

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA).

KUHNEN, Aline Carla¹

MARKUS, Andrea Machado²

DA CORREGGIO, Thâmy Canova³

AMANTE, Lúcia Nazareth⁴

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, de natureza qualitativa, desenvolvida no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da UFSC, com o objetivo de elaborar o instrumento para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no período pós-operatório imediato. Foram selecionados 10 pacientes submetidos aos procedimentos realizados pela especialidade de cirurgia geral. Os resultados estão organizados em dois momentos, no primeiro caracterizado pelo *Perfil dos participantes* e no segundo identificamos duas categorias: *A realidade da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)*, descrevendo os aspectos físicos, assistenciais e humanos deste local e *A ação a partir da realidade na SRPA*, relatando as atividades de intervenção. Através disso, notamos que a SAE facilita a monitoração do paciente e o aproxima do profissional de enfermagem, diminuindo a mecanização da assistência e tornando-a individualizada e humanizada.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; Assistência de Enfermagem; Sala de Recuperação; Registro de Enfermagem.

¹Acadêmica da oitava fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

²Acadêmica da oitava fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³Acadêmica da oitava fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Bolsista do Projeto Pró-Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

⁴ Professora Doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

**Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala
de Recuperação Pós-anestésica**

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, desenvolvida no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da UFSC, com o objetivo de elaborar o instrumento para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no período pós-operatório imediato. Os resultados foram organizados em dois momentos, no primeiro caracterizado pelo *Perfil dos participantes* e no segundo foram identificadas duas categorias: *A realidade da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)*, descrevendo os aspectos físicos, assistenciais e humanos deste local e *A ação a partir da realidade na SRPA*, relatando as atividades de intervenção.

Este estudo traz contribuições significativas para os interessados em assuntos referente à assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico destacando que a SAE facilita a monitoração do paciente e o aproxima do profissional de enfermagem, diminuindo a mecanização da assistência e tornando-a individualizada e humanizada.

Lúcia Nazareth Amante, Dra
Professora Orientadora

INTRODUÇÃO

Os indícios do atendimento cirúrgico remontam à pré-história, quando já eram realizados procedimentos como ajustamentos de fraturas, amputações e trepanagens cranianas. No período medieval apareceram os cirurgiões-barbeiros que realizavam sangrias, extração dentária, drenagens de abscessos, entre outros procedimentos que eram desempenhados sem qualquer noção de higiene ou processos anestésicos, provocando um grande número de mortes por hemorragias e infecções⁽¹⁾. Ao final da Idade Moderna, em Londres, surge a primeira sala cirúrgica hospitalar. Estas primeiras salas eram localizadas no último andar dos hospitais, devido à utilização de luz natural e considerando a distância dos outros pacientes hospitalizados, que com essa separação não ouviriam os gritos dos pacientes sendo operados⁽²⁾.

Na Idade Contemporânea, antes da descoberta da anestesia, houve o primeiro relato formal na cidade de Newcastle, Inglaterra, sobre a existência de uma sala para observação e cuidados especiais pós-cirúrgicos, ainda que prestados por pessoal sem treinamento, localizada ao lado das salas de operação⁽³⁾.

Em 1842 surgiu uma nova era para a cirurgia com o descobrimento de anestésicos como o óxido nitroso, éter, e posteriormente em 1847, o clorofórmio, possibilitando o controle da dor⁽⁴⁾. Florence Nightingale, em 1863, já previa a necessidade de que os pacientes submetidos à cirurgia fossem agrupados para facilitar seu atendimento nas primeiras horas pós-operatórias. Sendo que somente em 1942, nos Estados Unidos, utilizou-se, pela primeira vez, o termo “Sala de Recuperação Pós-Anestésica - SRPA”⁽³⁾.

Porém, somente entre 1940 e 1959, a assistência de enfermagem aos pacientes cirúrgicos foi se tornando mais complexa e científica. Nos últimos anos, a pesquisa na área da enfermagem cirúrgica foi incrementada, visando à melhora da qualidade da assistência tanto no preparo pré-operatório, quanto na recuperação do paciente⁽⁵⁾.

Desta forma, surge a enfermagem perioperatória, que segundo Smeltzer e Bare⁽⁶⁾ deve ser baseada em um processo sistemático e planejado com uma série de passos integrados. Assim, o conceito de prática perioperatória traz tanto as atividades desenvolvidas durante a assistência pré, trans e pós-operatória, que são tradicionais da enfermagem, quanto as mais avançadas, como educação para o paciente, aconselhamento, levantamento de dados, planejamento e avaliação. A fase pré-operatória se inicia com a decisão de realizar a intervenção cirúrgica e termina com o paciente já na mesa operatória, neste momento se inicia a fase trans-operatória que termina quando o mesmo é transferido para a sala de recuperação pós-anestésica.

O pós-operatório imediato, segundo Smeltzer e Bare⁽⁶⁾, tem seu início na SRPA, onde o paciente é admitido após o término da cirurgia, ainda sob efeito da anestesia e termina com a sua alta.

Sendo assim, a fase operatória é considerado crítica e complexa, na qual o indivíduo necessita de assistência de enfermagem individualizada e sistematizada acarretando na criação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Possari⁽³⁾ afirma que a SRPA é uma área destinada aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde permanecem até a recuperação da consciência, normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a monitorização e cuidados constantes das equipes de enfermagem e médica. Cunha e Peniche⁽⁷⁾ ressaltam que a SRPA é uma unidade que possui instabilidade e alta rotatividade e, para que a assistência de enfermagem ao paciente ocorra de forma efetiva são necessárias ações rápidas, para evitar complicações, assim como registro correto destas ações, em instrumentos apropriados, para garantir uma continuidade dos cuidados iniciados.

O registro dos dados é fundamental neste processo, pois promove a continuidade da assistência, a exatidão das anotações e o pensamento crítico, uma vez que o enfermeiro poderá fazer uma avaliação de suas informações e aprofundar seus conhecimentos. Para facilitar o registro podem-se elaborar instrumentos, porém estes devem obter informações específicas e relevantes em relação ao paciente, estar embasado em um referencial teórico, ser organizado para facilitar a interpretação dos dados, ser prático para a sua utilização e oferecer continuidade nas unidades envolvidas com a assistência⁽⁸⁾.

No transcorrer das nossas atividades acadêmicas teórico-práticas, desenvolvidas especificamente na disciplina *O Cuidado no Processo de Viver Humano I* da quarta unidade curricular do curso de graduação em enfermagem, notamos a ausência de um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na SRPA do Centro Cirúrgico (CC) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC que facilitasse, organizasse e documentasse a assistência de enfermagem prestada ao indivíduo em processo anestésico-cirúrgico de forma qualificada e integral.

Considerando a descrição até então, a proposta norteadora deste estudo baseou-se no pressuposto de que: “A complexidade de ações e a inter-relação das três fases da experiência cirúrgica do paciente justifica a importância da SAEP e a utilização de conhecimentos científicos para esse embasamento”⁽⁹⁾. Neste sentido, apresenta-se a seguinte questão norteadora: *Como implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica?*

Para responder tal questão foi definido como objetivo: *elaborar o roteiro para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no período Pós-operatório imediato no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Prof^o Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.*

MÉTODO DA PESQUISA

Tratou-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), de natureza qualitativa, cujo método tem como objetivo articular a teoria com a prática⁽¹⁰⁾. Foi desenvolvida nos meses de agosto a novembro de 2008 no CC do HU/UFSC. Este hospital contém cinco salas cirúrgicas, sendo que quatro estão equipadas para cirurgias de grande porte, requerendo anestésias gerais e/ou regionais. A quinta sala, embora equipada para a realização de procedimentos anestésicos, em virtude de sua menor dimensão (20 m²) é destinada apenas à cirurgia de pequeno porte e procedimentos ambulatoriais.

Caracterizado como hospital escola, fundado em 1980, possui a assistência de enfermagem realizada de forma integral e sistematizada, seja na área ambulatorial ou de internação. Para a realização da assistência de enfermagem, a metodologia adotada é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta.

Para participar da pesquisa foram selecionados 10 pacientes submetidos ao tratamento anestésico-cirúrgico, que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: serem pacientes da especialidade de Cirurgia Geral, estarem internados nas Unidades Cirúrgicas antes do procedimento, aceitar livremente participar e colaborar com o estudo após terem sido convidados e esclarecidos sobre os objetivos do mesmo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Destacamos que dentre as especialidades cirúrgicas, a cirurgia geral é a que possui o maior índice de cirurgias no CC do HU/UFSC sendo este o fator que motivou a escolha desta especialidade. Os pacientes foram convidados a participar do estudo a partir da escala cirúrgica diária e visita pré-operatória do enfermeiro que era realizada seguindo um instrumento semi-estruturado criado por Ferreira; Borges e Figueiredo⁽¹¹⁾.

Foi utilizado o método da observação com o objetivo de analisar a assistência de enfermagem prestada ao indivíduo em recuperação pós-anestésica pelos profissionais da SRPA do CC do HU/UFSC. Assim, confeccionamos o instrumento de acordo com as observações e análise da pesquisa e através da revisão bibliográfica. Utilizamos como guia o instrumento criado por Cunha e Peniche⁽⁷⁾, porém o estruturamos e o adaptamos a fim de proporcionar uma assistência integral e individualizada ao paciente e estar de acordo com a

realidade da SRPA do CC do HU/UFSC. Além da revisão de literatura, buscamos desenvolver o instrumento com base na teoria de Wanda de Aguiar Horta que é o referencial teórico da sistematização da assistência do HU/UFSC e permite assistir o paciente em sua totalidade e assegurar sua plenitude bio-psico-sócio-espiritual⁽¹²⁾.

Trentini e Paim⁽¹⁰⁾ relatam que na PCA os processos de assistência, coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. Expõe que em qualquer tipo de pesquisa qualitativa, a análise das informações consta de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Assim, realiza-se a aplicação dos resultados em processo de modo a explicitar seus reflexos na qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa.

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nortearam o desenvolvimento deste estudo. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Anexo 1). Também elaboramos e utilizamos o TCLE que visa garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas. Os sujeitos do estudo foram convidados a participar espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os mesmos. Foram garantidos aos sujeitos autonomia, não-maleficiência, beneficência, justiça.

Organizamos os dados primeiramente descrevendo o perfil dos participantes deste estudo e, posteriormente, apresentaremos duas categorias que surgiram a partir da leitura dos instrumentos semi-estruturados, baseados em Ferreira; Borges e Figueiredo⁽¹¹⁾, preenchidos durante a visita pré-operatória e a partir das observações da assistência de enfermagem prestada ao paciente na SRPA. Na primeira categoria relataremos aspectos físicos, assistenciais e humanos da SPRA a qual foi denominada de *A realidade da SRPA*, na segunda descreveremos as atividades de intervenção que realizamos a fim de alcançar o objetivo por nós proposto, que foi chamada de *A ação a partir da realidade na SRPA*.

RESULTADOS E ANÁLISE

Perfil dos participantes

Participaram como sujeitos deste estudo, 10 pacientes. O mais jovem possuía 29 anos, seguido de um de 33 anos, um de 37 anos, dois de 38 anos, um de 39 anos, um de 47 anos, um de 49 anos, um de 58 anos e, por final, um de 62 anos. Dos participantes deste estudo, sete

pertenciam ao sexo feminino e três ao sexo masculino. Destes, cinco pacientes foram submetidos à cirurgia de Colecistectomia Videolaparoscópica (CVL), um de esplenectomia, uma cirurgia bariátrica, um de *Nissen* Videolaparoscópica, um de retirada de corpo estranho subcutâneo e um de tireoidectomia total.

Quanto à escolaridade, cinco participantes possuíam o ensino médio completo, dois o ensino fundamental completo e três o ensino fundamental incompleto. De acordo com a procedência, seis residiam em Florianópolis, dois em Balneário Camboriú, um em Cocal do Sul e outro em Guaraciara. Em relação ao motivo da indicação cirúrgica, todos relataram sabê-lo. A respeito da presença dos fatores de risco, quatro eram tabagistas e dois possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica.

A realidade da SRPA

No Brasil, a obrigatoriedade da SRPA já fazia parte das previsões das unidades cirúrgicas desde 1977, pela portaria nº 400 do Ministério da Saúde, mas somente foi estabelecida em 1993, por Decreto Federal, com a resolução do CFM nº 1363/93. Essa deve ser uma área física planejada com uma equipe multiprofissional composta de anestesiolista, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, treinada e habilitada a prestar cuidados individualizados e de alta complexidade⁽¹³⁾.

A SRPA localiza-se na planta física do CC e está equipada com saídas de oxigênio e vácuo, umidificador de O₂, extensões, aparelhos de monitorização cardio-pulmonar, desfibrilador, material de consumo e as medicações. Quanto à estrutura física, a SOBECC⁽¹⁴⁾ preconiza que o número de leitos na SRPA seja igual ao número de salas de cirurgias mais um leito. A SRPA do Centro Cirúrgico do HU conta atualmente com apenas quatro leitos, quando o ideal seriam cinco, pois a estrutura física não comporta. Um problema constante é a existência de aparelhos danificados, que constantemente são encaminhados para o conserto, isto constitui um fator de desgaste para a equipe de saúde que além de se preocupar com a recuperação do paciente deve estar atenta ao pleno funcionamento dos equipamentos de monitorização.

Na SRPA do Centro Cirúrgico do HU a assistência ao paciente é prestada pelo técnico de enfermagem, não havendo enfermeiro fixo para este serviço, pois ele é responsável pelas atividades administrativas e assistenciais de todo o CC. Na SRPA o técnico de enfermagem faz o cuidado de enfermagem de acordo com a situação atual de cada paciente. Para a admissão do paciente, ele a organiza de modo a oferecer segurança, agilidade e conforto,

também verifica a funcionalidade dos equipamentos e repõe o material de consumo, de roupas e as medicações.

Notamos que o déficit de recursos humanos em toda a unidade cirúrgica implicou na falta de funcionários para esta sala. Isto pode ser justificado pelo número de atestados médicos, licenças ou até mesmo cobertura de profissionais faltantes. No decorrer da prática presenciamos este fato por duas vezes, fazendo-nos inevitavelmente substituí-los. Por outro lado, houve momentos em que o profissional se afastava de seu posto e precisávamos chamá-lo, nos quais acreditamos que a sobrecarga de trabalho, o estresse e outros fatores favoreciam a procura por um descanso rápido. Aquino⁽¹⁵⁾ afirma que o Centro Cirúrgico é um dos ambientes mais complexos do hospital, pois concentra recursos humanos e materiais necessários ao ato cirúrgico e, freqüentemente, as suas atividades são desenvolvidas em um clima de tensão, pela existência de procedimentos estressantes geradores de ansiedade, seja pela gravidade dos pacientes, como pela complexidade dos atos anestésicos e cirúrgicos. Sendo assim, compreendemos que a complexidade deste ambiente e os seus elementos estressores se refletem no desempenho profissional acarretando situações relatadas acima.

A primeira ação assistencial na SRPA acontece na admissão do paciente, quando são passadas informações referentes ao período intra-operatório pelo anestesista e circulante da sala operatória para o responsável pela SRPA, tais como a cirurgia e anestesia realizadas, drogas utilizadas, intercorrências no trans-operatório, estado geral do paciente, sinais vitais, existência de alergias e sensibilidades, existência de prescrições médicas a serem executadas imediatamente e unidade de origem ou domicílio⁽¹⁴⁾.

O fornecimento das informações referentes ao período intra-operatório do paciente é realizado adequadamente pelo anestesista e em alguns momentos pelo circulante da sala, dando ênfase na analgesia feita na sala de cirurgia e nos cuidados com os efeitos anestésicos. Estas informações precisam ser fornecidas à admissão na SRPA, pois a incidência de complicações no pós-operatório imediato está geralmente associada a condições clínicas pré-operatórias, tipo de cirurgia e anestesia. A prevenção de complicações neste período promove rápida convalescença, evita infecções hospitalares, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente⁽³⁾.

Assim, a assistência direta neste período é considerada uma ação essencial tendo em vista ser um período crítico, caracterizado por alterações fisiológicas referentes ao ato anestésico-cirúrgico. As principais necessidades humanas básicas afetadas do paciente, segundo Wanda Horta⁽¹²⁾, são as necessidades fisiológicas e de segurança, nas quais devem ser focados os sinais gastrointestinais, circulatórios e renais, controle da dor, retorno sensor e

motor das áreas afetadas pela anestesia, integridade cutânea, balanço hídrico, eliminações e a proteção do paciente em relação aos medicamentos e quedas. Este fato se dá devido ao elevado grau de dependência do paciente que se encontra ainda sob efeito de drogas anestésicas.

Além destas necessidades humanas básicas afetadas, assim que o efeito anestésico é metabolizado no organismo do paciente, aparecem as necessidades de amor, de estima e de auto-realização. Neste sentido, quando o paciente está acordando, estas necessidades se afloram e os profissionais atuam com o objetivo de amenizá-las através do diálogo, do afeto e do cuidado em si.

Na assistência direta, os profissionais priorizam a verificação da permeabilidade das vias aéreas superiores, a colocação dos aparelhos de monitorização cardio-pulmonar (esfigmomanômetro e oxímetro), máscara de O₂ e conforto do paciente, através do aquecimento, posicionamento adequado, troca de roupas molhadas e verificação da permeabilidade do acesso venoso. Posteriormente, é preenchido o impresso de admissão da SRPA, contendo identificação do paciente, índice de Aldrete e controle dos sinais vitais.

Verificamos nos profissionais da SRPA a atenção aos valores dos sinais vitais, porém em alguns momentos estes não foram registrados. Notamos que a temperatura axilar e a frequência respiratória muitas vezes são subnotificadas, fato que pode ser justificado pela não visualização destes sinais vitais no monitor. Traldi⁽¹⁶⁾ relata que a comparação entre os sinais vitais auxilia avaliar clinicamente o paciente, constituindo um importante método para o acompanhamento de um diagnóstico. Frente aos parâmetros apresentados pelo paciente, o profissional deve visar seu bem-estar e ter ações que promovam sua normalização.

Outra forma utilizada para analisar a evolução do paciente em recuperação anestésica-cirúrgica é o diálogo direto com o paciente, estimulando-o e avaliando seu estado neurológico e retorno sensório-motor das áreas afetadas pela anestesia. Assim, o questionamento sobre a presença de dor, náuseas, frio, eliminação vesical, permite a realização de medidas cabíveis para a resolução de intercorrências que diminuam o risco de infecção e preservem a integridade cutânea do paciente. Sendo assim, os curativos das incisões e drenos são visualizados freqüentemente e quando há necessidade são trocados. Um aspecto notado foi a falta de controle e registro dos soros administrados como também o balanço hídrico, uma vez que o objetivo do balanço hídrico é facilitar o cálculo do balanço calórico do paciente, através da soma de líquidos infundidos com líquidos ingeridos e posterior diminuição dos líquidos eliminados. Este cálculo é de extrema importância, principalmente nos pacientes em pós-operatório imediato, pois as drogas anestésicas reduzem a atividade metabólica, podendo

alterar significativamente a quantidade de líquidos eliminados e, assim, ocasionar retenção hídrica⁽⁶⁾.

A comunicação é imprescindível na assistência de enfermagem, não importa o setor em que é realizada. Existem diversas formas de se comunicar, sendo uma delas o registro/documentação da assistência que é observada e realizada. A documentação, além de facilitar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, promove a continuidade da assistência, reflete o plano de cuidados e serve como um registro legal do cuidado fornecido⁽¹⁷⁾.

Para auxiliar a equipe e proporcionar assistência de enfermagem segura, e contínua aos pacientes, diversos métodos de controle das funções fisiológicas foram criados, sendo o mais utilizado o Índice de Aldrete e Kroulik⁽¹⁸⁾. Esses autores pontuaram de zero a dois a variação da atividade motora sob comando, função respiratória e circulatória, estado de consciência e, recentemente o nível de saturação de oxigênio, ao considerarem estes parâmetros clínicos marcadores dos sistemas fisiológicos comprometidos pelo procedimento anestésico somando pontuação máxima 10, porém a alta ao paciente pode ser fornecida com índice acima de oito⁽¹⁸⁾.

Notamos que a solicitação de alta é feita pelo técnico de enfermagem ao anestesista, somente após a análise do Índice de Aldrete e Kroulik alcançar score igual a 10 e houver estabilidade dos sinais vitais. Lembrando que, além disso, o paciente deverá apresentar um padrão respiratório e cardiovascular eficazes, presença de reflexo glossofaríngeo, retorno do nível de consciência e função senso motora, ausência ou diminuição da dor, ausência de sangramentos intensos em ferida operatória, sondas ou drenos.

Ao encaminhar o paciente à unidade de destino são instalados e identificados os primeiros soros da prescrição médica e fornecida por telefone a evolução do paciente na SRPA para o enfermeiro. Neste momento, sentimos falta de um instrumento que registrasse as condições reais de alta do paciente, pois, sabemos que além de promover a continuidade da assistência, não se perderiam dados relevantes do paciente neste período de transferência de uma unidade para a outra. As ações que desenvolvemos para intervir e modificar esta realidade serão descritas a seguir na categoria chamada de *A ação a partir da realidade na SRPA*.

A ação a partir da realidade na SRPA

A presente categoria discorrerá sobre três temas cuja realização permitiu a modificação da prática do cuidado no CC, mais especificadamente na SRPA. Iniciaremos o relato pela

criação do roteiro de admissão do paciente na SRPA, seguido da implementação da SAE e da atividade educativa que realizamos.

O roteiro de admissão do paciente na SRPA (Apêndice 1), baseado na Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) e na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foi criado com o intuito de nos servir de guia durante a coleta de dados do presente estudo. Entretanto, após a coleta e análise dos dados notamos a necessidade da permanência deste roteiro na SRPA para auxiliar os profissionais de nível médio, designados para este local, na assistência ao paciente no final do processo anestésico-cirúrgico. Como conteúdo, este roteiro incluiu a organização da SRPA, a recepção do paciente (seu posicionamento, monitoração constante das necessidades humanas básicas afetadas) e sua situação durante a alta⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Desta forma, os profissionais puderam utilizar o roteiro e notamos, em alguns, o despertar de uma consciência crítica, pois a presença do roteiro na SRPA possibilitou identificar possíveis erros ou até mesmo omissões da assistência. Assim, percebemos que a consciência crítica envolve os profissionais ao cuidado de qualidade e excelência, sendo esta, auxiliadora na sensibilização para a implementação da SAE. Além da presença do roteiro estimular a consciência crítica para uma assistência qualificada, ele fez com que os profissionais se preocupassem em realizar as anotações de forma coesa e adequada.

Santos; Paula e Lima⁽²⁰⁾ relatam que as anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade de sua atuação e, mediante o fato de que grande parte das informações inerentes ao cuidado do paciente é fornecida pela enfermagem, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário.

Inicialmente, foi elaborado um instrumento de registro seguindo os passos da SAE, as observações e análise da pesquisa, além de ser embasado na teoria de Wanda de Aguiar Horta. Assim, foi constituído dos seguintes itens: identificação do paciente (nome, quarto/leito, registro, cirurgia realizada, diagnóstico pós-operatório, tipo de anestesia, anestesista e cirurgião), avaliação dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial média e escala de dor), índice de Aldrete e Kroulik, prescrição médica, necessidades fisiológicas afetadas (com a avaliação dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular, digestório, renal, tegumentar, incluindo incisão cirúrgica), prescrição e anotação de enfermagem para o cuidado na SRPA, controles de infusões, líquidos eliminados, glicosometria, além do registro da passagem de plantão (alergias, estado de vigília, queixas, nível ventilatório, infusão, analgesia, curativo, drenos, sondas, diurese e pertences).

Com o instrumento parcialmente estruturado iniciamos a apresentação do mesmo para os profissionais da equipe cirúrgica, os mesmos contribuíram com valiosas sugestões para que o instrumento ficasse claro, objetivo, e ainda contemplasse todos os aspectos do ser humano presentes no referencial escolhido. Com isso acrescentamos alguns dados, como exames coletados, alta dos pacientes externos, além de alterarmos a ordem e formatação dos itens. O instrumento de registro (Apêndice 2) foi utilizado durante 10 dias por nós, pelos técnicos de enfermagem, pelas enfermeiras e pelos anestesistas para registrar o cuidado aos pacientes admitidos na SRPA. Como esses profissionais auxiliaram na criação do mesmo, ficou muito mais fácil colocá-lo em prática e, com isso, houve maior adesão por parte deles.

Ao vivenciarmos a implementação do instrumento notamos que retratou a realidade das anotações do cuidado prestado ao paciente neste período, acrescentando dados que antes não eram registrados por falta de espaço ou organização e fazendo com que as necessidades dos pacientes fossem mais observadas e compreendidas pelos profissionais. Outro aspecto observado foi que este registro facilitou a comunicação entre a equipe de saúde, promoveu a continuidade da assistência, possibilitou a reflexão do plano de cuidados além de servir como registro legal do cuidado fornecido, respaldada pela Lei nº 272/2002 do COFEN, provando a qualidade da atuação da enfermagem⁽²¹⁾. As enfermeiras, técnicos de enfermagem e anestesistas, que participaram desta etapa do estudo, compartilharam da mesma opinião de que o instrumento, apesar de ser extenso, consta de dados importantes e é de relevância para assegurar ao paciente cirúrgico uma assistência integral, do período pós-operatório imediato.

Outra ação que realizamos foi um momento educativo com os profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico. Tivemos esta decisão por concordarmos com Freire⁽²²⁾ quando este aborda a educação como um processo que envolve interação entre educadores e educandos e não uma simples transmissão de conhecimentos, além de acreditarmos que a atividade educativa reflete diretamente no cuidado ao paciente. Assim, aproveitamos a reunião anual da equipe de enfermagem do CC do HU/UFSC para realizarmos o momento educativo (a apresentação desse projeto). Confeccionamos um cartaz contendo informações sobre a SAE, os objetivos da SAEP, a Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta, a importância do registro, fizemos uma apresentação do cartaz e posterior discussão.

Durante a apresentação destacamos a SAE como uma forma de organizar a assistência de enfermagem prestada ao paciente e que por ser ambiente perioperatório, passa a ser nomeada de SAEP, cujos objetivos são os mesmos, porém voltados ao perioperatório. Além disso, abordamos a metodologia da SAE usada no HU/UFSC que se baseia na Teoria de Wanda de Aguiar Horta. A temática da atividade educativa causou envolvimento da equipe,

com discussões construtivas para a melhoria da assistência, além de relatos, por parte destes profissionais, de que o cuidado é realizado com qualidade, porém deve ser mais registrado.

CONCLUSÃO

De acordo com Garcia e Nóbrega⁽²³⁾, a SAE nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como os pacientes respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais e determinam quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem. Ainda relatam que o processo de enfermagem, além de favorecer o cuidado, organiza as condições necessárias para que este ocorra. Porém, para ser utilizado corretamente é necessário que os profissionais estejam devidamente capacitados à metodologia de trabalho escolhida pela instituição.

Por outro lado, a falta de trabalhadores de enfermagem, de equipamentos em bom estado de uso e de uma enfermeira lotada na SRPA dificultam a realização de uma assistência sistematizada, proporcionando situações de risco tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente. Outro fator importante foi que, mesmo diante de tantos desafios, a equipe de enfermagem realiza o cuidado de forma integral havendo maior deficiência no registro dessa assistência.

Embora tenha sido isolada, a ação educativa mobilizou a atenção dos trabalhadores de enfermagem fazendo com que os mesmos refletissem sobre o cuidado prestado e participassem da implementação da SAE. Assim, sugerimos que sejam implantados programas de orientação e capacitação continuada dos profissionais que já atuam na prática e dos que ainda estão por vir para a utilização da SAE em sua plenitude e compreensão de que a mesma favorece uma assistência de enfermagem segura, individual e humanizada.

Notamos que o instrumento criado para o registro da SAE é de fácil preenchimento e salienta alguns aspectos a serem monitorados, possibilitando, desta forma, a aproximação do profissional de enfermagem ao paciente, diminuindo a mecanização da assistência e tornando-a individualizada e humanizada. Consideramos, ainda, que o mesmo foi validado quanto ao seu conteúdo e forma de apresentação, ficando à altura da grandiosidade da assistência de enfermagem na SRPA, pois foi inserido na rotina do CC do HU/UFSC como impresso oficial.

Com este estudo esperamos que a assistência de enfermagem na SPRA seja realizada de forma sistematizada, diminuindo ao máximo o índice de complicações possíveis, com uma equipe de enfermagem treinada e habilitada, com registros corretos e adequados destes cuidados. Ainda lembramos que o CC possui inúmeros assuntos a serem explorados como a

visita pré-operatória, o acolhimento do paciente em sua chegada ao CC e o estresse da equipe cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Alves JBR. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte: Veja; 1973.
2. Afonso MSM et al. Condicionamento de ar em salas de operação e controle de infecção: uma revisão. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 134-143, 2006. [acesso em 2008 Maio 11] Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_01.htm.
3. Possari JF. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica (RPA). São Paulo: Iátria; 2003.
4. Sabiston DCJ. Tratado de Cirurgia: As bases biológicas da prática cirúrgica moderna. v. 01, 15 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 1999.
5. Benedet SA. Cliente Cirúrgico: ampliando a sua compreensão. [Dissertação Mestrado] Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 147 f. Florianópolis; 2002.
6. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. v. 01, 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
7. Cunha ALSM, Peniche ACG. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. Vol.20, n. 2. Acta Paulista de Enfermagem; 2007.
8. Tannure MC. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
9. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev. Latino-am de Enfermagem, set-out 2002. [acesso em 2008 Abril 06] Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlaenf/>
10. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis: Insular; 2004.
11. Ferreira E, Borges HV, Figueiredo MSD. Visita Pré-operatória: Um instrumento para o cuidar do Enfermeiro de Centro Cirúrgico. Dissertação de conclusão de Curso. 73p. UFSC; 2007.
12. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
13. Basso RS, Picoli M. 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. [acesso em 2008 Abr 06] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>

14. SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas. 4ª ed. São Paulo: Nacional; 2007.
15. Aquino JM. Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: conseqüências profissionais e pessoais. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), 2005. [acesso em 2008 Nov 30] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19102006-154614/>
16. Traldi MC. Fundamentos de enfermagem na assistência primária de saúde. Campinas, SP: Editora Alínea; 2004.
17. Teixeira MB, Prates JB, Almeida JG. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. HC Enfermagem; 1998.
18. Aldrete JA, Kroulik DA. Postanesthetic recovery score. Anesth Analg.; 1970.
19. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. [acesso em 2008 Maio 11] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resumo/2002/5002rdc.pdf>
20. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. V.11, n.1, p. 80-87. Rev. Latino-am Enfermagem; 2003.
21. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos. Atualizado em 2006. [acesso em 2008 Maio 20] Disponível em: http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/docs_oficiais.doc
22. Freire P. Pedagogia da autonomia. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
23. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, apresentado na mesa redonda “A sistematização de enfermagem: o processo e a experiência”. Pernambuco; 2000.

ANEXO 1 – Declaração do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)
da UFSC



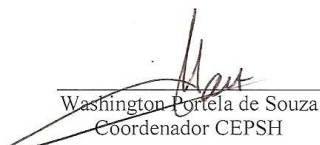
**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para os devidos fins e efeitos legais que na reunião de 30 de junho de 2008, este Comitê tomou ciência do adendo referente à inclusão do projeto: Implementação de assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica de um hospital escola à luz da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta ao projeto 026/08 aprovado neste comitê na data de 31 de março de 2008 intitulado: “Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma proposta participativa de reorganização.” e aprovou todas as alterações solicitadas.


Washington Portela de Souza
Coordenador CEPSH

Florianópolis, 21 de agosto de 2008.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ADMISSÃO DO PACIENTE NA SRPA

Admissão do paciente na SRPA

De acordo com SOBECC e ANVISA

Os seguintes passos devem ser seguidos para uma melhor assistência de enfermagem ao paciente em recuperação anestésica:

1. Organização diária da Sala de Recuperação Pós Anestésica:

- Verificar as saídas de oxigênio e vácuo;
- Verificar umidificador de O₂, extensões, aparelhos de monitorização cardio-pulmonar, desfibrilador;
- Repor medicações, material de consumo e roupas de cama.

2. Ao recepcionar o paciente na SRPA:

2.1. Posicionamento:

- Receber as informações referentes ao intra-operatório pelo anestesista e circulante como a cirurgia realizada, o tipo da anestesia, drogas analgésicas, intercorrências no trans-operatório, estado geral do paciente, sinais vitais e existência de alergias e sensibilidades;
- Posicionar o paciente adequadamente e proteger as proeminências ósseas;
- Manter vias aéreas permeáveis;
- Promover o conforto, segurança (grades laterais da cama elevadas) e aquecimento ao paciente (substituir roupas molhadas por secas).

2.2. Monitorização:

- Monitorar e registrar frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, temperatura axilar, saturação de O₂, nível de consciência, função motora e sensitiva;
- Observar e tratar dor pós-operatória;
- Instalar máscara de O₂ quando saturação estiver abaixo de 92%;
- Atentar aos sinais de hipo/hiperglicemia;
- Aplicar o índice de Aldrette e Kroulik para adultos e de Robertson para crianças.

2.3. Supervisão:

- Atentar para queixas de náuseas e vômitos, mantendo quando possível e permitido, a cabeça lateralizada e levemente elevada;
- Em cirurgias de cabeça e pescoço atentar a presença de edema cervical e observar a integridade das cordas vocais (afonia/disfonia);
- Manter acesso venoso permeável e, se prescrito e necessário, administrar medicamentos;
- Avaliar as condições do curativo da ferida operatória e trocá-lo quando necessário;
- Verificar presença, tipo, localização e permeabilidade de drenos, sondas e cateteres;
- Verificar e anotar débitos e aspecto do líquido de drenos, sondas e ostomias;
- Atentar para a presença de globo vesical e micção espontânea;
- Observar alterações gastrointestinais como distensão abdominal, hemorragia, etc.

3. Na alta o paciente deverá apresentar:

- Padrão respiratório e cardiovascular eficaz;
- Presença de reflexo glossofaríngeo;
- Sinais Vitais estáveis;
- Retorno do nível de consciência e senso motor;
- Ausência ou diminuição da dor;
- Ausência de sangramentos intensos em ferida operatória, sondas ou drenos.
- Aldrette 10;
- Instalar os primeiros soros da prescrição médica com a devida identificação e data no equipo;
- Realizar a passagem de plantão por telefone à unidade de origem de acordo com o "Roteiro para a passagem de plantão da SRPA/HU/UFSC";
- Paciente externo só poderá ter alta após fazer refeição leve, deambular sem auxílio e ser liberado na presença de um acompanhante.



Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Enfermagem - 8ª fase
Acadêmicas: Aline C. Kuhnen, Andrea M. Markus, Thâmy C. Da Correggio.
Orientadora: Drª Lúcia N. Amante.

EXAME FÍSICO DO PACIENTE CIRÚRGICO NA ADMISSÃO DA SRPA		Observação
Necessidades Neurológicas	Comportamento: Calmo (); Agitado (); c/ Tremores () Agressivo (); Apático ()	
	Nível de consciência: Acordado (); Sonolento (); Lúcido (); Desorientado ()	
	Pupilas: Isocóricas (); Anisocóricas: D>E (); E>D () Mióticas (); Midriáticas (); Puntiforme ()	
	Dor: Presente (); Ausente () Local: _____	
Necessidades Respiratórias	Via Aérea: pérvea (); Parcialmente obstruída ()	
	Sons: MV+ (); Roncos (); Sibilos (); Estertores (); Estridor ()	
	Exp. Torácica: Sincrônico (); Assincrônico ()	
	Retração Muscular () Traqueostomia (); Oxigenoterapia: Máscara (); Cateter O ₂ () Dreno de tórax ()	
Necessidades Cardiovasculares	Ritmo: Sinusal (); Arritmico (); Bradicardia bpm (); Taquicardia bpm ()	
	Perfusão periférica (permeabilidade capilar): Boa (); Ruim () SNG (); SNE (); Gastrostomia (); Ileostomia (); Ostomia ()	
Necessidades Gastrointestinais	Náuseas: Presentes (); Ausentes () Vômitos: Presentes (); Ausentes ()	
	Abdome: Plano (); Globoso (); Flácido (); Distendido () Doloroso (); Indolor ()	
Necessidades Renais	Diurese: Ausente (); Presente: espontânea () SVA (); SVD () Retenção (); Incontinência (); Disúria (); Irrigação (); Cistostomia ()	
	Hidratado (); Desidratado () Corado (); Descorado (); Ictérico () Friável (); Edemaciado ()	
Necessidades Tegumentares	Lesão Cutânea: Sim (); Não () Dissecção Venosa (); Punção Subclávia (); Punção Jugular () Punção Periférica (); Cateter Peridural ()	Local: _____ Aspecto _____
	Incisão Cirúrgica (Curativo) Limpa (); Parcialmente embebida de sangue () Totalmente embebida de sangue () Curativo: Simples (); Compressivo (); Tampão Vaginal (); Tampão Nasal () Drenos: Tubular (); Sucção (); Penrose ()	Local: _____

ASS.Enf (a): _____

Coren: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA SRPA

Data/ Horário	Ação de enfermagem	Execução
	1-Instalar: Manta térmica (); Monitorização ();	
	2- Manter: Meia elástica (); Membros elevados (); Decúbito _____ () Posição Semi-Fowler (); Lateralização de cabeça (); Cabeceira 30° ()	
	3- Controlar: Sinais vitais Rotina Pós-Operatória	
	4- Aplicar: Compressa de gelo em região _____;	
	5- Manter: permeabilidade de punção venosa	
	6- Atentar: a sangramentos	
	7- Atentar: existência de náuseas e vômitos	
	8- Iniciar: Controle de irrigação contínua	
	9- Controlar: Débito de drenos, observando aspecto e volume	
	10- Fazer aspiração: Traqueal (); Orotraqueal ()	
	11- Realizar: troca de curativo ()	
	12- Atentar: Queixas e sinais de dor	
	13- Iniciar: Soro de prescrição médica na alta da SRPA	
	14- Paciente externo: liberar após ingesta líquida	
	ASS. Enf (a): _____	Coren _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASS. Enf (a) ou Técnico Enf.: _____ Coren: _____

INFUSÃO/SOLUÇÕES

Descrição	Volume	Quantidade	Hora						
S Fisiológico									
S Glicosado									
S Ringier									
Sangue e derivados									
Irrigação									

LÍQUIDOS ELIMINADOS

Descrição	Hora	Quantidade/Aspecto	Hora	Quantidade/Aspecto	Hora	Quantidade/Aspecto	Total
Sangue							
Diurese							
Suco gástrico							

EXAMES LABORATORIAIS

Hora	Especificação	Resultados

GLICOSOMETRIA

Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor

CONDIÇÕES DE ALTA RA PARA: UIC () GNC () UIM () EXT () OUTROS ()

Alergias	Tipo: _____
Estado de vigília	Acordado (); Dormindo (); Sonolento ()
Queixas	Dor (); Desconforto, local _____ (); Náuseas ()
Nível Ventilatório	Eupnéico (); Máscara O ₂ (); Cateter O ₂ (); Traqueostomia ()
Infusão	Periférico, local: _____ () Central () Solução: _____ Gotejamento: _____ gts/min Bomba de infusão () Solução: _____ Gotejamento: _____ mL/h
Analgesia	Dose única () intermitente () Bomba de PCA: peridural () plexo () intra-articular () venosa () solução: _____ Orientado quanto ao uso do PCA: SIM () NÃO ()
Curativo	Limpo e seco (); com sujidade (); Ostomia (); Colostomia (); Cistostomia () Local: _____
Dreno	Tipo: _____ OBS: _____
Sondas	SNG (); SNE (); Aberta (); Fechada ()
Diurese	Espontânea (); SVA (); SVD (); Irrigação contínua (); outros ():
Pertences	tipóia (); material de síntese (); jóias: _____ (); próteses () Cálculo: biliar () renal () Exames: sim () vide checklist não () outros: _____
Paciente externo	Familiar assinou protocolo de orientação pós-operatória: Sim (); Não ()
Plantão	Passado para: _____ Enf. () horário _____ h Passado por: _____ Enf. () Tec () Aux ()

ALINE CARLA KUHNEN
ANDREA MACHADO MARKUS
THÂMY CANOVA DA CORREGGIO

**IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido **na 8ª UC**, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Luiz Amant

Jane Cristina Anden

Blauca Jan Jora

Florianópolis, 04 de dezembro de 2008.