

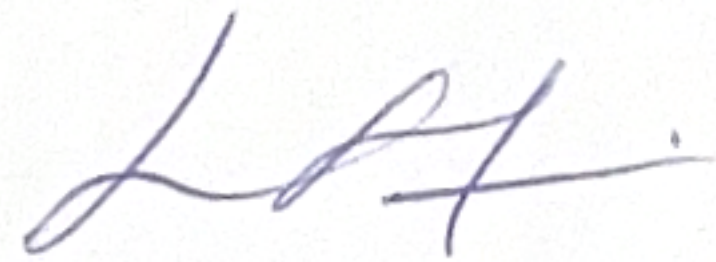
FACULDADES INTEGRADAS DE ARACRUZ – FAACZ

CURSO DE ENFERMAGEM

FOLHA DE AVALIAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Enfermagem em Anestesiologia: Fundamentos, Modelos Internacionais e Implicações para o Brasil”, de autoria dos discentes Mateus Batista Martins e Isabela Redivo de Oliveira, apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Aracruz – FAACZ, foi avaliado e considerado:

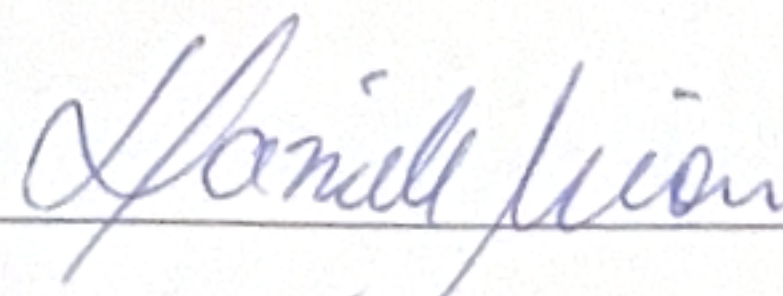
☒ Aprovado () Aprovado com ressalvas () Reprovado



Profª. DSc. Layla Mendonça Lirio
Faculdades Integradas de Aracruz
Orientadora / Presidente da Banca



Enfª. Esp. Elisangela Rodrigues
Faculdades Integradas de Aracruz
Examinadora Interna



Enfª. Esp. Daniele de Almeida Oliveira Mion Lopes
Fundação iNOVA Capixaba
Examinadora Externa

ARACRUZ, 09 DE DEZEMBRO DE 2025

FAACZ - Faculdades Integradas de Aracruz

Isabela Redivo De Oliveira

Mateus Batista Martins

**ENFERMAGEM EM ANESTESIOLOGIA: FUNDAMENTOS, MODELOS
INTERNACIONAIS E IMPLICAÇÕES PARA O BRASIL**

Aracruz

2025

ISABELA REDIVO DE OLIVEIRA

MATEUS BATISTA MARTINS

**ENFERMAGEM EM ANESTESIOLOGIA: FUNDAMENTOS, MODELOS
INTERNACIONAIS E IMPLICAÇÕES PARA O BRASIL**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado às Faculdades Integradas de Aracruz -
FAACZ, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem**

Orientador (a): Layla Mendonça Lírio

ARACRUZ

2025

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar nossos caminhos e nos sustentar em cada etapa desta jornada.

Às nossas famílias, pelo amor incondicional, incentivo e força que nos motivaram a seguir em frente mesmo nos dias mais desafiadores.

Aos professores e orientadores, que compartilharam saberes, dedicaram tempo e contribuíram de forma essencial para nossa formação acadêmica e humana.

Aos colegas de curso, pela parceria, apoio e pelos momentos que tornaram essa caminhada mais leve e especial.

A todos que, de alguma forma, estiveram presentes e contribuíram para que este ciclo fosse concluído com dedicação e esperança, registramos nossa profunda gratidão.

*“O sucesso é a soma de pequenos esforços
repetidos dias após dia.”
(Robert Collier).*

FACULDADES INTEGRADAS DE ARACRUZ – FAACZ

CURSO DE ENFERMAGEM

FOLHA DE AVALIAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Enfermagem em Anestesiologia: Fundamentos, Modelos Internacionais e Implicações para o Brasil”, de autoria dos discentes Mateus Batista Martins e Isabela Redivo de Oliveira, apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Aracruz – FAACZ, foi avaliado e considerado:

() Aprovado () Aprovado com ressalvas () Reprovado

Profª. DSc. Layla Mendonça Lirio
Faculdades Integradas de Aracruz
Orientadora / Presidente da Banca

Enfª. Esp. Elisangela Rodrigues
Faculdades Integradas de Aracruz
Examinadora Interna

Enfª. Esp. Daniele de Almeida Oliveira Mion Lopes
Fundação iNOVA Capixaba
Examinadora Externa

ARACRUZ, 09 DE DEZEMBRO DE 2025

ENFERMAGEM EM ANESTESIOLOGIA: FUNDAMENTOS, MODELOS INTERNACIONAIS E IMPLICAÇÕES PARA O BRASIL

Isabela Redivo De Oliveira¹

Mateus Batista Martins¹

Layla Mendonça Lirio²

1. Aluno do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas de Aracruz

2. Orientadora, docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas de Aracruz

RESUMO

Esta pesquisa analisa, em perspectiva histórico-analítica e comparada, as condições sob as quais a Enfermagem participa de processos anestésicos em diferentes países e discute a transferibilidade desses modelos ao contexto brasileiro. A partir de revisão narrativa de literatura científica e documental, são examinados fundamentos, marcos regulatórios, formação, escopo de prática, governança clínica e indicadores de segurança do paciente. Os resultados convergem para a ideia de que o desempenho seguro e efetivo depende de formação avançada com avaliação objetiva de competências, escopo escrito e auditável, supervisão proporcional ao risco e monitorização contínua de desfechos. Conclui-se que modelos prudentes, progressivos e institucionalmente robustos podem ampliar acesso e eficiência sem sacrificar a segurança do paciente, desde que preservadas barreiras intransponíveis a atos de alta complexidade e responsabilidades bem definidas entre profissionais e organizações.

Palavras-chave: Enfermagem. Anestesiologia. Centro cirúrgico. Segurança do paciente. Escopo de prática. Governança clínica.

ABSTRACT

This undergraduate thesis examines, through a historical-analytical and comparative lens, the conditions under which Nursing participates in anesthesia processes across countries and discusses the transferability of such models to Brazil. Based on a narrative review of scientific and regulatory literature, the study examines foundations, legal frameworks, education and training, scope of

practice, clinical governance, and patient safety indicators. Findings suggest that safe and effective performance relies on advanced education with competency-based assessment, a written and auditable scope, risk-proportional supervision, and continuous outcome monitoring. The conclusion is that cautious, phased, and institutionally robust models can expand access and efficiency without compromising patient safety, provided that high-complexity acts remain protected and responsibilities are clearly defined.

Keywords: Nursing. Anesthesiology. Operating room. Patient safety. Scope of practice. Clinical governance.

1 INTRODUÇÃO

A anestesiologia consolidou-se como eixo estruturante da cirurgia moderna por combinar avanços farmacológicos, desenho de processos assistenciais e tecnologias de monitorização orientadas à segurança do paciente. Da demonstração pública do éter, no século XIX, à institucionalização de protocolos perioperatórios, a literatura descreve reduções sustentadas de morbimortalidade relacionadas menos a inovações isoladas e mais à organização sistêmica do cuidado, com padronização de condutas, simulação clínica, treinamento deliberado e cultura de segurança (MOURA; PEREIRA, 2020; RBA, 1992). Nesse cenário, o centro cirúrgico configura um ambiente sociotécnico de alta complexidade, dependente de integração multiprofissional, redundâncias de segurança e confiabilidade de processos.

A Enfermagem ocupa posição estratégica na linha de cuidado perioperatório, com atribuições que incluem avaliação e preparo do paciente, gestão de dispositivos e fármacos, vigilância hemodinâmica e respiratória, apoio a técnicas de analgesia e recuperação pós-anestésica, em colaboração com o anestesiolegista e a equipe cirúrgica. Em diversos países, a participação do enfermeiro em processos anestésicos foi normatizada por arranjos que variam de prática avançada com autonomia regulada a modelos colaborativos com supervisão escalonada, conforme risco do procedimento e perfil do paciente (ICN, 2023). Nas experiências mais maduras, sobressaem três pilares: formação avançada com avaliação objetiva de competências, escopo de prática escrito, positivo e conferível e governança clínica orientada por protocolos e indicadores de desfecho (ICN, 2023; ESPÍRITO SANTO; MARTINHO, 2024).

A adoção desses elementos em cada país exige avaliação da realidade institucional. No Brasil, há infraestruturas desiguais, níveis distintos de cultura de segurança e lacunas regulatórias específicas para a atuação do enfermeiro em anestesia, embora a Enfermagem já demonstre competências sólidas em terapia intensiva, urgência/emergência e recuperação pós-anestésica (COFEN, 2016; COFEN, 2017; FLAUZINO et al., 2021). Esse cenário gera incertezas operacionais e disputas de atribuição, especialmente onde a distribuição de especialistas é mais desigual.

À luz das experiências internacionais, o estudo tem por objetivo analisar, em perspectiva histórico-comparada, a participação da Enfermagem em processos anestésicos e discutir a possibilidade de transferir esses modelos ao contexto brasileiro, considerando formação, escopo de prática, supervisão e governança clínica. A pergunta norteadora é: em que condições esses modelos podem ser adotados no Brasil sem comprometer a segurança do paciente? Parte-se da hipótese de que a adoção é segura quando há formação avançada com avaliação por desempenho, escopo de prática definido por escrito e conferível, supervisão proporcional ao risco e monitoramento contínuo de resultados (ICN, 2023; RBA, 1992; ESPÍRITO SANTO; MARTINHO, 2024).

A oportunidade do tema decorre de três razões, com ênfase no Espírito Santo. Primeiro, persiste lacuna regulatória específica para a atuação do enfermeiro em anestesia no País e no Estado, em contraste com experiências internacionais que estruturam formação, escopo e governança com impacto direto na segurança do paciente e na eficiência do bloco operatório (ICN, 2023; ESPÍRITO SANTO; MARTINHO, 2024). Segundo, observam-se assimetrias regionais entre a Região Metropolitana da Grande Vitória e municípios do interior, com sazonalidade de coberturas e crescimento da demanda eletiva e de urgência, demandando estratégias de ampliação do acesso sem deterioração de desfechos. Terceiro, a Enfermagem capixaba demonstra competências consolidadas em ambientes críticos, carecendo, porém, de debate técnico, ético e jurídico sobre condições e limites de participação em processos anestésicos, ancorado em critérios verificáveis de formação, supervisão e resultados (COFEN, 2016; COFEN, 2017; FLAUZINO et al., 2021). Ao centralizar a discussão em evidências mensuráveis e responsabilização institucional, pretende-se contribuir para decisões prudentes e para o desenho de projetos-piloto com métricas transparentes e progressão condicionada ao desempenho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A anestesiologia moderna pode ser entendida como um sistema sociotécnico: fármacos, dispositivos, protocolos e equipes trabalham de forma coordenada para garantir analgesia, amnésia, imobilidade e estabilidade hemodinâmica com risco aceitável para o paciente (Moura; Pereira, 2020). A redução consistente de eventos críticos não ocorreu por uma única inovação, mas pela soma de padronização de rotinas, monitorização multiparamétrica e cultura de segurança, especialmente quando serviços adotaram checklists perioperatórios e fluxos de resposta rápida a incidentes (SBA, 1992). Essa visão desloca o foco do desempenho individual para a qualidade do sistema de cuidado.

No cenário internacional, diferentes países estruturaram a participação do enfermeiro em anestesia em dois grandes arranjos: prática avançada com autonomia regulada e modelos colaborativos sob supervisão escalonada (International Council of Nurses ICN, 2023). Apesar das diferenças, há elementos que se repetem onde os resultados são mais estáveis: formação avançada com avaliação objetiva de competências; escopo de prática escrito e conferível, com limites claros; e governança clínica baseada em protocolos e indicadores (ICN, 2023; Espírito Santo; Martinho, 2024). Esses três pilares funcionam como regras que reduzem variação indesejada, permitem aprender com dados e tornam a prática mais previsível (Espírito Santo; Martinho, 2024).

O pilar formativo, para ser efetivo, vai além de carga horária. Programas de pós-graduação incluem estágios supervisionados intensivos, simulação de alta fidelidade e exames estruturados de competência técnica e não técnica — comunicação, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão — com uso de instrumentos como OSCE, mini-CEX e listas de verificação (ICN, 2023; Cassiani et al., 2016). Sem aferição objetiva e periódica, a prática tende a se apoiar em reputação ou experiência passada, o que aumenta a variabilidade e diminui a capacidade de corrigir rumos oportunamente (Flauzino et al., 2021).

O segundo pilar, o escopo de prática, é um documento que descreve o que o enfermeiro pode fazer, em quais condições e com quais registros obrigatórios. Trata-se de escopo positivo: define atos permitidos e o contexto de realização — por exemplo, sedação procedural em pacientes de baixo risco e analgesia regional periférica selecionada — e fixa limites que não podem ser ultrapassados, como anestesia geral em pacientes com alto risco, manejo de via aérea difícil antecipada ou bloqueios neuraxiais de grande porte em condições adversas (ICN, 2023; Espírito Santo; Martinho, 2024). Quando o escopo é escrito e conferível, as equipes lidam com menos dúvidas operacionais,

a responsabilização fica explícita e o credenciamento por técnica e por perfil de paciente torna-se transparente (Espírito Santo; Martinho, 2024).

O terceiro pilar é a governança clínica. Ele organiza como o serviço garante segurança todos os dias: triagem de risco, listas de verificação, protocolos de sedação e analgesia, farmacovigilância local, documentação padronizada e auditorias com feedback. A governança se completa com indicadores sensíveis — hipotensão sustentada, dessaturação clinicamente relevante, falhas de via aérea, conversões não planejadas, reintubação em recuperação e eventos adversos de medicação — que permitem detectar tendências, comparar períodos e ajustar processos (Espírito Santo; Martinho, 2024; SBA, 1992). Com dados em mãos, decisões de credenciamento, recredenciamento e educação permanente deixam de ser subjetivas.

Do ponto de vista clínico-operacional, a literatura enfatiza graduar o risco: classificação ASA, previsão de dificuldade de via aérea, duração e porte do procedimento, perda sanguínea esperada e comorbidades orientam a indicação de técnicas (sedação, bloqueios periféricos, neuraxiais, anestesia geral) e o nível de supervisão. Modelos seguros descrevem níveis de supervisão — indireta, direta próxima ou presença mandatória — vinculados ao perfil do paciente e do procedimento, registrando no prontuário o plano anestésico compartilhado e rotas de escalonamento (ICN, 2023). Nesse arranjo, supervisão deixa de ser disponibilidade nominal e passa a ser processo verificável.

As competências não técnicas também influenciam desfechos. Comunicação clara, liderança situacional, consciência situacional e tomada de decisão em tempo real tendem a reduzir falhas de coordenação e melhorar a resposta a eventos críticos quando treinadas e avaliadas por meio de simulação e debriefing estruturado (Cassiani et al., 2016; ICN, 2023).

Experiências internacionais relatam que, quando formação com avaliação por desempenho, escopo claro e governança por indicadores coexistem, é possível ampliar acesso e eficiência em casuística de baixo e médio risco sem piorar a segurança. Onde há lacunas nesses elementos, a mesma denominação “enfermeiro em anestesia” pode encobrir práticas muito diferentes, com resultados imprevisíveis (Espírito Santo; Martinho, 2024; Flauzino et al., 2021). Por isso, a unidade de análise deve ser o sistema local, não apenas o título profissional.

A transposição para o Brasil exige leitura institucional: disponibilidade de corpo docente e preceptoria, infraestrutura de simulação, maturidade da cultura de segurança, qualidade dos

sistemas de registro, capacidade de monitorar eventos adversos e base legal para sustentar responsabilidades (Flauzino et al., 2021). Onde essas condições não estão presentes, a prioridade é construir fundamentos — padronizar documentação, treinar equipe, adotar checklists e farmacovigilância — antes de discutir expansão de escopo. Onde os fundamentos existem, o caminho prudente é iniciar por casos de baixo risco, credenciar por técnica, medir indicadores e ampliar gradualmente com base em resultados (ICN, 2023).

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo bibliográfico-documental, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, estruturado como revisão narrativa com análise comparada de modelos internacionais de atuação da Enfermagem em anestesia. O corpus incluiu artigos científicos, diretrizes profissionais, legislações e documentos de órgãos reguladores, em português, inglês e espanhol, com prioridade para as duas últimas décadas na dimensão regulatória e de resultados assistenciais, admitindo-se fontes históricas quando necessárias à contextualização (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A pergunta norteadora foi: sob quais condições de formação, escopo e governança a participação do enfermeiro em anestesia demonstrou segurança e efetividade e o que é indispensável para uma proposta brasileira responsável? A busca concentrou-se em bases biomédicas e repositórios institucionais, complementada por rastreamento de referências. Os critérios de inclusão abrangeram documentos que descrevessem requisitos formativos, escopo e limites de atuação, arranjos de supervisão, instrumentos de segurança do paciente e indicadores de desempenho; foram excluídas peças estritamente opinativas sem base normativa ou dados. Procedeu-se à leitura integral e à extração padronizada de informações (jurisdição, formação, escopo, supervisão, instrumentos de segurança, indicadores), seguida de análise temática nas dimensões: histórico-organizacional; educacional-competencial; regulatória-jurídica; assistencial-epidemiológica (CASSIANI et al., 2016; ICN, 2023).

4 RESULTADOS

A análise do material selecionado evidencia forte convergência entre diretrizes internacionais, normativas nacionais e estudos de base educacional e histórica quanto aos elementos que estruturam a participação da Enfermagem em processos anestésicos. As diretrizes do International

Council of Nurses (ICN) apresentam um arcabouço explícito para a prática avançada, combinando exigências de formação com avaliação por competências, definição escrita de escopo e mecanismos de supervisão e governança baseados em dados; nesse modelo, a segurança emerge da articulação entre currículo robusto, delimitação de atos permitidos e monitoramento sistemático de resultados (ICN, 2023).

Em linha semelhante, a análise comparativa de Espírito Santo e Martinho (2024) descreve experiências internacionais nas quais a efetividade e a previsibilidade do cuidado dependem de quatro pilares institucionais: formação avançada com aferição objetiva, escopo positivo com limites claros para alta complexidade, colaboração estruturada entre enfermeiros e anestesiológicos e vigilância contínua de desfechos (ESPÍRITO SANTO; MARTINHO, 2024).

Quadro 1 – Estudos e documentos analisados

Autor/Ano	Objetivo do documento/estudo	Síntese das contribuições relevantes
ICN (2023)	Estabelecer diretrizes para Prática Avançada em Enfermagem, incluindo requisitos formativos, escopo e governança.	Define pilares de formação avançada com avaliação por competências, escopo positivo escrito, supervisão proporcional ao risco e governança com indicadores como base para práticas seguras e transferíveis entre sistemas.
Espírito Santo; Martinho (2024)	Analisar modelos internacionais de Enfermagem em anestesia e discutir lições para países lusófonos.	Sustenta que segurança e efetividade dependem da coexistência de formação avançada, limites explícitos (barreiras intransponíveis), colaboração médico-enfermeiro e monitoramento contínuo de desfechos.
COFEN (2016)	Dispor sobre competências do enfermeiro em ambientes críticos e normatizar atos de enfermagem especializados.	Reconhece competências da Enfermagem em UTI, urgência/emergência e recuperação pós-anestésica; não define ato anestésico para enfermeiros, mantendo a necessidade de supervisão médica em procedimentos de maior risco.
COFEN (2017)	Atualizar e complementar normativas relativas a atos e responsabilidades de enfermagem.	Mantém diretrizes de segurança, documentação e responsabilização; reforça que procedimentos de alto risco exigem presença/coordenação médica e protocolos institucionais.
Flauzino et al. (2021)	Mapear competências do enfermeiro em ambientes críticos e seus desafios assistenciais.	Evidencia variabilidade formativa e institucional; recomenda avaliação objetiva e padronização para reduzir variação indesejada e sustentar ampliação segura de escopo.
RBA – Revista Brasileira de Anestesiologia (1992)	Discutir evolução da segurança perioperatória e protocolos no Brasil.	Aponta que quedas de morbimortalidade derivam da organização sistêmica do cuidado: checklists, algoritmos de via aérea, farmacovigilância e auditorias periódicas.
Moura; Pereira (2020)	Sintetizar a história da anestesiologia no Brasil e a construção da segurança perioperatória.	Mostra transição de intervenções isoladas para sistemas de segurança com treinamento deliberado, simulação, protocolos e cultura de segurança.

Cassiani et al. (2016)	Discutir educação baseada em competências na formação avançada em Enfermagem.	Propõe currículo orientado a competências avaliáveis (OSCE, mini-CEX), simuladores e revalidação periódica como base para desempenho consistente.
Mendes; Silveira; Galvão (2008)	Descrever método de revisão integrativa e síntese de evidências em Enfermagem.	Fundamenta estratégias de busca, critérios de inclusão/exclusão e síntese temática, úteis ao desenho metodológico desta revisão.

No contexto brasileiro, as Resoluções do COFEN (2016; 2017) reconhecem competências consolidadas da Enfermagem em ambientes críticos, como terapia intensiva, urgência/emergência e recuperação pós-anestésica, mas não estabelecem um marco específico para o ato anestésico realizado por enfermeiros; ao mesmo tempo, reforçam a necessidade de documentação padronizada, responsabilização e presença/coordenação médica em procedimentos de maior risco, o que traduz a centralidade da supervisão proporcional e do desenho institucional na manutenção da segurança (COFEN, 2016; COFEN, 2017). Em complemento, a revisão de Flauzino et al. (2021) demonstra variabilidade formativa e organizacional no país, apontando lacunas de padronização e de avaliação objetiva de competências como fatores associados a maior variação de prática — achado que sustenta a adoção de currículos e processos avaliativos mais rigorosos quando se discute ampliação de escopo (FLAUZINO et al., 2021).

A literatura analisada, com destaque para Cassiani et al. (2016), sustenta que currículos orientados por competências, uso sistemático de simulação de alta fidelidade e instrumentos objetivos de avaliação (por exemplo, OSCE e mini-CEX) reduzem a variabilidade e sustentam desempenho consistente em tarefas técnicas e não técnicas, fornecendo um caminho operacional para credenciamento granular por técnica e por perfil de paciente (CASSIANI et al., 2016).

Sob perspectiva histórica e de segurança do paciente, a Revista Brasileira de Anestesiologia documenta a transição, no Brasil, de intervenções tecnológicas isoladas para sistemas de segurança baseados em checklists, algoritmos de manejo de via aérea, farmacovigilância e auditorias — elementos que se consolidaram como instrumentos centrais da governança clínica e que explicam a redução sustentada da morbimortalidade perioperatória (RBA, 1992). A síntese de Moura e Pereira (2020) reforça essa leitura ao mostrar que a queda de eventos críticos está mais ligada à organização sistêmica do cuidado e ao treinamento deliberado do que a inovações pontuais, o que alinha a discussão atual sobre ampliação de escopo de Enfermagem com a necessidade de manter e fortalecer tais sistemas (MOURA; PEREIRA, 2020).

Integrando as fontes do Quadro 1, os resultados indicam que contextos com formação avançada avaliada por desempenho, escopo positivo escrito e conferível com barreiras explícitas para atos de alta complexidade, supervisão escalonada por risco e governança com indicadores sensíveis tendem a apresentar menor variabilidade assistencial, segurança preservada em casuística de baixo e médio risco e ganhos de acesso e eficiência das salas cirúrgicas (ICN, 2023; ESPÍRITO SANTO; MARTINHO, 2024). Em contraste, cenários marcados por heterogeneidade formativa, ausência de revalidação periódica e indefinições normativas mantêm controvérsia e maior variabilidade de resultados (FLAUZINO et al., 2021; COFEN, 2016; COFEN, 2017). Diante disso, a evidência sintetizada respalda que qualquer proposta de ampliação do papel da Enfermagem em anestesia no Brasil deva iniciar-se por casuística de menor risco — notadamente sedação procedural e analgesia regional selecionada —, com credenciamento granular, documentação padronizada e monitoramento contínuo de indicadores de processo e de desfecho (RBA, 1992; ICN, 2023; ESPÍRITO SANTO; MARTINHO, 2024).

5 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão mostram que o debate sobre a participação da Enfermagem em processos anestésicos só avança quando a conversa sai de “quem pode” e passa para “como fazer com segurança”. Em termos práticos, a segurança depende de quatro peças que funcionam juntas: formação, limites claros do que pode ser feito, supervisão de acordo com o risco e uso de dados para acompanhar resultados (ICN, 2023; Espírito Santo; Martinho, 2024).

Partindo disso, a formação é o primeiro passo. Programas de pós-graduação com simulação e avaliação por desempenho (OSCE, mini-CEX, listas de verificação) reduzem a variação entre profissionais e aumentam a adesão a protocolos, especialmente em sedação de menor complexidade e analgesia regional selecionada (Cassiani et al., 2016; ICN, 2023). No Brasil, ainda há trajetórias formativas desiguais e pouca revalidação periódica, o que empurra a discussão para disputas corporativas, quando ela deveria estar centrada em competência medida e atualizada (Flauzino et al., 2021).

Em seguida, é necessário definir o escopo por escrito e de forma conferível. O documento deve dizer o que pode ser feito, em quais condições, com quais pré-requisitos e quais registros serão produzidos; e também quais limites não podem ser ultrapassados em atos de alta complexidade,

como anestesia geral em pacientes de alto risco, manejo antecipado de via aérea difícil e bloqueios neuraxiais extensos em cenários adversos. Quando isso está claro, há menos dúvida sobre papéis e mais previsibilidade no trabalho em equipe (ICN, 2023; Espírito Santo; Martinho, 2024).

A supervisão completa o desenho. Modelos graduados — supervisão indireta na baixa complexidade e presença do anestesiológista quando aumenta o risco — tendem a ser mais seguros, sobretudo quando o plano anestésico é combinado antes e as rotas de decisão estão claras no prontuário (ICN, 2023; Cofen, 2016; Cofen, 2017). Em outras palavras, supervisão não é só “estar disponível”; é ter processo definido.

Por fim, a governança transforma dados em melhoria. Serviços que acompanham indicadores sensíveis, como hipotensão sustentada, dessaturação relevante, falhas de via aérea, conversões não planejadas, reintubação na recuperação e eventos adversos de medicação, conseguem aprender mais rápido e corrigir rumos com menos custo para o paciente (RBA, 1992; Moura; Pereira, 2020; ICN, 2023). Com isso, a conversa deixa de ser “pode ou não pode” e passa a ser “o que entregamos e como melhoramos”.

Para aplicar esse conjunto no Brasil, especialmente no Espírito Santo, é prudente começar pequeno e medir. A trajetória mais segura é iniciar por casos de menor risco (sedação procedural e analgesia regional selecionada), com credenciamento por técnica, simulação estruturada, avaliação objetiva recorrente e supervisão escalonada. A expansão deve depender do alcance consistente de metas de segurança e desempenho (ICN, 2023; Espírito Santo; Martinho, 2024).

No campo normativo, as resoluções já reconhecem competências da Enfermagem em ambientes críticos e exigem documentação, protocolos e coordenação médica em procedimentos de maior risco. O passo seguinte é ligar formação e escopo a critérios verificáveis de supervisão e resultado, para reduzir interpretações caso a caso e aumentar a previsibilidade institucional (Cofen, 2016; Cofen, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise indica que ampliar a participação da Enfermagem na anestesia é possível quando o serviço opera com regras claras, pessoas treinadas e acompanhamento sistemático de resultados. O ponto central não é “quem faz”, mas “como se garante segurança”: competência demonstrada,

limites definidos para procedimentos de maior risco, supervisão que de fato funciona e uso de dados para corrigir rotas.

Para aplicação no Brasil, com foco no Espírito Santo, o caminho sugerido é começar pequeno e medir: iniciar por casos de baixo risco (sedação procedural e algumas analgesias regionais), credenciar por técnica, usar simulação e avaliação prática, e ajustar a supervisão ao risco do paciente e do procedimento. A expansão só deve ocorrer quando metas de segurança e desempenho forem mantidas de forma estável, com possibilidade de recuo se houver piora.

A hipótese do estudo foi confirmada: modelos bem estruturados tendem a ampliar acesso sem perda de segurança. As principais limitações são o desenho narrativo e a heterogeneidade das fontes, que reduzem a força causal e a generalização. Próximos passos incluem estudos prospectivos em serviços capixabas, com painel mínimo de indicadores e análise de custo-efetividade, para decidir com base em resultados observados e não em suposições.

REFERÊNCIAS

CASSIANI, S. H. B.; SILVA, F. A.; LATORRACA, C. O. Educação baseada em competência na formação avançada em Enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, e2787, 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resoluções nº 509/2016 e nº 543/2017. Brasília, DF, 2016-2017. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 19 nov. 2025.

ESPÍRITO SANTO, A.; MARTINHO, C. Enfermagem de prática avançada em anestesia: fundamentos, escopos e governança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2024.

FLAUZINO, J. R. et al. Competências do enfermeiro em ambientes críticos: análise normativa e desafios assistenciais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 74, n. 5, e20200654, 2021.

ICN. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: ICN, 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOURA, A.; PEREIRA, B. História da anestesiologia no Brasil e a construção da segurança perioperatória. Rio de Janeiro: Editora Científica, 2020.

RBA. Revista Brasileira de Anestesiologia. Evolução dos protocolos de segurança perioperatória no Brasil. Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 201-209, 1992.