
Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos

Maria Damares Almeida Macena

Graduanda em Enfermagem

Mariana Gondim Mariutti Zeferino

Doutora em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas

Denize Alves de Almeida

Mestra em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas

1. Introdução

O Centro Cirúrgico (CC) é considerado uma das unidades mais complexas do hospital devido aos procedimentos realizados, suas especificidades e presença de agentes estressores relacionados ao risco do paciente ao ser submetido ao procedimento cirúrgico. Um local dentro do hospital que deve estar preparado, com equipe exclusiva e treinada, segundo um conjunto de requisitos que o tornam apto à prática da cirurgia ⁽¹⁾.

Destacam-se entre suas finalidades, a realização de procedimentos cirúrgicos, otimização de campo de estágio para a formação treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; e o desenvolvimento científico para aprimoramento de novas técnicas e afins ⁽¹⁾.

Em relação a sua estrutura física, devido ao controle de infecção, CC é projetado apenas para a circulação dos profissionais que lá atuam, sendo de acesso limitado ao público, por conta da importância do controle asséptico. Assim, recomenda-se que seja próximo as unidades de internação, pronto socorro, e unidade de terapia intensiva a fim de contribuir com intervenção imediata e fluxo de pessoas ⁽¹⁻²⁾.

O bloco cirúrgico pode ser composto por: sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), central de materiais e esterilização. O CC também divide-se em três áreas:

- Irrestrita: circulação livre dos funcionários, com roupas comuns. (Secretaria, vestiário e corredor de entrada);

- Semi-restrita: ficam paralelas as outras duas áreas, exige o uso de uniforme privativo (expurgo, sala de estar e sala de preparo de material).

- Restrita: transito privativo na qual é utilizado o maior rigor para as vestimentas de acordo com o protocolo da instituição. (sala de cirurgia, centro obstétrico) ⁽¹⁻³⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, o número de salas de cirúrgicas para a Unidade de Centro Cirúrgico é quantificado com base na capacidade de leitos do hospital. Preconizam-se duas salas para cada 50 leitos não especializados ou para cada 15 leitos cirúrgicos⁽²⁾.

Para uma estruturada física adequada deve-se considerar horário de funcionamento do CC, especialidades cirúrgicas atendidas, duração média das cirurgias, números de cirurgias por dia, números de leitos cirúrgicos do hospital e características do hospital⁽³⁾.

Cirurgia é a parte do processo terapêutico em que o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente. Podem-se realizar cirurgias eletivas as quais são marcadas anteriormente e cirurgias de emergência/urgência, assim as cirurgias são compostas por três fases: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória⁽³⁾.

A fase pré-operatória inicia-se a partir do momento que a intervenção cirúrgica é decidida e estende-se até o momento em que o cliente está na mesa de cirurgia. Nessa fase devem ocorrer orientações ao cliente, os cuidados necessários de acordo com cada tipo de cirurgia⁽³⁾.

As orientações pré-operatório imediato devem esclarecer dúvidas do cliente e explicar quanto ao procedimento a ser realizado como preparação cirúrgica, sequência de eventos pela qual o cliente será submetido, tipo de incisão prevista, hora da cirurgia, medicação pré-anestésica, expectativas quanto à participação do cliente, função da equipe hospitalar e cliente e finalidade de diversos tipos de procedimentos pós-operatórios de rotina⁽⁴⁾.

A fase transoperatória tem início desde a entrada do paciente no centro cirúrgico até sua admissão na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), nesta fase que ocorre o ato cirúrgico e toda a preparação que este envolve⁽⁵⁾.

O pós-operatório imediato tem seu início na SRPA, para onde é levado o cliente pós-operado, ainda sob efeito da anestesia.

A recuperação pós-anestésica tem como objetivo principal prestar ao cliente todos os cuidados necessários até a recuperação de seus reflexos e estabilização dos sinais vitais⁽⁶⁾.

Para a realização de uma cirurgia é necessária uma série de preparos e rituais que irão auxiliar e facilitar nos procedimentos, assim evitando possível infecção e outras complicações. Ritual é um conjunto de práticas consagradas pelo uso e/ou por normas, e que devem ser observadas de forma invariável em ocasiões determinadas; cerimonial e ética⁽⁷⁾.

O período de recuperação pós-anestésica é considerado crítico, uma vez que o paciente passa por um procedimento cirúrgico e recebe drogas anestésicas, exigindo vigilância constante da equipe cirúrgica, sendo papel da enfermagem prestar assistência integral ao paciente ⁽⁴⁾.

Para realização do procedimento cirúrgico o paciente deve estar sedado, anestesiado total ou parcialmente de acordo com o porte cirúrgico. Deve ser realizada uma consulta pré anestésica antes de todo e qualquer procedimento anestésico-cirúrgico. Durante essa consulta é observado e avaliado a história médica pregressa e atual do paciente, tipo de cirurgia a ser realizada, tempo operatório, exames complementares e exame físico formando assim um perfil ideal para a escolha da anestesia/analgesia ideal ao paciente, pelo profissional anesthesiologista ⁽⁷⁾.

Os medicamentos anestésicos gerais, inalatórios ou endovenosos, promovem a depressão dos neurônios no nível encefálico, geralmente utilizado para cirurgias de grande porte. Sendo assim, com a anestesia ocorre a perda da sensibilidade dolorosa e da consciência, e amnésia ⁽⁷⁻⁸⁾.

Os estágios de anestesia geral são quatro: o primeiro no início da anestesia onde o paciente respira a mistura anestésica pode ocorrer, sensação de calor, tontura, formigamento e o cliente conseguem movimentar-se ⁽³⁾.

No segundo estágio, o paciente apresenta agitação psicomotora, gritos, falas, risos, ou mesmo choro, o pulso torna-se rápido e respiração irregular, pode ser frequentemente evitado através da administração suave e rápida do anestésico ⁽³⁾.

O terceiro estágio da anestesia cirúrgica consiste na administração contínua de vapor ou gás, onde o cliente encontra-se inconsciente e o quarto estágio refere ao momento em que for administrada uma quantidade excessiva de anestésico, sendo esse tipo de anestesia feito em cirurgias de grande porte ⁽³⁾.

A anestesia local é empregada para procedimentos menores, no local da incisão são aplicados anestésicos locais como lidocaína ou bupivacaína. Este tipo de anestesia não envolve perda da consciência e depressão das funções vitais, produzindo perda da sensibilidade temporária, causada pela inibição da condução nervosa ⁽³⁾.

Os anestésicos locais promovem o bloqueio da condução do impulso elétrico nos nervos periféricos, sendo assim analgesia é a perda da sensibilidade dolorosa com a preservação do estado da consciência ⁽⁸⁾.

Os mais comuns são peridural e raquidiana, que são utilizadas em cirurgias ortopédicas e cesarianas, são escolhidas pelo anesthesiologista de acordo com a necessidade e especificidades de cada paciente ⁽⁸⁾.

Na anestesia peridural, o anestésico é administrado no espaço peridural como o próprio nome. Neste caso não há perfuração da duramáter e nem perda liquórica. O bloqueio segmentar é produzido nas fibras sensoriais, espinhais e também nas fibras nervosas, podendo ser parcialmente bloqueadas^(3,4).

A raquianestesia, geralmente é administrada ao nível da coluna lombar, obtida pelo bloqueio dos nervos espinhais do espaço subaracnóide. O anestésico é depositado junto ao líquor, ocorrendo perfuração da duramater⁽³⁻⁴⁾.

As diferenças entre raquidiana e peridural são a quantidades totais de anestésicos, o local entre cada anestésico é administrado e o tipo de agulha utilizado⁽⁴⁾.

Os cuidados aos pacientes pós cirúrgicos surgiram na Inglaterra em 1801, onde havia um espaço reservado ao lado das salas de operações, a fim de observar atentamente as reações desses pacientes. Porém, os objetivos específicos só foram estabelecidos em 1944, entre elas, atuação da enfermagem na assistência ao paciente pós anestésico a fim de planejar e implementar cuidados específicos ao mesmo evitando assim complicações posteriores, decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico⁽⁵⁾.

Sendo assim estabelecidos padrões de estrutura física e de treinamento de conduta a equipe e monitorização prestada ao paciente⁽⁶⁾.

Segundo a portaria MS/GM 1884/94 de 11.11.94(2), que revogou a portaria MS 400/77 (D.O.U 15/12/77), se estabeleceu a obrigatoriedade da SRPA para receber no mínimo 2 pacientes simultaneamente em condições satisfatórias. Esta portaria ressalta que sua capacidade operativa deve guardar relação com um programa de trabalho determinado para a unidade⁽⁷⁾.

A SRPA é uma estrutura física localizada ao lado ou próximo ao centro cirúrgico a fim de receber os pacientes em pós operatório imediato submetidos a anestesia, onde é realizada uma monitorização intensa e implementados cuidados intensivos até a recuperação do nível de consciência e padrões de normalidade em seus sinais vitais, sendo composto por uma equipe multiprofissional, com o anestesiolegista, o enfermeiro, o técnico e auxiliar de enfermagem⁽⁹⁾.

A intervenção de enfermagem é extremamente importante para a monitorização dos sinais clínicos do paciente, sendo preconizado no Brasil o número específico de enfermeiros, técnicos e auxiliares de acordo com o número de leitos: sendo um enfermeiro para cada cinco leitos, um técnico para cada três leitos e um auxiliar de enfermagem para cada cinco leitos^(8,9).

O tempo de permanência do paciente no SRPA é variável de acordo com o retorno dos seus reflexos aos parâmetros de normalidade e sua consciência recuperada. O que ocorre em geral de duas horas após o término do ato cirúrgico⁽⁹⁾.

Para uma assistência adequada é necessário uma busca pela individualização do cuidado ao paciente, com exatidão e detecção de possíveis problemas relacionado ao procedimento cirúrgico^(7,8).

Na rotina na SRPA destacam-se procedimentos como oxigenoterapia, monitorização clínica, observação da cor da pele e mucosas; padrão respiratório; sangramentos, nível de bloqueio sensitivo, globo vesical e a força muscular^(8,9).

Para avaliação do cliente é utilizada a Escala de Aldretekroulik que foi implantada em 1970, inspirado na escala da Apgar, a qual é utilizada para avaliar as condições dos recém-nascidos. Já a de Aldrete e Kroulik de é um método que avalia as condições fisiológicas dos pacientes submetidos a procedimentos anestésicos. Esse índice avalia o sistema cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular utilizando parâmetros clínicos de fácil verificação, como frequência respiratória, pressão arterial, nível de consciência e porcentagem de saturação de oxigênio no sangue que é realizado com oxímetro de pulso. Cada parâmetro clínico avaliado é pontuado de 0 a 2 pontos, a soma dos pontos vale 10⁽¹⁾.

O uso de escala de Aldrete tem como objetivo sistematizar a observação das condições fisiológicas dos pacientes em SRPA de um modo simples e objetivo.

Quadro 1 - Índice da Escala de Aldrete e Kroulik

Atividade muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	0

Circulação	PA em 20% do nível pré anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter a saturação de O ₂ acima de 92% em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter a saturação acima de 90%	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de O ₂	1
		0

Fonte: SOBECC, 2007.

Maneiras de como deve ser avaliado os parâmetros de acordo com o índice de Aldrette e Kroulik:

- Respiração: Deve-se verificar a frequência respiratória e a expansibilidade torácica por um minuto.

- Circulação: Pressão Arterial deve ser observada de forma simples porem com atenção aos sons produzidos aos sons da pressão sistólica e diastólica e aos manguitos apropriados para pessoas obesas, magras e crianças.

- Oximetria de pulso: deve estar acima de 92%, levando em consideração o estado basal do Paciente.

- Atividade muscular: Avaliado através da movimentação voluntaria do paciente no leito, este parâmetro é importante quando o paciente é submetido a uma anestesia regional incluindo a anestesia espinal, peridural, e os bloqueios dos grandes nervos periféricos em que o mesmo perde temporariamente a sensibilidade térmica, tátil, dor e motilidade.

- Nível de consciência: Avaliar a orientação do paciente quanto a tempo e espaço ⁽⁹⁾.

Cabe ao enfermeiro identificar os possíveis riscos existentes relacionados ao trauma anestésico cirúrgico, além de planejar e implementar ações a fim de garantir a segurança do paciente. Os principais riscos do paciente em recuperação anestésica, são ^(8,9):

-Riscos cirúrgicos: extensão do trauma e suas alterações endócrinas, sangramento, dor, alterações dos sinais vitais.

-Riscos anestésicos: drogas pré-anestésicas e anestésicas utilizadas, potencial de depressão respiratória, interação medicamentosa.

-Riscos individuais: idade, estado nutricional, doenças associadas, estado emocional.

Além do trabalho de identificar tais riscos, compete ao enfermeiro realizar uma avaliação global do quadro clínico do paciente com diferentes variáveis com: função respiratória e cardiovascular, sistema nervoso central, dor, temperatura, atividade motora, equilíbrio hidroeletrólítico, infusões, drenagens, condições de curativos, ocorrência de náuseas e vômitos, entre outros possíveis desconfortos ⁽⁹⁾.

A equipe de enfermagem deve prestar uma assistência direta e de atenção integral ao paciente, através das escalas estabelecidas é possível mensurar o quadro clínico do paciente, e possíveis sinais de desconforto. Como os citados abaixo: ^(8,9)

- Dor: deve ser mensurada, avaliada e quantificada, deve-se procurar posicionar o paciente corretamente no leito, utilizar coxins e proceder à terapia medicamentosa segundo prescrição médica.

- Complicações respiratórias: hipóxia, obstrução das vias aéreas superiores, hipoventilação, apnéia e broncoaspiração. Deve-se monitorar sinais vitais, elevar decúbito de 30 a 45°, estimular respiração profunda, aumentar oferta de O₂ se necessário, desobstruir vias aéreas, manter disponível material para ventilação ou intubação. Checar carrinho de emergência a cada plantão.

- Complicações cardiovasculares: hipertensão, hipotensão arterial, arritmias, choque hipovolêmico. Procurar verificar nível de consciência, verificar pressão arterial com um manguito de tamanho adequado à circunferência do braço, providenciar acesso venoso adequado, elevar MMII (se hipotensão PA sistólica <90mmHg), observa queixa dolorosa e retenção urinária (se hipertensão PAS > 160mmHg), manter monitorização através de cardioscopia e oximetria de pulso, repor líquidos, (se sinal de hipovolemia PAS < 90mmHg e diminuição de diurese- e contatar o anestesiológico de plantão) observar sinais de sangramento, realizar balanço hídrico.

- Hipotermia (T < 36°C): manter paciente coberto, observar alterações de ECG e oximetria, administrar soluções endovenosas aquecidas, trocar roupas molhadas, utilizar colchão ou manta térmica disponível.

- Hipertermia (T >38°C): fazer compressas frias, controlar a temperatura, infundir líquidos em temperatura ambiente.

-Náuseas e vômitos: manter cabeça lateralizada, e decúbito elevado se possível, evitar mudanças bruscas de decúbito, manter permeabilidade das vias áreas e sondas, manter oxigenação, oferecer higienização da boca e trocar roupas.

- As complicações renais são:

- Oligúria- fazer balanço hídrico, controlar PA, glicemia.
- Poliúria- controle hídrico, PA, glicemia.

- Retenção urinária- observar presença de globo vesical aumentado e queixa dolorosa, realizar medidas mecânicas, se não resolver proceder à sondagem vesical de alívio, segundo prescrição médica ⁽¹²⁾.

Os critérios para a alta do SRPA são: recuperação completa da consciência, estabilidade cardiovascular, função respiratória normal, função motora e recuperada, nível sensitivo de bloqueios espinhais regredidos a segmentos lombares baixos ou sacrais, ausência de globo vesical, curativos limpos, ausência de sangramento ativo, dor operatória controlada, mais de 30 minutos após opióides, ausência de náuseas ou vômitos, alimentação, deambulação e micção ⁽¹²⁾.

Devido à modernidade e papel de líder de equipe, o enfermeiro passou a cada vez mais ficar na parte administrativa e organizacional dentro do CC, porém após algumas mudanças na sistematização da assistência de enfermagem, a humanização é valorizada, sendo que o enfermeiro passou a interagir mais com o cliente, como um simples gesto de segurar a mão durante a anestesia, ouvi-lo e confortá-lo⁽¹³⁾.

A área de atuação do enfermeiro na SRPA consiste em diversos aspectos, entre eles, nível assistencial como também na área educacional, contribuir para desenvolvimento de pesquisas, área administrativa e gerencial ⁽¹³⁾.

O surgimento da enfermagem em CC está relacionado com o surgimento da utilização de técnicas assépticas de Lister, o que permitia a realização de procedimentos mais complexos, sendo que a enfermeira era responsável pelos cuidados com o instrumental. Na virada do século, com a preconização de espaços restritos para realização de procedimentos cirúrgico, a limpeza e cuidados com o ambiente passou a ser de extrema importância e responsabilidade da enfermagem o que levou a uma necessidade de conhecimento específicos ao enfermeiro do centro cirúrgico, aumentado a responsabilidade e carga horária de trabalho para o mesmo ⁽¹²⁻¹³⁾.

Segundo a associação de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC)⁽¹⁴⁾.

Foi preconizadas atividades específicas da equipe de enfermagem, de acordo com o cargo, circulantes, técnicos, auxiliares e enfermeiros. Dentre as atividades específicas dos enfermeiros estão:

- Atualizar as normas e rotinas da unidade.
- Ter conhecimento nas áreas de farmacodinâmica da anestesia e da analgesia, e de fisiologia e patologia.

- Realizar exame físico na admissão e alta do paciente na SRPA.
- Elaborar intervenções e cuidados de enfermagem através da SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Peri operatória)
- Utilizar escalas de Aldrete e Kroulik, a escala de sedação de Ramsey e a escala de dor durante a permanência do paciente na SRPA.
- Avaliar e registra a evolução clínica do paciente em recuperação, as intercorrências e manobras realizadas.
- Identificar, quantificar e qualificar a demanda de materiais e equipamentos, observando sua conservação.
- Elaborar e supervisionar as escalas mensais, semanais e diárias de trabalho.
- Controlar uso e a reposição de entorpecentes utilizados na unidade.
- Promover educação continuada para equipe de enfermagem. Se responsabilizando pelo o dimensionamento da sua equipe de trabalho.
- Prestar informações e orientações aos familiares sobre as condições clínicas do paciente.
- Realizar pesquisas e estudos com colaborador e/ou pesquisador responsável ⁽¹⁴⁾.

O papel do enfermeiro inclui três categorias centrais como: competência, responsabilidade e participação ⁽¹⁵⁾.

O Enfermeiro tem responsabilidade com a organização do ambiente do centro cirúrgico, gerenciando materiais e equipamentos, desenvolver o relacionamento interpessoal, entre ele e equipe a fim de trabalhar em harmonia, e boa comunicação a fim de alcançar um objetivo comum; avaliar as qualidades dos membros da equipe e potencializá-las organizar seu tempo entre assistência direta ao paciente e funções administrativas⁽¹⁵⁾.

O papel do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica são de suma importância, pois de forma sistematizada este profissional coordenada, supervisiona e apoia a equipe, os pacientes e familiares ⁽¹⁵⁾.

Compete ao enfermeiro considerar e identificar os diversos fatores de risco existentes relacionados ao trauma anestésico cirúrgico, Riscos cirúrgicos: extensão do trauma e suas alterações neuroendócrinas, sangramento, dor, alteração de sinais vitais, Riscos anestésicos: drogas pré-anestésicas e anestésicas utilizadas, potencial de depressão respiratória, interação medicamentosa, Riscos individuais: idade, estado nutricional, doenças associadas, estado emocional; Além da identificação dos riscos, cabe ao enfermeiro fazer uma avaliação global do paciente com destaque para os possíveis desconfortos já citados ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Principais Diagnósticos de Enfermagem de acordo com NANDA relacionados à SRPA:

O resultado pode evidenciar diversos diagnósticos de enfermagem, entre eles: temperatura corporal desequilibrada (hipotermia leve), (Alto) risco para infecção, (Alto) risco para lesão por posicionamento pré-operatório, interação social prejudicada, (alto) risco para função respiratória alterada e (alto) risco para aspiração ⁽⁴⁾.

São visíveis as vantagens de uma Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA), pois além dos cuidados especiais aos pacientes existem benefícios, tais como: reduções da mortalidade pós-anestésica e pós-operatória; facilidade para o trabalho de rotina na unidade de internações; sensação de maior segurança ao paciente e também a seus familiares e redução de possíveis acidentes e complicações pós-operatórias e pós-anestésicas ⁽¹⁷⁾.

Desse modo, torna-se necessário a atuação do enfermeiro de modo qualificado em relação à fase do pós-cirúrgica, colaborando para o treinamento e educação continuada da equipe, e assim realizando as implementações das intervenções de acordo com a necessidade do paciente, e de acordo com o protocolo da instituição ⁽¹⁷⁾.

Assim surge o questionamento: Qual os principais cuidados imediatos de enfermagem em pacientes em recuperação pós anestésica?

Segundo dados da ANVISA as complicações pós-operatórios imediato em pacientes internados ocorrem em até 25% dos pacientes, sendo a taxa de mortalidade relatada pós cirurgia mais extensa é de 0,5 a 5%. Em países desenvolvidos cerca de metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionados à assistência cirúrgica e nos casos onde o processo cirúrgico levou a prejuízos, ao menos metade deles eram evitáveis, sendo importantes os princípios cirúrgicos conhecidos de segurança cirúrgica serem aplicados de maneira inconsistente mesmo nos cenários mais sofisticados. No entanto, se estes cuidados referentes aos princípios cirúrgicos não forem adequados, o cuidados pós cirúrgico imediato se torna mais importante ainda ⁽¹⁶⁾.

Com base nesses dados, torna-se de suma importância a ação e cuidados a assistência prestada no pós operatório imediatos. Sendo preconizado e protocolado ações específicas de enfermagem nos cuidados diretos e imediatos, considerando ainda que uma assistência inadequado ao de mal qualidade prestada ao paciente na recuperação pós cirúrgica imediata contribui para aumento do índice de complicações, aumento de gastos por parte da empresa com internação e mão de obra especializada e sofrimento por parte do paciente e familiares ⁽¹⁵⁾.

Observa-se a necessidade de maior conhecimento da equipe de enfermagem e do enfermeiro na importância dos cuidados imediatos, portanto, o trabalho irá possibilitar maiores reflexões sobre os cuidados imediatos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Através deste estudo espera-se que haja a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no tema abordado. Além disso, pode contribuir para a construção de um aporte teórico sobre o cuidado imediato de cirurgias para a melhoria da qualidade de vida do paciente em sua saúde imediata e posterior⁽¹⁶⁾.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Levantar por meio de revisão bibliográfica, descrevendo assistência do enfermeiro aos pacientes em recuperação pós-anestésica, a sua importância nos cuidados imediatos.

Verificar se a intervenção a dor e à náuseas e vômitos são alguns dos principais cuidados imediatos de enfermagem ao paciente em recuperação pós anestésica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritiva e exploratória.

A revisão bibliográfica consiste no levantamento de material já existente, como livros e artigos científicos. Pesquisa em leituras com base científica, sem ser necessário a investigação direta, Sendo ainda de suma importância a atenção do pesquisador a dados incoerentes⁽¹⁹⁾.

As pesquisas descritivas têm por objetivo descrever as características de um grupo, situações, fatos, a relação entre variáveis e muitas vezes propõe uma nova visão sobre determinado assunto⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Ainda, pesquisa exploratória tem a dinâmica de ser ampla e detalhada, cujo objetivo é a caracterização inicial do problema, sua classificação e de sua definição⁽²¹⁾.

Os dados serão coletados na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana. Para a coleta de dados serão utilizadas as palavras-chave: assistência de enfermagem, sala de recuperação, cirurgia, enfermagem pós operatório. Foram utilizados apenas artigos completos, disponíveis na Íntegra, em português, com publicação de até dez anos, no períodos de janeiro de 2004 até janeiro de 2014. Foram definidos como critérios de exclusão:

artigos publicados há mais de 10 anos, outros idiomas, indisponibilidade do texto na íntegra, leitura do resumo e do artigo completo, para verificar se fazem parte do tema escolhido da pesquisa; além de teses, dissertações, monografias, livros e manuais.

Os dados foram analisados por meio da análise temática, que se divide em três fases: a primeira consiste na leitura completa e vasta; seguida da leitura detalhada, visando a compreensão do autor e a terceira fase que visa a interpretação dos dados, a fim de serem expressos de forma clara, fazendo ligação entre o tema central e ideias secundárias⁽¹⁸⁾.

A análise temática é uma das formas que melhor se adequou a investigações qualitativas. Como propõe o mesmo autor três etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; (3) Tratamento dos resultados e interpretação^(19,20).

A Pré-análise constitui de uma análise que tem início com a realização de uma atividade conhecida como “leitura flutuante”, atividade esta que objetiva gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado. A outra etapa é a exploração do material, a qual se codificam as informações contidas no material.

Para o tratamento dos resultados e interpretação, a fim de analisar os dados *obtidos*, o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Os artigos científicos selecionados foram examinados a partir de uma leitura detalhada do conteúdo na íntegra, foi realizado o fichamento de todos os artigos conseguindo assim relaciona-los com o presente estudo, para construção dos resultados, discussões considerações finais e conclusão.

4. RESULTADOS

O levantamento de dados foi realizado em setembro de 2014, no banco de dados LILACS e utilizado as Palavras-chave: enfermagem, sala de recuperação, assistência de enfermagem, cirurgia, pós-operatório através dos critérios de exclusão e inclusão mencionados, foram selecionado 4 artigos científicos como mostra a tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Cruzamento das palavras-chave através dos critérios de inclusão e exclusão na base de dados LILACS no portal da biblioteca virtual da saúde, Ribeirão Preto, 2014.

LILACS			
PALAVRAS-CHAVE	BUSCA	EXCLUSÃO	SELEÇÃO
Enfermagem X sala de recuperação	24	22	2
Assistência de enfermagem X Cirurgia X Pós-operatório	51	49	2
TOTAL	75	71	4

No primeiro cruzamento foram utilizadas as Palavras-chave: enfermagem e sala de recuperação, na base de dados LILACS e foram encontrados 24 artigos científicos.

Posteriormente, os 24 artigos encontrados foram refinados para o idioma de português no qual foram excluídos 2 artigos, e por ano de publicação para o período de janeiro de 2004 a janeiro de 2014 sendo excluídos 15 artigos, restando 7 artigos, desses artigos restantes foram excluídos 5 artigos que não condiziam com o tema da pesquisa após a leitura do resumo, sendo selecionados 2 artigos com texto completo que após a leitura do resumo estavam de acordo com o tema proposto do estudo.

No segundo cruzamento com as Palavras-chave: assistência de enfermagem, cirurgia e pós-operatório, na base de dados LILACS foram encontrados 51 artigos científicos.

Posteriormente, os artigos foram refinados para o período de janeiro de 2004 a janeiro de 2014, sendo excluídos 12 artigos, e por idioma português sendo excluídos 11 artigos, restando 25 artigos, desses artigos restantes foram excluídos 22 artigos pelo o título não se adequar ao estudo, excluído mais 1 artigo por não estar disponível o texto completo, impossibilitando a leitura na íntegra, restando 2 artigos científicos.

Após ter sido realizado a busca no banco de dados da LILACS e ter realizado os cruzamentos das Palavras-chaves e utilizado os métodos de inclusão e exclusão, foram selecionados para o estudo 4 artigos que condiziam com o tema proposto do estudo.

Após a leitura minuciosa dos artigos selecionados foi realizado o fichamento de todos os 4 artigos, conforme o quadro 2 que mostra o título do artigo, o autor, o periódico e o ano de publicação.

Quadro 2- Amostra selecionada contendo título do artigo, autor, o periódico e o ano de exclusão. Ribeirão Preto, setembro de 2014

	TÍTULO	ANO	AUTOR	PERIÓDICO
1	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA NAUSEA E VÔMITO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO.	2007	Alcalá P. D. Nicoluss A. C. Galv	Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
2	REVISÃO INTEGRATIVA DE DOR AGUDA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO POS OPERATORIO.	2013	LasaponarI E. F. Costa A. L. S. Peniche A. C. G. Leite O., Burgos R. C.	Revista SOBECC
3	AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO E AS COMPLICAÇÕES EM SALA DE RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA.	2009	Popov D. C. S. Peniche A. C. G.	Revista de Enfermagem da USP
4	INSTRUMENTO DE REGISTRO UTILIZADO NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESICA: IMPORTÂNCIA DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA.	2008	Reda E. Peniche A. C. G.	Acta Paulista de Enfermagem

Após a seleção dos artigos estes foram lidos detalhadamente para melhor compreensão das ideias dos autores, para com isso absorver a essência de cada um.

5 DISCUSSÃO

Após a leitura minuciosa dos artigos selecionados foi possível verificar o papel fundamental do enfermeiro na SRPA. O enfermeiro possui a função de promover a recuperação do paciente no pós-operatório imediato sendo de suma importância a preocupação com a integridade física e mental do paciente.²²

Popov et al⁽²²⁾ mostra que existem três fatores que contribuem para o bom funcionamento na SRPA, o primeiro é a característica da unidade, com número de leitos, esquemas de jornada de trabalho do enfermeiros, média de pacientes/mês na SRPA; o segundo está relacionado com as características do paciente como idade, sexo, tipo de cirurgia, tipo de

anestesia, comorbidades pré-existentes, tempo de permanência na SRPA e risco anestésico sendo classificado segundo ASA- American Society of Anesthesiologists, na qual classifica-se: ASA I como paciente sadio; ASA II paciente com doença sistêmica leve; ASA III com doença sistêmica grave; ASA IV doença sistêmica intensa; ASA V paciente moribundo e ASA VI paciente com morte cerebral potencial doador de órgãos.

Ainda abordando os principais problemas da intervenção de enfermagem, devido a rotina estressante da SRPA algumas falhas evidenciadas mostram uma grande defasagem na assistência individualizada do cliente ⁽²²⁾. Estudos mostram que tais falhas ocorridas na SRPA estão relacionadas ao número insuficiente de enfermeiros podendo comprometer totalmente o atendimento aos pacientes. ²² como nos mostra o trabalho de Raveet al ⁽²³⁾ que abordou também além deste fator a necessidade da implantação do SAE (Sistematização da Assistência de enfermagem) que é um conjunto de processos sistematizados de ações em enfermagem, o qual para implementação, faz-se necessário um enfermeiro com interesse em conhecer o paciente como indivíduo e equipe com trabalho integral, e sistematizado em busca de objetivos comuns, porém o estudo evidencia que 65% das instituições hospitalares não sabem como implantá-lo ⁽²³⁾.

Os estudos anteriores também destacam a ausência de informações nos prontuários e a falta de troca de informação entre equipe gera prejuízos a assistência prestada pela enfermagem e conseqüentemente evolução clínica do paciente. Sendo que o paciente cirúrgico destaca-se devido ao momento crítico que o mesmo se apresenta, gerando uma obrigatoriedade legal da implementação do SAE ao mesmo e do dimensionamento adequado de pessoal ⁽²³⁾.

Para evitar falhas de dimensionamento foi preconizado o número que seria ideal de enfermeiros no interior da SRPA para que disponha de uma equipe adequada de enfermeiros é necessário a realização de um cálculo proporcional ao número de leitos em relação ao número de enfermeiros. Este cálculo estima que deve ser um enfermeiro responsável por cinco leitos ⁽²³⁾.

A demanda correta de profissionais de enfermagem possibilita uma assistência individualizada prevalecendo a necessidade de cada paciente. Além da defasagem com o número de enfermeiros disponíveis, muitas SRPA sofrem pela falta de um instrumento de trabalho que proporcione uma avaliação correta das necessidades de cada cliente. O Sistema de Assistência de enfermagem (SAE) é um ótimo instrumento para o enfermeiro possibilitando uma assistência bem elaborada, dinâmica e ideal. Além do SAE existem outros instrumentos que ajudam promover um melhor cuidado, tais como: Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e Processo de Enfermagem (PE) ⁽²³⁾.

A organização do atendimento ao paciente deve existir, facilitando a prestação de cuidados e a rotina da SRPA deixando-a livre de erros graves. A falta de informação na

passagem de plantão e nos prontuários são outros problemas que norteiam a realidade da SRPA⁽²³⁾

Informações inexistentes nos prontuários dificultam a continuidade do atendimento, vários detalhes sobre a situação do paciente são importantes e que muitas vezes não estão presentes nos prontuários e na passagem de plantão. ²³É possível notar que varias informações importantes como extensão da ferida cirúrgica, localização de drenos e acessos, sintomas de dor, náuseas e vômitos não são repassados para toda equipe. O processo de interação na equipe de enfermagem deve ser contínuo e sistematizado, toda e qualquer intercorrência deve ser repercutida nas passagens de plantão e nos prontuários. Exigindo do enfermeiro uma educação continuada com a equipe e reciclagem contínua⁽²³⁾.

Levando em consideração as complicações fisiológicas mais frequentes na SRPA são dor, hipotermia, hipoxemia, náuseas e vômitos, sangramentos, ansiedade, agitação hipertensão, hipotensão, tremores e calafrios. Popov et al destacou como complicações prevalentes em SRPA a dor, a intervenção a dor baseia-se em razoes subjetivas com a finalidade de atenuar respostas fisiológicas e patológicas em relação ao trauma cirúrgico⁽²²⁾.

Seguindo o raciocínio de Popov⁽²²⁾, Lasaponal⁽²⁴⁾ e Alcalá⁽²⁵⁾ mostram em seus estudos as principais desconfortos em SRPA, ambos apresentam dados referentes a pacientes pós cirúrgicos apresentando episódios de dores agudas, vômitos e náuseas.

Após o procedimento cirúrgico grande parte dos pacientes refere sentir dores agudas. Para que o paciente seja assistido corretamente é necessário a utilização de uma escala de dor (como foi citado anteriormente) facilitando o cuidado⁽²⁴⁾

A equipe deve estar totalmente preparada para atender as necessidades do paciente, pois a administração de fármacos inadequados o uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas errôneas e a falta de uma avaliação correta podem agravar cada vez mais o quadro de dor do paciente.²⁴

É de extrema importância à utilização de protocolos do manejo da dor, fazendo com que toda a equipe dê continuidade ao cuidado integral, dando atenção as necessidades físicas e mentais do cliente. Todos os integrantes da equipe devem estar munidos de conhecimentos técnicos e científicos; a educação continuada é uma excelente estratégia para uma assistência de qualidade que supra as necessidades dos pacientes^(24,25)

Outro problema sintomatológico apresentando nos pacientes do pós-operatório imediato são náuseas e vômitos. Na SRPA náuseas e vômitos estão relacionados à anestesia, e devem receber as intervenções corretas, pois pacientes que não demonstram uma melhora significativa do quadro de náuseas e vômitos tem a alta retardada da SRPA. Quando o paciente apresenta náuseas e vômitos cabe ao enfermeiro administrar antiéticos que foram prescritos e executar

medidas preventivas para evitar a aspiração como elevação da cabeceira do leito a 30° e lateralização da cabeça do paciente ⁽²⁵⁾.

Os mesmos problemas pertinentes na SRPA estão relacionados à falhas humanas, devido ao despreparo e falta de interação da equipe de enfermagem comprometendo a assistência individualizada ao paciente⁽²³⁾.

Os artigos estudados mostram que os cuidados imediatos prestados ao paciente pós cirúrgico é prioridade do enfermeiro, com ações assistenciais e gerenciais no setor. E dão ênfase aos cuidados na intervenção da dor e náuseas e vômitos confirmando assim o objetivo desse projeto proposto. ^(22,23,24,25)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível alcançar dois dos objetivos propostos que é descrever a atuação do enfermeiro na SRPA nos cuidados imediatos ao paciente pós anestésico e confirmando quanto a intervenção da dor e cuidados com náuseas e vômitos serem alguns dos principais cuidados meditados. É possível observar ainda deficiência na efetividade da intervenção de enfermagem devido aos problemas pertinentes na SRPA estão relacionados à falhas humanas, devido ao despreparo e falta de interação da equipe de enfermagem comprometendo a assistência individualizada ao paciente.

Esclarecendo ainda o papel assistencial e gerencial do enfermeiro dentro do setor. Dando ênfase ao nível assistencial como a proposta do projeto.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro; Souza. Centro Cirúrgico, 1997, p. 9.
2. Possari, João Francisco. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 1ºedi. São Paulo: Iátria, 2004.
3. Avelar MCQ, Peniche ACG, Paula TAC, Carbone NA, Silva RM. Validação dos padrões de assistência de enfermagem em recuperação anestésica. Rev. Paul Enferm 1991; p.11-6.
4. Basso RS, Piccoli M. Unidade De Recuperação Pós-Anestésica: Diagnósticos de Enfermagem Fundamentados no modelo conceitual deLevine. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2006 v. 6, n 3, Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/841/992>>
5. Popov DCS, PenicheACG.As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Rev. esc. enferm. USP. [online]2009[acesso em 2014 julho 14]; v. 43, n. 4, p. 15-35.Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400030

6. Peniche ACG. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. Rev. esc. enferm. Usp. [Online]1998[acesso em 2014 julho 14]; v. 32, n.1, p. 30-56. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062341998000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1884, de 11 de novembro de 1994. Aprova as normas que com estas baixam destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde [legislação na Internet]. Brasília; 1994 [citado 2014 julho 14]. Disponível em: http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=20667

8. Avelar M, Carmo Q. A prática do enfermeiro de centro cirúrgico. 1ªedi. São Paulo: Universidade de São Paulo, escola de Enfermagem. 1995. Capítulo 2: Novo Aprender: p. 25-34.

9. Avelar, M C Q. A prática do enfermeiro de centro cirúrgico. São Paulo, 1991, p. 181 Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, USP.

10. Ferreira, Aurélio BH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p.12-40.

11. Smeltzer, SC; Bare, B.G. Brunner & Suddarth – tratado de enfermagem médico cirúrgica 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

12. Moura APLM, Enfermagem C. Cirúrgico e recuperação pós anestésico. 7ªedi. São Paulo: SENAC SP, 1994. Capítulo: 15, Recuperação pós anestésica: p. 89-91.

13. Zen, O. P; Brutsher, S. M. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. São Paulo, Rev. Enfoque; v. 14, n. 01, p. 4-6, 1986.

14. Manual SOBEC-SOBECC NACIONAL | Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. [Citado em 2014, março, 31] disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/>>

15. Stumm E, Maçalai R, Kirchner R. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. v.15, Florianópolis, 2006 contexto-enfermagem p. 464-471.

16. Hoffer, JL. Anestesia. In MEEKER, MH; ROTHROCK, JCAlexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.134-136.

17. Possari, João Francisco. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 1ªedi. São Paulo: Iátria, 2004.

18. Aliança mundial para a segurança do paciente. Segundo desafio global para segurança do paciente Cirurgias salvam vidas. 2009 Organização Pan-americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Citado em 2014, agosto, 23] disponível em: <http://www.into.saude.gov.br/upload/arquivos/pacientes/cirurgias_seguras/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_guia.pdf>

19. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 6.ed. São Paulo-SP: Atlas; 2006
20. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4.ed. São Paulo-SP: Atlas; 2008
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6 ed São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
22. Popov, D. C. S.; Peniche, A. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Revista Escola de Enfermagem USP, v. 43, n. 4, p. 953-61, 2009.
23. Reda E; Peniche A. C. G. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v 21, n.1, 2008.
24. Lasaponar I E. F.; Costa, A. L. S.; Peniche, A. C. G., Leite, O.; Burgos, R. C. Revisão integrativa: dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato. Rev. SOBECC, São Paulo, v.18, n. 3, p. 38-48, 2013.
25. Alcalá, P. D.; Nicoluss, A. C.; Galvão, C. M.; Okino, S. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, v. 20, n.2, p. 191, 2007.