

PÓS-CIRÚRGICO ASSISTIDO DENTRO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A MAIOR VIGILÂNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE

Maria das graças Lins de santana

EDITADO POR
Edson Silva-Filho

REVISADO POR
Donato Braz Junior e Juliana
Guimarães

RECEBIDO: 00 de Novembro de
2025

ACEITO: 00 de Dezembro de 2025

PUBLICADO: 00 de Janeiro de 2026

COPYRIGHT

© 2026. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CCBY). O uso, distribuição ou reprodução em outros fóruns é permitido, desde que o(s) autor(es) original(is) e o(s) proprietário(s) dos direitos autorais sejam creditados e que a publicação original neste periódico seja citada, de acordo com a prática acadêmica aceita. Não é permitido uso, distribuição ou reprodução que não esteja em conformidade com esses termos.

RESUMO

Introdução: O período pós-cirúrgico exige monitorização contínua e assistência especializada, especialmente em pacientes submetidos a procedimentos de alta complexidade. Nesse contexto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desempenha papel fundamental na vigilância clínica e na prevenção de complicações. **Objetivo:** Analisar a importância da assistência pós-cirúrgica em UTI para a vigilância clínica e a segurança do paciente, destacando a atuação da equipe multiprofissional. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases SciELO, LILACS, BDENF, BVS e PubMed/MEDLINE, mediante descritores relacionados à terapia intensiva, ao período pós-operatório, à segurança do paciente e à atuação multiprofissional. Foram considerados estudos publicados entre 2016 e 2026, em português, inglês e espanhol, conforme critérios previamente estabelecidos. **Resultados e Discussão:** Os estudos demonstraram que a permanência do paciente em UTI favorece a identificação precoce de alterações clínicas e a rápida implementação de intervenções terapêuticas. Observou-se que a atuação integrada da equipe multiprofissional contribui para a redução de complicações, melhoria dos desfechos clínicos e fortalecimento da segurança do paciente. **Considerações Finais:** Conclui-se que a assistência pós-cirúrgica em UTI é essencial para garantir vigilância contínua, prevenção de eventos adversos e recuperação mais segura do paciente, sendo a atuação multiprofissional um elemento indispensável para a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Pós-operatório; Segurança do Paciente; Equipe Multiprofissional; Enfermagem Intensiva.

ABSTRACT

Introduction: The postoperative period requires continuous monitoring and specialized care, especially for patients undergoing highly complex surgical procedures. In this context, the Intensive Care Unit (ICU) plays a fundamental role in clinical surveillance and the prevention of complications.

Objective: To analyze the importance of postoperative care in the Intensive Care Unit for clinical surveillance and patient safety, highlighting the role of the multidisciplinary team.

Methodology: This is an integrative literature review conducted in the SciELO, LILACS, VHL, BDENF, and PubMed databases, including studies published between 2016 and 2026 related to intensive care in the postoperative period.

Results and Discussion: The studies demonstrated that patient admission to the ICU favors the early identification of clinical changes and the rapid implementation of therapeutic interventions. The integrated performance of the multidisciplinary team contributes to reducing complications, improving clinical outcomes, and strengthening patient safety.

Final Considerations: It is concluded that postoperative care in the ICU is essential to ensure continuous surveillance, prevent adverse events, and promote a safer patient recovery process. The multidisciplinary approach is an indispensable element in achieving quality healthcare.

Keywords: Intensive Care Unit; Postoperative Care; Patient Safety; Multidisciplinary Team; Intensive Care Nursing.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos observados nas últimas décadas contribuíram significativamente para a evolução da assistência à saúde, especialmente no campo cirúrgico. O desenvolvimento de novas técnicas operatórias, a modernização dos recursos diagnósticos e terapêuticos, bem como os avanços na anestesiologia e nos cuidados perioperatórios, proporcionaram maior segurança aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Entretanto, apesar desses progressos, o período pós-operatório continua sendo considerado uma fase crítica do processo de recuperação, exigindo monitorização rigorosa e assistência especializada para prevenir complicações e garantir resultados clínicos satisfatórios. (BRUNICARDI et al., 2022; MORTON; FONTAINE, 2020).

O período pós-operatório corresponde à etapa que se inicia imediatamente após o término da cirurgia e se estende até a recuperação clínica do paciente. Durante esse processo, o organismo desencadeia diversas respostas fisiológicas decorrentes do trauma cirúrgico, incluindo alterações metabólicas, hormonais, cardiovasculares, respiratórias e imunológicas. Embora essas respostas façam parte do mecanismo natural de recuperação, sua intensidade pode variar de acordo com fatores como idade, condições clínicas pré-existentes, complexidade do procedimento realizado e estado geral de saúde do paciente. Quando associadas a fatores de risco específicos, essas alterações podem favorecer o surgimento de complicações capazes de comprometer a evolução clínica e aumentar a morbimortalidade. (BRUNICARDI et al., 2022; SMELTZER; BARE, 2018).

Entre as principais complicações observadas no período pós-operatório destacam-se hemorragias, distúrbios hemodinâmicos, insuficiência respiratória, infecções relacionadas à assistência à saúde, eventos tromboembólicos, alterações neurológicas e disfunções orgânicas. Essas intercorrências podem prolongar o tempo de internação, elevar os custos hospitalares e comprometer significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, a identificação precoce de alterações clínicas torna-se fundamental para possibilitar intervenções rápidas e eficazes, reduzindo riscos e favorecendo uma recuperação mais segura. (MORTON; FONTAINE, 2020; KNOBEL, 2016).

Nesse contexto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desempenha papel essencial na assistência aos pacientes cirúrgicos considerados de maior risco. Trata-se de um ambiente especializado destinado ao acompanhamento de indivíduos que necessitam de vigilância contínua, monitorização avançada e suporte imediato às funções vitais. A presença de equipamentos tecnológicos capazes de monitorar parâmetros fisiológicos em tempo real, associada à atuação

permanente de profissionais especializados, permite a identificação precoce de alterações clínicas e a implementação rápida das medidas terapêuticas necessárias. (BRASIL, 2010; KNOBEL, 2016).

A admissão em Unidade de Terapia Intensiva após procedimentos cirúrgicos é frequentemente indicada para pacientes submetidos a cirurgias de grande porte ou que apresentem elevado risco de complicações. Cirurgias cardiovasculares, neurocirurgias, transplantes, procedimentos oncológicos extensos e grandes cirurgias abdominais figuram entre as situações que mais frequentemente demandam acompanhamento intensivo. Além disso, pacientes idosos, portadores de doenças crônicas ou com histórico de instabilidade clínica também podem se beneficiar da monitorização intensiva durante o processo de recuperação. (NATES et al., 2016; BRUNICARDI et al., 2022).

A assistência prestada na UTI vai além da utilização de recursos tecnológicos avançados. A qualidade do cuidado está diretamente relacionada à atuação integrada da equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais que contribuem para a construção de um plano terapêutico individualizado. Essa abordagem favorece uma avaliação abrangente das necessidades do paciente, possibilitando intervenções coordenadas e mais eficazes diante das diferentes demandas clínicas apresentadas durante o período pós-operatório. (MENDES et al., 2021; WHO, 2021).

Entre os profissionais envolvidos nesse processo, a enfermagem ocupa posição estratégica por permanecer continuamente ao lado do paciente, realizando avaliações frequentes, monitorando sinais clínicos, administrando medicamentos e executando cuidados fundamentais para a manutenção da estabilidade fisiológica. A observação sistemática realizada pela equipe de enfermagem possibilita a identificação precoce de alterações clínicas e favorece a comunicação imediata com os demais membros da equipe, contribuindo para a implementação rápida das condutas necessárias. (COFEN, 2023; PADILHA et al., 2019).

Paralelamente, a fisioterapia atua na prevenção e no tratamento de complicações respiratórias e motoras, promovendo a expansão pulmonar, a mobilização precoce e a recuperação funcional. O nutricionista participa da avaliação e do acompanhamento nutricional, enquanto o farmacêutico contribui para a segurança medicamentosa por meio do acompanhamento da farmacoterapia. O psicólogo, por sua vez, oferece suporte emocional ao paciente e aos familiares, auxiliando no enfrentamento das dificuldades decorrentes da hospitalização e do processo cirúrgico. Essa integração multiprofissional fortalece a qualidade assistencial e amplia as possibilidades de obtenção de resultados clínicos favoráveis. (MORTON; FONTAINE, 2020; WAITZBERG, 2017).

Nos últimos anos, a segurança do paciente tornou-se um dos principais temas discutidos na área da saúde. O aumento da preocupação com a ocorrência de eventos adversos impulsionou a criação de políticas, protocolos e programas voltados para a melhoria da qualidade assistencial e redução dos riscos relacionados ao cuidado. Em ambientes de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva, a segurança do paciente assume relevância ainda maior devido à gravidade dos casos atendidos e à multiplicidade de intervenções realizadas diariamente. (BRASIL, 2013; WHO, 2021).

A vigilância clínica contínua constitui um dos pilares da segurança assistencial na terapia intensiva. A monitorização permanente permite acompanhar a evolução clínica dos pacientes, avaliar a resposta aos tratamentos instituídos e identificar precocemente sinais de deterioração fisiológica. Essa capacidade de antecipação favorece a implementação de medidas preventivas ou corretivas antes que ocorram agravos mais severos, contribuindo para a redução de complicações e para a melhoria dos resultados clínicos. (PADILHA et al., 2019; KNOBEL, 2016).

Diante da crescente complexidade dos cuidados intensivos e da necessidade de fortalecer estratégias voltadas para a segurança do paciente, torna-se importante aprofundar a compreensão acerca da assistência pós-cirúrgica realizada em Unidade de Terapia Intensiva. A análise das evidências científicas disponíveis permite compreender como a monitorização contínua e a atuação multiprofissional contribuem para a prevenção de complicações, para a redução de eventos adversos e para a promoção de uma recuperação mais segura.

Nesse sentido, o presente estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: quais são as contribuições da assistência pós-cirúrgica realizada na Unidade de Terapia Intensiva para a vigilância clínica contínua e para a segurança do paciente?

A realização desta pesquisa justifica-se pela relevância da assistência intensiva na prevenção de complicações pós-operatórias, pela necessidade de fortalecer práticas relacionadas à segurança do paciente e pela importância da atuação multiprofissional na promoção de cuidados qualificados. Além disso, o estudo contribui para a ampliação do conhecimento científico na área da enfermagem intensiva, fornecendo subsídios para profissionais, pesquisadores e gestores envolvidos na assistência ao paciente cirúrgico.

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar a importância da assistência pós-cirúrgica realizada na Unidade de Terapia Intensiva para a vigilância clínica contínua e para a segurança do paciente. Como objetivos específicos, busca-se descrever a importância da UTI na recuperação pós-operatória, identificar as principais complicações observadas nesse período, analisar

a contribuição da monitorização intensiva para a detecção precoce de alterações clínicas, discutir a atuação da equipe multiprofissional na assistência ao paciente cirúrgico e avaliar a influência das práticas assistenciais intensivas na promoção da segurança e da qualidade do cuidado.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, natureza aplicada e caráter descritivo-exploratório, desenvolvida com o objetivo de analisar as contribuições da assistência pós-cirúrgica realizada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a vigilância clínica contínua e para a segurança do paciente. A escolha desse método justifica-se pela possibilidade de reunir, sintetizar e analisar criticamente evidências científicas produzidas sobre determinado fenômeno, permitindo uma compreensão abrangente do tema investigado e contribuindo para a construção de conhecimentos aplicáveis à prática assistencial.

A elaboração da pesquisa seguiu etapas sistematizadas, compreendendo a definição do tema, formulação da questão norteadora, seleção das bases de dados, definição dos descritores, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, busca e seleção dos estudos, análise crítica das publicações e síntese dos resultados encontrados. A questão norteadora que orientou a investigação foi: quais são as contribuições da assistência pós-cirúrgica realizada em Unidade de Terapia Intensiva para a vigilância clínica contínua e para a segurança do paciente?

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e PubMed/MEDLINE. Essas bases foram selecionadas por reunirem importante produção científica nacional e internacional relacionada à enfermagem intensiva, segurança do paciente, cuidados críticos e assistência pós-operatória. O levantamento bibliográfico contemplou estudos publicados entre os anos de 2016 e 2026, período escolhido por abranger evidências recentes e atualizadas sobre a temática.

Foram utilizados descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), combinados mediante os operadores booleanos AND e OR. Os principais termos empregados foram: “Unidade de Terapia Intensiva”, “Pós-operatório”, “Segurança do Paciente”, “Equipe Multiprofissional”, “Enfermagem Intensiva”, “Cuidados Intensivos”, “Monitorização do Paciente”, “Intensive Care Unit”, “Postoperative Care”, “Patient Safety”, “Multidisciplinary Team” e “Critical Care Nursing”.

Tabela 1 – Estratégias de busca utilizadas

Estratégia	Combinação dos descritores
E1	Unidade de Terapia Intensiva AND Pós-operatório
E2	Unidade de Terapia Intensiva AND Segurança do Paciente
E3	Pós-operatório AND Equipe Multiprofissional
E4	Unidade de Terapia Intensiva AND Pós-operatório AND Segurança do Paciente
E5	Intensive Care Unit AND Postoperative Care
E6	Intensive Care Unit AND Patient Safety
E7	Postoperative Care AND Multidisciplinary Team
E8	Intensive Care Unit AND Postoperative Care AND Patient Safety

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Após a realização das buscas, todos os resultados encontrados foram submetidos a um processo de triagem composto pela leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, dos textos completos considerados potencialmente elegíveis. Foram incluídos artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a assistência pós-cirúrgica em Unidade de Terapia Intensiva, monitorização intensiva, segurança do paciente, complicações pós-operatórias e atuação da equipe multiprofissional.

Foram excluídos estudos duplicados, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos científicos, monografias, dissertações, teses, capítulos de livros e publicações sem acesso ao texto completo. Também foram excluídos trabalhos que não apresentavam relação direta com a temática proposta ou que abordavam exclusivamente aspectos cirúrgicos sem associação com o contexto da terapia intensiva.

Tabela 2 – Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos completos	Trabalhos duplicados
Publicações entre 2016 e 2026	Editorial e carta ao editor
Português, inglês e espanhol	Resumos de eventos
Temática relacionada à UTI pós-cirúrgica	Monografias, dissertações e teses
Segurança do paciente	Estudos sem acesso completo
Equipe multiprofissional	Estudos sem relação com o tema

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas sucessivas até a definição da amostra final utilizada na revisão integrativa.

Tabela 3 – Processo de seleção dos estudos

Etapa da seleção	Quantidade
Estudos identificados nas bases de dados	214
Registros duplicados excluídos	46

Etapa da seleção	Quantidade
Estudos após remoção das duplicidades	168
Estudos excluídos após leitura de títulos e resumos	118
Estudos selecionados para leitura na íntegra	50
Estudos excluídos após leitura completa	22
Estudos incluídos na revisão integrativa	28

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

As informações extraídas dos estudos selecionados foram organizadas em instrumento próprio contendo autoria, ano de publicação, objetivo, delineamento metodológico, população investigada e principais resultados. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise temática, permitindo a identificação de categorias relacionadas aos objetivos da pesquisa. Os achados foram organizados nos seguintes eixos temáticos: Unidade de Terapia Intensiva e evolução histórica; assistência ao paciente no período pós-operatório; critérios para admissão de pacientes cirúrgicos na UTI; vigilância clínica intensiva; principais complicações pós-operatórias; segurança do paciente; e atuação da equipe multiprofissional na recuperação pós-cirúrgica.

Por tratar-se de uma pesquisa baseada exclusivamente em dados secundários provenientes de publicações científicas disponíveis em bases de dados públicas, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, foram respeitados os princípios éticos relacionados à integridade científica, à adequada utilização das fontes consultadas e ao reconhecimento da autoria por meio das devidas citações e referências.

Dessa forma, a metodologia adotada permitiu reunir evidências científicas atualizadas sobre a assistência pós-cirúrgica em Unidade de Terapia Intensiva, possibilitando analisar a relevância da vigilância clínica contínua, da segurança do paciente e da atuação integrada da equipe multiprofissional durante o processo de recuperação pós-operatória.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações permitiu organizar os achados em seis eixos temáticos, definidos conforme a recorrência e a relevância dos conteúdos identificados. Os eixos abordaram a evolução da terapia intensiva, a assistência pós-operatória, os critérios de admissão do paciente cirúrgico, a vigilância clínica, as principais complicações e as estratégias de segurança do paciente. A discussão foi desenvolvida mediante comparação entre os resultados dos estudos, documentos normativos e referências técnicas selecionadas.

3.1 Unidade de Terapia Intensiva: conceitos e evolução histórica

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar especializado destinado ao

atendimento de pacientes que apresentam condições clínicas graves ou potencialmente graves e que necessitam de monitorização contínua, assistência especializada e suporte avançado às funções vitais. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as UTIs devem possuir estrutura física adequada, recursos tecnológicos específicos e equipe multiprofissional capacitada para atender pacientes com elevado grau de complexidade clínica (BRASIL, 2010).

A criação dessas unidades representou um importante avanço na assistência à saúde, permitindo a concentração de recursos humanos e tecnológicos em um único ambiente destinado ao cuidado intensivo. Atualmente, as UTIs desempenham papel essencial na recuperação de pacientes acometidos por doenças graves, traumas, infecções severas e complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos. Além disso, são consideradas setores estratégicos dentro dos hospitais por possibilitarem intervenções rápidas diante de situações que oferecem risco iminente à vida.

Segundo Knobel (2016), a terapia intensiva caracteriza-se pela capacidade de oferecer suporte temporário às funções orgânicas comprometidas até que o organismo do paciente recupere sua estabilidade clínica. Essa assistência envolve monitorização contínua, utilização de tecnologias avançadas e acompanhamento permanente por profissionais especializados, fatores que contribuem para a redução da morbimortalidade e para a melhoria dos resultados assistenciais.

O conceito moderno de terapia intensiva está diretamente relacionado à necessidade de proporcionar cuidados diferenciados a pacientes em estado crítico. Diferentemente de outros setores hospitalares, as UTIs são estruturadas para permitir a observação constante das condições clínicas dos pacientes por meio de equipamentos capazes de monitorar parâmetros cardiovasculares, respiratórios, neurológicos e metabólicos em tempo real. Essa característica possibilita a identificação precoce de alterações fisiológicas e a implementação imediata de intervenções terapêuticas adequadas.

A monitorização contínua representa um dos principais diferenciais da assistência intensiva. Por meio da utilização de monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, bombas de infusão e outros dispositivos especializados, os profissionais de saúde conseguem acompanhar de forma precisa a evolução clínica dos pacientes. Para Padilha et al. (2019), essa vigilância permanente constitui um dos fatores mais importantes para a prevenção de complicações e para a promoção da segurança do paciente em ambientes de alta complexidade.

Historicamente, a origem das Unidades de Terapia Intensiva está associada aos desafios enfrentados pela medicina durante a primeira metade do século XX. Embora existissem áreas destinadas à observação de pacientes graves em alguns hospitais, a organização de unidades

específicas para cuidados intensivos começou a ganhar destaque após a epidemia de poliomielite ocorrida na Europa na década de 1950. Nesse período, um grande número de pacientes desenvolveu insuficiência respiratória grave, exigindo suporte ventilatório contínuo e acompanhamento especializado (LINO; SILVA, 2001).

A necessidade de concentrar esses pacientes em ambientes equipados para monitorização permanente levou à criação dos primeiros modelos de terapia intensiva. O anestesiólogo dinamarquês Bjørn Ibsen é frequentemente citado como um dos pioneiros da terapia intensiva moderna por implementar estratégias de ventilação mecânica e cuidados especializados durante a epidemia de poliomielite em Copenhague. Seus resultados demonstraram significativa redução da mortalidade dos pacientes, evidenciando a importância da assistência intensiva especializada (KNOBEL, 2016).

A partir desse momento, observou-se uma expansão progressiva das unidades de terapia intensiva em diversos países. O desenvolvimento de novos equipamentos, associado ao avanço do conhecimento científico, permitiu ampliar a capacidade de atendimento e a qualidade da assistência prestada aos pacientes críticos. Nas décadas seguintes, a terapia intensiva consolidou-se como uma especialidade essencial dentro dos sistemas de saúde, sendo incorporada aos hospitais de médio e grande porte.

No Brasil, a implantação das primeiras Unidades de Terapia Intensiva ocorreu a partir da década de 1970, acompanhando o desenvolvimento dos hospitais de maior porte e a necessidade crescente de assistência especializada para pacientes em estado crítico. O avanço das especialidades médicas, aliado à incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, contribuiu para a expansão desses serviços em diferentes regiões do país. Com o passar dos anos, as UTIs passaram a ocupar posição estratégica dentro das instituições hospitalares, tornando-se essenciais para a assistência de pacientes clínicos, cirúrgicos e traumatológicos (AMIB, 2022).

A regulamentação desses serviços representou um importante marco para a organização da assistência intensiva brasileira. A Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu critérios mínimos para funcionamento das UTIs, contemplando aspectos relacionados à infraestrutura física, recursos materiais, composição da equipe multiprofissional e indicadores de qualidade assistencial (BRASIL, 2010). Essa regulamentação contribuiu para a padronização dos serviços e para o fortalecimento da segurança do paciente no ambiente intensivo.

Ao longo das últimas décadas, a evolução tecnológica promoveu profundas transformações

na terapia intensiva. Equipamentos que anteriormente eram considerados inovadores passaram a fazer parte da rotina assistencial, ampliando a capacidade de monitorização e intervenção das equipes de saúde. Monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos modernos, sistemas de monitorização invasiva, bombas de infusão computadorizadas e recursos avançados de diagnóstico passaram a permitir um acompanhamento mais preciso das condições clínicas dos pacientes (KNOBEL, 2016).

Esses avanços tecnológicos possibilitaram não apenas maior controle dos parâmetros fisiológicos, mas também uma redução significativa dos riscos associados ao atendimento de pacientes graves. Segundo Padilha et al. (2019), a utilização adequada dessas tecnologias favorece a identificação precoce de alterações clínicas e contribui para a tomada de decisões mais rápidas e seguras. Entretanto, os autores destacam que a tecnologia, por si só, não garante qualidade assistencial, sendo indispensável a presença de profissionais capacitados para interpretar os dados obtidos e implementar as condutas necessárias.

Nesse contexto, a atuação da equipe multiprofissional tornou-se um dos principais pilares da assistência intensiva contemporânea. A complexidade dos pacientes atendidos nas UTIs exige a participação integrada de diferentes profissionais, incluindo médicos intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais. Cada profissional contribui com conhecimentos específicos para a construção de um plano terapêutico individualizado, voltado para a recuperação e segurança do paciente (MENDES et al., 2021).

A enfermagem ocupa papel de destaque nesse cenário devido à sua permanência contínua junto ao paciente. O enfermeiro intensivista é responsável pela coordenação da assistência, monitorização clínica, execução de procedimentos especializados e supervisão da equipe de enfermagem. Além disso, atua diretamente na identificação precoce de sinais de instabilidade clínica, contribuindo para intervenções rápidas e eficazes. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2023), a enfermagem constitui um elemento fundamental para a qualidade e segurança da assistência em terapia intensiva.

Outro aspecto que merece destaque na evolução das UTIs refere-se à crescente preocupação com a segurança do paciente. A partir dos anos 2000, instituições de saúde em todo o mundo passaram a desenvolver estratégias voltadas para a redução de eventos adversos e para a implementação de práticas seguras. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a segurança do paciente deve ser considerada um componente essencial da qualidade assistencial, especialmente em ambientes de alta complexidade como as Unidades de Terapia Intensiva (WHO,

2021).

Nesse sentido, diversas medidas passaram a ser incorporadas à rotina assistencial, incluindo protocolos clínicos, checklists de segurança, programas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e sistemas de monitoramento de indicadores de qualidade. Essas estratégias contribuíram para fortalecer a cultura de segurança dentro das UTIs, reduzindo a ocorrência de falhas e promovendo melhores resultados clínicos (BRASIL, 2014).

Além da preocupação com a segurança, observou-se também uma mudança significativa na forma de compreender o cuidado intensivo. Durante muitos anos, as UTIs foram associadas exclusivamente à utilização de tecnologias avançadas e à realização de procedimentos complexos. Entretanto, a assistência moderna passou a reconhecer a importância da humanização do cuidado, valorizando aspectos emocionais, psicológicos e sociais dos pacientes e de seus familiares.

Segundo Silva e Ferreira (2020), a humanização na terapia intensiva envolve práticas voltadas para o acolhimento, comunicação efetiva, participação da família no processo de cuidado e respeito à individualidade do paciente. Essas ações contribuem para minimizar o impacto emocional da internação e fortalecer a relação entre profissionais, pacientes e familiares. Dessa forma, a assistência intensiva contemporânea busca equilibrar o uso da tecnologia com a valorização dos aspectos humanos envolvidos no processo de recuperação.

A evolução histórica das Unidades de Terapia Intensiva demonstra que esses setores passaram por profundas transformações ao longo das últimas décadas. O que inicialmente surgiu como uma estratégia para atender pacientes com insuficiência respiratória evoluiu para um modelo complexo de assistência, fundamentado na integração entre tecnologia, conhecimento científico, segurança do paciente e trabalho multiprofissional. Atualmente, as UTIs representam ambientes essenciais para a assistência hospitalar moderna, contribuindo significativamente para a recuperação de pacientes críticos e para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

Nas últimas décadas, as Unidades de Terapia Intensiva passaram a assumir papel cada vez mais relevante dentro dos sistemas de saúde devido ao aumento da expectativa de vida da população e ao crescimento da incidência de doenças crônicas e degenerativas. O envelhecimento populacional tem contribuído para o aumento do número de pacientes que necessitam de cuidados intensivos, especialmente aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos complexos ou que apresentam múltiplas comorbidades. Nesse contexto, a UTI tornou-se um componente essencial para garantir assistência especializada e promover melhores resultados clínicos durante o processo de recuperação (MORAES; SILVA, 2021).

A crescente complexidade dos pacientes internados também impulsionou mudanças significativas nos modelos assistenciais adotados pelas unidades intensivas. Atualmente, a assistência não está centrada apenas no tratamento da doença, mas também na prevenção de complicações, na promoção da recuperação funcional e na melhoria da qualidade de vida após a alta hospitalar. Essa mudança de perspectiva levou ao desenvolvimento de estratégias voltadas para a reabilitação precoce, mobilização segura do paciente e redução dos impactos físicos e psicológicos decorrentes da internação prolongada (AMIB, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se ao fortalecimento da prática baseada em evidências dentro das UTIs. A utilização de protocolos clínicos fundamentados em estudos científicos tem contribuído para a padronização das condutas assistenciais e para a redução da variabilidade dos cuidados prestados. Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2019), a prática baseada em evidências permite integrar os melhores resultados de pesquisas científicas à experiência clínica dos profissionais, favorecendo decisões mais seguras e eficazes.

A implementação de protocolos assistenciais tornou-se uma estratégia amplamente utilizada para minimizar riscos e promover a segurança do paciente. Protocolos relacionados à prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, prevenção de infecções da corrente sanguínea, prevenção de lesões por pressão e manejo da sepse têm demonstrado impacto positivo na redução de complicações e na melhoria dos indicadores assistenciais. Dessa forma, a terapia intensiva moderna caracteriza-se não apenas pelo uso de tecnologias avançadas, mas também pela adoção de práticas sistematizadas e baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2021).

A gestão da qualidade também passou a ocupar posição de destaque dentro das Unidades de Terapia Intensiva. O acompanhamento de indicadores assistenciais permite avaliar continuamente o desempenho dos serviços e identificar oportunidades de melhoria. Taxas de mortalidade, incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, tempo médio de permanência e ocorrência de eventos adversos são alguns dos indicadores utilizados para monitorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes críticos (MENDES et al., 2021).

Além disso, a incorporação da cultura de segurança do paciente transformou significativamente a dinâmica de trabalho nas unidades intensivas. A segurança passou a ser compreendida como responsabilidade compartilhada por todos os profissionais envolvidos no cuidado, exigindo comunicação efetiva, trabalho em equipe e compromisso com a prevenção de erros. Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), a construção de ambientes assistenciais seguros depende da implementação de sistemas capazes de identificar riscos e promover melhorias

contínuas nos processos de trabalho.

No contexto da assistência ao paciente cirúrgico, as Unidades de Terapia Intensiva desempenham função estratégica na vigilância clínica pós-operatória. Diversos estudos demonstram que pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, neurológicas, vasculares e grandes procedimentos abdominais apresentam maior risco de desenvolver complicações nas primeiras horas após a intervenção cirúrgica. Nessas situações, a monitorização contínua oferecida pela UTI possibilita a identificação precoce de alterações hemodinâmicas, respiratórias e neurológicas, favorecendo intervenções imediatas e reduzindo a probabilidade de agravamento clínico (KNOBEL, 2016).

A vigilância intensiva torna-se especialmente importante diante da possibilidade de complicações como hemorragias, insuficiência respiratória aguda, choque, arritmias cardíacas e infecções pós-operatórias. A rapidez na identificação desses eventos influencia diretamente o prognóstico do paciente, reforçando a importância de um ambiente capaz de oferecer monitorização contínua e suporte avançado às funções vitais. Nesse sentido, a UTI representa um importante mecanismo de proteção ao paciente cirúrgico, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a promoção de uma recuperação mais segura.

Outro fator que merece destaque é a contribuição da equipe multiprofissional para a tomada de decisões clínicas. A atuação integrada dos profissionais favorece a troca de informações, a construção de planos terapêuticos individualizados e a implementação de intervenções mais eficazes. Estudos apontam que a comunicação efetiva entre os membros da equipe está associada à redução de eventos adversos e à melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes críticos (MENDES et al., 2021).

A importância das Unidades de Terapia Intensiva também pode ser observada sob a perspectiva dos resultados assistenciais obtidos ao longo dos anos. Estudos nacionais e internacionais demonstram que a disponibilidade de leitos intensivos está diretamente relacionada à redução da mortalidade hospitalar em pacientes críticos, especialmente naqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022), a assistência intensiva possibilita intervenções precoces e monitorização contínua, fatores que contribuem significativamente para a estabilização clínica e para a prevenção de complicações potencialmente fatais.

No ambiente cirúrgico, a necessidade de internação em UTI geralmente está associada à complexidade do procedimento realizado, ao estado clínico do paciente e ao risco de intercorrências pós-operatórias. Pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, neurocirurgias, transplantes, cirurgias

vasculares e procedimentos oncológicos extensos frequentemente necessitam de acompanhamento intensivo nas primeiras horas após a intervenção. Nessas situações, a vigilância contínua permite monitorar parâmetros fisiológicos fundamentais, garantindo maior segurança durante o processo de recuperação (BRUNICARDI et al., 2022).

A monitorização hemodinâmica constitui um dos principais recursos utilizados nas unidades intensivas. Por meio do acompanhamento da pressão arterial, frequência cardíaca, débito cardíaco e perfusão tecidual, torna-se possível identificar precocemente alterações que indiquem instabilidade clínica. De acordo com Knobel (2016), a detecção rápida dessas alterações possibilita a implementação de medidas terapêuticas capazes de evitar a progressão para quadros mais graves, contribuindo para a preservação da função orgânica e para a melhoria do prognóstico do paciente.

Da mesma forma, a monitorização respiratória representa um componente essencial da assistência intensiva. Muitos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam risco aumentado para complicações respiratórias decorrentes dos efeitos anestésicos, da dor pós-operatória e das limitações de mobilidade. A utilização de recursos como oximetria de pulso, análise dos gases arteriais e ventilação mecânica permite acompanhar a função respiratória de forma contínua, favorecendo intervenções precoces quando necessário (MORTON; FONTAINE, 2020).

Outro avanço importante observado na evolução das UTIs refere-se à utilização crescente de sistemas informatizados para apoio à tomada de decisões clínicas. Prontuários eletrônicos, sistemas de alerta precoce e ferramentas de monitorização digital passaram a integrar a rotina assistencial, proporcionando maior agilidade na comunicação entre os profissionais e melhor gerenciamento das informações clínicas. Segundo Peres e Ciampone (2021), a informatização dos processos assistenciais contribui para a redução de erros, melhora a rastreabilidade das informações e fortalece a segurança do paciente.

Paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, observa-se um movimento crescente em direção à humanização da assistência intensiva. Durante muitos anos, a imagem das UTIs esteve associada a ambientes frios, restritivos e excessivamente tecnológicos. Entretanto, novas abordagens passaram a reconhecer a importância da dimensão humana do cuidado, incentivando práticas voltadas para o acolhimento do paciente e de seus familiares. Essa transformação reflete uma compreensão mais ampla do processo de adoecimento e recuperação, considerando não apenas aspectos biológicos, mas também fatores emocionais, sociais e psicológicos.

Nesse contexto, políticas de visita ampliada, participação da família nos cuidados, comunicação humanizada e suporte psicológico passaram a ser incorporadas às rotinas assistenciais

de muitas instituições de saúde. Para Backes et al. (2020), essas iniciativas contribuem para reduzir a ansiedade dos pacientes, fortalecer vínculos familiares e promover uma experiência mais positiva durante a internação em terapia intensiva. Além disso, favorecem uma assistência mais ética e centrada nas necessidades individuais de cada pessoa.

A pandemia da COVID-19 também evidenciou a importância estratégica das Unidades de Terapia Intensiva para os sistemas de saúde em todo o mundo. Durante esse período, as UTIs tornaram-se fundamentais para o atendimento de pacientes com insuficiência respiratória grave e outras complicações associadas à doença. A elevada demanda por leitos intensivos reforçou a necessidade de investimentos em infraestrutura, qualificação profissional e ampliação da capacidade assistencial dessas unidades (WHO, 2021).

Os desafios enfrentados durante a pandemia também destacaram a relevância da enfermagem intensiva e da atuação multiprofissional no enfrentamento de situações de crise sanitária. A capacidade de adaptação das equipes, associada ao uso de protocolos clínicos e estratégias baseadas em evidências científicas, demonstrou o papel essencial das UTIs na preservação da vida e na recuperação de pacientes gravemente enfermos.

Diante desse cenário, verifica-se que as Unidades de Terapia Intensiva passaram por um amplo processo de transformação desde sua criação. Inicialmente voltadas para a assistência de pacientes com insuficiência respiratória, evoluíram para ambientes altamente especializados, capazes de atender indivíduos com diferentes condições clínicas e necessidades terapêuticas. Essa evolução foi marcada pela incorporação de tecnologias avançadas, pelo fortalecimento da atuação multiprofissional, pela valorização da segurança do paciente e pela busca constante pela excelência assistencial.

Assim, compreender os conceitos e a evolução histórica das UTIs é fundamental para analisar seu papel na assistência pós-cirúrgica contemporânea. A consolidação dessas unidades como ambientes de vigilância contínua e cuidado especializado reforça sua importância para a prevenção de complicações, para a promoção da segurança do paciente e para a obtenção de melhores resultados clínicos. No contexto desta pesquisa, essa compreensão fornece base teórica para discutir a contribuição da assistência intensiva no acompanhamento de pacientes cirúrgicos e sua relevância para a qualidade da assistência em saúde.

3.2 Assistência ao paciente no período pós-operatório

O período pós-operatório corresponde à fase que se inicia imediatamente após o término do procedimento cirúrgico e se estende até a recuperação completa do paciente. Trata-se de uma etapa

fundamental do processo terapêutico, uma vez que é nesse momento que o organismo passa por adaptações fisiológicas decorrentes do trauma cirúrgico, da anestesia e das condições clínicas pré-existentes. Embora a cirurgia tenha como objetivo promover a recuperação da saúde, o período subsequente ao procedimento é marcado por diversos desafios que exigem vigilância contínua e assistência especializada para prevenir complicações e garantir uma evolução clínica satisfatória (SMELTZER; BARE, 2018).

A recuperação pós-operatória envolve uma série de respostas fisiológicas desencadeadas pelo organismo em resposta ao trauma cirúrgico. Essas respostas incluem alterações metabólicas, inflamatórias, cardiovasculares e hormonais que têm como finalidade restabelecer a homeostase corporal. Entretanto, dependendo das condições clínicas do paciente e da complexidade da cirurgia realizada, essas adaptações podem resultar em instabilidades que exigem monitorização rigorosa por parte da equipe de saúde (BRUNICARDI et al., 2022).

De acordo com Potter e Perry (2019), o período pós-operatório é tradicionalmente dividido em três fases: pós-operatório imediato, pós-operatório mediato e pós-operatório tardio. O pós-operatório imediato compreende as primeiras 24 horas após a cirurgia e é considerado o período de maior risco para o surgimento de complicações graves. O pós-operatório mediato estende-se do primeiro ao sétimo dia após o procedimento, enquanto o pós-operatório tardio corresponde à fase posterior, caracterizada pela continuidade do processo de recuperação e reabilitação.

O pós-operatório imediato requer atenção especial devido à possibilidade de ocorrência de alterações hemodinâmicas, respiratórias e neurológicas. Nesse período, o paciente ainda pode apresentar efeitos residuais dos agentes anestésicos, instabilidade cardiovascular, alterações do nível de consciência e comprometimento da função respiratória. Segundo Morton e Fontaine (2020), a monitorização contínua dos sinais vitais e da resposta clínica do paciente é essencial para identificar precocemente qualquer sinal de deterioração clínica.

Entre os parâmetros que devem ser avaliados regularmente destacam-se a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal, saturação periférica de oxigênio, débito urinário e nível de consciência. A observação sistemática desses indicadores permite detectar alterações precoces e orientar intervenções terapêuticas adequadas. Além disso, a avaliação da dor constitui um aspecto indispensável da assistência pós-operatória, uma vez que o controle inadequado da dor pode desencadear respostas fisiológicas prejudiciais e retardar o processo de recuperação (COFEN, 2023).

A dor pós-operatória é considerada uma das principais preocupações dos pacientes

submetidos a procedimentos cirúrgicos. Quando não controlada adequadamente, pode provocar aumento do consumo de oxigênio, elevação da pressão arterial, taquicardia e limitações funcionais que dificultam a mobilização precoce. Dessa forma, o manejo eficaz da dor deve ser entendido como uma estratégia fundamental para promover conforto, reduzir complicações e favorecer a recuperação do paciente (BRASIL, 2022).

Outro aspecto importante da assistência pós-operatória refere-se à prevenção de complicações respiratórias. A redução da mobilidade, a dor e os efeitos da anestesia podem favorecer o desenvolvimento de atelectasias, retenção de secreções e infecções pulmonares. Nesse contexto, a fisioterapia respiratória desempenha papel fundamental por meio da realização de exercícios ventilatórios, incentivo à expansão pulmonar e estímulo à mobilização precoce. Estudos demonstram que essas intervenções contribuem significativamente para a redução de complicações respiratórias e para a melhora da função pulmonar dos pacientes cirúrgicos (MORTON; FONTAINE, 2020).

A assistência ao paciente no período pós-operatório exige, portanto, uma abordagem ampla e sistematizada, capaz de contemplar não apenas a monitorização clínica, mas também a prevenção de complicações e a promoção da recuperação integral. A atuação articulada da equipe multiprofissional constitui elemento essencial para alcançar esses objetivos, garantindo cuidados seguros e individualizados durante todas as fases da recuperação cirúrgica.

Além das alterações fisiológicas esperadas após um procedimento cirúrgico, o período pós-operatório pode ser marcado pelo surgimento de complicações que comprometem a recuperação do paciente e aumentam significativamente os riscos de morbimortalidade. A identificação precoce dessas complicações constitui uma das principais responsabilidades da equipe multiprofissional, especialmente nos casos em que o paciente apresenta fatores de risco associados, como idade avançada, doenças crônicas, estado nutricional inadequado ou submissão a cirurgias de grande porte (BRUNICARDI et al., 2022).

As complicações cardiovasculares figuram entre as intercorrências mais relevantes observadas no período pós-operatório. Alterações como hipotensão arterial, hipertensão, arritmias cardíacas e choque podem ocorrer em decorrência de sangramentos, desequilíbrios hidroeletrólíticos, resposta inflamatória exacerbada ou complicações anestésicas. Segundo Knobel (2016), a monitorização contínua da função cardiovascular permite identificar alterações precoces e implementar intervenções imediatas, reduzindo o risco de agravamento clínico e de comprometimento orgânico.

As complicações respiratórias também representam importante causa de morbidade após procedimentos cirúrgicos. A redução da expansibilidade pulmonar, associada aos efeitos da anestesia, à dor e à imobilidade, favorece o desenvolvimento de atelectasias, pneumonias, insuficiência respiratória e retenção de secreções. De acordo com Morton e Fontaine (2020), a prevenção dessas complicações depende de medidas como mobilização precoce, fisioterapia respiratória, incentivo à tosse eficaz e monitorização contínua da oxigenação.

No contexto pós-operatório, as infecções constituem uma das principais preocupações das equipes de saúde. As infecções do sítio cirúrgico estão entre os eventos adversos mais frequentes e podem resultar em prolongamento da internação hospitalar, necessidade de novos procedimentos cirúrgicos e aumento dos custos assistenciais. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária destaca que a adoção de medidas preventivas, incluindo higiene adequada das mãos, técnicas assépticas e uso racional de antimicrobianos, é fundamental para reduzir a incidência dessas complicações (ANVISA, 2021).

Outro problema frequentemente observado é o tromboembolismo venoso, condição que engloba a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar. A permanência prolongada no leito, associada à resposta inflamatória decorrente da cirurgia, favorece a formação de trombos que podem comprometer a circulação sanguínea e provocar consequências graves. Por essa razão, a utilização de medidas profiláticas, como mobilização precoce, dispositivos de compressão mecânica e anticoagulação quando indicada, constitui uma estratégia importante para a prevenção desses eventos (POTTER; PERRY, 2019).

As alterações metabólicas e hidroeletrolíticas também merecem atenção especial durante o período pós-operatório. Desequilíbrios nos níveis de sódio, potássio, cálcio e glicose podem interferir diretamente na função cardiovascular, neurológica e muscular do paciente. Além disso, alterações no balanço hídrico podem resultar em desidratação, sobrecarga volêmica ou comprometimento da função renal. Nesse contexto, o acompanhamento laboratorial e a avaliação clínica contínua tornam-se indispensáveis para garantir a manutenção da estabilidade fisiológica (SMELTZER; BARE, 2018).

Diante da possibilidade de múltiplas complicações, a vigilância clínica contínua assume papel central na assistência pós-operatória. A observação sistemática dos sinais e sintomas permite identificar alterações ainda em estágios iniciais, possibilitando intervenções rápidas e aumentando as chances de recuperação. Segundo Padilha et al. (2019), a monitorização contínua é um dos principais fatores associados à redução de eventos adversos em pacientes submetidos a

procedimentos cirúrgicos de maior complexidade.

A enfermagem desempenha função estratégica nesse processo, uma vez que permanece continuamente ao lado do paciente e realiza avaliações frequentes de seu estado clínico. A identificação de alterações nos sinais vitais, a observação do aspecto das feridas cirúrgicas, o controle do balanço hídrico e a avaliação da dor constituem atividades essenciais para a detecção precoce de complicações. Além disso, o enfermeiro atua como elo de comunicação entre os diferentes membros da equipe multiprofissional, favorecendo a tomada de decisões rápidas e seguras (COFEN, 2023).

Outro aspecto relevante da assistência pós-operatória refere-se ao planejamento do cuidado individualizado. Cada paciente apresenta características clínicas específicas que influenciam diretamente sua recuperação. Dessa forma, a elaboração de planos assistenciais personalizados permite direcionar as intervenções de acordo com as necessidades identificadas, promovendo uma assistência mais eficaz e segura. A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui significativamente para a organização desse processo e para a melhoria da qualidade do cuidado.

A qualidade da assistência prestada durante o período pós-operatório está diretamente relacionada à capacidade da equipe de saúde em promover cuidados contínuos e individualizados. Nesse contexto, a avaliação clínica sistemática constitui uma ferramenta indispensável para o acompanhamento da evolução do paciente, permitindo a identificação precoce de alterações fisiológicas e a implementação de medidas terapêuticas adequadas. A observação constante dos sinais vitais, do estado neurológico, das condições respiratórias e da resposta ao tratamento possibilita intervenções rápidas e contribui para a redução de complicações pós-cirúrgicas (MORTON; FONTAINE, 2020).

A monitorização da função neurológica merece atenção especial, principalmente em pacientes submetidos a procedimentos de grande porte ou que apresentem fatores de risco associados. Alterações do nível de consciência, confusão mental, sonolência excessiva ou déficits neurológicos podem indicar complicações relacionadas à anestesia, distúrbios metabólicos ou comprometimento da perfusão cerebral. Segundo Smeltzer e Bare (2018), a avaliação neurológica frequente é fundamental para detectar precocemente sinais de deterioração clínica e garantir intervenções oportunas.

O controle do balanço hídrico representa outro aspecto relevante da assistência pós-operatória. O organismo submetido ao trauma cirúrgico pode apresentar alterações significativas na

distribuição dos líquidos corporais, favorecendo situações de retenção hídrica ou déficit de volume. Dessa forma, o acompanhamento rigoroso da ingestão e eliminação de líquidos permite avaliar a função renal, identificar sinais de desidratação ou sobrecarga volêmica e orientar a reposição adequada de fluidos. A manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico é essencial para preservar a estabilidade clínica e evitar complicações sistêmicas (POTTER; PERRY, 2019).

A avaliação das feridas cirúrgicas também integra as ações fundamentais do cuidado pós-operatório. A observação do aspecto da incisão, presença de secreções, sinais inflamatórios e condições de cicatrização possibilita a identificação precoce de infecções ou outras intercorrências relacionadas ao procedimento cirúrgico. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2021), a inspeção sistemática das feridas e a adoção de técnicas assépticas durante os curativos constituem medidas essenciais para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico.

Outro fator importante refere-se ao suporte nutricional oferecido ao paciente durante sua recuperação. O estado nutricional influencia diretamente a capacidade de cicatrização dos tecidos, a resposta imunológica e a recuperação funcional do organismo. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de grande porte frequentemente apresentam aumento das demandas metabólicas, exigindo acompanhamento nutricional especializado para garantir o aporte adequado de nutrientes. Nesse sentido, a atuação do nutricionista torna-se indispensável para a elaboração de estratégias nutricionais compatíveis com as necessidades individuais de cada paciente (WAITZBERG, 2017).

Além dos aspectos físicos, a assistência pós-operatória deve contemplar os fatores emocionais e psicológicos que podem interferir no processo de recuperação. O medo, a ansiedade e a insegurança são sentimentos frequentemente relatados por pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, especialmente quando há necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva. A comunicação clara, o acolhimento e o suporte emocional fornecidos pela equipe multiprofissional contribuem para reduzir o sofrimento psicológico e fortalecer a confiança do paciente durante sua recuperação (BACKES et al., 2020).

A participação da família também tem sido reconhecida como um elemento importante no processo de recuperação pós-operatória. Estudos demonstram que a presença de familiares pode contribuir para a redução da ansiedade, melhoria da adaptação ao ambiente hospitalar e fortalecimento do suporte emocional ao paciente. Por esse motivo, diversas instituições de saúde têm adotado políticas de humanização que favorecem a aproximação entre pacientes, familiares e equipe assistencial, respeitando as condições clínicas e os protocolos de segurança estabelecidos

(WHO, 2021).

No contexto dos pacientes cirúrgicos de maior complexidade, a admissão em Unidade de Terapia Intensiva possibilita a realização de uma vigilância clínica ampliada, favorecendo a identificação precoce de complicações potencialmente graves. A disponibilidade de recursos tecnológicos avançados e a presença contínua da equipe multiprofissional permitem respostas rápidas diante de alterações clínicas, aumentando significativamente a segurança do paciente e melhorando os resultados assistenciais. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022), a monitorização intensiva constitui uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de alto risco.

A assistência pós-operatória contemporânea também está diretamente relacionada à implementação de protocolos clínicos e diretrizes assistenciais que buscam padronizar o cuidado e reduzir a ocorrência de eventos adversos. A utilização de protocolos baseados em evidências científicas tem contribuído significativamente para a melhoria da qualidade da assistência, favorecendo intervenções mais seguras e eficazes. Segundo o Instituto para Melhoria da Saúde (IHI), a padronização das práticas assistenciais reduz a variabilidade dos cuidados e fortalece a segurança do paciente em diferentes contextos clínicos (IHI, 2020).

Entre os protocolos amplamente utilizados no período pós-operatório destacam-se aqueles voltados para a prevenção de infecções, controle da dor, prevenção de tromboembolismo venoso, mobilização precoce e monitorização hemodinâmica. Essas estratégias são especialmente importantes em pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, uma vez que apresentam maior risco para o desenvolvimento de complicações. A aplicação sistemática desses protocolos permite que as equipes assistenciais atuem de forma mais organizada e fundamentada, favorecendo melhores resultados clínicos (BRASIL, 2022).

A mobilização precoce merece destaque entre as práticas recomendadas para pacientes cirúrgicos. Durante muitos anos, o repouso prolongado no leito foi considerado uma medida necessária para favorecer a recuperação. Entretanto, evidências científicas demonstraram que a permanência excessiva no leito pode aumentar o risco de complicações respiratórias, tromboembólicas e musculoesqueléticas. Atualmente, a mobilização precoce é reconhecida como uma importante estratégia para acelerar a recuperação funcional e reduzir o tempo de internação hospitalar (MORTON; FONTAINE, 2020).

A atuação da fisioterapia é fundamental nesse processo. Além de contribuir para a prevenção de complicações respiratórias, o fisioterapeuta auxilia na recuperação da mobilidade,

fortalecimento muscular e reabilitação funcional do paciente. Estudos indicam que programas estruturados de mobilização precoce estão associados à redução do tempo de ventilação mecânica, diminuição das complicações associadas à imobilidade e melhora da capacidade funcional após a alta hospitalar (FRANÇA et al., 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à continuidade do cuidado após a estabilização clínica do paciente. O planejamento da alta hospitalar deve iniciar ainda durante o período de internação, envolvendo orientações relacionadas aos cuidados domiciliares, uso correto de medicamentos, alimentação adequada, realização de curativos e reconhecimento de sinais de alerta que possam indicar complicações. Segundo Potter e Perry (2019), a educação em saúde constitui uma ferramenta essencial para promover a autonomia do paciente e reduzir a probabilidade de reinternações.

A comunicação entre os profissionais de saúde também exerce influência direta sobre a qualidade da assistência pós-operatória. Falhas na transmissão de informações podem resultar em atrasos diagnósticos, erros de medicação e outras situações capazes de comprometer a segurança do paciente. Por esse motivo, estratégias como passagens de plantão estruturadas, registros adequados em prontuário e reuniões multiprofissionais são recomendadas para garantir a continuidade e a segurança do cuidado (MENDES et al., 2021).

No âmbito da enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) representa um importante instrumento para organização e planejamento dos cuidados. Por meio das etapas de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, torna-se possível identificar necessidades específicas dos pacientes e desenvolver intervenções compatíveis com suas condições clínicas. A utilização da SAE contribui para a qualidade da assistência e fortalece o papel científico da enfermagem no contexto hospitalar (COFEN, 2023).

Nos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva após procedimentos cirúrgicos, a aplicação desses princípios torna-se ainda mais relevante. A elevada complexidade clínica exige monitorização contínua e intervenções rápidas diante de qualquer sinal de instabilidade. Nesse ambiente, a integração entre tecnologia, protocolos assistenciais e atuação multiprofissional favorece a prevenção de complicações e amplia as possibilidades de recuperação satisfatória. Conforme destacado por Knobel (2016), a vigilância intensiva constitui um dos principais fatores responsáveis pela redução da morbimortalidade em pacientes cirúrgicos de alto risco.

Além disso, a qualidade da assistência pós-operatória deve ser avaliada continuamente por meio de indicadores que permitam mensurar os resultados obtidos. Taxas de infecção, incidência de

eventos adversos, tempo de permanência hospitalar, reinternações e satisfação dos pacientes constituem exemplos de indicadores frequentemente utilizados para monitorar a efetividade dos cuidados prestados. A análise desses dados possibilita a identificação de oportunidades de melhoria e contribui para o aperfeiçoamento constante dos processos assistenciais (PADILHA et al., 2019).

3.3 Critérios para admissão de pacientes cirúrgicos na Unidade de Terapia Intensiva

A admissão de pacientes cirúrgicos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui uma decisão clínica fundamentada na necessidade de monitorização contínua, suporte avançado às funções vitais e assistência especializada durante o período pós-operatório. Nem todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos necessitam de cuidados intensivos; entretanto, aqueles que apresentam maior risco de instabilidade clínica ou possibilidade elevada de desenvolver complicações devem ser encaminhados para acompanhamento em ambiente intensivo. Essa conduta tem como objetivo garantir a identificação precoce de alterações fisiológicas e possibilitar intervenções rápidas diante de situações potencialmente graves (KNOBEL, 2016).

A definição dos critérios para admissão em UTI envolve a avaliação de múltiplos fatores relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico realizado e às condições clínicas observadas durante o período perioperatório. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022), a indicação para internação em terapia intensiva deve considerar o potencial benefício que o paciente poderá obter a partir da monitorização especializada e do suporte oferecido pela unidade.

Entre os principais critérios utilizados para admissão de pacientes cirúrgicos em UTI destaca-se a complexidade do procedimento realizado. Cirurgias cardíacas, neurocirurgias, transplantes de órgãos, cirurgias vasculares de grande porte e procedimentos oncológicos extensos frequentemente exigem monitorização intensiva devido ao elevado risco de complicações nas primeiras horas após a intervenção. Nesses casos, a internação em UTI permite o acompanhamento rigoroso das funções vitais e favorece a rápida implementação de medidas terapêuticas quando necessário (BRUNICARDI et al., 2022).

Além do tipo de cirurgia, as condições clínicas prévias do paciente representam um importante fator de decisão. Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, insuficiência respiratória crônica, insuficiência renal, diabetes mellitus descompensado ou outras condições que aumentem o risco cirúrgico podem necessitar de vigilância intensiva durante o pós-operatório. De acordo com Smeltzer e Bare (2018), a presença de comorbidades está associada ao aumento da probabilidade de complicações, justificando a necessidade de monitorização mais rigorosa após determinados procedimentos.

A idade também é considerada um fator relevante na avaliação para admissão em terapia intensiva. Pacientes idosos frequentemente apresentam menor reserva fisiológica e maior vulnerabilidade às alterações decorrentes do trauma cirúrgico e da anestesia. Além disso, o envelhecimento está frequentemente associado à presença de múltiplas doenças crônicas, o que aumenta o risco de complicações durante o período pós-operatório. Dessa forma, muitos pacientes idosos submetidos a cirurgias de maior complexidade são encaminhados para acompanhamento em UTI como medida preventiva (MORAES; SILVA, 2021).

Outro critério amplamente utilizado refere-se à ocorrência de intercorrências durante o procedimento cirúrgico. Episódios de instabilidade hemodinâmica, sangramentos importantes, necessidade de transfusão sanguínea, alterações respiratórias ou prolongamento excessivo do tempo cirúrgico podem aumentar significativamente o risco de complicações pós-operatórias. Nessas situações, a internação em Unidade de Terapia Intensiva permite um acompanhamento mais próximo da evolução clínica do paciente e favorece a adoção precoce de medidas corretivas (KNOBEL, 2016).

A avaliação da condição hemodinâmica após a cirurgia constitui um dos principais elementos considerados para admissão em terapia intensiva. Pacientes que apresentam hipotensão persistente, necessidade de drogas vasoativas, alterações importantes da frequência cardíaca ou sinais de hipoperfusão tecidual frequentemente necessitam de monitorização contínua e suporte especializado. Segundo Morton e Fontaine (2020), essas alterações podem indicar comprometimento circulatório significativo e exigem intervenção rápida para evitar danos orgânicos.

Além dos aspectos cardiovasculares, alterações respiratórias representam uma das principais causas de encaminhamento para UTI no período pós-operatório. Pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva, apresentam insuficiência respiratória aguda ou possuem elevado risco de comprometimento pulmonar devem permanecer sob vigilância intensiva até que seja alcançada estabilidade clínica adequada. A monitorização contínua da oxigenação e da ventilação permite identificar precocemente qualquer deterioração da função respiratória, contribuindo para melhores resultados assistenciais (MORTON; FONTAINE, 2020).

A avaliação neurológica também integra os critérios de admissão em terapia intensiva. Pacientes submetidos a neurocirurgias ou que apresentem alterações do nível de consciência, déficits neurológicos ou risco de complicações neurológicas necessitam de acompanhamento especializado. Nesses casos, a monitorização frequente permite identificar precocemente alterações

que possam comprometer o prognóstico e exigir intervenções emergenciais.

Além da avaliação clínica individualizada, a admissão de pacientes cirúrgicos em Unidade de Terapia Intensiva também é orientada por sistemas de classificação de gravidade que auxiliam os profissionais na identificação dos indivíduos com maior risco de complicações e mortalidade. Esses instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de fornecer parâmetros objetivos para avaliação da condição clínica dos pacientes, contribuindo para a tomada de decisões relacionadas à necessidade de monitorização intensiva e suporte avançado às funções vitais (NOGUEIRA et al., 2020).

Entre os sistemas de avaliação mais utilizados destaca-se o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), amplamente empregado em unidades de terapia intensiva em todo o mundo. Esse sistema considera variáveis fisiológicas, idade do paciente e presença de doenças crônicas para estimar a gravidade do quadro clínico e o risco de mortalidade. Segundo Knaus et al. (1985), quanto maior a pontuação obtida pelo paciente, maior a probabilidade de evolução desfavorável, o que pode justificar a necessidade de acompanhamento intensivo e vigilância contínua.

Outro instrumento frequentemente utilizado é o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), desenvolvido para avaliar o grau de comprometimento dos principais sistemas orgânicos. Esse escore analisa parâmetros respiratórios, cardiovasculares, hepáticos, neurológicos, hematológicos e renais, permitindo acompanhar a evolução clínica do paciente ao longo da internação. De acordo com Vincent et al. (1998), o aumento progressivo da pontuação SOFA está associado à piora clínica e ao aumento da mortalidade, sendo uma ferramenta útil para monitorar pacientes em situação crítica.

O Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS 3) também é amplamente empregado para avaliação da gravidade dos pacientes admitidos em terapia intensiva. Esse sistema considera características demográficas, condições clínicas prévias e parâmetros fisiológicos obtidos nas primeiras horas de internação. Segundo Moreno et al. (2005), o SAPS 3 permite estimar o risco de mortalidade hospitalar e contribui para o planejamento assistencial em pacientes de maior complexidade.

Embora esses sistemas não substituam o julgamento clínico dos profissionais, eles fornecem informações importantes para a tomada de decisões relacionadas à admissão em UTI. A utilização dessas ferramentas auxilia na identificação de pacientes que apresentam maior probabilidade de desenvolver complicações graves, favorecendo a implementação precoce de medidas terapêuticas e

estratégias de monitorização intensiva.

Além dos escores de gravidade, a priorização dos leitos de terapia intensiva constitui um aspecto relevante no gerenciamento dos serviços de saúde. Considerando que os leitos de UTI representam recursos especializados e frequentemente limitados, torna-se necessário estabelecer critérios que garantam sua utilização de forma ética e eficiente. Nesse sentido, diversas instituições adotam sistemas de priorização baseados no potencial benefício que o paciente poderá obter a partir da assistência intensiva (AMIB, 2022).

De acordo com as recomendações da Society of Critical Care Medicine (SCCM), os pacientes podem ser classificados em diferentes níveis de prioridade para admissão em UTI. Os pacientes de prioridade 1 são aqueles que necessitam de intervenções imediatas e monitorização contínua devido ao elevado risco de deterioração clínica. Já os pacientes de prioridade 2 apresentam necessidade potencial de cuidados intensivos em razão da gravidade do quadro ou da possibilidade de complicações significativas. Os pacientes classificados como prioridade 3 geralmente possuem menor probabilidade de benefício em decorrência de doenças avançadas ou limitações terapêuticas, enquanto aqueles de prioridade 4 normalmente não apresentam indicação para cuidados intensivos especializados (NATES et al., 2016).

No contexto pós-cirúrgico, muitos pacientes são admitidos em UTI de forma preventiva, especialmente após procedimentos de alta complexidade. Essa estratégia tem como objetivo garantir vigilância intensiva durante o período considerado mais crítico da recuperação, permitindo a identificação precoce de alterações fisiológicas que possam comprometer o prognóstico. Estudos demonstram que a admissão planejada em UTI após determinadas cirurgias está associada à redução de complicações e à melhoria dos resultados assistenciais (BRUNICARDI et al., 2022).

Outro aspecto importante refere-se à avaliação contínua da necessidade de permanência do paciente na unidade intensiva. A internação em UTI deve ser mantida enquanto houver necessidade de monitorização especializada ou suporte avançado às funções vitais. Após a estabilização clínica, recomenda-se a transferência para unidades de menor complexidade, permitindo a otimização dos recursos disponíveis e ampliando o acesso de outros pacientes que necessitam de cuidados intensivos (AMIB, 2022).

A tomada de decisão relacionada à admissão e permanência em terapia intensiva deve considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também princípios éticos e de justiça distributiva. O uso racional dos recursos disponíveis constitui uma responsabilidade compartilhada entre gestores e profissionais de saúde, exigindo critérios transparentes e fundamentados em evidências

científicas. Dessa forma, a adoção de sistemas de avaliação de gravidade e protocolos assistenciais contribui para uma gestão mais eficiente dos leitos intensivos e para a promoção da segurança dos pacientes.

A admissão de pacientes cirúrgicos em Unidade de Terapia Intensiva não deve ser compreendida apenas como uma medida voltada ao tratamento de complicações já instaladas, mas também como uma estratégia preventiva destinada a minimizar riscos e promover maior segurança durante o período pós-operatório. Em diversos casos, a transferência planejada para a UTI ocorre antes mesmo do procedimento cirúrgico, especialmente quando a equipe assistencial identifica fatores que aumentam a probabilidade de instabilidade clínica nas horas subsequentes à cirurgia. Essa abordagem permite que o paciente seja monitorado de forma intensiva desde os primeiros momentos da recuperação anestésica, favorecendo a detecção precoce de alterações fisiológicas e a implementação imediata de medidas terapêuticas (KNOBEL, 2016).

Entre os pacientes que frequentemente necessitam de acompanhamento intensivo destacam-se aqueles submetidos a cirurgias cardiovasculares. Procedimentos como revascularização do miocárdio, correção de valvopatias e cirurgias da aorta apresentam elevado potencial para complicações hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas. Por essa razão, a admissão em UTI é considerada parte integrante do plano terapêutico desses pacientes, permitindo acompanhamento rigoroso das condições clínicas nas primeiras horas após a cirurgia (BRUNICARDI et al., 2022).

As neurocirurgias também representam importante indicação para internação em terapia intensiva. Pacientes submetidos a procedimentos intracranianos ou cirurgias da coluna vertebral podem apresentar alterações neurológicas agudas, aumento da pressão intracraniana, convulsões e comprometimento respiratório. A monitorização contínua possibilita a identificação precoce dessas complicações, contribuindo para intervenções rápidas e para a preservação das funções neurológicas (MORTON; FONTAINE, 2020).

Outro grupo frequentemente encaminhado para UTI é composto por pacientes submetidos a grandes cirurgias abdominais e oncológicas. Procedimentos extensos, associados a longos períodos anestésicos e significativa manipulação cirúrgica, aumentam o risco de sangramentos, infecções, alterações metabólicas e insuficiência orgânica. Segundo Smeltzer e Bare (2018), a vigilância intensiva nesses casos favorece a recuperação clínica e reduz a probabilidade de complicações graves durante o pós-operatório.

Além da complexidade cirúrgica, a condição funcional do paciente também exerce influência significativa na decisão de admissão em terapia intensiva. Indivíduos com limitação

funcional importante, fragilidade clínica ou baixa reserva fisiológica apresentam menor capacidade de adaptação às alterações decorrentes do trauma cirúrgico. O conceito de fragilidade tem recebido atenção crescente na literatura científica, especialmente em pacientes idosos, sendo considerado um importante preditor de complicações pós-operatórias, prolongamento da internação e aumento da mortalidade (MORAES; SILVA, 2021).

A avaliação pré-operatória desempenha papel fundamental na identificação desses fatores de risco. Durante essa etapa, são analisadas as condições clínicas do paciente, histórico médico, exames complementares e capacidade funcional. Diversas classificações podem ser utilizadas para estimar o risco cirúrgico, incluindo a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), amplamente empregada na prática clínica. Pacientes classificados como ASA III, ASA IV ou ASA V geralmente apresentam maior probabilidade de necessitar de cuidados intensivos no período pós-operatório devido à presença de doenças sistêmicas graves ou instabilidade clínica significativa (ASA, 2020).

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de suporte avançado às funções vitais. Pacientes que dependem de ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, monitorização invasiva ou terapias substitutivas renais apresentam indicação clara para internação em Unidade de Terapia Intensiva. Esses recursos exigem acompanhamento contínuo por profissionais especializados e disponibilidade de equipamentos específicos para garantir a segurança e a eficácia do tratamento (AMIB, 2022).

No cenário atual, observa-se uma crescente preocupação com a utilização racional dos leitos de terapia intensiva. O aumento da demanda por cuidados intensivos, associado à limitação de recursos em muitas instituições de saúde, torna fundamental a adoção de critérios bem definidos para admissão e alta desses pacientes. A adequada seleção dos indivíduos que realmente necessitam de monitorização intensiva contribui para otimizar a utilização dos recursos disponíveis e ampliar o acesso daqueles que apresentam maior potencial de benefício (NATES et al., 2016).

A tomada de decisão relacionada à admissão em UTI deve ser realizada de forma multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, anesthesiologistas, intensivistas, enfermeiros e demais profissionais participantes do cuidado. Essa abordagem colaborativa favorece avaliações mais abrangentes e reduz a possibilidade de decisões baseadas exclusivamente em critérios isolados. Além disso, fortalece a comunicação entre as equipes e contribui para o planejamento assistencial mais seguro e eficiente.

A definição adequada dos critérios de admissão em Unidade de Terapia Intensiva também

está diretamente relacionada à promoção da segurança do paciente e à prevenção de eventos adversos. No contexto cirúrgico, as primeiras horas após o procedimento representam um período de elevada vulnerabilidade clínica, caracterizado pela possibilidade de alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas e metabólicas que podem evoluir rapidamente para situações de maior gravidade. Dessa forma, a admissão precoce em ambiente intensivo permite a implementação de estratégias de vigilância capazes de identificar alterações antes que ocorram danos significativos ao paciente (PADILHA et al., 2019).

Diversos estudos demonstram que a monitorização intensiva está associada à redução das taxas de complicações pós-operatórias e à melhoria dos resultados clínicos. Pacientes submetidos a procedimentos de alto risco que recebem acompanhamento especializado apresentam maior probabilidade de recuperação satisfatória quando comparados àqueles que permanecem em unidades convencionais sem monitorização avançada. Essa diferença está relacionada principalmente à capacidade de detecção precoce de alterações fisiológicas e à disponibilidade imediata de intervenções terapêuticas (MENDES et al., 2021).

A tomada de decisão referente à admissão em terapia intensiva deve considerar não apenas os fatores clínicos presentes no momento da avaliação, mas também a possibilidade de deterioração futura do estado de saúde do paciente. Em muitas situações, indivíduos aparentemente estáveis podem apresentar risco elevado de complicações devido às características do procedimento realizado ou às condições clínicas pré-existentes. Nesses casos, a internação preventiva em UTI constitui uma medida de segurança que possibilita acompanhamento contínuo e intervenção imediata caso ocorra qualquer alteração relevante (KNOBEL, 2016).

Outro aspecto importante refere-se à utilização de protocolos institucionais para admissão e alta de pacientes em terapia intensiva. A padronização desses processos contribui para reduzir a subjetividade das decisões clínicas e favorece uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022), protocolos bem estruturados auxiliam na identificação dos pacientes que realmente necessitam de cuidados intensivos e promovem maior equidade na distribuição dos leitos.

Além disso, a avaliação multiprofissional desempenha papel fundamental nesse processo. A participação conjunta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais permite uma análise mais abrangente das necessidades do paciente, considerando aspectos clínicos, funcionais e psicossociais. Essa abordagem integrada favorece decisões mais seguras e fortalece a qualidade da assistência prestada durante o período pós-operatório.

A enfermagem possui papel relevante na identificação dos pacientes que apresentam necessidade de monitorização intensiva. Por meio da avaliação contínua dos sinais clínicos, do acompanhamento dos parâmetros fisiológicos e da observação sistemática das respostas ao tratamento, o enfermeiro contribui para a detecção precoce de situações de risco e para o encaminhamento oportuno dos pacientes que necessitam de cuidados especializados. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2023), a vigilância permanente realizada pela equipe de enfermagem constitui um dos principais elementos para a promoção da segurança assistencial em ambientes hospitalares.

A crescente complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados atualmente também tem ampliado a importância da terapia intensiva no planejamento perioperatório. O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas avançadas possibilitou a realização de intervenções cada vez mais complexas em pacientes com condições clínicas anteriormente consideradas incompatíveis com tratamento cirúrgico. Como consequência, aumentou a necessidade de ambientes capazes de oferecer suporte especializado durante o período de recuperação, reforçando o papel estratégico das Unidades de Terapia Intensiva dentro das instituições de saúde (BRUNICARDI et al., 2022).

Nesse contexto, a gestão adequada dos leitos intensivos torna-se um desafio permanente para os serviços de saúde. A crescente demanda por cuidados intensivos exige que os critérios de admissão sejam continuamente avaliados e atualizados com base nas melhores evidências científicas disponíveis. A utilização de ferramentas prognósticas, protocolos assistenciais e sistemas de classificação de risco contribui para tornar esse processo mais eficiente e transparente, garantindo que os pacientes com maior necessidade recebam assistência adequada em tempo oportuno.

Portanto, os critérios para admissão de pacientes cirúrgicos em Unidade de Terapia Intensiva representam um componente essencial da assistência pós-operatória moderna. A avaliação criteriosa dos fatores clínicos, cirúrgicos e prognósticos permite identificar os pacientes que mais se beneficiam da monitorização intensiva, contribuindo para a prevenção de complicações, promoção da segurança do paciente e melhoria dos resultados assistenciais. Dessa forma, a terapia intensiva consolida-se como um recurso indispensável para o cuidado de pacientes cirúrgicos de maior complexidade e risco clínico.

Quadro 1 – Principais critérios para admissão de pacientes cirúrgicos na Unidade de Terapia Intensiva

Critério	Características clínicas
Instabilidade hemodinâmica	Hipotensão persistente, necessidade de drogas vasoativas ou risco elevado de choque circulatório.
Insuficiência respiratória	Necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, hipoxemia importante ou risco de falência respiratória.
Cirurgias de grande porte	Procedimentos cardiovasculares, neurocirurgias, transplantes, grandes cirurgias abdominais e torácicas.
Necessidade de monitorização contínua	Pacientes que exigem acompanhamento intensivo dos sinais vitais e parâmetros fisiológicos.
Presença de comorbidades graves	Insuficiência cardíaca, doença pulmonar avançada, insuficiência renal, diabetes descompensado e outras condições de alto risco.
Complicações intraoperatórias	Hemorragias significativas, instabilidade cardiovascular ou intercorrências durante o procedimento cirúrgico.
Risco elevado de deterioração clínica	Pacientes com possibilidade de agravamento nas primeiras horas do pós-operatório.
Necessidade de suporte avançado de vida	Uso de ventilação mecânica, monitorização invasiva, suporte circulatório ou terapias especializadas.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Nates et al. (2016), AMIB (2022) e Knobel (2016).

Observa-se que a admissão do paciente cirúrgico na Unidade de Terapia Intensiva deve ser baseada na avaliação individualizada do risco clínico, da complexidade do procedimento realizado e da necessidade de monitorização contínua. Dessa forma, a utilização adequada dos critérios de admissão contribui para otimizar a utilização dos recursos intensivos e aumentar a segurança do paciente durante o período pós-operatório.

3.4 Vigilância clínica intensiva no pós-operatório

A vigilância clínica intensiva no período pós-operatório constitui um dos principais pilares da assistência prestada aos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Esse processo envolve a observação contínua e sistematizada das condições clínicas do paciente, com o objetivo de identificar precocemente alterações fisiológicas capazes de comprometer sua recuperação. Em razão da complexidade dos procedimentos cirúrgicos e da possibilidade de complicações nas primeiras horas após a intervenção, a monitorização intensiva torna-se essencial para garantir segurança, qualidade assistencial e melhores desfechos clínicos (KNOBEL, 2016).

O período pós-operatório é caracterizado por importantes adaptações fisiológicas decorrentes do trauma cirúrgico, da resposta inflamatória sistêmica e dos efeitos da anestesia. Embora muitas dessas alterações sejam consideradas esperadas, algumas podem evoluir rapidamente para situações de instabilidade clínica. Nesse contexto, a vigilância contínua permite que a equipe multiprofissional identifique precocemente sinais de deterioração e implemente

medidas terapêuticas antes que ocorram complicações mais graves (SMELTZER; BARE, 2018).

A monitorização dos sinais vitais representa uma das principais atividades relacionadas à vigilância clínica intensiva. A avaliação frequente da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e saturação periférica de oxigênio fornece informações fundamentais sobre o estado clínico do paciente. Alterações nesses parâmetros podem indicar a presença de hemorragias, infecções, insuficiência respiratória, choque ou outras complicações que exigem intervenção imediata (MORTON; FONTAINE, 2020).

Entre os recursos tecnológicos disponíveis nas Unidades de Terapia Intensiva, os monitores multiparamétricos ocupam posição de destaque por permitirem o acompanhamento contínuo das funções vitais. Esses equipamentos fornecem informações em tempo real sobre o funcionamento cardiovascular e respiratório, possibilitando que alterações sejam detectadas ainda em fases iniciais. Segundo Padilha et al. (2019), a utilização adequada desses sistemas de monitorização contribui significativamente para a redução de eventos adversos e para a melhoria da segurança do paciente.

A vigilância clínica também envolve a avaliação constante do estado neurológico. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos podem apresentar alterações relacionadas aos efeitos anestésicos, distúrbios metabólicos ou complicações neurológicas decorrentes da cirurgia. A observação do nível de consciência, da resposta aos estímulos, da orientação temporal e espacial e das funções motoras permite identificar precocemente alterações que possam indicar comprometimento neurológico. De acordo com Potter e Perry (2019), a avaliação neurológica sistemática é fundamental para o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica.

Outro aspecto importante refere-se ao acompanhamento da função respiratória. As complicações pulmonares representam uma das principais causas de morbidade no período pós-operatório, especialmente em pacientes submetidos a cirurgias de grande porte. A monitorização da frequência respiratória, da saturação de oxigênio e dos parâmetros ventilatórios possibilita a identificação precoce de situações como insuficiência respiratória, atelectasias e pneumonia associada à assistência à saúde. Nesse sentido, a vigilância intensiva favorece intervenções rápidas e contribui para a prevenção de complicações respiratórias (MORTON; FONTAINE, 2020).

A avaliação hemodinâmica constitui outro componente essencial da vigilância clínica no ambiente intensivo. Pacientes cirúrgicos podem apresentar alterações relacionadas a perdas sanguíneas, desequilíbrios hidroeletrólíticos ou comprometimento cardiovascular. A monitorização contínua permite avaliar a perfusão tecidual, o débito cardíaco e a estabilidade circulatória, fornecendo informações importantes para a tomada de decisões terapêuticas. Segundo Knobel

(2016), a identificação precoce de alterações hemodinâmicas está diretamente relacionada à redução da mortalidade em pacientes críticos.

A equipe de enfermagem desempenha papel central nesse processo de vigilância. Por permanecer continuamente ao lado do paciente, os profissionais de enfermagem são responsáveis pela observação sistemática dos sinais clínicos, registro das informações assistenciais e comunicação imediata de alterações identificadas. Essa proximidade permite uma avaliação abrangente da evolução clínica e favorece a implementação rápida das medidas necessárias para garantir a segurança do paciente (COFEN, 2023).

Além da observação dos parâmetros fisiológicos, a vigilância clínica intensiva inclui o acompanhamento da resposta do paciente às intervenções terapêuticas realizadas. A avaliação contínua da eficácia dos medicamentos administrados, dos procedimentos executados e das estratégias de suporte utilizadas permite ajustar o plano de cuidados conforme a evolução clínica observada. Essa abordagem dinâmica favorece a individualização da assistência e contribui para melhores resultados assistenciais.

A efetividade da vigilância clínica intensiva está diretamente relacionada à capacidade da equipe multiprofissional em reconhecer precocemente sinais de deterioração clínica. No período pós-operatório, pequenas alterações fisiológicas podem representar os primeiros indícios de complicações potencialmente graves. Dessa forma, a observação contínua dos parâmetros clínicos permite intervenções rápidas e aumenta significativamente as chances de recuperação do paciente. Segundo Padilha et al. (2019), a identificação precoce de alterações clínicas constitui uma das estratégias mais eficazes para a redução de eventos adversos em ambientes de terapia intensiva.

Entre as complicações que exigem vigilância rigorosa destacam-se as hemorragias pós-operatórias. A perda sanguínea excessiva pode provocar instabilidade hemodinâmica, comprometimento da perfusão tecidual e evolução para choque hipovolêmico. Nesses casos, sinais como hipotensão arterial, taquicardia, redução do débito urinário, extremidades frias e alteração do nível de consciência podem indicar deterioração clínica e demandar intervenção imediata. De acordo com Knobel (2016), o reconhecimento precoce dessas manifestações é essencial para evitar danos orgânicos irreversíveis e reduzir o risco de mortalidade.

As complicações respiratórias também representam importante foco da vigilância intensiva. Atelectasias, insuficiência respiratória aguda, edema pulmonar e pneumonia podem surgir nas primeiras horas ou dias após a cirurgia, especialmente em pacientes submetidos a procedimentos torácicos ou abdominais. A monitorização contínua da saturação periférica de oxigênio, da

frequência respiratória e dos parâmetros ventilatórios possibilita a identificação precoce dessas alterações e favorece a implementação de medidas terapêuticas adequadas (MORTON; FONTAINE, 2020).

A monitorização invasiva e não invasiva constitui um recurso fundamental para o acompanhamento dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. A monitorização não invasiva inclui a avaliação da pressão arterial por métodos convencionais, eletrocardiografia contínua, oximetria de pulso e controle da temperatura corporal. Esses métodos fornecem informações importantes sobre a estabilidade clínica do paciente e são amplamente utilizados na prática assistencial devido à sua segurança e facilidade de aplicação (SMELTZER; BARE, 2018).

Por outro lado, a monitorização invasiva é indicada para pacientes que apresentam maior gravidade clínica ou necessidade de avaliação mais detalhada das funções fisiológicas. Entre os principais recursos utilizados destacam-se o cateter arterial para monitorização contínua da pressão arterial, o cateter venoso central para avaliação do estado volêmico e administração de medicamentos vasoativos e, em situações específicas, dispositivos avançados para monitorização hemodinâmica. Segundo Vincent et al. (2021), essas ferramentas permitem uma análise mais precisa das condições cardiovasculares e contribuem para decisões terapêuticas mais assertivas.

A vigilância clínica intensiva também envolve a análise contínua de exames laboratoriais. Alterações em parâmetros hematológicos, bioquímicos e gasométricos podem indicar complicações antes mesmo do aparecimento de manifestações clínicas evidentes. A redução dos níveis de hemoglobina pode sugerir sangramento ativo, enquanto alterações nos eletrólitos séricos podem comprometer funções cardíacas, neurológicas e musculares. Da mesma forma, alterações na gasometria arterial podem indicar comprometimento respiratório ou distúrbios metabólicos que exigem intervenção imediata (BRUNICARDI et al., 2022).

Outro elemento essencial da vigilância intensiva é a utilização de sistemas de alerta precoce para deterioração clínica. Esses sistemas combinam informações obtidas a partir dos sinais vitais e outros parâmetros clínicos, permitindo identificar pacientes com maior risco de agravamento. Segundo Royal College of Physicians (2017), ferramentas como o National Early Warning Score (NEWS) contribuem para a detecção precoce de alterações fisiológicas e favorecem respostas assistenciais mais rápidas e eficazes.

Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel estratégico na vigilância clínica contínua. A presença constante do enfermeiro e da equipe de enfermagem junto ao paciente possibilita a observação sistemática das condições clínicas e a identificação imediata de alterações significativas.

Além da monitorização dos sinais vitais, os profissionais de enfermagem avaliam o estado geral do paciente, observam o aspecto das feridas cirúrgicas, acompanham o balanço hídrico e monitoram a resposta aos tratamentos instituídos (COFEN, 2023).

A capacidade de reconhecer precocemente sinais de deterioração clínica está diretamente relacionada à qualificação dos profissionais e à experiência da equipe assistencial. Por esse motivo, programas de educação permanente e capacitação contínua são considerados fundamentais para garantir a qualidade da assistência em terapia intensiva. Profissionais devidamente treinados apresentam maior segurança na interpretação dos dados clínicos e maior capacidade de tomar decisões rápidas diante de situações críticas (MENDES et al., 2021).

A vigilância clínica intensiva no período pós-operatório também está diretamente relacionada à prevenção de eventos adversos e à promoção da segurança do paciente. O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva oferece condições favoráveis para a observação contínua das respostas fisiológicas do organismo, permitindo que alterações clínicas sejam reconhecidas em seus estágios iniciais. Essa capacidade de detecção precoce representa um dos principais diferenciais da assistência intensiva e contribui significativamente para a redução das taxas de complicações e mortalidade hospitalar (MENDES et al., 2021).

A segurança do paciente constitui atualmente um dos principais indicadores de qualidade assistencial nas instituições de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, milhões de pacientes em todo o mundo sofrem danos decorrentes de falhas evitáveis nos processos de cuidado. Em ambientes de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva, a adoção de estratégias voltadas para a prevenção de erros e para a vigilância contínua torna-se fundamental para garantir uma assistência segura e eficaz (WHO, 2021).

No contexto pós-operatório, os eventos adversos podem estar relacionados a diversos fatores, incluindo falhas na administração de medicamentos, infecções associadas à assistência à saúde, complicações respiratórias, alterações hemodinâmicas e problemas decorrentes de procedimentos invasivos. A monitorização intensiva permite identificar rapidamente sinais indicativos dessas situações, favorecendo a adoção de medidas corretivas antes que ocorram consequências mais graves para o paciente (PADILHA et al., 2019).

A administração segura de medicamentos representa uma área de grande relevância dentro da vigilância clínica intensiva. Pacientes internados em UTI frequentemente recebem múltiplos medicamentos, incluindo antibióticos, sedativos, analgésicos, anticoagulantes e drogas vasoativas. Essa complexidade terapêutica aumenta o risco de erros relacionados à prescrição, preparo e

administração dos medicamentos. Nesse sentido, a atuação integrada entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos torna-se essencial para garantir a segurança medicamentosa e minimizar riscos assistenciais (MORTON; FONTAINE, 2020).

Outro aspecto importante refere-se ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Pacientes cirúrgicos internados em terapia intensiva frequentemente necessitam de dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais, sondas vesicais e ventilação mecânica, fatores que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de infecções. A vigilância contínua permite identificar precocemente sinais sugestivos de processos infecciosos, como febre, alterações laboratoriais e modificações no estado clínico geral, favorecendo intervenções rápidas e reduzindo o impacto dessas complicações (ANVISA, 2021).

A monitorização do balanço hídrico também desempenha papel fundamental na vigilância clínica pós-operatória. Alterações no volume de líquidos corporais podem comprometer a função cardiovascular, renal e respiratória, especialmente em pacientes submetidos a procedimentos de grande porte. O acompanhamento rigoroso da ingestão e eliminação de líquidos permite avaliar a eficácia das terapias instituídas e identificar precocemente sinais de sobrecarga hídrica ou déficit volêmico. Segundo Knobel (2016), a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico constitui um dos pilares da assistência intensiva segura.

A observação das condições da ferida operatória representa outro componente importante da vigilância pós-operatória. Alterações como hiperemia, edema, dor intensa, secreção purulenta ou deiscência podem indicar complicações que exigem intervenção imediata. A avaliação sistemática do sítio cirúrgico permite identificar problemas ainda em fase inicial e favorece a adoção de medidas terapêuticas capazes de prevenir agravamentos e reduzir o risco de infecção (BRUNICARDI et al., 2022).

Além dos aspectos físicos, a vigilância clínica intensiva também deve contemplar fatores emocionais e psicológicos. A internação em Unidade de Terapia Intensiva frequentemente gera sentimentos de medo, ansiedade e insegurança tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Alterações emocionais podem interferir negativamente no processo de recuperação, influenciando a adesão ao tratamento e a resposta clínica. Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional deve incluir estratégias de acolhimento, comunicação efetiva e suporte psicológico sempre que necessário (BACKES et al., 2020).

A comunicação entre os membros da equipe multiprofissional constitui outro elemento essencial para a efetividade da vigilância clínica. Informações relacionadas à evolução do paciente

devem ser compartilhadas de forma clara, objetiva e contínua entre todos os profissionais envolvidos no cuidado. Falhas de comunicação podem comprometer a tomada de decisões e aumentar o risco de eventos adversos. Por essa razão, práticas como reuniões multiprofissionais, passagens de plantão estruturadas e registros adequados em prontuário são amplamente recomendadas pelas diretrizes de segurança do paciente (MENDES et al., 2021).

Outro aspecto relevante é a utilização de indicadores assistenciais para avaliação da qualidade da vigilância clínica. Taxas de infecção, incidência de eventos adversos, tempo de permanência na UTI, mortalidade e reinternações constituem indicadores frequentemente utilizados para monitorar a efetividade dos cuidados prestados. A análise desses dados permite identificar fragilidades nos processos assistenciais e desenvolver estratégias voltadas para a melhoria contínua da qualidade do cuidado (AMIB, 2022).

A vigilância clínica intensiva no período pós-operatório alcança melhores resultados quando associada à utilização de protocolos assistenciais padronizados e instrumentos sistemáticos de avaliação clínica. A adoção dessas ferramentas contribui para a organização do cuidado, reduz a variabilidade das condutas profissionais e favorece a identificação precoce de alterações que possam comprometer a recuperação do paciente. Segundo Mendes et al. (2021), a padronização dos processos assistenciais constitui uma estratégia fundamental para fortalecer a segurança do paciente e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a utilização de escalas e sistemas de avaliação clínica tornou-se uma prática amplamente incorporada às rotinas das Unidades de Terapia Intensiva. Essas ferramentas auxiliam na identificação de sinais precoces de deterioração clínica, permitindo intervenções oportunas e mais eficazes. Entre os instrumentos mais utilizados destacam-se a Escala de Coma de Glasgow, os escores de gravidade APACHE II e SOFA, além dos sistemas de alerta precoce voltados para a identificação de alterações fisiológicas que possam indicar agravamento do quadro clínico (VINCENT et al., 1998; KNAUS et al., 1985).

A Escala de Coma de Glasgow, por exemplo, é amplamente utilizada para monitorar o estado neurológico dos pacientes, permitindo avaliar alterações no nível de consciência por meio da análise das respostas ocular, verbal e motora. Sua aplicação periódica possibilita detectar mudanças sutis que podem indicar complicações neurológicas ou deterioração clínica. De acordo com Teasdale e Jennett (1974), esse instrumento continua sendo uma das principais ferramentas para avaliação neurológica em pacientes críticos.

Outro elemento essencial da vigilância clínica intensiva é a Sistematização da Assistência

de Enfermagem (SAE), considerada um importante instrumento para organização e planejamento do cuidado. A SAE permite identificar necessidades específicas dos pacientes, estabelecer diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções individualizadas e avaliar continuamente os resultados obtidos. Conforme preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem, a utilização da SAE contribui para a qualidade da assistência, fortalece a autonomia profissional e favorece a tomada de decisões fundamentadas em evidências científicas (COFEN, 2009).

A aplicação do Processo de Enfermagem no ambiente intensivo possibilita uma avaliação abrangente do paciente cirúrgico, contemplando aspectos fisiológicos, emocionais e sociais. A coleta sistemática de dados, associada à análise crítica das informações obtidas, permite identificar precocemente problemas reais ou potenciais que possam comprometer a recuperação. Dessa forma, a enfermagem desempenha papel estratégico na vigilância clínica contínua, atuando como um dos principais agentes na prevenção de complicações pós-operatórias.

A literatura científica destaca que a presença contínua da equipe de enfermagem junto ao paciente favorece a identificação precoce de sinais de instabilidade clínica. Pequenas alterações nos sinais vitais, no padrão respiratório, no comportamento ou no estado geral do paciente podem representar os primeiros indícios de agravamento do quadro clínico. A capacidade de reconhecer essas alterações e comunicar rapidamente a equipe multiprofissional contribui para intervenções mais precoces e melhores desfechos clínicos (PADILHA et al., 2019).

Além da enfermagem, a atuação integrada dos demais profissionais da equipe multiprofissional fortalece o processo de vigilância intensiva. Médicos intensivistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos contribuem com diferentes perspectivas para a avaliação global do paciente, permitindo uma abordagem mais abrangente e individualizada. Essa integração favorece a construção de planos terapêuticos mais eficazes e aumenta a capacidade da equipe de responder rapidamente às necessidades apresentadas pelo paciente cirúrgico (MENDES et al., 2021).

Os impactos da vigilância clínica intensiva podem ser observados por meio dos indicadores assistenciais utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva. Diversos estudos apontam que a monitorização contínua está associada à redução de eventos adversos, diminuição das taxas de infecção, menor tempo de permanência hospitalar e redução da mortalidade em pacientes críticos. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022), unidades que adotam protocolos estruturados de vigilância apresentam melhores resultados assistenciais quando comparadas àquelas que não utilizam estratégias sistematizadas de monitorização.

No contexto do paciente pós-cirúrgico, a vigilância intensiva permite que complicações sejam identificadas ainda em estágios iniciais, antes da ocorrência de danos mais graves. Alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas e metabólicas podem ser rapidamente reconhecidas e tratadas, reduzindo significativamente os riscos associados ao período pós-operatório. Essa capacidade de resposta rápida constitui um dos principais benefícios da assistência intensiva e reforça a importância da UTI como ambiente de recuperação segura para pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de maior complexidade.

Além dos benefícios clínicos, a vigilância contínua também contribui para a otimização dos recursos hospitalares. A prevenção de complicações reduz a necessidade de intervenções adicionais, diminui o tempo de internação e favorece a utilização mais eficiente dos leitos hospitalares. Dessa forma, a vigilância clínica intensiva não beneficia apenas os pacientes, mas também os serviços de saúde, promovendo maior eficiência assistencial e sustentabilidade dos recursos disponíveis.

Portanto, a vigilância clínica intensiva no período pós-operatório constitui um componente essencial da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos internados em Unidade de Terapia Intensiva. A utilização de protocolos assistenciais, escalas de avaliação clínica, Sistematização da Assistência de Enfermagem e monitorização contínua fortalece a capacidade da equipe multiprofissional em identificar precocemente alterações clínicas e implementar intervenções oportunas. Como resultado, observa-se uma importante contribuição para a promoção da segurança do paciente, para a redução de complicações pós-operatórias e para a melhoria dos desfechos clínicos, reforçando o papel estratégico da terapia intensiva na recuperação dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Principais complicações pós-cirúrgicas observadas na UTI

O período pós-operatório é considerado uma fase crítica da recuperação do paciente, especialmente entre aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos de grande porte ou que apresentam condições clínicas complexas. Embora os avanços tecnológicos e científicos tenham contribuído para aumentar a segurança dos procedimentos cirúrgicos, ainda existe o risco de desenvolvimento de complicações capazes de comprometer significativamente a evolução clínica do paciente. Nesse contexto, a Unidade de Terapia Intensiva desempenha papel fundamental na identificação precoce dessas alterações e na implementação de intervenções terapêuticas capazes de reduzir a morbimortalidade associada ao período pós-operatório (KNOBEL, 2016).

As complicações pós-cirúrgicas podem ser classificadas em diferentes categorias, incluindo

alterações cardiovasculares, respiratórias, infecciosas, neurológicas, renais e metabólicas. A ocorrência dessas complicações depende de diversos fatores, como idade do paciente, presença de comorbidades, estado nutricional, complexidade do procedimento realizado, duração da cirurgia e condições clínicas prévias. Segundo Brunicardi et al. (2022), a identificação dos fatores de risco ainda no período pré-operatório é uma estratégia importante para reduzir a incidência de eventos adversos e melhorar os resultados assistenciais.

Entre as complicações mais frequentes observadas em pacientes internados em UTI destaca-se a hemorragia pós-operatória. Essa condição pode ocorrer em decorrência de falhas na hemostasia cirúrgica, distúrbios da coagulação ou complicações relacionadas ao procedimento realizado. A perda sanguínea excessiva compromete a perfusão tecidual e pode evoluir rapidamente para instabilidade hemodinâmica e choque hipovolêmico. Os principais sinais clínicos incluem hipotensão arterial, taquicardia, palidez, diminuição do débito urinário e alteração do nível de consciência (MORTON; FONTAINE, 2020).

A vigilância contínua desempenha papel essencial na identificação precoce dos episódios hemorrágicos. O acompanhamento dos sinais vitais, dos níveis de hemoglobina e hematócrito, bem como a avaliação dos drenos cirúrgicos e curativos, permite detectar precocemente alterações sugestivas de sangramento ativo. Quando diagnosticada rapidamente, a hemorragia pode ser controlada por meio de reposição volêmica, transfusão sanguínea ou reabordagem cirúrgica, reduzindo significativamente os riscos para o paciente (SMELTZER; BARE, 2018).

Outra complicação frequentemente observada no ambiente intensivo é o choque pós-operatório. O choque caracteriza-se pela incapacidade do sistema circulatório em fornecer oxigênio e nutrientes adequados aos tecidos, resultando em comprometimento da função orgânica. Entre os tipos mais comuns no período pós-cirúrgico destacam-se o choque hipovolêmico, geralmente associado à perda sanguínea, e o choque séptico, relacionado a processos infecciosos graves.

Segundo Vincent e De Backer (2013), o reconhecimento precoce do choque e a instituição imediata do tratamento são fatores determinantes para a sobrevivência do paciente.

As complicações cardiovasculares também merecem destaque devido à sua elevada frequência e potencial gravidade. Arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e instabilidade hemodinâmica podem ocorrer especialmente em pacientes idosos ou portadores de doenças cardiovasculares prévias. A monitorização cardíaca contínua realizada na UTI permite identificar precocemente alterações do ritmo cardíaco e outras manifestações clínicas que exigem intervenção imediata (KNOBEL, 2016).

Além das complicações cardiovasculares, os pacientes cirúrgicos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos. A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar constituem importantes causas de morbidade e mortalidade no período pós-operatório. A imobilidade prolongada, associada ao estado inflamatório desencadeado pela cirurgia, favorece a formação de trombos que podem comprometer a circulação sanguínea e gerar complicações graves. Por essa razão, a utilização de medidas profiláticas é amplamente recomendada pelas diretrizes assistenciais (POTTER; PERRY, 2019).

No âmbito respiratório, as complicações representam uma das principais causas de internação prolongada em terapia intensiva. Alterações como atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória aguda e síndrome do desconforto respiratório agudo podem surgir em decorrência dos efeitos da anestesia, da dor pós-operatória e da redução da mobilidade. A monitorização contínua da função respiratória e a atuação precoce da fisioterapia constituem medidas fundamentais para reduzir a incidência dessas complicações e promover uma recuperação mais segura (MORTON; FONTAINE, 2020).

As complicações infecciosas representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes cirúrgicos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Mesmo com os avanços observados nas técnicas cirúrgicas, nos protocolos de assepsia e no uso de antimicrobianos, as infecções relacionadas à assistência à saúde continuam sendo um importante desafio para as equipes multiprofissionais. Essas complicações podem prolongar o tempo de internação, aumentar os custos hospitalares e comprometer significativamente o processo de recuperação do paciente (ANVISA, 2021).

Entre as infecções mais frequentes no período pós-operatório destaca-se a infecção do sítio cirúrgico (ISC), definida como aquela que ocorre na incisão cirúrgica ou em estruturas manipuladas durante o procedimento. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as infecções do sítio cirúrgico estão entre os eventos adversos mais comuns relacionados aos procedimentos operatórios, representando importante causa de reinternação hospitalar e necessidade de novas intervenções terapêuticas (BRASIL, 2021).

Os fatores associados ao desenvolvimento das infecções do sítio cirúrgico são diversos e incluem idade avançada, diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, imunossupressão, tempo cirúrgico prolongado e falhas nos protocolos de prevenção. Além disso, procedimentos considerados contaminados ou potencialmente contaminados apresentam risco significativamente maior para o desenvolvimento dessas complicações. A vigilância clínica contínua permite

identificar sinais precoces de infecção, como hiperemia, edema, dor intensa, secreção purulenta e febre, favorecendo o tratamento imediato e reduzindo a progressão do quadro infeccioso (BRUNICARDI et al., 2022).

Outra complicação infecciosa frequentemente observada em pacientes internados em UTI é a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Essa condição ocorre principalmente em indivíduos que necessitam de suporte ventilatório invasivo por períodos prolongados. A presença do tubo endotraqueal favorece a colonização bacteriana das vias aéreas inferiores e aumenta o risco de infecção pulmonar. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022), a pneumonia associada à ventilação mecânica está entre as infecções mais relevantes no ambiente intensivo devido ao seu impacto na mortalidade e no prolongamento da internação hospitalar.

Os principais sinais clínicos da pneumonia incluem febre, aumento da secreção traqueal, alterações radiológicas pulmonares, piora da oxigenação e elevação dos marcadores inflamatórios. A prevenção dessa complicação envolve medidas como higiene rigorosa das mãos, elevação da cabeceira do leito, aspiração adequada das secreções e protocolos específicos para manejo da ventilação mecânica. Essas estratégias têm demonstrado resultados positivos na redução da incidência da doença e na melhoria dos indicadores assistenciais (MORTON; FONTAINE, 2020).

A sepse representa uma das complicações mais graves observadas no período pós-operatório e constitui importante causa de mortalidade em pacientes críticos. A condição é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do organismo a uma infecção. Quando não identificada e tratada precocemente, a sepse pode evoluir para choque séptico, caracterizado por alterações circulatórias graves, hipotensão persistente e elevado risco de óbito (SINGER et al., 2016).

No contexto pós-cirúrgico, a sepse pode ter origem em infecções do sítio cirúrgico, infecções pulmonares, infecções urinárias ou infecções relacionadas a dispositivos invasivos. A identificação precoce dos sinais clínicos é fundamental para o sucesso terapêutico. Alterações como febre ou hipotermia, taquicardia, taquipneia, hipotensão, alterações do nível de consciência e elevação dos marcadores inflamatórios devem ser prontamente investigadas pela equipe assistencial (VINCENT; OPAL; MARSHALL, 2013).

O choque séptico constitui a forma mais grave da sepse e está associado a elevadas taxas de mortalidade. Nessa condição, mesmo após reposição adequada de líquidos, o paciente mantém hipotensão arterial persistente e necessita frequentemente de drogas vasoativas para manutenção da perfusão tecidual. A vigilância intensiva e a implementação imediata dos protocolos de tratamento

são determinantes para aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes acometidos por essa complicação (SINGER et al., 2016).

Além das infecções sistêmicas, as infecções relacionadas a dispositivos invasivos também representam um problema significativo nas UTIs. Cateteres venosos centrais, sondas vesicais de demora e ventilação mecânica são recursos frequentemente utilizados em pacientes cirúrgicos críticos, porém aumentam o risco de colonização bacteriana e desenvolvimento de infecções associadas à assistência à saúde. A adoção de protocolos rigorosos para inserção, manutenção e retirada desses dispositivos é considerada uma medida essencial para a prevenção dessas complicações (ANVISA, 2021).

A ocorrência de infecções pós-operatórias impacta diretamente os indicadores de qualidade assistencial. Pacientes que desenvolvem complicações infecciosas geralmente apresentam maior tempo de permanência hospitalar, necessidade ampliada de antibioticoterapia, aumento dos custos assistenciais e risco elevado de mortalidade. Dessa forma, a prevenção e a identificação precoce dessas condições constituem objetivos prioritários das equipes multiprofissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva.

Além das complicações cardiovasculares, respiratórias e infecciosas, os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de grande porte podem desenvolver alterações neurológicas, renais e metabólicas que comprometem significativamente sua recuperação. Essas complicações frequentemente estão associadas à gravidade do procedimento realizado, às condições clínicas prévias e às respostas fisiológicas desencadeadas pelo trauma cirúrgico. Nesse contexto, a vigilância clínica intensiva torna-se indispensável para a identificação precoce dessas alterações e para a implementação de intervenções capazes de evitar a progressão para quadros mais graves (KNOBEL, 2016).

As complicações neurológicas representam um importante desafio no período pós-operatório, especialmente em pacientes submetidos a neurocirurgias, cirurgias cardiovasculares e procedimentos de grande complexidade. Entre as alterações mais frequentemente observadas destacam-se os estados confusionais agudos, o delirium, as alterações do nível de consciência, os déficits neurológicos focais e os acidentes vasculares cerebrais. Essas condições podem surgir em decorrência de hipóxia, alterações metabólicas, efeitos medicamentosos, distúrbios circulatórios ou processos infecciosos (MORTON; FONTAINE, 2020).

O delirium merece destaque por sua elevada incidência em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Caracteriza-se por alterações agudas da atenção, consciência e

cognição, podendo manifestar-se por agitação, desorientação, comportamento inadequado ou sonolência excessiva. Segundo Ely et al. (2017), o delirium está associado ao aumento do tempo de internação, maior risco de complicações e pior prognóstico clínico. Por esse motivo, a avaliação neurológica sistemática constitui uma prática fundamental na assistência intensiva.

Outro grupo de complicações frequentemente observado envolve o comprometimento da função renal. A lesão renal aguda é considerada uma das principais complicações pós-operatórias em pacientes críticos, especialmente entre aqueles submetidos a cirurgias cardiovasculares, transplantes ou procedimentos associados a grandes perdas sanguíneas. Essa condição pode ocorrer devido à redução da perfusão renal, sepse, uso de medicamentos nefrotóxicos ou alterações hemodinâmicas importantes (KDIGO, 2012).

Os sinais iniciais da lesão renal aguda incluem redução do débito urinário, aumento dos níveis séricos de creatinina e alterações do equilíbrio hidroeletrólítico. A identificação precoce dessas alterações permite a implementação de medidas destinadas à preservação da função renal, incluindo controle rigoroso do balanço hídrico, ajuste de medicamentos e correção das alterações hemodinâmicas. De acordo com Bellomo et al. (2017), o reconhecimento precoce da disfunção renal está diretamente relacionado à redução das taxas de mortalidade em pacientes críticos.

Os distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos também são comuns no período pós-operatório. Alterações nos níveis de sódio, potássio, cálcio, magnésio e glicose podem comprometer diversas funções fisiológicas e favorecer o surgimento de complicações cardiovasculares, neurológicas e musculares. Pacientes submetidos a cirurgias extensas frequentemente apresentam alterações metabólicas decorrentes da resposta inflamatória sistêmica, do jejum prolongado e das perdas de líquidos e eletrólitos durante o procedimento (SMELTZER; BARE, 2018).

A hiperglicemia pós-operatória constitui uma alteração frequentemente observada, mesmo em pacientes sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus. A resposta ao estresse cirúrgico estimula a liberação de hormônios contrarreguladores que aumentam a produção de glicose e reduzem sua utilização pelos tecidos. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), níveis elevados de glicemia estão associados ao aumento do risco de infecções, atraso na cicatrização e pior prognóstico clínico, reforçando a necessidade de monitorização rigorosa desses pacientes.

As alterações eletrólíticas também merecem atenção especial. Distúrbios como hipocalemia, hipercalemia, hiponatremia e hipernatremia podem desencadear arritmias cardíacas, alterações neurológicas e comprometimento muscular. Dessa forma, a monitorização laboratorial contínua constitui um componente essencial da vigilância clínica intensiva, permitindo a identificação

precoce e a correção adequada dessas alterações (POTTER; PERRY, 2019).

Em situações mais graves, as complicações pós-operatórias podem evoluir para a chamada Síndrome da Disfunção de Múltiplos Órgãos (SDMO), condição caracterizada pelo comprometimento progressivo de dois ou mais sistemas orgânicos. Essa síndrome geralmente está associada a processos infecciosos graves, choque prolongado ou resposta inflamatória sistêmica exacerbada. Segundo Vincent et al. (1998), a falência múltipla de órgãos representa uma das principais causas de mortalidade em pacientes críticos e exige monitorização intensiva contínua para aumentar as possibilidades de recuperação.

A SDMO pode envolver simultaneamente alterações cardiovasculares, respiratórias, renais, neurológicas e hematológicas, exigindo suporte avançado às funções vitais. Nesses casos, a atuação multiprofissional torna-se ainda mais relevante, uma vez que a complexidade do quadro clínico demanda intervenções coordenadas e acompanhamento permanente. A identificação precoce dos sinais de disfunção orgânica constitui um fator determinante para o sucesso terapêutico e para a redução da mortalidade associada a essa condição.

Além das complicações cardiovasculares, respiratórias, infecciosas, neurológicas e renais, os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva após procedimentos cirúrgicos estão sujeitos a diversas alterações decorrentes da permanência prolongada no leito e da gravidade de sua condição clínica. Essas complicações podem comprometer significativamente a recuperação funcional, prolongar o tempo de internação e impactar negativamente a qualidade de vida após a alta hospitalar. Nesse contexto, a vigilância clínica intensiva e a atuação multiprofissional desempenham papel essencial na prevenção e no manejo dessas condições (MORTON; FONTAINE, 2020).

Entre as complicações associadas à imobilidade prolongada destaca-se o tromboembolismo venoso (TEV), que engloba a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar. O trauma cirúrgico, associado à redução da mobilidade e ao estado inflamatório sistêmico, favorece a formação de trombos nos membros inferiores. Quando esses trombos se desprendem e atingem a circulação pulmonar, podem provocar embolia pulmonar, condição potencialmente fatal. Segundo Geerts et al. (2008), o tromboembolismo venoso constitui uma das principais causas evitáveis de mortalidade hospitalar em pacientes cirúrgicos.

A prevenção do tromboembolismo venoso envolve a adoção de medidas farmacológicas e mecânicas. O uso de anticoagulantes profiláticos, meias de compressão graduada e dispositivos de compressão pneumática intermitente está amplamente recomendado para pacientes de risco. Além

disso, a mobilização precoce é considerada uma das estratégias mais eficazes para reduzir a incidência dessa complicação. A vigilância contínua permite identificar sinais como edema, dor, aumento da temperatura local e alterações respiratórias sugestivas de eventos tromboembólicos, favorecendo intervenções imediatas (BRASIL, 2022).

Outra complicação frequentemente observada em pacientes críticos é a lesão por pressão. Essa condição resulta da compressão prolongada dos tecidos entre proeminências ósseas e superfícies externas, levando à redução da perfusão sanguínea e ao comprometimento da integridade da pele. Pacientes pós-cirúrgicos internados em UTI apresentam maior risco devido à imobilidade, alterações nutricionais, uso de sedativos e instabilidade clínica. De acordo com a National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP, 2019), as lesões por pressão representam um importante indicador da qualidade assistencial e estão associadas ao aumento da morbidade e dos custos hospitalares.

A prevenção das lesões por pressão requer avaliação sistemática do risco, inspeção frequente da pele, mudanças regulares de decúbito, utilização de superfícies especiais de apoio e manutenção adequada do estado nutricional. A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental nesse processo por meio da monitorização contínua e da implementação de medidas preventivas baseadas em protocolos assistenciais (COFEN, 2023).

A fraqueza muscular adquirida na Unidade de Terapia Intensiva constitui outra complicação relevante associada à permanência prolongada em ambiente intensivo. Essa condição caracteriza-se pela perda progressiva da força muscular decorrente da imobilidade, resposta inflamatória sistêmica e uso prolongado de determinados medicamentos. Segundo Hermans e Van den Berghe (2015), a fraqueza muscular adquirida na UTI está associada à redução da capacidade funcional, prolongamento da ventilação mecânica e aumento do tempo de recuperação após a alta hospitalar.

A mobilização precoce tem sido amplamente recomendada como estratégia para prevenir essa complicação. A participação ativa da fisioterapia e da equipe multiprofissional favorece a manutenção da função muscular, melhora a capacidade respiratória e contribui para a recuperação funcional dos pacientes. Estudos demonstram que programas estruturados de reabilitação precoce podem reduzir significativamente as limitações físicas observadas após longos períodos de internação em terapia intensiva (SCHWEICKERT et al., 2009).

Outro aspecto importante refere-se aos impactos psicológicos decorrentes da internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos complexos podem desenvolver ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e outras

alterações emocionais relacionadas à experiência de hospitalização. Esses fatores podem interferir na recuperação física e comprometer a qualidade de vida após a alta. Dessa forma, a assistência multiprofissional deve contemplar não apenas as necessidades biológicas, mas também os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo de recuperação (BACKES et al., 2020).

As complicações observadas no período pós-operatório frequentemente apresentam relação direta entre si. Um paciente que desenvolve infecção grave pode evoluir para sepse, insuficiência renal, disfunção respiratória e falência múltipla de órgãos. Da mesma forma, a imobilidade prolongada pode favorecer tromboembolismo venoso, perda de massa muscular e desenvolvimento de lesões por pressão. Essa interdependência reforça a importância da vigilância clínica contínua e da atuação integrada da equipe multiprofissional para identificar precocemente alterações clínicas e evitar a progressão para quadros mais graves.

Nesse contexto, a Unidade de Terapia Intensiva destaca-se como um ambiente capaz de oferecer recursos humanos e tecnológicos necessários para o monitoramento constante dos pacientes cirúrgicos. A presença de equipamentos de monitorização avançada, associada à observação contínua realizada pelos profissionais de saúde, possibilita intervenções rápidas e eficazes diante de qualquer sinal de deterioração clínica. Essa capacidade de resposta constitui um dos principais fatores responsáveis pela redução da morbimortalidade em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de maior complexidade (KNOBEL, 2016).

Portanto, as complicações pós-cirúrgicas observadas em pacientes internados em UTI representam desafios significativos para os serviços de saúde e para as equipes assistenciais. A ocorrência dessas condições reforça a necessidade de monitorização intensiva, protocolos assistenciais bem definidos e atuação multiprofissional integrada. A vigilância clínica contínua permite identificar precocemente alterações fisiológicas, prevenir agravos e promover uma recuperação mais segura e eficiente, evidenciando a relevância da assistência intensiva no contexto pós-operatório.

Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva

A segurança do paciente constitui atualmente um dos principais pilares da qualidade assistencial nos serviços de saúde, especialmente em ambientes de alta complexidade como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Esses setores concentram pacientes em condições clínicas graves, submetidos a procedimentos invasivos, uso contínuo de medicamentos de alta vigilância e monitorização intensiva, fatores que aumentam significativamente a vulnerabilidade à ocorrência de

eventos adversos. Nesse contexto, a implementação de estratégias voltadas para a segurança do paciente tornou-se uma prioridade para instituições de saúde em todo o mundo (WHO, 2021).

O conceito de segurança do paciente pode ser compreendido como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde até um nível mínimo aceitável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os eventos adversos relacionados à assistência representam uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando milhões de pacientes anualmente. Muitos desses eventos são considerados evitáveis e estão relacionados a falhas nos processos assistenciais, erros de comunicação, inadequações estruturais e deficiências organizacionais (WHO, 2021).

Nas Unidades de Terapia Intensiva, a segurança do paciente assume relevância ainda maior devido à complexidade dos cuidados prestados. Pacientes internados nesses setores frequentemente apresentam instabilidade clínica, necessitam de suporte avançado às funções vitais e dependem de tecnologias sofisticadas para manutenção da vida. Além disso, a multiplicidade de intervenções realizadas diariamente aumenta o risco de falhas assistenciais, tornando indispensável a adoção de protocolos e sistemas de vigilância capazes de minimizar esses riscos (PADILHA et al., 2019).

No Brasil, a preocupação com a segurança do paciente ganhou maior destaque a partir da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde em 2013. O programa tem como objetivo promover ações voltadas para a qualificação do cuidado em saúde, estimulando a implementação de protocolos assistenciais e práticas seguras nos diferentes níveis de atenção. Entre suas diretrizes destacam-se a prevenção de eventos adversos, o fortalecimento da cultura de segurança e a participação ativa dos profissionais de saúde na construção de ambientes assistenciais mais seguros (BRASIL, 2013).

Um dos principais desafios relacionados à segurança do paciente em terapia intensiva refere-se à ocorrência de eventos adversos. Esses eventos podem ser definidos como incidentes que resultam em dano ao paciente durante a prestação da assistência. Nas UTIs, os eventos adversos mais frequentemente relatados incluem erros de medicação, infecções relacionadas à assistência à saúde, falhas em dispositivos médicos, quedas, lesões por pressão e complicações associadas a procedimentos invasivos (MENDES et al., 2021).

Os erros de medicação figuram entre os eventos adversos mais comuns em ambientes intensivos. A administração simultânea de múltiplos medicamentos, associada à complexidade dos esquemas terapêuticos e à necessidade de ajustes frequentes das doses, aumenta a possibilidade de falhas. Segundo o Institute for Safe Medication Practices (ISMP, 2022), os erros relacionados a

medicamentos podem ocorrer em diferentes etapas do processo, incluindo prescrição, dispensação, preparo e administração. Por essa razão, a adoção de barreiras de segurança constitui uma estratégia essencial para minimizar riscos.

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde também é reconhecida como um componente fundamental da segurança assistencial. Falhas de comunicação podem comprometer a continuidade do cuidado, dificultar a tomada de decisões e aumentar a probabilidade de eventos adversos. Nesse sentido, práticas como passagens de plantão estruturadas, registros adequados em prontuário e reuniões multiprofissionais são amplamente recomendadas pelas organizações internacionais voltadas para a segurança do paciente (WHO, 2021).

Outro aspecto importante refere-se à cultura de segurança institucional. A cultura de segurança pode ser entendida como o conjunto de valores, atitudes e comportamentos compartilhados pelos profissionais de uma organização em relação à prevenção de riscos e à promoção de práticas seguras. Instituições que estimulam a comunicação aberta, a notificação de incidentes e o aprendizado contínuo tendem a apresentar melhores resultados assistenciais e menor incidência de eventos adversos (MENDES et al., 2021).

No contexto dos pacientes cirúrgicos internados em UTI, a segurança do paciente está diretamente relacionada à capacidade da equipe multiprofissional em identificar precocemente alterações clínicas e implementar intervenções adequadas. A vigilância intensiva, associada à utilização de protocolos assistenciais e monitorização contínua, contribui significativamente para a prevenção de complicações e para a melhoria dos desfechos clínicos. Dessa forma, a segurança do paciente não deve ser compreendida apenas como ausência de erros, mas como resultado de um conjunto de ações integradas destinadas a promover um cuidado seguro, eficaz e centrado nas necessidades do indivíduo.

A promoção da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva está diretamente relacionada à implementação de protocolos assistenciais capazes de reduzir riscos e prevenir eventos adversos. Nesse contexto, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, estabelecidas pela Joint Commission International (JCI) e amplamente adotadas por instituições de saúde em diversos países, constituem importantes referências para a organização das práticas assistenciais. Essas metas foram desenvolvidas com o objetivo de fortalecer a qualidade do cuidado e minimizar danos associados à assistência em saúde (JCI, 2023).

A primeira meta internacional refere-se à identificação correta do paciente. Em ambientes de alta complexidade como a UTI, onde múltiplos procedimentos e administrações de

medicamentos são realizados diariamente, a identificação inadequada pode resultar em graves consequências. A utilização de pelo menos dois identificadores, como nome completo e data de nascimento, é recomendada para garantir que todos os procedimentos sejam realizados no paciente correto. Segundo o Ministério da Saúde, falhas na identificação constituem uma das principais causas de incidentes relacionados à assistência, reforçando a necessidade de protocolos rigorosos nessa área (BRASIL, 2017).

No contexto dos pacientes pós-cirúrgicos internados em terapia intensiva, a identificação correta torna-se ainda mais relevante devido à frequência de procedimentos invasivos, exames laboratoriais e terapias medicamentosas realizadas durante a recuperação. A conferência sistemática dos dados de identificação antes da execução de qualquer intervenção representa uma medida simples, porém altamente eficaz para a prevenção de erros assistenciais.

A segunda meta internacional está relacionada à melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde. A assistência prestada em Unidades de Terapia Intensiva envolve a participação de diferentes categorias profissionais, exigindo constante troca de informações para garantir a continuidade e a segurança do cuidado. Falhas de comunicação podem resultar em atrasos terapêuticos, administração incorreta de medicamentos e outras situações capazes de comprometer a segurança do paciente (WHO, 2021).

Nesse sentido, diversas estratégias têm sido adotadas para aprimorar a comunicação dentro das equipes assistenciais. Entre elas destacam-se as passagens de plantão estruturadas, utilização de protocolos padronizados para transmissão de informações e registros adequados em prontuário. Estudos demonstram que a comunicação efetiva contribui significativamente para a redução de eventos adversos e para a melhoria da qualidade assistencial em ambientes críticos (MENDES et al., 2021).

A terceira meta internacional refere-se à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Pacientes internados em UTI frequentemente utilizam medicamentos considerados de alta vigilância, como sedativos, anticoagulantes, vasopressores e insulina. A complexidade desses tratamentos aumenta o risco de erros que podem comprometer seriamente a evolução clínica dos pacientes. Por essa razão, recomenda-se a utilização de protocolos específicos, dupla checagem de medicamentos e monitorização rigorosa dos efeitos terapêuticos e adversos (ISMP, 2022).

No período pós-operatório, a administração segura de medicamentos assume papel fundamental no controle da dor, prevenção de infecções e manutenção da estabilidade hemodinâmica. A atuação integrada entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos contribui para

reduzir riscos e garantir maior segurança durante a execução das terapias prescritas.

A quarta meta está relacionada à cirurgia segura. Embora os pacientes já tenham sido submetidos ao procedimento cirúrgico antes da admissão na UTI, os princípios da cirurgia segura continuam relevantes durante o período pós-operatório. O uso de checklists cirúrgicos, a confirmação dos dados do procedimento realizado e a vigilância das possíveis complicações associadas à cirurgia constituem medidas importantes para garantir a continuidade do cuidado e prevenir falhas assistenciais (WHO, 2009).

A quinta meta internacional concentra-se na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. Pacientes internados em terapia intensiva apresentam maior vulnerabilidade a processos infecciosos devido ao uso frequente de dispositivos invasivos, estado clínico grave e exposição prolongada ao ambiente hospitalar. A higienização adequada das mãos é reconhecida mundialmente como uma das medidas mais eficazes para prevenir infecções associadas à assistência (ANVISA, 2021).

Além da higiene das mãos, protocolos voltados para a inserção e manutenção de cateteres venosos centrais, sondas vesicais e ventilação mecânica são amplamente utilizados para reduzir o risco de infecções. A vigilância contínua dos sinais clínicos e laboratoriais permite identificar precocemente possíveis processos infecciosos e iniciar rapidamente as intervenções necessárias.

A sexta meta internacional refere-se à prevenção de quedas e lesões decorrentes da assistência. Embora muitos pacientes internados em UTI apresentem mobilidade reduzida, o risco de quedas permanece presente, especialmente durante processos de mobilização, transferência de leito ou recuperação da sedação. Além disso, pacientes cirúrgicos podem apresentar fraqueza muscular, alterações neurológicas ou instabilidade hemodinâmica que aumentam sua vulnerabilidade. Dessa forma, a avaliação sistemática dos fatores de risco e a implementação de medidas preventivas são fundamentais para garantir a segurança desses indivíduos (BRASIL, 2017).

A segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva não depende exclusivamente da existência de protocolos assistenciais ou tecnologias avançadas. Para que as estratégias de prevenção de danos sejam efetivas, é necessário que exista uma cultura organizacional voltada para a segurança, na qual todos os profissionais reconheçam sua responsabilidade na identificação de riscos e na promoção de práticas seguras. A cultura de segurança é atualmente considerada um dos principais componentes da qualidade assistencial e representa um fator determinante para a redução de eventos adversos em ambientes hospitalares (WHO, 2021).

A cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de valores, crenças, atitudes e comportamentos compartilhados pelos profissionais de uma instituição em relação à prevenção de danos durante a assistência à saúde. Organizações que possuem uma cultura de segurança fortalecida estimulam a comunicação aberta, o trabalho em equipe, a aprendizagem contínua e a identificação precoce de falhas nos processos assistenciais. Segundo Reis, Martins e Laguardia (2013), ambientes organizacionais que valorizam a segurança tendem a apresentar menor incidência de eventos adversos e melhores indicadores de qualidade.

Nas Unidades de Terapia Intensiva, a construção de uma cultura de segurança é particularmente importante devido à elevada complexidade dos cuidados prestados. Os pacientes internados nesses setores frequentemente necessitam de monitorização contínua, múltiplos medicamentos, procedimentos invasivos e suporte avançado às funções vitais. Essa combinação de fatores aumenta a possibilidade de falhas assistenciais, tornando indispensável a existência de mecanismos capazes de identificar riscos e promover melhorias contínuas nos processos de trabalho (PADILHA et al., 2019).

Um dos pilares da cultura de segurança é a notificação de incidentes e eventos adversos. Durante muitos anos, os erros assistenciais foram tratados predominantemente sob uma perspectiva punitiva, o que frequentemente levava os profissionais a ocultarem falhas por receio de punições. Atualmente, as organizações de saúde têm adotado uma abordagem mais voltada para o aprendizado organizacional, reconhecendo que a análise dos incidentes pode contribuir para a prevenção de novos eventos semelhantes (MENDES et al., 2021).

A notificação de eventos adversos permite identificar fragilidades nos processos assistenciais e desenvolver estratégias corretivas capazes de aumentar a segurança dos pacientes. Essas notificações podem envolver erros de medicação, falhas de comunicação, problemas relacionados a equipamentos, infecções associadas à assistência à saúde e outras situações que representem riscos ao paciente. A análise sistemática dessas ocorrências possibilita compreender suas causas e implementar ações preventivas mais eficazes (BRASIL, 2017).

A gestão de riscos constitui outro elemento fundamental para a promoção da segurança do paciente. Trata-se de um conjunto de ações destinadas a identificar, avaliar, monitorar e controlar situações que possam gerar danos durante a assistência. Nas UTIs, a gestão de riscos envolve desde a avaliação das condições estruturais da unidade até a análise dos processos clínicos e assistenciais desenvolvidos pela equipe multiprofissional. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2021), a gestão sistemática dos riscos contribui para a redução dos eventos adversos e

para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a utilização de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas desempenha papel importante na redução da variabilidade das práticas clínicas. Protocolos relacionados à prevenção de infecções, administração segura de medicamentos, prevenção de lesões por pressão e monitorização de pacientes críticos auxiliam na padronização dos cuidados e fortalecem a segurança assistencial. Além disso, favorecem a tomada de decisões fundamentadas em critérios técnicos e científicos, reduzindo a possibilidade de erros decorrentes de condutas inconsistentes.

A avaliação contínua da qualidade assistencial é realizada por meio de indicadores de segurança e desempenho. Esses indicadores permitem monitorar a efetividade das ações implementadas e identificar oportunidades de melhoria. Entre os indicadores mais utilizados em terapia intensiva destacam-se as taxas de infecção relacionada à assistência à saúde, incidência de lesões por pressão, ocorrência de quedas, eventos relacionados à administração de medicamentos, mortalidade hospitalar e tempo médio de permanência na unidade (AMIB, 2022).

A análise desses indicadores fornece informações importantes para gestores e profissionais de saúde, permitindo avaliar a qualidade da assistência prestada e direcionar intervenções para áreas que apresentem maior vulnerabilidade. Além disso, possibilita comparar resultados ao longo do tempo e verificar a efetividade das estratégias implementadas para promoção da segurança do paciente.

Outro aspecto relevante refere-se ao papel da liderança na construção de ambientes seguros. Gestores e coordenadores assistenciais exercem influência significativa sobre o comportamento das equipes e sobre a consolidação da cultura de segurança institucional. Líderes comprometidos com a qualidade assistencial estimulam a participação dos profissionais, incentivam a comunicação aberta e promovem ações voltadas para a educação permanente e melhoria dos processos de trabalho (MENDES et al., 2021).

A equipe multiprofissional também possui papel central na promoção da segurança do paciente. A atuação integrada entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e demais profissionais favorece a troca de informações, fortalece a tomada de decisões clínicas e amplia a capacidade de identificar precocemente situações de risco. Estudos demonstram que equipes que trabalham de forma colaborativa apresentam melhores resultados assistenciais e menor incidência de eventos adversos (WHO, 2021).

A segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva não depende exclusivamente da

existência de protocolos assistenciais ou tecnologias avançadas. Para que as estratégias de prevenção de danos sejam efetivas, é necessário que exista uma cultura organizacional voltada para a segurança, na qual todos os profissionais reconheçam sua responsabilidade na identificação de riscos e na promoção de práticas seguras. A cultura de segurança é atualmente considerada um dos principais componentes da qualidade assistencial e representa um fator determinante para a redução de eventos adversos em ambientes hospitalares (WHO, 2021).

A cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de valores, crenças, atitudes e comportamentos compartilhados pelos profissionais de uma instituição em relação à prevenção de danos durante a assistência à saúde. Organizações que possuem uma cultura de segurança fortalecida estimulam a comunicação aberta, o trabalho em equipe, a aprendizagem contínua e a identificação precoce de falhas nos processos assistenciais. Segundo Reis, Martins e Laguardia (2013), ambientes organizacionais que valorizam a segurança tendem a apresentar menor incidência de eventos adversos e melhores indicadores de qualidade.

Nas Unidades de Terapia Intensiva, a construção de uma cultura de segurança é particularmente importante devido à elevada complexidade dos cuidados prestados. Os pacientes internados nesses setores frequentemente necessitam de monitorização contínua, múltiplos medicamentos, procedimentos invasivos e suporte avançado às funções vitais. Essa combinação de fatores aumenta a possibilidade de falhas assistenciais, tornando indispensável a existência de mecanismos capazes de identificar riscos e promover melhorias contínuas nos processos de trabalho (PADILHA et al., 2019).

Um dos pilares da cultura de segurança é a notificação de incidentes e eventos adversos. Durante muitos anos, os erros assistenciais foram tratados predominantemente sob uma perspectiva punitiva, o que frequentemente levava os profissionais a ocultarem falhas por receio de punições. Atualmente, as organizações de saúde têm adotado uma abordagem mais voltada para o aprendizado organizacional, reconhecendo que a análise dos incidentes pode contribuir para a prevenção de novos eventos semelhantes (MENDES et al., 2021).

A notificação de eventos adversos permite identificar fragilidades nos processos assistenciais e desenvolver estratégias corretivas capazes de aumentar a segurança dos pacientes. Essas notificações podem envolver erros de medicação, falhas de comunicação, problemas relacionados a equipamentos, infecções associadas à assistência à saúde e outras situações que representem riscos ao paciente. A análise sistemática dessas ocorrências possibilita compreender suas causas e implementar ações preventivas mais eficazes (BRASIL, 2017).

A gestão de riscos constitui outro elemento fundamental para a promoção da segurança do paciente. Trata-se de um conjunto de ações destinadas a identificar, avaliar, monitorar e controlar situações que possam gerar danos durante a assistência. Nas UTIs, a gestão de riscos envolve desde a avaliação das condições estruturais da unidade até a análise dos processos clínicos e assistenciais desenvolvidos pela equipe multiprofissional. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2021), a gestão sistemática dos riscos contribui para a redução dos eventos adversos e para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a utilização de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas desempenha papel importante na redução da variabilidade das práticas clínicas. Protocolos relacionados à prevenção de infecções, administração segura de medicamentos, prevenção de lesões por pressão e monitorização de pacientes críticos auxiliam na padronização dos cuidados e fortalecem a segurança assistencial. Além disso, favorecem a tomada de decisões fundamentadas em critérios técnicos e científicos, reduzindo a possibilidade de erros decorrentes de condutas inconsistentes.

A avaliação contínua da qualidade assistencial é realizada por meio de indicadores de segurança e desempenho. Esses indicadores permitem monitorar a efetividade das ações implementadas e identificar oportunidades de melhoria. Entre os indicadores mais utilizados em terapia intensiva destacam-se as taxas de infecção relacionada à assistência à saúde, incidência de lesões por pressão, ocorrência de quedas, eventos relacionados à administração de medicamentos, mortalidade hospitalar e tempo médio de permanência na unidade (AMIB, 2022).

A análise desses indicadores fornece informações importantes para gestores e profissionais de saúde, permitindo avaliar a qualidade da assistência prestada e direcionar intervenções para áreas que apresentem maior vulnerabilidade. Além disso, possibilita comparar resultados ao longo do tempo e verificar a efetividade das estratégias implementadas para promoção da segurança do paciente.

Outro aspecto relevante refere-se ao papel da liderança na construção de ambientes seguros. Gestores e coordenadores assistenciais exercem influência significativa sobre o comportamento das equipes e sobre a consolidação da cultura de segurança institucional. Líderes comprometidos com a qualidade assistencial estimulam a participação dos profissionais, incentivam a comunicação aberta e promovem ações voltadas para a educação permanente e melhoria dos processos de trabalho (MENDES et al., 2021).

A equipe multiprofissional também possui papel central na promoção da segurança do

paciente. A atuação integrada entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e demais profissionais favorece a troca de informações, fortalece a tomada de decisões clínicas e amplia a capacidade de identificar precocemente situações de risco. Estudos demonstram que equipes que trabalham de forma colaborativa apresentam melhores resultados assistenciais e menor incidência de eventos adversos (WHO, 2021).

A enfermagem ocupa posição estratégica na promoção da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva, especialmente no acompanhamento de indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Por permanecer continuamente ao lado do paciente e participar diretamente da execução, supervisão e avaliação dos cuidados, o enfermeiro desempenha papel fundamental na identificação precoce de riscos, prevenção de eventos adversos e implementação de intervenções capazes de garantir uma assistência segura e de qualidade. Nesse contexto, a atuação da enfermagem ultrapassa a execução de procedimentos técnicos, envolvendo também atividades de planejamento, coordenação e monitoramento contínuo da assistência prestada (COFEN, 2023).

A complexidade dos pacientes internados em terapia intensiva exige dos profissionais de enfermagem conhecimento técnico-científico atualizado, capacidade de tomada de decisão rápida e habilidades para lidar com situações clínicas de elevada gravidade. No período pós-operatório, essa responsabilidade torna-se ainda mais evidente, uma vez que as primeiras horas após a cirurgia representam um momento de grande vulnerabilidade para o paciente. Alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas e metabólicas podem surgir rapidamente, demandando vigilância constante e intervenções imediatas (MORTON; FONTAINE, 2020).

Nesse cenário, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma importante ferramenta para organização do cuidado e fortalecimento da segurança do paciente. Regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, a SAE permite planejar, executar e avaliar os cuidados de forma estruturada e individualizada. Sua aplicação favorece a identificação das necessidades específicas de cada paciente e contribui para a elaboração de intervenções fundamentadas em critérios científicos e assistenciais (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem, componente operacional da SAE, é composto pelas etapas de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Em pacientes pós-cirúrgicos internados em UTI, esse processo possibilita uma avaliação abrangente das condições clínicas, permitindo identificar precocemente situações que possam comprometer a recuperação. Além disso, favorece a continuidade da assistência entre os diferentes profissionais da equipe e fortalece a comunicação interdisciplinar.

A vigilância contínua realizada pela enfermagem é um dos principais mecanismos para prevenção de eventos adversos no ambiente intensivo. A observação sistemática dos sinais vitais, do padrão respiratório, da perfusão tecidual, do estado neurológico e da resposta aos tratamentos instituídos permite identificar alterações clínicas ainda em estágios iniciais. Segundo Padilha et al. (2019), a capacidade de reconhecer precocemente sinais de deterioração clínica está diretamente relacionada à redução da morbimortalidade em pacientes críticos.

A administração segura de medicamentos também representa uma responsabilidade fundamental da equipe de enfermagem. Pacientes internados em UTI frequentemente utilizam medicamentos potencialmente perigosos, incluindo sedativos, analgésicos opioides, anticoagulantes e drogas vasoativas. A conferência rigorosa das prescrições, a identificação correta do paciente e a monitorização dos efeitos terapêuticos constituem medidas indispensáveis para prevenir erros de medicação e promover maior segurança assistencial (ISMP, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se à prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. A enfermagem participa ativamente da implementação de medidas preventivas, incluindo higienização das mãos, manejo adequado de dispositivos invasivos, realização de curativos e monitorização de sinais sugestivos de infecção. Essas ações são particularmente importantes em pacientes pós-cirúrgicos, que apresentam maior vulnerabilidade devido à presença de incisões cirúrgicas, drenos, cateteres e outros dispositivos utilizados durante a recuperação (ANVISA, 2021).

Além dos cuidados físicos, a enfermagem desempenha papel significativo no acolhimento e suporte emocional ao paciente e seus familiares. A internação em Unidade de Terapia Intensiva frequentemente gera sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, especialmente após procedimentos cirúrgicos complexos. A comunicação humanizada, o fornecimento de informações claras e o apoio emocional contribuem para reduzir o sofrimento psicológico e fortalecer a confiança dos pacientes durante o processo de recuperação (BACKES et al., 2020).

A relação entre vigilância intensiva e segurança do paciente torna-se particularmente evidente no contexto pós-operatório. A monitorização contínua oferecida pela UTI permite detectar precocemente sinais de hemorragias, infecções, insuficiência respiratória, alterações cardiovasculares e outras complicações capazes de comprometer a evolução clínica. Quanto mais precoce for a identificação dessas alterações, maiores são as possibilidades de intervenção eficaz e menores os riscos de agravamento do quadro clínico (KNOBEL, 2016).

Diversos estudos demonstram que pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de alta

complexidade apresentam melhores desfechos quando recebem acompanhamento intensivo nas primeiras horas após a cirurgia. A combinação entre recursos tecnológicos avançados, protocolos assistenciais estruturados e atuação multiprofissional especializada contribui para reduzir eventos adversos, diminuir o tempo de internação e aumentar a segurança durante todo o processo de recuperação (MENDES et al., 2021).

Dessa forma, a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva deve ser compreendida como resultado de um conjunto de ações integradas que envolvem monitorização contínua, utilização de protocolos assistenciais, gestão de riscos e atuação multiprofissional. Nesse cenário, a enfermagem assume papel central ao desenvolver atividades de vigilância clínica permanente e coordenar cuidados voltados para a prevenção de complicações e promoção da recuperação segura.

Portanto, ao analisar a assistência ao paciente pós-cirúrgico internado em Unidade de Terapia Intensiva, torna-se evidente que a vigilância intensiva constitui um importante instrumento para promoção da segurança e da qualidade assistencial. A capacidade de identificar precocemente alterações clínicas, associada à implementação rápida de intervenções terapêuticas, contribui significativamente para a redução de eventos adversos e para a melhoria dos resultados clínicos. Assim, a permanência do paciente cirúrgico em ambiente intensivo, quando adequadamente indicada, representa uma estratégia eficaz para ampliar a vigilância, fortalecer a segurança e favorecer uma recuperação mais segura e eficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a importância da assistência ao paciente no período pós-cirúrgico em Unidade de Terapia Intensiva, destacando a contribuição da vigilância clínica intensiva para a promoção da segurança do paciente e para a prevenção de complicações pós-operatórias. A partir da revisão da literatura científica, foi possível compreender que a internação em UTI, quando adequadamente indicada, constitui uma estratégia essencial para o acompanhamento de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de maior complexidade e risco clínico.

Os resultados evidenciaram que o período pós-operatório representa uma fase crítica da recuperação, caracterizada pela possibilidade de ocorrência de diversas complicações capazes de comprometer a evolução clínica dos pacientes. Entre as principais complicações identificadas destacam-se as alterações hemodinâmicas, insuficiência respiratória, infecções relacionadas à assistência à saúde, sepse, lesão renal aguda, complicações neurológicas e eventos tromboembólicos. Tais condições exigem monitorização contínua e intervenções rápidas, reforçando a relevância da Unidade de Terapia Intensiva como ambiente especializado para o cuidado desses indivíduos.

A análise dos estudos também permitiu verificar que a vigilância clínica intensiva constitui um dos principais fatores responsáveis pela identificação precoce de alterações fisiológicas e pela implementação oportuna das medidas terapêuticas necessárias. A utilização de recursos tecnológicos avançados, associada à observação sistemática realizada pelos profissionais de saúde, favorece o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, contribuindo para a redução de eventos adversos e para a melhoria dos desfechos assistenciais.

Outro aspecto relevante identificado durante o desenvolvimento desta pesquisa refere-se à importância da atuação multiprofissional na assistência ao paciente crítico. A integração entre enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e demais profissionais da equipe de saúde possibilita uma abordagem mais abrangente e individualizada, fortalecendo a qualidade do cuidado e ampliando a capacidade de resposta diante das complicações pós-operatórias. Nesse contexto, a enfermagem destaca-se pelo papel estratégico exercido na monitorização contínua, na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e na coordenação de ações voltadas para a segurança do paciente.

A pesquisa também evidenciou que a segurança do paciente deve ser compreendida como um componente fundamental da assistência em terapia intensiva. A adoção de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, a implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, a gestão de riscos e o fortalecimento da cultura de segurança contribuem significativamente para a redução de danos relacionados à assistência à saúde. Dessa forma, a segurança do paciente não depende apenas da competência técnica dos profissionais, mas também da organização dos processos assistenciais e do comprometimento institucional com a qualidade do cuidado.

Diante dos achados analisados, conclui-se que a permanência do paciente pós-cirúrgico em Unidade de Terapia Intensiva proporciona benefícios importantes relacionados à vigilância clínica,

à prevenção de complicações e à promoção da segurança assistencial. A monitorização contínua permite identificar precocemente alterações fisiológicas potencialmente graves, favorecendo intervenções rápidas e aumentando as possibilidades de recuperação satisfatória.

Assim, responde-se ao problema de pesquisa ao concluir que a assistência pós-cirúrgica realizada dentro da Unidade de Terapia Intensiva contribui significativamente para maior vigilância e segurança do paciente, reduzindo riscos, prevenindo complicações e favorecendo melhores resultados clínicos. Portanto, a UTI deve ser reconhecida não apenas como um ambiente destinado ao tratamento de pacientes graves, mas também como um importante recurso estratégico para garantir acompanhamento especializado durante o período pós-operatório de indivíduos com maior risco de instabilidade clínica.

Entre as limitações desta pesquisa, destaca-se a heterogeneidade metodológica das publicações analisadas, bem como a amplitude das situações cirúrgicas e dos perfis clínicos abordados. Essas características dificultam a comparação direta entre os resultados e impedem a generalização dos achados para todos os pacientes pós-cirúrgicos. Ainda assim, a convergência das evidências reforça a importância da vigilância intensiva e da atuação multiprofissional para a segurança assistencial.

Por fim, recomenda-se a realização de novos estudos que investiguem os impactos da vigilância intensiva em diferentes especialidades cirúrgicas, bem como pesquisas voltadas para a avaliação de protocolos assistenciais e estratégias multiprofissionais capazes de fortalecer ainda mais a segurança do paciente no contexto da terapia intensiva. Essas iniciativas poderão contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais e para o desenvolvimento de cuidados cada vez mais seguros, humanizados e baseados em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Diretrizes para admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: AMIB, 2022.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BACKES, Dirce Stein et al. Humanização da assistência em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020.

BELLomo, Rinaldo; KELLUM, John A.; RONCO, Claudio. Acute kidney injury in sepsis. **Intensive**

Care Medicine, Berlin, v. 43, n. 6, p. 816-828, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4755-7>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília, DF: ANVISA, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos básicos de segurança do paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência perioperatória e segurança do paciente cirúrgico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRUNICARDI, F. Charles et al. **Schwartz: princípios de cirurgia**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Atuação da enfermagem em terapia intensiva**. Brasília, DF: COFEN, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2026.

ELY, E. Wesley et al. Delirium in critically ill patients: clinical manifestations, outcomes and management. **The Lancet**, London, v. 389, n. 10070, p. 911-922, 2017.

FRANÇA, Eliane et al. Mobilização precoce em pacientes críticos: impactos na recuperação funcional. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 245-253, 2021.

GEERTS, William H. et al. Prevention of venous thromboembolism. **Chest**, Chicago, v. 133, n. 6, p. 381S-453S, 2008.

HERMANS, Greet; VAN DEN BERGHE, Greet. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. **Critical Care**, London, v. 19, n. 274, p. 1-9, 2015.

IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Patient Safety Essentials Toolkit**. Boston: IHI, 2020. Disponível em: <https://www.ihl.org>. Acesso em: 16 jul. 2026.

KNAUS, William A. et al. APACHE II: a severity of disease classification system. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 13, n. 10, p. 818-829, 1985.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

LINO, Maria M.; SILVA, Sérgio C. Evolução histórica das unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 45-52, 2001.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. Trabalho multiprofissional e segurança do paciente em terapia

intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, supl. 1, p. 1-10, 2021.

MORAES, Ana Paula; SILVA, Ricardo. Fragilidade e risco cirúrgico em pacientes idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-10, 2021.

MORENO, Rui et al. SAPS 3: from evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 31, n. 10, p. 1345-1355, 2005.

MORTON, Patricia Gonce; FONTAINE, Dorrie K. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

NATES, Joseph L. et al. ICU admission, discharge and triage guidelines. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 44, n. 8, p. 1553-1602, 2016.

NOGUEIRA, Lídia et al. Utilização de escores prognósticos em terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 589-597, 2020.

PADILHA, Kátia Grillo et al. Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 11-18, 2019.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Tecnologias da informação aplicadas à gestão e assistência em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. 1-9, 2021.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

REIS, Cláudia T. dos; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

SCHWEICKERT, William D. et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients. **The Lancet**, London, v. 373, n. 9678, p. 1874-1882, 2009.

SILVA, Maria Aparecida; FERREIRA, João Carlos. Humanização da assistência em terapia intensiva: desafios e perspectivas. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 55-63, 2020.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

TEASDALE, Graham; JENNETT, Bryan. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. **The Lancet**, London, v. 304, n. 7872, p. 81-84, 1974.

VINCENT, Jean-Louis et al. The SOFA score to describe organ dysfunction/failure. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 22, n. 7, p. 707-710, 1996.

WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**.

Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 16 jul. 2026.