira isolada, mas acompanhar o paciente nas diferentes etapas do processo cirúrgico.

Diante desses aspectos, compreende-se que a humanização e a segurança não são dimensões independentes da assistência. O enfermeiro precisa integrar conhecimento técnico-científico, comunicação efetiva, escuta qualificada e respeito à individualidade, reconhecendo que cada paciente vivencia a experiência cirúrgica de maneira particular. Assim, o acolhimento deve fazer parte do planejamento e da execução dos cuidados, contribuindo para uma assistência perioperatória mais digna, segura e individualizada.

6.3 Avaliação pré-operatória e cuidado individualizado

A avaliação pré-operatória constitui uma etapa fundamental da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, pois permite identificar condições clínicas, fatores de risco e necessidades individuais que podem interferir na realização do procedimento e na recuperação. Nesse processo, o enfermeiro deve considerar não apenas os aspectos físicos, mas também as condições emocionais e sociais do paciente, contribuindo para o planejamento de cuidados seguros e individualizados.

A anamnese e o exame físico são procedimentos essenciais para a obtenção de informações sobre o estado de saúde do indivíduo. A anamnese contempla a investigação do histórico de doenças, cirurgias anteriores, alergias, medicamentos em uso, hábitos de vida e possíveis intercorrências relacionadas a procedimentos anteriores. Já o exame físico permite observar as condições gerais do paciente, incluindo sinais vitais, integridade da pele, mobilidade e estado nutricional. A associação dessas informações auxilia na identificação de

necessidades específicas e no planejamento das intervenções de enfermagem (MORAES *et al.*, 2022).

Além da avaliação clínica, é necessário considerar as dúvidas, os receios e as expectativas do paciente diante da cirurgia. O momento da avaliação pré-operatória também representa uma oportunidade para estabelecer uma relação de confiança, por meio da escuta qualificada e da comunicação acessível. Dessa forma, o enfermeiro consegue reconhecer necessidades que poderiam passar despercebidas em uma avaliação limitada à coleta de dados clínicos.

A consulta de enfermagem contribui para organizar esse processo, permitindo identificar problemas, estabelecer prioridades e planejar intervenções de acordo com as condições individuais. Conforme a Resolução COFEN nº 736/2024, o Processo de Enfermagem é organizado em cinco etapas inter-relacionadas: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e evolução de enfermagem. Essa sistematização orienta o raciocínio clínico e favorece a continuidade da assistência.

Nesse contexto, a visita pré-operatória de enfermagem também assume importância, pois possibilita esclarecer dúvidas, fornecer orientações e identificar fatores que possam exigir atenção durante o procedimento. Almeida *et al.* (2026), ao abordarem a visita pré-operatória e a segurança do paciente cirúrgico adulto, contribuem para a compreensão dessa prática como parte do planejamento da assistência. A avaliação individualizada permite que as orientações sejam adequadas às condições clínicas e às necessidades de cada pessoa.

Outro recurso utilizado na avaliação pré-operatória é a classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA-PS), que descreve as condições físicas e clínicas do paciente antes da realização de procedimentos anestésicos. A classificação é organizada em seis categorias, que variam de ASA I, correspondente ao paciente saudável, até ASA VI, referente ao paciente com morte encefálica declarada cujos órgãos serão removidos para doação. A letra E pode ser acrescentada quando o procedimento é considerado de emergência (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2020).

Medeiros *et al.* (2024) discutem a importância da classificação ASA nos desfechos cirúrgicos, contribuindo para a compreensão de sua utilização na avaliação das condições gerais do paciente. Entretanto, esse instrumento não substitui a avaliação clínica completa nem deve ser utilizado isoladamente para determinar todos os riscos relacionados ao procedimento. Sua interpretação deve estar associada às demais informações obtidas durante a avaliação pré-operatória e ao planejamento multiprofissional. A classificação completa do

estado físico segundo a ASA, com a descrição das categorias e exemplos, está apresentada no Anexo A.

Sob a perspectiva da humanização, a avaliação pré-operatória não deve ser reduzida ao preenchimento de formulários ou à aplicação de instrumentos classificatórios. É necessário que o enfermeiro reconheça o paciente como participante do próprio cuidado, ofereça informações compreensíveis, respeite suas particularidades e proporcione espaço para a manifestação de dúvidas e preocupações.

Assim, a avaliação pré-operatória e a consulta de enfermagem representam oportunidades para integrar conhecimento técnico-científico, prevenção de riscos e acolhimento. Quando realizadas de maneira sistematizada e individualizada, contribuem para preparar o paciente para o procedimento cirúrgico e fortalecer uma assistência fundamentada na segurança, na dignidade e no respeito às necessidades humanas.

6.4 Segurança do paciente no período transoperatório

O período transoperatório exige atenção contínua da equipe de saúde, considerando a complexidade dos procedimentos cirúrgicos e os riscos aos quais o paciente pode estar exposto. Nesse contexto, a segurança do paciente constitui uma prioridade da assistência de enfermagem, envolvendo a identificação correta, a comunicação entre os profissionais, a prevenção de incidentes e a adoção de medidas que preservem a integridade física e a dignidade do indivíduo.

A cultura de segurança representa um elemento importante para a prevenção de eventos adversos no ambiente cirúrgico. Rocha *et al.* (2021) abordam a cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos sob a perspectiva da enfermagem, contribuindo para a reflexão sobre a responsabilidade dos profissionais e a importância de práticas institucionais voltadas à redução de riscos. Da mesma forma, Arantes *et al.* (2021) discutem a responsabilização pelo Programa de Segurança do Paciente, destacando a participação da equipe de enfermagem na construção de uma assistência mais segura.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, estabelece estratégias para a promoção da segurança nos serviços de saúde. Entre suas propostas estão a prevenção de incidentes, o fortalecimento da cultura de segurança e a melhoria da qualidade da assistência. Essas diretrizes reforçam que a prevenção de danos constitui uma responsabilidade compartilhada entre profissionais e instituições de saúde.

Uma das estratégias utilizadas para fortalecer a segurança durante os procedimentos cirúrgicos é o Checklist de Cirurgia Segura, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde no âmbito da iniciativa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. O instrumento está organizado em três momentos: Sign In, realizado antes da indução anestésica; Time Out, realizado antes da incisão cirúrgica; e Sign Out, realizado antes da saída do paciente da sala de cirurgia. Essas etapas permitem verificar informações essenciais e melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos no procedimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A aplicação do checklist contribui para a confirmação da identidade do paciente, do procedimento e do local cirúrgico, além da verificação de informações importantes, como alergias e possíveis riscos relacionados à anestesia. Também permite conferir aspectos relacionados ao procedimento realizado e à continuidade da assistência. Ribeiro *et al.* (2019) discutem a adesão ao preenchimento do checklist, suas inconsistências e os desafios encontrados em sua utilização, demonstrando a importância de sua aplicação adequada.

Carneiro e Lopes (2025), ao abordarem a segurança do paciente na utilização do checklist cirúrgico, reforçam a relevância dessa ferramenta para a prevenção de falhas durante os procedimentos. Entretanto, sua efetividade depende da participação dos profissionais e da realização consciente das verificações, não devendo ser reduzida ao simples preenchimento de um formulário.

Nesse sentido, Amaral *et al.* (2025), ao analisarem a aplicação verbal do checklist de cirurgia segura, identificaram percentuais de conformidade de 22,16% no Sign In, 16,11% no Time Out e 9,40% no Sign Out. Esses resultados evidenciam dificuldades na adesão às etapas de verificação e demonstram a necessidade de fortalecer a participação da equipe durante todo o processo cirúrgico. A aplicação verbal e coletiva do instrumento é importante para que as informações sejam efetivamente compartilhadas e compreendidas pelos profissionais.

Além dos protocolos e instrumentos de segurança, a atuação do enfermeiro durante o período transoperatório envolve a organização do ambiente, a supervisão dos cuidados, a conferência de informações e a prevenção de situações que possam comprometer a integridade do paciente. Também é necessário preservar sua privacidade, evitar exposições desnecessárias e manter atitudes respeitosas durante a realização dos procedimentos, especialmente porque, sob efeito anestésico, o indivíduo pode não conseguir manifestar desconfortos ou defender seus próprios interesses.

Dessa forma, a segurança do paciente no período transoperatório deve ser compreendida como parte integrante da assistência humanizada. O cumprimento dos

protocolos, a comunicação efetiva e a responsabilidade profissional precisam estar associados ao respeito à dignidade e à individualidade do paciente. Assim, o enfermeiro exerce papel fundamental na articulação entre as medidas técnicas de prevenção de riscos e o compromisso ético com uma assistência segura e humanizada.

6.5 Prevenção de lesões e avaliação de riscos

A prevenção de lesões relacionadas à assistência cirúrgica constitui uma responsabilidade importante da equipe de enfermagem, especialmente durante o período transoperatório, quando o paciente pode permanecer por tempo prolongado em uma mesma posição e apresentar limitações para modificar espontaneamente sua postura. As condições clínicas, o tempo de procedimento, os efeitos da anestesia e as características do posicionamento podem aumentar a vulnerabilidade do indivíduo ao desenvolvimento de lesões por pressão e outros danos relacionados à integridade física.

Entre os instrumentos utilizados na avaliação do risco de lesões por pressão destaca-se a Escala de Braden, que considera seis dimensões: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Sua pontuação varia de 6 a 23 pontos, sendo que pontuações menores indicam maior risco para o desenvolvimento de lesões por pressão. Cabral, Vasconcelos e Oliveira (2021) discutem o conhecimento dos enfermeiros e a utilização da escala em unidades de terapia intensiva, contribuindo para a compreensão da importância da avaliação sistematizada e da identificação precoce dos fatores de risco. A descrição dos critérios e das dimensões avaliadas pela escala pode ser consultada no Anexo B.

Embora a Escala de Braden seja um recurso importante na avaliação do risco de lesões por pressão, sua utilização deve ser interpretada de acordo com o contexto assistencial. No paciente cirúrgico, é necessário considerar também os riscos específicos relacionados ao posicionamento durante o procedimento, ao tempo de permanência na mesa cirúrgica e às condições clínicas individuais. Dessa maneira, a escala não deve ser utilizada isoladamente para avaliar todos os riscos relacionados ao posicionamento cirúrgico.

Nesse contexto, destaca-se a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO), desenvolvida especificamente para auxiliar na identificação de riscos associados ao posicionamento do paciente durante procedimentos cirúrgicos. O instrumento considera características do paciente e condições relacionadas ao procedimento, permitindo ao enfermeiro reconhecer situações de maior vulnerabilidade e planejar medidas preventivas. O instrumento e seus critérios de pontuação estão apresentados no Anexo C.

Costa *et al.* (2025), ao abordarem a escala ELPO por meio de uma revisão integrativa, contribuem para a discussão sobre sua utilização na avaliação dos riscos relacionados ao posicionamento cirúrgico. Duarte, Mendonça e Albuquerque (2026), por sua vez, apresentam uma revisão das revisões sobre o instrumento, ampliando a discussão acerca de sua aplicação e de sua contribuição para o planejamento dos cuidados de enfermagem.

A utilização desses instrumentos deve estar associada à avaliação clínica e à adoção de medidas preventivas individualizadas. Entre os cuidados necessários estão a observação das condições da pele, o alinhamento corporal adequado, a proteção das regiões submetidas à pressão e a utilização de dispositivos de posicionamento e superfícies de apoio apropriados, conforme as necessidades identificadas. A escolha das medidas preventivas deve considerar as características anatômicas e clínicas do paciente, além das particularidades do procedimento cirúrgico.

Souza *et al.* (2024), ao abordarem a prevenção de lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico por meio de uma revisão integrativa, contribuem para a compreensão da importância das intervenções preventivas durante o período intraoperatório. Nesse sentido, a atuação do enfermeiro envolve não apenas a identificação dos fatores de risco, mas também o planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados destinados à proteção do paciente.

A prevenção de lesões também deve ser compreendida sob a perspectiva da humanização, pois preservar a integridade física significa respeitar a dignidade e as necessidades individuais do paciente. Durante a anestesia, o indivíduo pode não conseguir manifestar desconforto ou solicitar alterações em sua posição corporal. Por isso, a equipe de enfermagem assume a responsabilidade de garantir condições adequadas de proteção, conforto e segurança durante todo o procedimento.

Dessa forma, a utilização de instrumentos de avaliação, como as escalas de Braden e ELPO, associada à observação clínica e à implementação de medidas preventivas, fortalece a qualidade da assistência perioperatória. A prevenção de lesões não deve ser considerada apenas uma exigência técnica, mas uma expressão do compromisso ético e profissional do enfermeiro com a segurança, a integridade e o cuidado individualizado ao paciente cirúrgico.

6.6 Assistência pós-operatória e manejo da dor

O período pós-operatório representa uma etapa fundamental da assistência ao paciente cirúrgico, pois exige acompanhamento contínuo das condições clínicas e identificação precoce de possíveis complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico. Nesse

momento, a equipe de enfermagem desempenha papel essencial na promoção da recuperação, por meio da avaliação sistemática, da implementação dos cuidados necessários e da atenção às necessidades físicas e emocionais do paciente.

Na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), a assistência de enfermagem envolve o monitoramento dos sinais vitais, a observação do nível de consciência, a avaliação da respiração, da circulação e das condições gerais do paciente. Também é necessário observar possíveis alterações clínicas, identificar desconfortos e comunicar à equipe responsável qualquer sinal que possa indicar complicações. Essas intervenções permitem acompanhar a evolução do paciente e direcionar os cuidados de acordo com suas necessidades.

Entre os principais aspectos da assistência pós-operatória destaca-se o manejo da dor aguda, uma vez que o desconforto pode interferir no bem-estar e no processo de recuperação. A avaliação deve considerar a intensidade da dor, sua localização, suas características e as manifestações apresentadas pelo paciente. Para isso, o enfermeiro deve utilizar instrumentos de avaliação adequados às condições de comunicação e ao estado de consciência do indivíduo, registrando as informações e acompanhando a resposta às intervenções realizadas.

Dias, Santiago e Funez (2025), ao desenvolverem uma revisão de escopo sobre intervenções de enfermagem para o manejo da dor aguda na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, abordam estratégias utilizadas nesse contexto assistencial. A discussão desses autores reforça a importância da avaliação da dor e da organização das intervenções de enfermagem, considerando as necessidades apresentadas pelo paciente durante a recuperação pós-anestésica.

O controle da dor pode envolver intervenções farmacológicas, conforme prescrição e protocolos institucionais, e medidas não farmacológicas adequadas à condição clínica do paciente. Entre as ações de enfermagem estão a avaliação periódica do desconforto, a observação da resposta ao tratamento, a oferta de medidas de conforto e a comunicação efetiva com a equipe multiprofissional. A assistência deve ser individualizada, considerando que a percepção da dor e a resposta às intervenções podem variar entre os pacientes.

Além do controle da dor e do monitoramento clínico, a recuperação exige atenção às necessidades emocionais. O paciente pode apresentar medo, insegurança, desconforto e dúvidas sobre sua condição após o procedimento. Nesse sentido, Costa *et al.* (2026), ao abordarem os cuidados de enfermagem na recuperação física e emocional do paciente no pós-operatório, contribuem para a compreensão da importância de uma assistência que contemple o indivíduo de maneira integral.

A comunicação estabelecida pela equipe de enfermagem também é importante nessa etapa. Sempre que as condições clínicas permitirem, o paciente deve receber informações claras sobre sua recuperação e sobre os cuidados que estão sendo realizados. A escuta qualificada permite reconhecer queixas e preocupações, favorecendo uma relação de confiança e contribuindo para que o indivíduo se sinta acolhido durante esse momento de vulnerabilidade.

Dessa forma, a assistência pós-operatória deve integrar monitoramento clínico, avaliação e manejo da dor, identificação precoce de complicações e acolhimento emocional. O enfermeiro exerce papel indispensável nesse processo, pois articula conhecimento técnico-científico e sensibilidade profissional para atender às necessidades individuais do paciente. Assim, o cuidado na SRPA não deve se limitar à observação dos parâmetros clínicos, mas contemplar também o conforto, a segurança e a dignidade durante a recuperação.

6.7 Acolhimento emocional do paciente cirúrgico

A realização de um procedimento cirúrgico pode provocar diferentes reações emocionais, como medo, ansiedade, insegurança e preocupação com os resultados da intervenção. Esses sentimentos podem estar relacionados ao receio da anestesia, à possibilidade de complicações, à dor, ao afastamento das atividades habituais e às incertezas sobre a recuperação. Nesse contexto, o acolhimento emocional constitui uma dimensão importante da assistência de enfermagem, pois permite reconhecer as necessidades individuais do paciente e oferecer suporte durante o período perioperatório.

O enfermeiro possui papel relevante na identificação das manifestações de sofrimento emocional, uma vez que mantém contato com o paciente em diferentes momentos da assistência. Por meio da observação, do diálogo e da escuta qualificada, o profissional pode identificar preocupações, esclarecer dúvidas e compreender as expectativas relacionadas ao procedimento. Para isso, é necessário demonstrar disponibilidade para ouvir, utilizar uma linguagem acessível e respeitar as particularidades de cada indivíduo.

O acolhimento emocional deve estar presente desde o período pré-operatório, quando o paciente recebe informações sobre a cirurgia e pode apresentar dúvidas e receios. Nesse momento, as orientações devem ser transmitidas de maneira clara e compatível com seu nível de compreensão, permitindo que ele expresse seus sentimentos e participe das decisões relacionadas ao próprio cuidado. A comunicação adequada favorece a construção de uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de enfermagem.

Outro aspecto que merece atenção é o medo relacionado aos profissionais e aos ambientes de saúde. Lima *et al.* (2025) abordam a síndrome do jaleco branco e a iatrofobia, discutindo manifestações de medo associadas ao atendimento em saúde. Embora essa temática não seja específica do contexto cirúrgico, contribui para a reflexão sobre a importância de reconhecer experiências negativas anteriores e possíveis dificuldades na relação entre pacientes e profissionais. Dessa maneira, o enfermeiro deve evitar julgamentos e adotar uma postura acolhedora, respeitando os sentimentos manifestados pelo indivíduo.

Durante o período transoperatório, mesmo quando o paciente se encontra sob efeito anestésico e impossibilitado de expressar suas necessidades, o respeito à sua dignidade e privacidade deve ser mantido. A equipe de enfermagem precisa preservar sua integridade física, evitar exposições desnecessárias e realizar os cuidados com responsabilidade e respeito. Essas atitudes demonstram que a humanização não depende exclusivamente da comunicação verbal, mas também da maneira como o paciente é tratado em situações de maior vulnerabilidade.

No período pós-operatório, o acolhimento emocional continua sendo necessário, pois o paciente pode apresentar preocupações relacionadas à dor, às limitações físicas, à evolução clínica e ao processo de recuperação. Nesse momento, o enfermeiro deve oferecer orientações compreensíveis, escutar as queixas e observar possíveis manifestações de desconforto emocional, integrando essas necessidades ao acompanhamento clínico.

A participação de familiares ou acompanhantes também pode representar uma fonte de apoio emocional, desde que respeitadas as condições clínicas, a vontade do paciente e as normas institucionais. O estabelecimento de uma comunicação respeitosa entre profissionais, pacientes e familiares pode contribuir para uma experiência assistencial mais acolhedora.

Dessa forma, o acolhimento emocional deve ser compreendido como parte integrante da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. A escuta qualificada, a comunicação empática, o respeito à individualidade e a atenção aos sentimentos manifestados são atitudes que fortalecem a relação de confiança e complementam os cuidados técnicos. Assim, o enfermeiro contribui para uma assistência que considera não apenas as condições clínicas, mas também as necessidades emocionais e a dignidade de cada pessoa durante a experiência cirúrgica.

6.8 Processo de Enfermagem e tecnologias na assistência perioperatória

A assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico exige planejamento, organização e continuidade dos cuidados durante as fases pré-operatória, transoperatória e pós-operatória.

Nesse contexto, o Processo de Enfermagem constitui um instrumento fundamental para orientar a prática profissional, permitindo identificar as necessidades do paciente, estabelecer prioridades e desenvolver intervenções de acordo com as condições clínicas e individuais de cada pessoa.

Conforme a Resolução COFEN nº 736/2024, o Processo de Enfermagem deve ser desenvolvido de maneira sistematizada, contemplando cinco etapas inter-relacionadas: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e evolução de enfermagem. Essa organização contribui para o direcionamento das ações profissionais, o registro das informações e a avaliação dos resultados alcançados.

No contexto perioperatório, a organização do processo de cuidado é especialmente importante, considerando a diversidade de necessidades apresentadas pelo paciente em cada etapa da experiência cirúrgica. Gnatta *et al.* (2025), ao discutirem a atualização da nomenclatura da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), contribuem para a reflexão sobre a organização do Processo de Enfermagem nesse contexto. Essa discussão reforça a importância de uma assistência planejada, fundamentada no conhecimento científico e orientada pelas necessidades do paciente.

A sistematização dos cuidados permite integrar informações obtidas durante a avaliação pré-operatória, as intervenções realizadas no transoperatório e o acompanhamento durante a recuperação. Dessa forma, o registro adequado e a comunicação entre os profissionais favorecem a continuidade da assistência, evitando que informações importantes sejam perdidas durante a transferência do paciente entre os diferentes setores.

Além da organização do cuidado, o avanço das tecnologias em saúde tem contribuído para modificar os processos de trabalho e ampliar os recursos disponíveis aos profissionais. Na assistência perioperatória, equipamentos de monitoramento, sistemas informatizados, instrumentos de avaliação e recursos utilizados no registro das informações podem auxiliar no acompanhamento das condições clínicas e na identificação de possíveis riscos.

Silva *et al.* (2024), ao analisarem a implementação de tecnologias em saúde no Brasil e as orientações federais destinadas ao sistema público de saúde, contribuem para a compreensão da importância do planejamento e da avaliação na incorporação desses recursos aos serviços. A utilização de tecnologias exige organização institucional, capacitação profissional e avaliação de sua adequação às necessidades assistenciais.

Silva, Rodrigues e Silva (2025), ao abordarem a relação entre o enfermeiro e a inovação tecnológica em saúde, também contribuem para a discussão sobre a utilização desses recursos na prática profissional. Nesse sentido, a tecnologia pode atuar como ferramenta de

apoio à avaliação, ao planejamento e à execução dos cuidados, desde que utilizada de maneira crítica, responsável e fundamentada no conhecimento científico.

Entretanto, a disponibilidade de recursos tecnológicos não elimina a necessidade de observação direta, avaliação clínica e tomada de decisões fundamentadas no raciocínio profissional. Os equipamentos e sistemas fornecem informações importantes, mas cabe ao enfermeiro interpretar os dados, reconhecer alterações e considerar as particularidades de cada paciente.

Sob a perspectiva da humanização, é fundamental compreender que os recursos tecnológicos devem estar a serviço do cuidado e não substituir a comunicação, a escuta qualificada e o acolhimento. A utilização de equipamentos e sistemas precisa estar associada ao respeito à individualidade e à preservação da dignidade do paciente, evitando que a assistência seja reduzida ao acompanhamento de dados e procedimentos.

Dessa maneira, a integração entre o Processo de Enfermagem e as tecnologias em saúde contribui para organizar o trabalho profissional e fortalecer a segurança da assistência perioperatória. O enfermeiro deve utilizar os recursos disponíveis de forma ética e responsável, mantendo o paciente como centro do planejamento e das intervenções. Assim, a qualidade do cuidado depende da articulação entre conhecimento técnico-científico, inovação, avaliação individualizada e compromisso com a humanização.

7 CONCLUSÃO

A humanização da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico constitui um aspecto fundamental para a promoção de um cuidado integral, seguro e individualizado. A literatura analisada neste estudo evidencia que a atuação do enfermeiro no período perioperatório ultrapassa a realização de procedimentos técnicos, envolvendo também responsabilidade ética, comunicação efetiva, acolhimento e atenção às necessidades físicas e emocionais do paciente.

Em relação ao objetivo geral, compreendeu-se que o enfermeiro desempenha papel essencial na promoção do cuidado humanizado durante as etapas pré-operatória, transoperatória e pós-operatória. No período pré-operatório, destacam-se a consulta de enfermagem, a avaliação clínica, as orientações individualizadas e o acolhimento emocional, práticas que favorecem a identificação de necessidades e riscos, além de possibilitarem ao paciente maior compreensão sobre o procedimento cirúrgico.

No período transoperatório, a humanização está relacionada à preservação da dignidade, da privacidade e da integridade física do paciente. A adoção de medidas preventivas, o posicionamento cirúrgico adequado, a avaliação dos riscos e a aplicação dos protocolos de segurança são ações importantes para orientar a assistência de enfermagem e reduzir a possibilidade de danos. Mesmo quando o paciente está sob efeito anestésico e não consegue manifestar suas necessidades, permanece sob responsabilidade da equipe o dever de protegê-lo e respeitá-lo.

No período pós-operatório, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), a assistência de enfermagem envolve a monitorização das condições clínicas, a avaliação e o manejo da dor, a identificação precoce de possíveis complicações e a atenção às necessidades emocionais. A comunicação e as orientações sobre os cuidados necessários também são relevantes para favorecer a participação do paciente no processo de recuperação.

A análise dos estudos permitiu identificar que humanização e segurança do paciente são dimensões complementares. Instrumentos de avaliação, escalas de risco, protocolos e o Checklist de Cirurgia Segura contribuem para o planejamento da assistência, mas não substituem a escuta qualificada, o julgamento clínico e o reconhecimento das particularidades de cada indivíduo. Portanto, a qualidade do cuidado depende tanto do conhecimento técnico-científico quanto da capacidade do profissional de estabelecer uma relação respeitosa e acolhedora.

Também se observou que a efetivação da assistência humanizada não depende exclusivamente da atuação individual do enfermeiro. Condições adequadas de trabalho, disponibilidade de recursos, capacitação profissional, organização dos serviços e comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional são fatores que influenciam o desenvolvimento de práticas seguras e humanizadas.

Como limitação, destaca-se que este estudo foi desenvolvido por meio de revisão bibliográfica narrativa, estando suas considerações condicionadas às publicações consultadas e ao recorte estabelecido. Dessa forma, não permite avaliar diretamente a aplicação dessas práticas nos serviços de saúde, mas contribui para a reflexão sobre a importância da enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico.

Conclui-se que o enfermeiro possui papel indispensável na integração entre competência técnico-científica, segurança e sensibilidade humana durante todo o período perioperatório. A humanização deve estar presente em cada etapa da assistência, reconhecendo o paciente como sujeito de direitos, com necessidades, sentimentos e

expectativas próprias. Assim, cuidar de forma humanizada significa oferecer uma assistência que associe conhecimento, responsabilidade, empatia e respeito à dignidade humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fabiana Ribeiro de *et al.* Visita pré-operatória de enfermagem e a segurança do paciente cirúrgico adulto: revisão de escopo. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 31, e1091, 2026. DOI: https://doi.org/10.5327/Z1414-44251091.

AMARAL, Cristina Rocha *et al.* Aplicação verbal do checklist de cirurgia segura: análise crítica da prática. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 30, e1083, 2025. DOI: https://doi.org/10.5327/Z1414-44251083.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA). **ASA physical status classification system**. 2020. Disponível em: https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system. Acesso em: 11 out. 2026.

ANDRADE, Gabriella Malta de; CAVALCANTI, Sofia Simões Inácio; FRANÇA, Larissa Araújo de. **Avaliação da concordância da classificação ASA-PS em pacientes pediátricos entre os anestesiologistas do IMIP**. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2023. Disponível em: https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/1755/1/ASA-PC%20TCC%20e%20PIC.pdf. Acesso em: 25 set. 2026.

ARANTES, Rafaela Barboza *et al.* A responsabilização do Programa de Segurança do Paciente: um novo olhar pela equipe de enfermagem. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 12, n. 1, p. 9-13, jan./jun. 2021. DOI: https://doi.org/10.21727/rpu.v12i1.2583.

BANDEIRA, Tatiany Marques *et al.* A prática da teleconsulta de enfermagem no pré e pós-operatório: scoping review. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 16, e-2025024, 2025. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2025.v16.e-2025024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

CABRAL, João Victor Batista; VASCONCELOS, Lukas Mergulhão de; OLIVEIRA, Martha Maria de. Conhecimento dos enfermeiros e uso da escala de Braden em unidades de terapia intensiva: análise da produção científica brasileira. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 24, n. 1, p. 166-174, 2021. DOI: https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i1.782.

CARNEIRO, Ana Clara; LOPES, Fabiana Pires Rodrigues de Almeida. Segurança do paciente na utilização do checklist cirúrgico: uma revisão integrativa. **Revista Multidebates**, Palmas, v. 9, n. 1, p. 204-211, 2025. Disponível em: https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/770/686.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/.

COSTA, Laís Kailane Duarte *et al.* Escala ELPO de avaliação de risco para lesão em centro cirúrgico no intraoperatório: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 99, n. 1, e025031, 2025. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2025-v.99-n.1-art.2445.

COSTA, Larissa Di Leo Nogueira *et al.* Cuidados de enfermagem no pós-operatório: assistência na recuperação física e emocional. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 7, n. 6, e768210, 2026. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v7i6.8210.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti *et al.* Utilização da escala EVARUCI na terapia intensiva: comparativo com escala de Braden. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v. 16, n. 1, 2023. DOI: https://doi.org/10.32813/2179-1120.2023.v16.n1.a903. Acesso em: 22 set. 2026.

DIAS, Giulia Moreira; SANTIAGO, Elizabete Cristina de Lira; FUNEZ, Mani Indiana. Intervenções de enfermagem para o manejo da dor aguda na sala de recuperação pós-anestésica: revisão de escopo. **BrJP**, [S. l.], v. 8, e20250043, 2025. DOI: https://doi.org/10.63231/2595-0118.20250043-pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/brjp/a/JShCyJxrP8HWhW47SyhkY5h/.

DUARTE, Laís Kailane Costa; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de; ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro de. Revisão das revisões sobre a Escala ELPO de avaliação de risco para lesão por pressão. **Revista Ciência Plural**, v. 12, n. 1, e42686, 2026. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n1ID42686. Acesso em: 22 set. 2026.

FONSECA, Wallyson Jailson da; GOES, Bruna Emilly da Silva; SILVA, Cíntia de Carvalho. O processo de humanização durante o período perioperatório: um relato de experiência. **Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S. l.], p. 32, 2022. Disponível em: https://www.revistaremecs.com.br.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/1018. Acesso em: 26 set. 2026.

GNATTA, Juliana Rizzo *et al.* Processo de Enfermagem Perioperatória: reflexão sobre a atualização da nomenclatura SAEP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 59, e20250165, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0165pt. Acesso em: 21 set. 2026.

LIMA, Luiz Gustavo Alves *et al.* Síndrome do jaleco branco: humanização no cuidado de pacientes com iatrofobia. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 18, e181867, 2025. DOI: https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.1867. Acesso em: 24 out. 2026.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes *et al.* Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2704, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/. Acesso em: 4 nov. 2026.

MEDEIROS, Isaías Sousa Mendonça de *et al.* A importância da classificação ASA nos desfechos cirúrgicos: um artigo de revisão. **Brazilian Journal of Implantology and Health**

Sciences, v. 6, n. 6, p. 2179-2192, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p2179-2192. Acesso em: 25 set. 2026.

MORAES, Caio Mazzonetto Teófilo de *et al.* Ferramentas e escores para avaliação de risco perioperatório geral e cardiovascular: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 49, e20223124, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223124. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/bNxCHQSRrrZZZqZshj4q9Hh/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf. Acesso em: 11 out. 2026.

PACHECO, M. D. A. *et al.* Humanization of care in Primary Health Care: social representations of people with pulmonary tuberculosis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 60, e20250008, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0008en. Acesso em: 25 set. 2026.

PARANHOS, Wana Yeda; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, número especial, p. 191-206, 1999. Disponível em: https://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf.

RIBEIRO, Luciane *et al.* Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, e20192311, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311. Acesso em: 25 set. 2026.

ROCHA, Ruth Cardoso *et al.* Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03774, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-0220X2020034003774. Acesso em: 21 set. 2026.

SILVA, Bruna Pereira Santos; RUSSO, Natália Conteçote. Papel do enfermeiro na humanização do cuidado em ambiente de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S. l.], p. 48, 2025. Disponível em: https://revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/2095. Acesso em: 21 set. 2026.

SILVA, Karina Borges da; RODRIGUES, Rosane do Nascimento; SILVA, Ana Gracinda Ignácio da. O enfermeiro e a inovação tecnológica em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 99, n. 4, e025079, 2025. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2025-v.99-n.4-art.1829. Acesso em: 24 out. 2026.

SILVA, Sarah Nascimento *et al.* Implementação de tecnologias em saúde no Brasil: análise de orientações federais para o sistema público de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, e00322023, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00322023. Acesso em: 24 out. 2026.

SOARES, Gabriela Costa; SOUSA, Milena Nunes Alves de; ALMEIDA, Elzenir Pereira de Oliveira. Cuidados de enfermagem no período perioperatório: uma revisão integrativa.

Revista Ciência Plural, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 1-23, 2025. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2025v11n1ID37906. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/37906.

SOUSA, João Victor da Conceição. **Assistência de enfermagem durante o período pré-operatório**: uma revisão integrativa da literatura. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2025. Disponível em: https://faculdadesantaluzia.edu.br/wp-content/uploads/2025/11/ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-DURANTE-O-PERIODO-PRE-OPERATORIO-UMA-REVISAO-INTEGRATIVA-DA-LITERATURA.pdf. Acesso em: 22 set. 2026.

SOUZA, Fernanda Ferreira e *et al.* Prevenção de lesões pelo posicionamento cirúrgico: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 13, n. 1, e9413144835, 2024. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44835. Acesso em: 22 set. 2026.

ANEXO A

Classificação do estado físico ASA

Classificação	Descrição	Exemplos
ASA I	Paciente saudável	Saudável, não fumante, nenhum ou uso mínimo de álcool
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve	Apenas doenças leves, sem limitações funcionais significativas. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): fumante atual, ingesta social de álcool, gravidez, obesidade (30< IMC< 40), diabetes/hipertensão bem controlada, doença pulmonar leve.
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave	Limitações significativas; uma ou mais doenças moderadas a graves. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): diabetes ou hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade mórbida (IMC ≥ 40), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marca-passo implantado, redução moderada da fração de ejeção, doença renal em estágio terminal submetido a diálise programada regularmente, prematuro com PCA< 60 semanas, histórico (>3 meses) de IM, AVC, AIT ou DAC/**stents.**
ASA IV	Paciente com doença sistêmica grave que representa ameaça constante à vida	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): IM, AVC, AIT OU DAC/**stents** recentes (<3 meses), isquemia cardíaca contínua ou disfunção valvar grave, redução grave da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, doença renal aguda ou um estágio terminal não submetidos a diálise regularmente programada.
ASA V	Paciente moribundo, que não se espera sobreviver sem a operação	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): ruptura de aneurisma abdominal/torácico, trauma maciço, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquêmico mesentérica devido a doença cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos/sistemas.
ASA VI	Paciente com morte encefálica, cujos órgãos serão retirados para doação	
ASA E	Indicador acrescentado à classificação quando o procedimento é de emergência	

Fonte: ASA, 2020

ANEXO B

Escala de Braden

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto**.**	**1. Totalmente limitado:** Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	**2. Muito limitado:** Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	**3. Levemente limitado:** Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	**4. Nenhuma limitação:** Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	**1. Completamente molhada:** A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	**2. Muito molhada:** A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	**3. Ocasionalmente molhada:** A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	**4. Raramente molhada:** A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	**1. Acamado:** Confinado a cama.	**2. Confinado a cadeira**: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	**3. Anda ocasionalmente:** Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	**4. Anda frequentemente:** Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	**1. Totalmente imóvel**: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda**.**	**2. Bastante limitado:** Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	**3. Levemente limitado:** Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**4. Não apresenta limitações:** Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	**1. Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	**2. Provavelmente inadequado:** Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	**3. Adequado:** Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	**4. Excelente:** Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	**1. Problema:** Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	**2. Problema em potencial:** Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	**3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.**	

Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		

Fonte: Paranhos e Santos, 1999

ANEXO C

Escala de ELPO

Escore / Itens	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h e até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	Geral+ regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) +coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos membros	Elevação dos joelhos >90º e abertura dos membros inferiores >90º ou abertura dos membros superiores >90º	Elevação dos joelhos >90º ou abertura dos membros inferiores >90º	Elevação dos joelhos <90° ou pescoço sem alinhamento esternal	Abertura <90° dos membros superiores	Posição anatômica
Comorbidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

Fonte: Adaptado de Lopes *et al.* (2016)