



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

SABRINY FAGUNDES DE OLIVEIRA

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: O ENFERMEIRO COMO DIFERENCIAL

ARIQUEMES - RO

2018

Sabriny Fagundes De Oliveira

**PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO:
O ENFERMEIRO COMO DIFERENCIAL**

Monografia apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Thays Dutra Chiaratto Verissimo

Ariquemes - RO

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

OL48p	OLIVEIRA, Sabriny Fagundes de . Pós-operatório imediato: o enfermeiro como diferencial. / por Sabriny Fagundes de Oliveira. Ariquemes: FAEMA, 2018.
	37 p.
	TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.
	Orientador (a): Profa. Ma. Thays Dutra Chiaratto Verissimo.
	1. Enfermagem. 2. Enfermagem de centro cirúrgico. 3. Enfermagem perioperatória. 4. Enfermagem pós-cirúrgica. 5. Anestesia. I Verissimo, Thays Dutra Chiaratto . II. Título. III. FAEMA.
	CDD:610.73

Bibliotecário Responsável
EDSON RODRIGUES CAVALCANTE
CRB 677/11

Sabriny Fagundes De Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/2298557534644486>

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: O ENFERMEIRO COMO DIFERENCIAL

Monografia apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Ms. Thays Dutra Chiaratto Verissimo

<http://lattes.cnpq.br/9665224847169063>

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a. Esp. Fabíola de Souza Ronconi

<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof.^a Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos

<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 06 de Dezembro de 2018

Aos meus amados pais, Adilson e Rosimeire, cujo amor é o meu estímulo para seguir em frente todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser meu porto seguro em todos os momentos da minha vida, principalmente durante o período em que o desânimo e a vontade de desistir tomaram conta de mim, me dando força para superar todas as dificuldades.

Agradeço especialmente os meus amados pais Adilson e Rosimeire, que me ensinaram os maiores valores que se pode ter na vida, por cada gesto de ternura, dando-me amor e carinho incondicionalmente, não só neste momento, mais em toda a minha vida. Mãe, pai obrigada por serem os melhores pais do mundo. Tenho muito orgulho em ter vocês como meus pais.

Agradeço ao meu noivo Renildo, melhor amigo e companheiro de todas as horas, que apesar de todas as dificuldades, e da distância sempre esteve ao meu lado me apoiando e incentivando.

Não poderia me esquecer dos meus tios Alan e Zilma e o meu primo Alex por me receberam de braços abertos em sua casa, durante essa árdua jornada.

Agradeço especialmente a minha orientadora Thays Dutra Chiaratto Verissimo, que me deu todo o suporte para a construção do presente trabalho.

Por último, mas não menos importante agradeço, a todos os meus familiares e amigos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste sonho. A quem não citei, mas esteve ao meu lado eu quero lembrar que não me esqueci de vocês, quero que saibam que vocês foram imensamente importantes para a conclusão do meu curso. Sem vocês essa conquista seria impossível.

“Sê humilde se quiseres adquirir conhecimento; sê mais humilde ainda depois que o tiveres adquirido.”

Albert Einstein

RESUMO

A realização de uma cirurgia provoca diversos distúrbios fisiológicos no paciente, tornando-os propensos a complicações pós-operatórias imediatas, diante disso, o mesmo requer avaliação, monitoramento e cuidados constantes. O enfermeiro como profissional que acompanha o processo cirúrgico possui capacidade técnica e científica para perceber, interpretar e agir diante das complicações do paciente no pós-operatório imediato. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica que tem por objetivo ressaltar a importância do profissional enfermeiro no período pós-operatório imediato. Tendo sido utilizadas publicações concernentes ao assunto indexados e publicadas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. No decorrer do estudo constatou-se que o enfermeiro possui papel importante no período pós-operatório imediato atuando intensivamente na monitoria do paciente, dentro da sala de recuperação pós-anestésica, tendo como foco a prevenção/tratamento de complicações pós-operatórias. Concluindo, portanto, que a segurança do paciente na sala de recuperação pós-anestesia está principalmente relacionada aos cuidados do enfermeiro.

Palavras-Chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico, Enfermagem Perioperatória, Enfermagem Pós-Cirúrgica, Anestesia.

ABSTRACT

The achievement of a surgery causes several physiological disorders in the patient, making them prone to immediate postoperative complications; therefore, the same requires evaluation, monitoring and constant care. The nurse as a professional who accompanies the surgical process has the technical and scientific capacity to perceive, interpret and act on the complications of the patient in the immediate postoperative period. The present study is a bibliographical review that aims to highlight the importance of the nurse professional in the immediate postoperative period. We have used publications concerning the subject indexed and published in the databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Google Scholar and library of the Júlio Bordignon Library of the Faculty of Education and Environment - FAEMA. During the study, it was observed that the nurse plays an important role in the immediate postoperative period, acting intensively in patient monitoring, within the post-anesthetic recovery room, focusing on the prevention / treatment of postoperative complications. In conclusion, therefore, patient safety in the post-anesthesia recovery room is mainly related to the nurse's care.

Keywords: Nursing Center Surgical, Perioperative Nursing, Post-Surgical Nursing, Anesthesia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Avaliação Pré- Anestésica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CC	Centro Cirúrgico
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
RA	Recuperação Anestésica
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
IAK	Índice de Aldrete e Krolik

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 ASPECTOS HISTÓRICO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	14
4.1.1 Processo Anestésico-Cirúrgico	16
4.2 PERÍODO PERIOPERATÓRIO O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIO	18
4.2.1 Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO 1	37

INTRODUÇÃO

A história cirúrgica surgiu na França, entre os séculos XII e XIII. E apesar de os ensinamentos médicos serem bem distantes dos atuais, já existiam a ocorrência de procedimentos cirúrgicos como, ajustamento de fraturas, amputações e trepanação sendo realizados por pessoas conhecidas como cirurgiões barbeiros (SARGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

O marco do avanço da cirurgia aconteceu após o descobrimento de novas técnicas desenvolvidas para o controle das hemorragias, da dor e de infecções, que possibilitaram desenvolver cada vez mais intervenções cirúrgicas de forma mais ampla, com técnicas novas, aliado a novos equipamentos (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Segundo Silva (2008), o avanço cirúrgico corroborou para o enfermeiro assumir cada vez mais atividades administrativas e de gerenciamento no centro cirúrgico (CC). Outro ponto importante foi a descoberta da necessidade de um ambiente reservado, ao lado da sala de operações, aos pacientes submetidos à cirurgias, este local foi denominado como Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), com a finalidade de ser um local onde eram realizados os cuidados intensivos direcionados aos pacientes após o procedimento cirúrgico.

O interesse pelo tema, pós-operatório imediato: o enfermeiro como diferencial, surgiu pela necessidade de evidenciar a importância deste profissional na prestação da assistência ao paciente cirúrgico, visto que o mesmo, em recuperação anestésica apresenta um nível elevado de complicações em decorrência do processo anestésico.

Para Lemos (2015), a ausência de um enfermeiro na SRPA pode reduzir a qualidade da assistência de enfermagem, ampliando a possibilidade do paciente vir a sofrer complicações. Complicações essas que podem levar a proporções graves, e até mesmo a morte.

Por sua vez o enfermeiro está diretamente envolvido na prestação de cuidados ao paciente no período pós-operatório imediato, através de uma assistência de qualidade, com vista a minimizar os riscos e prevenir possíveis complicações durante o período pós-operatório imediato.

Tal estudo se justifica devido ser perceptível a importância do enfermeiro na assistência ao paciente cirúrgico no período pós-operatório imediato, minimizando complicações provenientes do efeito anestésico durante a recuperação anestésica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Ressaltar a importância do profissional enfermeiro no período pós-operatório imediato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar o contexto histórico do procedimento cirúrgico;
- Definir o processo anestésico cirúrgico;
- Discorrer sobre a atuação do enfermeiro no processo anestésico cirúrgico;
- Demonstrar a importância da Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo, exploratório sobre a importância do profissional enfermeiro no período pós-operatório imediato.

A revisão consiste em uma busca abrangente de literaturas relevantes sobre um determinado tema, sintetizando o conhecimento em um contexto para estudo e aplicação à prática através do método científico (MEDINA, PAILAQUILÉ, 2010).

Realizou-se o levantamento das publicações no qual a questão norteadora do estudo para a seleção das publicações é esta: qual a importância do profissional enfermeiro no período pós-operatório imediato?

O estudo foi conduzido, através de uma busca de material já publicado sobre o tema: artigos científicos, publicações periódicas e materiais na internet disponíveis nas bases científicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). E ainda foram utilizados livros relacionados ao tema disponibilizados na Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: Enfermagem de Centro Cirúrgico, Enfermagem Perioperatória, Enfermagem Pós-Cirúrgica e Anestesia.

Salienta-se que, como critério de inclusão foram literaturas que abordassem o tema, publicados no idioma português, assistência na sala de recuperação pós-anestésica, visita pós-operatória e pós operatório imediato. Após a leitura criteriosa dos cinquenta artigos, foram excluídos os que não condiziam com os critérios de inclusão definidos nesse estudo, onde foram selecionados quarenta e dois artigos que apresentavam correlação com a temática do estudo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

A intervenção cirúrgica é uma das formas que a medicina tem para realizar o tratamento de doenças através da remoção de focos infecciosos, restauração de funções que sofreram algum tipo de alteração ou ainda, a retirada de órgãos que apresentem algum tipo de patologia na qual o tratamento medicamentoso não responde mais, restando como única alternativa para reestabelecimento da saúde a retirada do órgão (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Nas palavras de Marques (2001), o processo cirúrgico desde a antiguidade, possui registros que datam cerca de 4.000 anos antes de Cristo, evoluindo lentamente, com mudanças repentinas e inesperadas, dispondo da colaboração de homens brilhantes na área como Hipócrates, Pasteur, Lister, Billroth, Kocher, Halsted, Carref, Starzl, Dudrick e Momet.

Na Idade Média, os atos cirúrgicos eram realizados nas enfermarias, sem nenhum tipo de proteção, culminando em um alto índice de morbidade e mortalidade, em razão dos doentes ficarem expostos ao um ambiente poluído, aglomerado e compartilhado com pacientes clínicos com diferentes patologias (CABRAL, 2004).

Segundo Possari (2012), os procedimentos cirúrgicos eram realizados de forma indistinta, sem nenhum critério ambiental ou asséptico, de forma que apenas três grandes desafios eram considerados: a dor, a hemorragia e a infecção.

Ursi (2005), afirma que o principal meio de tratamento das hemorragias foi o descobrimento do conhecimento anatômico e fisiológico, tal descoberta revolucionou o ato cirúrgico, pois proporcionou a realização de procedimentos cirúrgicos em pessoas sem perspectivas. No entanto, o método cirúrgico continuava sem muitos avanços, visto que não se achava meios eficazes que servissem suficientemente para eliminar a infecção e conter a dor.

Em 1840, antes da introdução da anestesia, os cirurgiões utilizavam poucos instrumentos cirúrgicos, valendo-se mais de suas habilidades manuais e redução do tempo no ato cirúrgico, na tentativa de poupar o paciente de ser exposto a um período prolongado de dor. Nas vezes em que se utilizava os poucos instrumentos cirúrgicos, a manutenção destes era precária, não havia assepsia adequada para eles, tampouco

lugar apropriado para os guardar ou mantê-los higienizados (SARGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

Mesmo ousando experiências no processo cirúrgico no intento de precaver o paciente da dor, o progresso cirúrgico era lento justamente por não haver um conhecimento aplicável de como atalhá-la, apesar das tantas tentativas para combatê-la. Foi somente após o descobrimento do óxido nitroso e do uso de éter, como anestésico, que a cirurgia apresentou um maior desenvolvimento dado à possibilidade de se controlar a dor, um dos três grandes desafios dos cirurgiões da época (SILVA, 2008).

O surgimento da anestesia foi um marco fundamental para os procedimentos cirúrgicos, pois potenciou os experimentos de procedimentos novos até então considerados difíceis, porém necessários (THIESEN, 2005).

Através de Pasteur e sua descoberta referente ao método de inibir a proliferação de microrganismos através do calor, juntamente com a descoberta de Semmelweis e Lister, introduziu-se os conceitos de antissepsia, com a preocupação da incidência de infecção, morte e condições de higiene nos hospitais. Dessa maneira proporcionaram cirurgias com um menor grau de infecção operatória e com maior segurança (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

À medida que os métodos foram evoluindo, as técnicas cirúrgicas bem como os instrumentos usados, acompanharam o ritmo, tornando assim as cirurgias mais complexas, convencionando a equipe de enfermagem a se fundamentar cientificamente, levando conseqüentemente este ofício a ter uma identidade própria (FONSECA; PENICHE, 2009).

Dado isto, salientou-se que a evolução cirúrgica e as novas tecnologias auxiliaram significativamente a enfermagem no avanço da assistência perioperatória, propiciando cuidados de enfermagem aos pacientes cirúrgicos cada vez mais especializados, personificados e humanizados (POSSARI, 2012).

4.1.1 Processo Anestésico-Cirúrgico

O processo anestésico-cirúrgico é o processo que compreende a escolha do tipo de anestésico, sua administração no paciente, o ato do procedimento cirúrgico e finaliza-se com a recuperação anestésica (RA), contando ainda com a duração da cirurgia, da anestesia e pela especialidade cirúrgica (NUNES; MATOS; MATTIA, 2014).

É caracterizado também por ser um momento crítico ao paciente, visto que este se depara com sentimentos de ansiedade e incertezas frente a possíveis intervenções medicamentosas, além disso, há também alterações metabólicas, sistêmicas e imunológicas (LEMOS; PENICHE, 2016).

Brito (2007), ressalta que o processo anestésico-cirúrgico pode ser compreendido como período perioperatório, e o mesmo pauta-se no período total em que o paciente permanece sobre os cuidados da equipe multidisciplinar do centro cirúrgico, desde o primeiro contato até sua alta definitiva. Este período pode variar de acordo com a patologia apresentada, do tipo de cirurgia realizada e da situação clínica do paciente após o término da cirurgia. Tal momento é composto pelas fases: pré-operatório mediato e imediato, transoperatório e pós-operatório.

O período pré-operatório imediato, inicia-se com vinte e quatro horas de antecedência do procedimento anestésico-cirúrgico, o profissional de enfermagem realiza um contato inicial com o paciente na véspera da cirurgia com a finalidade de explicar detalhes do procedimento cirúrgico, proporcionando segurança emocional a ele, amenizando o estresse e a ansiedade (SOUZA; SOUZA; FENILI, 2005), e o preparo físico, pois caso haja a necessidade da administração de medicamentos antes da cirurgia, dar-se-á conforme a análise e prescrição médica (JORGETTO, 2004).

No pré-operatório, ocorre a interação entre o enfermeiro do centro cirúrgico e o enfermeiro do posto de internação, desse modo há o compartilhamento de informações referente às necessidades do paciente, o quadro clínico em que ele se encontra, os problemas que o paciente enfrenta no momento como debilidades ou fragilidades (AVELAR; SILVA, 2005).

Agindo assim, o profissional enfermeiro do centro cirúrgico planejará ações estratégicas e irá preparar de modo eficaz o atendimento e a assistência ao paciente, contribuindo sucessivamente para o bom andamento e sucesso das fases posteriores ao transoperatório e o pós-operatório (GALVÃO, 2002).

Na fase transoperatória, Barizon (2014), destaca que a principal função é diminuir os riscos do procedimento anestésico-cirúrgico por meio das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem. Aqui acontece a recepção do paciente no centro cirúrgico realizada pela enfermeira, esta conferirá todos os documentos necessários para a realização da cirurgia, como o termo de autorização de procedimento cirúrgico, o prontuário e os exames anexos, também verificará o estado clínico para a realização do preparo pré-operatório, até o momento de levá-lo para a recuperação anestésica.

Há ainda o intraoperatório, que compreende o tempo que o paciente permanece na sala do centro cirúrgico. Durante esse período, ocorre à aplicação da prescrição de enfermagem transoperatória, que conforme a necessidade poderá ser alterada, realizando ainda prescrições para o pós-operatório contendo a avaliação do paciente (BORK, 2005).

Já o período pós-operatório, foco principal do assunto, é subdividido em três fases: recuperação anestésica, compreendido pelas primeiras duas horas após o procedimento cirúrgico; pós-operatório imediato, que são as primeiras vinte e quatro horas após a cirurgia; e pós-operatório mediato, compreendido pelas vinte e quatro horas após o pós-operatório imediato (SOBECC, 2013).

Compreende-se por período pós-operatório imediato desde a recepção do paciente na SRPA até vinte e quatro horas após o procedimento cirúrgico. A característica principal deste momento é promover a recuperação do paciente, diminuindo a sua ansiedade e as complicações decorrentes à cirurgia (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

Diante do que foi supracitado, evidencia-se que, em todas as etapas do desenvolvimento do ato cirúrgico, o enfermeiro é o profissional habilitado para amparar cada método aplicado, possibilitando durante o decorrer do ato anestésico-cirúrgico a promoção de um ambiente seguro, confortável, asséptico e com menor risco de intercorrências para o paciente (THIESEN, 2005).

Sendo assim, o enfermeiro deve planejar um cuidado individualizado para o paciente, de acordo com cada tipo de procedimento cirúrgico, favorecendo a interação maior entre o profissional e o paciente, tendo em vista a qualidade da assistência, benefícios para o paciente e a promoção a saúde (POSSARI, 2012).

Com isto, o profissional utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para um adequado agenciamento a saúde em todos os setores de atenção ao

paciente. A SAE é fundamentada em princípios científicos, consistindo em uma medida de organização e realização de cuidados, sendo uma atividade privativa do enfermeiro (KUHNNEN, et al., 2008).

Neste contexto, faz-se indispensável a implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem permite armazenar informações com qualidade, melhorando a comunicação entre enfermeiro e paciente (DUAILIBE, et al., 2014).

A SAE contribui expressivamente com o Processo de Enfermagem (PE), que é a execução de ações sistematizadas e mútuas através da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), tendo em vista a assistência ao ser humano levando em conta o processo de enfermagem aplicada ao paciente. Assim, o enfermeiro seguramente dispõe de um importante recurso para executar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos frente ao cuidado com o paciente cirúrgico (FONSECA; PENICHE, 2009).

4.2 PERÍODO PERIOPERATÓRIO O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIO

A SAEP sofreu modificações ao longo da história. Durante a década de 1960 a atuação do enfermeiro na assistência perioperatória, se caracterizava por ser uma prática, predominantemente instrumental. Em decorrência desse fato, as ações desempenhadas pela enfermagem se limitavam somente em desempenhar intervenções básicas para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, executando somente as solicitações que eram realizadas pela equipe médica, colocando em segundo plano a assistência oferecida diretamente ao paciente (OLIVEIRA, 2006).

Após a implementação da SAEP houve um grande crescimento da enfermagem perioperatória, pois, valorizou a assistência de enfermagem em relação aos cuidados oferecidos ao paciente, por ser uma atividade exclusiva do enfermeiro (GRITTEM, 2007).

Para SOBECC (2013), a realização da implementação da SAEP requer do enfermeiro um conhecimento consolidado. É uma ferramenta de trabalho fundamental para a assistência de enfermagem, possibilitando assim assistir o paciente durante o período perioperatório de forma individualizada. Além disso, fornece ao profissional

de enfermagem o respaldo legal através dos registros completos de toda assistência planejada e implementada da unidade.

Segundo Saragiotto e Tramontini (2009), a SAEP além de desempenhar a função de prevenir as complicações do ato anestésico cirúrgico e planejar a assistência perioperatória, ela também atua como apoio emocional tanto para o paciente quanto para a sua família, com a finalidade de ajudar na compreensão dos problemas que poderão surgir ao longo do período perioperatório. É graças a ela que a enfermagem tem um papel definido com relação a sua atuação profissional, proporcionando a esse profissional atuar de maneira sistematizada, organizada, e humanizada.

Desse modo, a enfermagem necessita ter conhecimento científico e domínio dos procedimentos, com o objetivo de desempenhar suas atividades de uma forma ordenada e sistematizada (THIESEN, 2005).

Evidencia-se, portanto, a atuação do profissional de enfermagem embasadas na realização dos procedimentos em conformidade com o SAEP, as quais se trata: avaliação pré-operatória: que é realizada uma coleta de dados com o paciente e/ou familiares, onde se verifica as necessidades do paciente; Diagnóstico de Enfermagem: com base nos dados obtidos na etapa anterior, realiza-se uma análise dos problemas identificados que vão precisar ser observados durante o procedimento cirúrgico; Planejamento da assistência de Enfermagem: esta fase consiste na realização da prescrição de enfermagem com os devidos cuidados que deverão ser cumpridos; Implementação: coloca-se em prática as ações de enfermagem determinadas na etapa anterior e põe fim a avaliação pós-operatória: nesta fase, analisa-se o estado de saúde do paciente, registrando as informações no prontuário (SOBECC, 2017).

Durante o planejamento da cirurgia proposta, o enfermeiro é o profissional responsável em fornecer e prever os materiais e equipamentos necessários para a realização da cirurgia. No momento que o paciente é admitido no centro cirúrgico o enfermeiro deve conferir todos os dados do paciente, incluindo os exames e a demarcação do sítio cirúrgico (LELIS; AMARAL; OLIVEIRA, 2017).

Neste mesmo seguimento, Possari (2012), enfatiza que o enfermeiro é o profissional competente para coordenar o desenvolvimento do ato cirúrgico durante o decorrer de todas as suas etapas, com objetivo de que isto ocorra num ambiente seguro, confortável, limpo e livre de risco de irregularidade para o paciente e para a equipe de saúde.

4.2.1 Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato

Martins (2016), realça que é fundamental que enfermeiro possua conhecimento sobre os anestésicos utilizados, bem como, os seus efeitos, e o período de durabilidade da anestesia, dados esses que subsidiam a sua avaliação sobre o paciente. Portanto define-se anestésico como sendo o produto fármaco utilizado para anestesiar o paciente, impedindo que este sinta dor. Nessa definição, caracterizam-se também os equipamentos e as condutas clínicas que têm relação com o ato anestésico.

No corpo humano existem vários receptores que atuam como identificadores de lesões dos tecidos e nervos, estes receptores transportam a sensação de dor por meio de sinais elétricos que caminham através da pele até a medula espinhal que conduz até o cérebro que reconhece a sensação de dor (PINHEIRO, 2018).

SOBECC (2017), esclarece que a anestesia é um procedimento que tem por objetivo bloquear por um tempo determinado a capacidade cerebral de reconhecer o estímulo doloroso.

Quanto à dor, caracteriza-se como uma ferramenta de defesa utilizada pelo organismo que é ativada sempre mediante a exposição dos tecidos à algum tipo de injúria ou processo estressante ou desgastante (RACHADEL, 2010).

Desta forma Oliveira (2006), destaca-se três pontos de bloqueio da dor: bloqueio local: bloquear o local exato onde está ocorrendo o estresse, lesão ou injúria, por meio do bloqueio direto dos receptores; bloqueio na medula espinhal: quando o bloqueio é feito através de intervenção do sinal doloroso na medula provocando impedimento do deslocamento do mesmo até o cérebro; bloqueio no cérebro: age diretamente onde a ação de bloqueio corresponde ao impedimento do reconhecimento dos sinais dolorosos que chegam ao cérebro. Anestesia local é o nome dado a estes tipos de impedimentos da dor, regional e geral respectivamente a cada descrição citada à cima.

Passos (2012) afirma que cada tipo de anestesia possui uma indicação. Para a anestesia local, o procedimento comum, utilizado para bloqueio da dor em pequenos locais do corpo, quase todas as especialidades podem utilizá-la não sendo necessária

a presença de anestesista. Para a anestesia regional, o procedimento de uso em cirurgia simples, no qual o paciente pode até permanecer acordado.

Quando ocorre o bloqueio da dor em uma determinada região do corpo, têm-se dois tipos de anestesia: a anestesia raquidiana, insere-se uma agulha de calibre pequeno nas costas do paciente, o objetivo é atingir um espaço conhecido como subaracnoide, localizado dentro da coluna espinhal, injetando o anestésico dentro do líquido que produzirá dormência e relaxamento muscular temporário (MORO, 2009).

Quanto à anestesia peridural: se difere da raquidiana por ser injetada na região que se encontra ao redor do canal espinhal não dentro do mesmo. Injeta-se o anestésico através de um cateter em doses menores que a raquidiana, podendo ser administrada até o pós-operatório a fim de conter a intensidade da dor nas primeiras horas após a cirurgia (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

A anestesia geral: normalmente indicada para cirurgias de grande porte e complexas. Durante o efeito da anestesia geral, o paciente fica inconsciente, imóvel, entubado e ligado ao respirador artificial (PASSOS, 2012).

Antes de realizar qualquer anestesia, deve-se realizar a avaliação pré-anestésica (APA), mesmo que essa cirurgia venha a ser de urgência. Um dos seus principais objetivos é reduzir a morbimortalidade do ato anestésico-cirúrgico. A anestesia adequada para cada paciente é aquela que garanta as condições ideais para a cirurgia; permitindo um retorno rápido da consciência com pouco efeito residual pós-operatório e que apresente baixa incidência de efeitos colaterais (HOSPITAL INFANTIL SÃO CAMILO, 2014).

A escolha do tipo do anestésico é de responsabilidade do anesthesiologista, e essa escolha pode variar de acordo com as condições clínicas que o paciente apresenta, do tempo de recuperação pós-operatória, doenças preexistentes, da duração do procedimento cirúrgico, e também a posição em que o paciente ficará durante a cirurgia (LEMOS, 2015).

Diante da complexidade do procedimento anestésico-cirúrgico, tornou-se fundamental a construção de um ambiente onde os pacientes pudessem receber cuidados e serem observados constantemente no período pós-operatório imediato. Este ambiente foi intitulado como Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) (RACHADEL, 2010).

Prado, et al. (1998), aponta que as finalidades básicas da SRPA é a realização de uma avaliação crítica dos pacientes durante o período pós-operatório, tendo como

foco a previsão e prevenção de complicações que são ocasionados do efeito da anestesia ou do procedimento cirúrgico.

Nunes, Matos e Mattia (2014), afirmam que a SRPA é a área destinada para receber os pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, é aonde o paciente permanecerá até a recuperação de sua consciência, e que seus reflexos e sinais vitais estejam normalizados. Neste período o paciente fica sob monitorização da equipe de enfermagem e também da equipe médica especialmente o anestesista.

Portanto, a SRPA deve estar localizada na planta física do Centro Cirúrgico (CC) ou em suas proximidades, com o objetivo de oferecer um transporte fácil do paciente com efeitos do anestésico para este local, e se caso for necessário o paciente poderá ter um retorno rápido a sala de operação para reintervenção cirúrgica, e sua estrutura deve estar equipada com, saídas de oxigênio e vácuo umidificador de O₂, aparelhos de monitorização cardiopulmonar, desfibrilador, extensões, material de consumo e medicações (KUHNNEN, et al. 2008).

Quanto a viabilidade de sua estrutura física, a SRPA deve ser planejada de modo que a equipe médica e de enfermagem possam ter uma visão constante de todos os pacientes, sendo o estilo aberto o mais adequado, cujo número de leitos deve ser equivalente ao número de salas de operação mais um leito (FERREIRA; BORGES; FIGUEIREDO, 2007).

Para Costalino (2015), a assistência de enfermagem prestada ao paciente na SRPA tem como enfoque principal a segurança do paciente, sendo necessário que haja um número de profissionais suficiente para fornecer um tratamento adequado, evitando assim a ocorrência de eventos adversos, que, na maioria das vezes, decorre da alta complexidade do processo anestésico-cirúrgico.

Cabe lembrar que a recepção do paciente na SRPA é de responsabilidade do enfermeiro, de maneira rápida, e constante monitorização dos sinais vitais, acompanhada da passagem de plantão do intraoperatório (GRITTEM, 2007).

O paciente só receberá alta da SRPA após o enfermeiro e o anestesista avaliarem o seu estado de saúde. Sendo os critérios dessa avaliação, a eficácia das drogas utilizadas no procedimento cirúrgico, o nível de consciência do paciente e o estado geral do mesmo no momento da avaliação. Entre os requisitos mínimos para receber a alta, o paciente deve apresentar: padrão respiratório estável, os sinais vitais estabilizados e o mínimo de dor possível (PASSOS, 2012).

Nesse período, o profissional de enfermagem utiliza algumas ferramentas para avaliar as condições hemodinâmicas do paciente, como por exemplo, o Índice de Steward que é aplicado em pediatria, a Escala de sedação Ramsay, no entanto a mais utilizada é a escala de Aldrete e Kroulik (Figura 1). Trata-se de um sistema numérico que estabelece índices para a avaliação de cinco itens, sendo eles: respiração, circulação, atividade muscular, consciência e saturação de oxigênio. A proposta deste índice é avaliar o funcionamento do sistema cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular dos pacientes durante o pós-operatório na recuperação anestésica (SOBECC, 2017).

Quanto à escala de Aldret e Kroulik, podemos observar:

ÍNDICE 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 de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	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 saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

Figura 1: Escala de Índice de Aldret e Kroulik
Fonte: Google Imagens.

A escala vai de 0 a 2 para cada item avaliado, onde o número 0 corresponde a gravidade e risco, 1 quer dizer que o paciente enfrenta um nível intermediário, e 2 significa a melhora da função. Após a realização da avaliação do índice de Aldrete e Kroulik (IAK) e a soma dos quesitos avaliados estiver com o índice acima de 8, o paciente pode ter alta da RA (CASTRO, 2012).

O enfermeiro dispõe de outro instrumento essencial para determinar o plano de tratamento adequado para o paciente, alcançando assim intervenções e resultados desejáveis para o paciente, trata-se do diagnóstico de enfermagem, definido segundo Ferreira, Borges e Figueiredo (2014) como “Julgamento Clínico que proporciona a

base das intervenções de enfermagem, visando alcançar resultados.” Para realizar o diagnóstico de enfermagem, utiliza-se o NANDA Internacional que é a sigla da nomenclatura North American Nursing Diagnosis Association.

O objetivo da NANDA é padronizar os termos utilizados pelos profissionais na escrita dos diagnósticos. Desta forma, ao se elaborar um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro não precisa designar muito tempo na busca da melhor forma de relatar os fatos ou estado clínico do paciente, podendo-se passar assim um tempo maior em dedicar-se à assistência propriamente dita (NANDA I, 2012).

Para Tannure e Gonçalves (2008), os diagnósticos de enfermagem são baseados em problemas existentes e potenciais que o paciente possui, sendo a base para se desenvolver as intervenções de enfermagem, que tem como objetivo atingir os resultados que são de responsabilidade do enfermeiro.

Sendo assim, tentaremos fazer uma relação dentre as complicações levantadas pela escala de Aldrete e Kroulik e os principais diagnósticos de enfermagem, independentemente do tipo de cirurgia que o paciente fora submetido. No quesito atividades musculares, a principal complicação desse item é o bloqueio neuromuscular residual, tendo como principal diagnóstico de enfermagem a mobilidade no leito prejudicada (NUNES; MATOS; MATTIA, 2014).

O segundo item da escala de Aldrete e Kroulik a ser avaliado é a respiração, que devido ao processo anestésico, o indivíduo pode sofrer a entrada de secreções gastrointestinais nas vias traqueobrônquicas, gerando hipoxemia e a apneia pós-operatória, além desses dois diagnósticos, pode-se citar a atelectasia, que ocasiona a obstrução de vias aéreas e os broncoespasmos. Entre os diagnósticos de enfermagem de maior importância, para este momento estão o padrão respiratório ineficaz, a troca de gases ineficaz, risco de broncoaspiração de secreção e desobstrução ineficaz de vias aéreas (SILVA, 2008).

Quanto a circulação, a escala de Aldrete e Kroulik serve de base para que o profissional de enfermagem analise as complicações circulatórias como hemorragias, arritmias, hipotensão e hipertensão. Já no que tange os diagnósticos de enfermagem, os mais utilizados seriam débito cardíaco diminuído, perfusão tecidual periférica ineficaz, choque hipovolêmico, volume de líquidos diminuído ou alterados (PALIO; BERNADLI, 2011).

No item nível de consciência, a escala de Aldrete e Kroulik padroniza sinais que sugerem condições relativas à dor, hipotermia, hipertermia, delírio e demora na

recuperação da consciência. Frente a essas complicações, os principais diagnósticos de enfermagem são dor aguda, percepção sensorial alterada, confusão, ansiedade, risco de desequilíbrio da temperatura corporal, hipotermia e hipertermia (SOBECC, 2017).

Por fim, a escala de Aldrete e Kroulik trata a saturação, o último elemento da avaliação, no qual a principal complicação é a hipoxemia, e os principais diagnósticos são: Perfusão tissular periférica alterada e troca de gases prejudicada (POVOP; PENICHE, 2009).

Dada toda logística necessária para amparar o desempenho do profissional de enfermagem, é evidente que fica indispensável o bom planejamento da assistência de enfermagem, pois esta possibilita a implementação de intervenções que correspondem às necessidades do paciente, alcançando a diminuição dos riscos relativos ao procedimento anestésico cirúrgico (GALDEANO, 2007).

Nas palavras de Gomes (2012), o papel do enfermeiro é o de elaborar o planejamento e a organização assistencial prestada ao paciente de forma individual, utilizando-se da prescrição de enfermagem para a realização das ações do cuidar do cliente.

Como segundo passo para consolidar a importância do profissional enfermeiro na SRPA, organizamos o quadro a baixo, com as intervenções dos principais diagnósticos de enfermagem com base na escala de Aldrete e Kroulik.

ATIVIDADE MUSCULAR

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Mobilidade no leito prejudicada	“Cuidados com o repouso do paciente no leito; promoção de mecânica corporal”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 410

RESPIRAÇÃO

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Padrão respiratório ineficaz	“Monitorar a frequência respiratória (FR), a saturação de oxigênio e a expansibilidade pulmonar; monitorar o padrão respiratório e manter oxigênio úmido durante a recuperação pós-anestésica; avaliar a necessidade de aspiração da via aérea; avaliar sinais de insuficiência respiratória”

FONTE: SOBECC, 2017, p.395.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Troca de gases ineficaz	“Manter vigilância constante; fornecer oxigênio suplementar, incluindo ventilação mecânica, conforme prescrito; monitorizar a administração e eficácia de oxigenoterapia; verificar os sinais vitais, temperatura, frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial; atentar para mudança na coloração da pele, principalmente cianose de extremidades; promover repouso absoluto”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 400.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Risco de broncoaspiração	“Monitorar nível de consciência, controle de náuseas, vômitos e distensão abdominal; manter aspirador montado e próximo da cabeceira do leito para pronto uso”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 395.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	“Facilitar a remoção de secreção por meio de hidratação; estímulo da tosse; aspiração de secreção e controle/monitorização da condição respiratória”

FONTE: SANTOS; PRADO, 2010, p. 30.

CIRCULAÇÃO

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Debito cardíaco diminuído	“Avaliar a pressão arterial e a frequência cardíaca, comparando com os resultados pré-operatórios; avaliar a coloração e a umidade da pele; avaliar os pulsos periféricos e o tempo de enchimento capilar; monitorizar/registrar arritmias cardíacas; realizar controle hídrico; avaliar prováveis perdas de líquido”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 444.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Perfusão tecidual periférica ineficaz	“Realizar balanço hídrico; controle dos sinais vitais; reposição de volume ou hemoderivados conforme prescrição médica; monitorar cor, temperatura e

	umidade da pele; controlar presença de cianose periférica”
--	--

FONTE: SANTOS; PRADO, 2010, p. 27.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Choque hipovolêmico	“Instalar monitor cardíaco; avaliar padrão respiratório, avaliar o estado de consciência; repor o volume de líquidos de acordo com a necessidade”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 400.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Volume de líquidos diminuído ou alterados	“Avaliar resposta à infusão de líquidos; registrar o volume de líquidos intravenosos e de irrigação instalados; monitorar as perdas sanguíneas e a reposição de volume; medir débito urinário quanto a cor, quantidade, volume e características”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 400.

CONSCIÊNCIA

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Dor aguda	“Identificar componentes culturais relacionados a dor; aplicar métodos farmacológicos e não farmacológicos de tratamento da dor; reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor”

FONTE: SOBECC, 2017, p.391.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Percepção sensorial alterada	“Monitorar o nível de consciência; Orientar o paciente sobre tempo e espaço”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 470.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Confusão	“Monitorar o nível de consciência e o padrão de resposta as solicitações verbais”

FONTE: SOBECC, 2017, 396.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Ansiedade	“Proporcionar ambiente calmo e confortável; tranquilizar o paciente; Oferecer um ambiente calmo e agradável; oferecer apoio psicológico; oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; fornecer medidas de conforto, manter a privacidade do paciente; encorajar a participação da família no cuidado”

FONTE: SOBECC, 2017, p.399.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	“Monitorar a temperatura do paciente; monitorar a exposição do paciente ao ambiente; aquecer o paciente com cobertores ou mantas térmicas, quando necessário; substituir roupas molhadas por secas; evitar descobrir os pacientes sem necessidade”

FONTE: SOBECC, 2017, p.391.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Hipotermia	“Instalar e regular dispositivos adequados de aquecimento; aquecer soluções de infusão; monitorar cor e temperatura da pele (cobertores reflexivos, mantas aquecidas); monitorar aparecimentos como tremores e confusão; monitorar condição respiratória e cardíaca”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 447.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Hipertermia	“Manter o paciente em ambiente aquecido; realizar curva térmica; realizar antitérmicos conforme prescrição medica”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 448.

SATURAÇÃO

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Perfusão tissular periférica alterada	“Supervisão da pele”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 410.

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO
Troca de gases prejudicada	“Posicionar o paciente para perfusão pulmonar máxima, mantendo dispositivos adequadamente desinfetados e conectados; monitorar o padrão respiratório e a saturação de oxigênio; administrar oxigênio conforme necessário”

FONTE: SOBECC, 2017, p. 400.

Diante do exposto, fica claro que a segurança do paciente na SRPA não está vinculada somente aos recursos tecnológicos e equipamentos, mas essencialmente dos cuidados de enfermagem que são respaldados pelo conhecimento científico dos profissionais, deste modo, o enfermeiro atua na prevenção de complicações que podem ocorrer neste período (ALEXANDRE, 2008).

Além das vantagens que a assistência de enfermagem na SRPA traz para o bem estar dos pacientes, ela ainda reúne outros benefícios como: redução da mortalidade pós-anestésica e pós-operatória; gerando uma sensação de segurança tanto para o paciente quanto para os seus familiares (BASSO; PICCOLI, 2004).

Ressalta-se ainda que o cuidado é empregado ao paciente, através de intervenções com base no conhecimento científico e em habilidades técnicas, desenvolvidas de forma criteriosa, individualizada e humanizada auxiliando o paciente no retorno rápido e seguro de suas atividades hemodinâmicas (RACHADEL, 2010).

Para Povop e Peniche (2009), o enfermeiro é um profissional especializado que possui a capacidade de reconhecer imediatamente alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes e implementar, com a mesma rapidez, cuidados específicos para prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico, deixando claro a importância desse profissional na sala de recuperação pós-anestésica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto sobre a importância do enfermeiro no período pós-operatório imediato, foi possível compreender que a sua atuação na recuperação anestésica e imprescindível para a prevenção, detecção e tratamento imediato das complicações provenientes do processo cirúrgico.

Vale ressaltar que o enfermeiro deve realizar um plano de cuidado adequado ao paciente, e suas particularidades, possibilitando uma monitorização adequada, identificando seus problemas, estabelecendo diagnósticos, bem como, direcionando as ações por meio das intervenções a serem implementadas para auxiliar a recuperação do paciente.

Assim sendo a participação deste profissional no processo anestésico cirúrgico caracteriza-se por uma assistência qualificada, planejada e individualizada desde a visita pré-operatória até a recuperação do paciente na SRPA. Colocando em evidência o quanto a realização da assistência de enfermagem na SRPA de forma efetiva contribui para uma boa recuperação do paciente, diminuindo ao máximo as complicações pós-operatórias imediatas.

Por fim conclui-se a que a segurança do paciente na SRPA está principalmente relacionada aos cuidados de enfermagem, que acontecem mediante as intervenções respaldadas pelo conhecimento científico e habilidades, prevenindo assim, a ocorrência de eventos adversos e complicações, que podem ocorrer como consequência da alta complexidade processo anestésico-cirúrgico.

Dada à importância do assunto, é de extrema relevância a ampla discussão deste tema dentro do ambiente acadêmico o que contribui para a formação de profissionais ainda mais capacitados e conscientes da importância do enfermeiro frente às complicações no período pós operatório imediato.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Iria. **Humanização do atendimento de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica**. 39 f. Monografia (Pós graduação em Conduas de Enfermagem ao Paciente Crítico) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000-042/00-0042B>> Acesso em: 18 Nov. 2017.

AVELAR, Maria do Carmo Querido; SILVA, Arlete. Assistência de enfermagem perioperatória: ensino em cursos de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.1, p. 46-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a06v39n1>> Acesso em: 18 Nov. 2017.

BARIZON, Silvana. **Cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à raquianestesia na sala de recuperação pós anestésica**. Fema. Assis, ano 2014. Disponível em: <<https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1011250205.pdf>>. Acesso em: 16 março 2018.

BASSO, Rejane; PICOLI, Marister. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 309-323, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/841/992>> Acesso em: 27 Set. 2017.

BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. In: Roza BA. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 95-111.

BRITO, Maria de Fatima Paiva. **Avaliação do processo de identificação do paciente em serviços de saúde**. **Enfermagem Fundamental**. 229 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) –Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde07012016110042/ptbr.php>> Acesso em: 18 Jul. 2018.

CABRAL, Dinora. **Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implementação**. 614f. Dissertação (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto: 2004. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/1021-6/.../2/93396_W_4_CAB_001_01_P.pdf> Acesso em: 18 Jul. 2018.

COSTALINO, Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: Formas de identificação e condutas interventivas. **Salusvita**, Bauru, v. 34,

n. 2, p. 231-250, 2015. Disponível em:<https://secure.usc.br/staticbiblioteca/salusvita/salusvita_v34_n2_2015_art_04.pdf> Acesso em: 19 Mar. 2018.

CASTRO, F. S. F.; PENICHE, A.C.; MENDOZA, I.Y.; COUTO, A. T. Temperatura corporal, índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. **RevEscEnferm USP**. v. 46, n. 4, p. 872-6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br-/pdf/reeusp/v46n4/13.pdf>> Acesso em: 19 Mar. 2018.

DUALIBE, Felipe et al. Intervenções de enfermagem na recuperação pós-anestésica de pacientes cirúrgico. **RevEnferm UFPI**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 107-12, jan-mar, 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view-/1393>> Acesso em: 19 Nov. 2017.

FERREIRA, Elaine; BORGES, Henriana; FIGUEIREDO, Marcela. **Visita pré-operatória: um instrumento para o cuidar do enfermeiro de centro cirúrgico**. 73f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis, 2007. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/Bi-tstream/handle/123456789/119115/249414.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18 Mar. 2018.

FONSECA, Rosa; PENICHE, Aparecida. Enfermagem em centro cirúrgico: Trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Acta Paul Enferm**.v. 22, n. 4, p. 428-33. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf> > Acesso em: 18 Set. 2017.

GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, NamieOkino; ROSSI, Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, Oct. 2002. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 Fev. 2018.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; PENICHE, A.C.G. **Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica**. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 267-98.

GOMES, Walter J. Cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea. O cirurgião cardíaco deve dominar ambas as técnicas. **RevBrasCirCardiovasc. [online]**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n2/v27n2a02.pdf>> Acesso em: 10 Out. 2018.

GRITTEM, Luciana. **Sistematização da assistência perioperatória: Uma tecnologia de enfermagem.** 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Paraná. Curitiba, 2007. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLucianaGrittem.pdf>>. Acesso em: 17 Out. 2017.

HOSPITAL INFANTIL SÃO CAMILO. **Protocolo de Avaliação Pré- Anestésica.** Ano 2014. Disponível em: <http://hospitalinfantilsaocamilo.com.br/wpcontent/uploads/Avalia%C3%A7%C3%A3opr%C3%A9anest%C3%A9sicaPRT.ANE_.006.pdf>. Acesso em: 02 novembro 2017.

JORGETTO Giovanna Vallim; NORONHA, Rachel Noronha; ARAÚJO, Izilda Esmeria Muglia. Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. **RevEletr Enf.**v. 06, n. 02,2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/815/9-37>>. Acesso em: 29 Ago. 2018.

LELIS, Lorena; AMARAL, Mônica; OLIVEIRA, Fernanda. Prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico: uma prática da Enfermagem. **Rev Científica Fac Mais**, v. XI, n. 4. Dezembro. 2017/2º Semestre. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wpcontent/uploads/2018/01/10PREVEN%C3%87%C3%83ODEEVENTOSADVERSOSRELACIONADOSAOPROCEDIMENTO-CIR%C3%9ARGICO-UMA-PR%C3%81TICA-DA-ENFERMAGEM.pdf>> Acesso em: 15 Mar. 2018.

LEMOS, Cassiane. **Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: protocolo para segurança do paciente.** 128 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-13102015-161656/en.php>>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

LEMOS, Cassiane; PENICHE Aparecida. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: Revisão integrativa. **RevEscEnferm USP.** v. 50, n. 1, p. 154-62. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/p_t_0080-6234-reeusp-50-01-0158.pdf> Acesso em: 29 Out. 2017.

KUHNEN, Aline et al. **Implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).** 21f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/1-23456789/119307/262486.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 de set. 2017.

NUNES, Fiama; MATOS, Selme; MATTIA, Ana. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. **Revista SOBECC**, v. 19, n. 3, p.

129-135, set. São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/104>>. Acesso em: 20 Mar. 2018.

MARQUES, L. M. S. PEPE, C. M. S. **Instrumentação cirúrgica- Teórica e pratica**. São Paulo: Roca, 2001.

MARTINS, I. **Análise das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem: desobstrução ineficaz das vias aéreas**. 51f. Tese Universidade Federal de São Paulo, Escola paulista de medicina, Departamento de enfermagem, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/18404>> Acesso em: 20 Mar. 2018.

MEDINA, Eugenia; PAILAQUILÉN René. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, jul-ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf> Acesso em: 12 Set. 2017.

MORO, Eduardo et al. Principais preocupações dos pacientes sobre as complicações mais frequentes na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 59, n. 6, p. 716-724, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347094200900060007> Acesso em: 19 Dez. 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA)-**Nursing diagnoses: definitions & classification**. St Louis, NANDA, 2012.

NUNES, Fiama; MATOS, Selme; MATTIA, Ana. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. **Revista SOBECC, São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 129-135, set. 2014. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/104>>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

OLIVEIRA, Roseane. **Vivenciando o cuidado perioperatório de enfermagem**. Universidade Federal da Bahia. 100f. Dissertação (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10247/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Roseane%20Oliveira.pdf> Acesso em: 15 Nov. 2017.

PALIO, A.F.; BERNADELLI I.M. **Complicações Anestésicas**. In: Auler Jr. JOC, Carmona MJC, Torres MI, A. Ramalho AS. (eds) Anestesiologia básica. Manual de anestesiologia, dor e terapia intensiva, Barueri: Manole 2011.

PASSOS, Ana. O Cuidado da Enfermagem ao Paciente Cirúrgico Frente ao Ato Anestésico. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 14-19, 2012. Disponível em: <https://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/viewFile/202/119> Acesso em: 21 Nov. 2017.

PINHEIRO, Pedro. TIPOS DE ANESTESIA–GERAL, LOCAL E RAQUIDIANA E PERIDURAL. **MD.Saúde**, 2018. Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/2012/1-1/tipos-de-anestesia.html>>. Acesso em: 30 Ago. 2018.

POPOV, Débora; PENICHE, Aparecida. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 953-961. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000400030> Acesso em: 16 Mar. 2018.

POSSARI, João F. **Centro Cirúrgico: Planejamento Organização e Gestão**. 5.ed. São Paulo: Iátria, 2011.

_____. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória**. In: Possari JF. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria; 2004. p. 209-32.

PRADO, Gonçalves et al. Centro de recuperação pós-anestésico: observação, análise e comparação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 123-125, July 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691998000300015> Acesso em: 19 Jan. 2018.

RACHADEL, Aline. Sala de recuperação pós anestésica: uma proposta de revisão do instrumento de registro da assistência de enfermagem. **UNISUL**, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2013/10/AlineNalziradaSilveira-Rachadel.pdf>>. Acesso em: 03 Mar. 2018.

SANTOS, Clívia Maria Souza; PRADO, Patrícia Rezende. Sistematização da Assistência de enfermagem em paciente portador da doença de Wilson. **Seringal de idéias**, Rio Branco/AC, n. 3, jan/dez, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/USE-R/Downloads/sistematizacao_assistencia_enfermagem.pdf> Acesso em: 05 Mar. 2018.

SARAGIOTTO, Isabella; TRAMONTINI, Cibele. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória - estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **CiencCuidSaúde**. v.8 n.3. Londrina, 2009. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9018/5003>> Acesso em: 15 Nov. 2017.

SILVA, Débora. **Segurança do paciente no período pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica**. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universitário de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/713-9/tde13062-008100842/en.php>> Acesso em: 28 Set. 2017.

SILVA, Maria; RODRIGUES, Aparecida; CESARETTI, Isabel. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. 2. Ed. São Paulo: EPU 1997.

SOBECC. **Práticas recomendadas Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Pós Anestésica**. 6.ed.rev. e atual. São Paulo: Manole, 2013.

SOBECC. **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde, Central de Material e Esterilização e Recuperação Pós Anestésica**. 7.ed.rev. e atual. São Paulo: Manole, 2017.

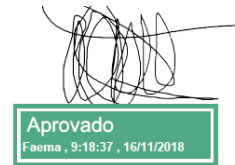
SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, R.M. Orientação pré-operatória ao cliente - uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **RevEletronica**,v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/pdf/RELATO_01.pdf> Acesso em: 13 Jun. 2018.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

THIESEN, Michele. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**.104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/Bitstream/handle/123456789/101843/231725.pdf?sequence=>> Acesso em: 10 Set. 2017.

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**.,v. 14, n. 1, p. 124-31, janeiro-fevereiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>> Acesso em: 10 Nov. 2018.

ANEXO 1



Resultado da análise

Arquivo: Meu TCC Sabrini.docx

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **1,81%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [△](#)

Suspeitas confirmadas: **1,09%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [△](#)

Texto analisado: **91,32%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Endereços mais relevantes encontrados:

Endereço (URL)	Ocorrências	Semelhança
https://app.uff.br/riuff/handle/1/3643	5	2,68 %
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000300321	4	-
https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/Paginas/orientacoes-paciente-cirurgico.aspx	4	4,34 %
http://docplayer.com.br/50212980-Revista-cientifica-da-faculdade-de-educacao-e-meio-ambiente-v-8-n-1-jan-jun-ciencias-da-saude.html	3	5,54 %