

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAREN ROCHA BORGES

**IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
EM RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA SEGUNDO A TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Maceió – AL

2020

KAREN ROCHA BORGES

**IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
EM RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA SEGUNDO A TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para graduação no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thaís Honório Lins Bernardo.

Co-orientadora: M.^a Imaculada Pereira Soares.

Maceió – AL

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

B732i Borges, Karen Rocha.
 Identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em
 recuperação pós-anestésica segundo a teoria das necessidades humanas básicas
 / Karen Rocha Borges. – 2021.
 62 f. : il.

Orientadora: Thaís Honório Lins Bernardo.
Co-orientadora: Imaculada Pereira Soares.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 54-57.
Anexos: f. 58-62.

1. Centros cirúrgicos. 2. Enfermagem perioperatória. 3. Diagnóstico de
enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:612.887

FOLHA DE APROVAÇÃO

KAREN ROCHA BORGES

IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA SEGUNDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para aprovação pelo Colegiado do Curso da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau.

Thaís Honório Lins Bernardo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thaís Honório Lins Bernardo

Imaculada Pereira Soares

Co-orientadora: M.^a Imaculada Pereira Soares

Banca examinadora

Maria Lysete de Assis Bastos

Prof.^a Dr.^a Maria Lysete de Assis Bastos

Patrícia de Albuquerque Sarmiento

Prof.^a Dr.^a Patrícia de Albuquerque Sarmiento

AGRADECIMENTOS

O caminho não foi fácil, muitas vezes eu tive dúvidas se realmente estava onde deveria estar, mas Deus colocou em minha vida pessoas que me fizeram enxergar meu potencial, pessoas que me fizeram acreditar que eu podia fazer e ser quem eu quisesse ser. Agradeço imensamente ao apoio que recebi constantemente da minha família, que tanto amo; minha irmã Karine Rocha Borges, a pessoa de quem sou mais próxima, que acompanhou tudo de perto, àquela que sempre acredita e me faz acreditar nos meus sonhos; aos meus pais que são incríveis e sempre fizeram (e fazem) de tudo para que nunca nos faltasse nada, principalmente amor; minha filhinha Kira, a nossa cachorrinha amada; aos meus amigos, em especial ao amigo que a graduação me presenteou, Evandro Everson Silva Souza, que nunca hesitou em me ajudar com o que eu precisasse, e foi quem me fez continuar e não desistir, como já havia feito tantas outras vezes, a eles meu eterno agradecimento.

Agradeço também aos docentes da Escola de Enfermagem da UFAL que tanto contribuíram para o meu crescimento como pessoa e como profissional, em especial a minha orientadora maravilhosa, Thaís Honório Lins Bernardo, que me deixou encantada pela área cirúrgica e me guiou nessa etapa final da formação e, a minha co-orientadora, Imaculada Pereira Soares, que foi essencial para realização e finalização desse trabalho de conclusão de curso, que me auxiliou e esteve comigo em todas as etapas do processo. As palavras de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna, traduzem o sentimento vivido nessa reta final e a certeza da profissão que escolhi: “[...] Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. [...] Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida.” Fica registrada aqui minha gratidão a todos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Introdução. A sala de recuperação pós-anestésica é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato submetidos a anestesia, onde são implementados cuidados intensivos, até o momento que o paciente esteja consciente, com reflexos protetores presentes e estabilidade dos sinais vitais. Utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, o enfermeiro tem a possibilidade de prestar uma melhor assistência, avaliar o cuidado e proporcionar maior segurança ao paciente cirúrgico. **Objetivo.** Identificar as intervenções e os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em sala de recuperação pós-anestésica segundo a Teoria das necessidades humanas básicas. **Metodologia.** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva com delineamento transversal, realizado em consonância com um instrumento validado para a coleta dos dados, aplicado em pacientes maiores de 18 anos que passaram por atendimento cirúrgico, sendo admitidos na sala de recuperação pós-anestésica de um hospital público de grande porte, voltado para ensino e pesquisa, referência em assistência de alta complexidade no Sistema Único de Saúde em Alagoas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o número CAAE 02843818.3.0000.5013. **Resultados.** A pesquisa foi realizada com 48 pacientes, sendo trinta e dois pacientes do sexo feminino (66,7%) e dezesseis do sexo masculino (33,3%). Foram identificados 22 diagnósticos de Enfermagem, dos quais 17 classificados para as necessidades humanas básicas psicobiológicas, 4 para as necessidades humanas básicas psicossociais e 1 psicoespiritual. Verificou-se, em todos os pacientes, os diagnósticos: Risco de Infecção, Risco de Queda, Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal, Risco de Aspiração, Integridade da Pele Prejudicada e Mobilidade no Leito Prejudicada. **Conclusão.** Os resultados e intervenções abordaram os seguintes aspectos: prevenção de infecção e queda, promoção do equilíbrio da temperatura corporal, precauções contra aspiração, manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, troca gasosa adequada, promoção do conforto e prevenção de complicações.

Descritores. Centro Cirúrgico. Enfermagem Perioperatória. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction. The post-anesthetic recovery room is the place intended to receive patients in the immediate postoperative period undergoing anesthesia, where intensive care is implemented, until the moment the patient is conscious, with protective reflexes present and stability of vital signs. Using the Systematization of Perioperative Nursing Assistance, the nurse has the possibility of providing better assistance, evaluating care and providing greater safety to the surgical patient.

Objective. Identify the most frequent nursing interventions and diagnoses in a post-anesthetic recovery room according to the Theory of basic human needs.

Methodology. Cross-sectional, quantitative and descriptive study, carried out in accordance with a validated instrument for data collection, applied to patients over 18 years of age who underwent surgical care, being admitted to the post-anesthetic recovery room of a large public hospital, focused on for teaching and research, a reference in highly complex assistance in the Unified Health System in Alagoas. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas under number CAAE 02843818.3.0000.5013.

Results. The research was carried out with 48 patients, being thirty-two female patients (66.7%) and sixteen male patients (33.3%). 22 Nursing diagnoses were identified, of which 17 were classified for basic psychobiological human needs, 4 for basic psychosocial human needs and 1 psycho-spiritual. The following diagnoses were found in all patients: Risk of Infection, Risk of Fall, Risk of Body Temperature Imbalance, Risk of Aspiration, Impaired Skin Integrity and Impaired Bed Mobility.

Conclusion. The results and interventions addressed the following aspects: prevention of infection and fall, promotion of body temperature balance, precautions against aspiration, maintenance of basal conditions of the organism, promotion of healing, pain control, adequate gas exchange, promotion of comfort and prevention complications.

Descriptors. Surgery Center. Perioperative Nursing. Nursing Diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do Processo de Enfermagem.....	18
Figura 2 - Técnicas Propedêuticas	21
Figura 3 - Doenças crônicas associadas aos pacientes submetidos à cirurgia.....	32
Figura 4 - Procedimentos anestésicos utilizados nas cirurgias	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Índice de Aldrete e Kroulik.....	28
Quadro 2 - Caracterização da amostra por faixa etária.....	31
Quadro 3 - Cirurgia digestória, proctológica e do sistema reprodutor feminino.....	34
Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no pós-operatório imediato de cirurgias, durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica, segundo Teoria das necessidades humanas básicas.....	35
Quadro 5 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo ambiente, das Necessidades Humanas Básicas.....	38
Quadro 6 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo integridade cutâneo-mucosa, das Necessidades Humanas Básicas.....	41
Quadro 7 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo locomoção/motilidade, das Necessidades Humanas Básicas	42
Quadro 8 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo regulação térmica, das Necessidades Humanas Básicas	43
Quadro 9 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo regulação vascular, das Necessidades Humanas Básicas	44
Quadro 10 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo regulação neurológica, das Necessidades Humanas Básicas	45

Quadro 11 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo eliminação, das Necessidades Humanas Básicas.....46

Quadro 12 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo percepção dos órgãos dos sentidos, das Necessidades Humanas Básicas.....47

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

CC	Centro Cirúrgico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistmica
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
NHB	Necessidades Humanas Básicas
PE	Processo de Enfermagem
POI	Pós-Operatório Imediato
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SUS	Sistema nico de Saúde
TVP	Trombose Venosa Profunda

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1. Geral	16
2.2. Específicos	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1. Enfermagem e a Teoria de Wanda de Aguiar Horta	17
3.2. Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem	19
3.2.1. Anamnese e exame físico	20
3.2.2. Diagnóstico de Enfermagem	20
3.2.3. Planejamento de Enfermagem	21
3.2.4. Implementação	22
3.2.5. Avaliação	23
3.2.6. Anotação e evolução de Enfermagem	24
3.3. A Enfermagem no centro cirúrgico	24
3.3.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	25
3.3.2. Sala de Recuperação Pós-Anestésica	27
4. METODOLOGIA	29
4.1. Tipo de estudo	29
4.2. Cenário de estudo	29
4.3. Sujeito da pesquisa	29

4.4. Critérios de inclusão e de exclusão	29
4.5. Instrumento	30
4.5.1. Variáveis do estudo.....	30
4.5.2. Tratamento e análise dos dados	30
4.5.3. Aspectos éticos	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	59
ANEXO A - Instrumento utilizado para coleta dos dados na sala de recuperação pós-anestésica	59
ANEXO B - Aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas	63

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) possibilita ao paciente uma assistência integralizada, complexa, segura e humanizada pela equipe de enfermagem. É entendida como um instrumento de cunho metodológico que sistematiza a atuação profissional e permite a compreensão, análise e prévia ideação dos resultados individuais às modificações de saúde (RIBEIRO; FERRAZ; DURAN, 2017).

O perioperatório compreende os momentos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. O período pré-operatório imediato abrange as primeiras 24 horas anteriores à cirurgia e finda com o deslocamento do paciente ao centro cirúrgico (CC). Por sua vez, o período transoperatório tem início com o recebimento do paciente no centro cirúrgico e dura até sua saída da sala de cirurgia (PREARO; FONTES, 2019).

O período pós-operatório engloba o momento após a execução da cirurgia. Pode ser dividido em três fases, sendo elas: recuperação anestésica, que tem início com a entrada do paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e vai até à liberação do mesmo para a unidade de origem; a fase de pós-operatório imediato (POI), que engloba as primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico; e por último o pós-operatório mediato, que inaugura depois das primeiras 24 horas após a cirurgia e estende até o momento da alta hospitalar (PREARO; FONTES, 2019).

A sala de recuperação pós-anestésica apresenta rotinas peculiares no atendimento aos pacientes, sendo caracterizada por uma assistência crítica, que tem como meta a prestação de cuidados intensivos no pós-operatório imediato de procedimentos anestésico-cirúrgicos. O paciente deve permanecer na sala até que recupere a consciência e ocorra uma estabilização dos sinais vitais, com a finalidade de detectar e evitar complicações que possam ocorrer em consequência da anestesia ou do ato cirúrgico (PEREIRA et al., 2018).

A consulta de enfermagem evidencia-se como uma prática de elevada importância para realização da assistência do enfermeiro, para o método de ensino-aprendizagem e no fomento à elaboração e fortalecimento do conhecimento científico em enfermagem. É um ato de cunho privativo do Enfermeiro e possibilita

um cuidado que extrapola os fundamentos biológicos e permite uma visão social da situação (DANTAS, 2017).

Sendo esta, extremamente crucial para o reconhecimento da enfermagem como ciência. Apresentando-se como um conjunto de ações organizada e sistematizadas relacionadas com a intenção de prestar o cuidado ao ser humano, caracterizada pelo vínculo e dinamismo entre suas etapas (DANTAS, 2017).

Diante disso, a questão norteadora deste estudo é:

Quais as intervenções e diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em SRPA segundo a Teoria das necessidades humanas básicas?

O tema foi escolhido devido à relevância social, científica e profissional da prática da Enfermagem no cuidado e assistência ao paciente na perspectiva da Sistematização da Assistência da Enfermagem Perioperatória. A importância desse estudo é a de trazer para o profissional enfermeiro subsídios que proporcionem sua atuação na melhoria da assistência perioperatória em sala de recuperação pós-anestésica.

Ao fim da pesquisa, espera-se que a identificação desses diagnósticos e intervenções possam contribuir para o cuidado de Enfermagem aos pacientes que passarem pela sala de recuperação pós-anestésica, por meio do reconhecimento de problemas e potencialidades mais comuns, que possam direcionar os profissionais de Enfermagem para uma melhor prática clínica e seu aperfeiçoamento no cuidado diário aos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Identificar as intervenções e os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em sala de recuperação pós-anestésica segundo a Teoria das necessidades humanas básicas.

2.2. Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes em pós-operatório imediato;
- Listar os diagnósticos de Enfermagem aos pacientes em pós-operatório imediato internados na sala de recuperação pós-anestésica, segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão de 2019.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Enfermagem e a Teoria de Wanda de Aguiar Horta

O cuidar da Enfermagem deve ser humanizado, integral e individual, na comunidade ou na família, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes, de modo a promover autonomia aos utentes por meio da educação em saúde e prestação da assistência qualificada (ANDRADE et al., 2019).

Sob a influência de Florence Nightingale, a enfermagem iniciou a sua caminhada para a utilização de uma prática baseada em evidências ou conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade bondosa, intuitiva e/ou experiências vividas. Nesse aspecto, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à ciência da enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos, direcionados à necessidade de prestar uma assistência sistematizada, permitindo qualificar o atendimento prestado ao paciente de forma holística (KOCH et al., 2018).

Wanda de Aguiar Horta desenvolveu um modelo conceitual que tem como base as leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo. As necessidades humanas básicas resultam dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Enquanto em equilíbrio, as necessidades não se manifestam, porém, estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade. Sendo então universais, comuns a todos os seres humanos, de um indivíduo para outro à sua manifestação e à maneira de supri-las. Podem ser latentes, universais, vitais, flexíveis e constantes. Entretanto, a assistência prestada difere com os fatores que interferem na manifestação, podendo-se citar: particularidades individuais, faixa etária, gênero, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, o ciclo saúde-doença e o ambiente físico (KVIATKOVSKI, 2015).

De acordo com Wanda Horta, para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico, denominado Processo de Enfermagem (PE). Esta enquanto ciência acumula conhecimentos e técnicas empíricas e desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural (KVIATKOVSKI, 2015).

A ciência da Enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada. Buscando assim, compreender e desvendar o ser humano em suas dimensões. O Ser Enfermeiro é o ser humano que estuda e através do conhecimento científico se habilita a cuidar de outro ser humano. Ser Paciente é o indivíduo, família e a comunidade; já Ser Enfermagem é comprometimento, o compromisso. A Enfermagem respeita e mantém a unicidade e autenticidade do indivíduo (MARINHO et al., 2020).

Para Maslow, o indivíduo passa a buscar sempre satisfazer um nível superior ao que se encontra, nunca existindo satisfação completa, pois, se assim fosse não existiria mais motivação. Wanda Horta usou a teoria da motivação humana, de Maslow, que é fundamentada nas Necessidades Humanas Básicas. Todavia, Horta prefere utilizar a classificação de necessidades proposta por João Mohana (KVIATKOVSKI, 2015):

- Necessidades de nível psicobiológico: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo mecânica corporal, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação, térmica, hormonal, neurológica, hidrossalino, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente, terapêutica;

- Necessidades de nível psicossocial: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção;

- Necessidades de nível psicoespiritual: religiosa, ética ou de filosofia de vida.

As necessidades humanas básicas de Wanda Horta são latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, energéticas, hierarquizadas, têm peculiaridades individuais; são resultantes da interação meio interno e meio externo, contudo cada ser humano as expressa de maneira diferente, dependendo da situação socioeconômica e cultural, nível de escolaridade, ambiente, história de vida e idade, dentre outros fatores. É essencial que o enfermeiro entenda o ser humano como um todo: corpo, mente e espírito.

Quando o corpo ou a mente sofre, a pessoa é afetada em sua totalidade (MARINHO et al., 2020).

3.2. Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi criada com o objetivo de organizar e sistematizar os cuidados apoiando-se em conhecimentos científicos, dando ao enfermeiro base para identificar as necessidades de cada paciente, além de promover maior segurança e qualidade à assistência prestada (CHAVES et al., 2016).

No Brasil, os profissionais de Enfermagem ambicionaram sistematizar a sua assistência a partir da década de 70. Baseando-se nas ideias de Wanda Horta, que propôs o Processo de Enfermagem, instrumento de cunho científico utilizado pela equipe de enfermagem para oferecer o cuidado sistematizado. O PE consiste em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo essas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação (SANTOS et al., 2015).

Figura 1 - Etapas do Processo de Enfermagem.



Fonte: ENFERMAGEM, 2015.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358 de 2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), este deve ser realizado, de forma deliberada e sistemática, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Ao enfermeiro, cabe a liderança na execução e avaliação do PE, de forma que alcance os resultados esperados, é privativo a ele o diagnóstico de

Enfermagem acerca das respostas do indivíduo, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde-doença, assim como a prescrição das ações ou intervenções de Enfermagem a serem realizadas (ANDRADE et al., 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é o instrumento utilizado pelo enfermeiro em sua assistência, o qual colabora assegurando a qualidade do serviço realizado pela equipe de enfermagem, fundamentando o mesmo em teorias científicas para que desta forma sejam alcançados resultados positivos para a saúde dos pacientes. Sendo assim, é imprescindível que o enfermeiro conheça seu instrumento de trabalho, a fim de aplicá-lo da melhor forma possível (CHAVES et al., 2016).

3.2.1. Anamnese e exame físico

A coleta de dados, embora descrita como a primeira etapa do PE, ocorre continuamente. Trata-se da etapa em que o profissional obtém dados subjetivos e objetivos dos pacientes, de forma deliberada e sistemática (COREN, 2015).

A anamnese e exame físico representam um instrumento de grande valia para a Assistência de Enfermagem. Sua implementação visa o cuidado individualizado, holístico, humanizado e com embasamento científico, permitindo a realização do diagnóstico e planejamento das ações de Enfermagem, bem como o acompanhamento e avaliação da evolução do paciente. Processo este, que facilita a ação da equipe multiprofissional, de modo a aumentar a qualidade do serviço prestado e diminuir o tempo de internação do paciente (KVIATKOVSKI, 2015).

Anamnese significa *ana*= trazer de volta, recordar *mnese*= memória, e é realizada mediante uma entrevista detalhada. A anamnese é definida como a primeira fase de um processo, na qual a coleta de dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência. Alguns autores apresentam quatro categorias de dados coletados nessa primeira fase do Processo de Enfermagem que são: dados subjetivos, que envolvem questões do que o paciente sente, observa e/ou acredita ser, além de informações fornecidas pelos acompanhantes; objetivos, que consistem no exame físico focado nos problemas já identificados; histórico do indivíduo; e dados atuais, como sendo as alterações e queixas mais recentes. Estes podem ser obtidos, utilizando-se: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas, a revisão de prontuário e a colaboração de outros profissionais (COREN, 2015).

O exame físico, etapa imprescindível para o planejamento do cuidado pela enfermagem, busca avaliar o paciente através de sinais e sintomas, procurando por alterações que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Este exame deve ser realizado de maneira sistematizada, no sentido céfalo-caudal, através de uma avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, ausculta, percussão e palpação. Para tanto, o enfermeiro necessita de recursos materiais, tais como abaixador de língua, balança, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, lanterna, otoscópio, luvas de procedimento e luva estéril, dentre outros. Além destes instrumentos básicos para a realização do exame físico, o enfermeiro deve utilizar os órgãos do sentido: visão, audição, tato e olfato para subsidiar o seu plano de cuidado (KVIATKOVSKI, 2015).

Figura 2 - Técnicas Propedêuticas.



Fonte: ENFERMAGEM, 2015.

3.2.2. Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem pode ser definido como o julgamento clínico sobre as respostas humanas reais ou potenciais apresentados por indivíduos, famílias e comunidades a problemas de saúde ou processos de vida; servindo de base para a seleção de intervenções para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (AZEVEDO et al., 2019).

Esta etapa do PE ocorre em duas fases, a de processo e a de produto. A fase de processo envolve o raciocínio diagnóstico, ou seja, um processo em que é necessário o conhecimento científico, a experiência clínica e a intuição. Por meio do raciocínio diagnóstico, há o desenvolvimento da habilidade cognitiva, ou seja, habilidade de raciocinar crítica e cientificamente, sobre os dados coletados, permitindo sua obtenção e interpretação, a comparação entre eles com padrões de normalidade, o seu agrupamento em padrões, que pode denominar um fenômeno. Cabe também, a busca de novos dados que estejam faltando, permitindo a inferência de um diagnóstico, ou mesmo de uma hipótese diagnóstica e, ao final deste processo, a confirmação ou não das hipóteses (KVIATKOVSKI, 2015).

A fase de produto, por sua vez, é a da denominação do diagnóstico escolhido com o seu título, sua definição, a lista dos atributos que o caracterizam e a lista dos atributos que contribuíram para o seu surgimento, ou seja, os fatores relacionados (KVIATKOVSKI, 2015).

Para comunicar as decisões sobre os diagnósticos de Enfermagem do indivíduo, da família ou da comunidade, é importante que se utilize um sistema de linguagem padronizada. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial (COREN, 2015).

Esta Classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem através das respostas às intervenções de Enfermagem e evolução positiva ou negativa referente aos diagnósticos identificados. É uma forma de demonstrar resultados da prática de Enfermagem também ao nível jurídico (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

3.2.3. Planejamento de Enfermagem

O Planejamento de Enfermagem é a resolução dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de Enfermagem que serão realizadas diante das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnósticos de Enfermagem. Esta etapa envolve diferentes atores como a pessoa sob os cuidados de Enfermagem e os procedimentos necessários para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da sua saúde, além do local onde o cuidado ocorrerá. A família ou pessoa significativa, a equipe de Enfermagem, a equipe de saúde, os serviços disponíveis para que o cuidado aconteça, também estão inseridos neste processo de planejamento (KVIATKOVSKI, 2015).

Pode ser compreendido através de seus componentes, isto é, o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem prioritários, a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de Enfermagem, que serão executadas na fase de implementação (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

A priorização dos diagnósticos de Enfermagem pode ser realizada segundo sua importância, em problemas urgentes (aqueles que não podem esperar e demandam atenção imediata), problemas que devem ser controlados para que o

indivíduo, a família ou a comunidade progridam e, por fim, problemas que podem ser adiados sem comprometer a saúde daqueles que estão sob os cuidados do enfermeiro. Além disso, a priorização dos diagnósticos também deverá considerar o conhecimento científico e as habilidades do enfermeiro e da sua equipe, a aceitação da pessoa ao cuidado e os recursos humanos e materiais disponíveis no ambiente onde o cuidado será oferecido (AZEVEDO et al., 2019).

Para cada resultado esperado, o enfermeiro deverá propor intervenções e prescrever ações de Enfermagem que visem reduzir ou eliminar os fatores que contribuem para o diagnóstico, promover níveis mais elevados de saúde, prevenir problemas e/ou monitorar o estado de saúde atual ou o surgimento de problemas (KVIATKOVSKI, 2015).

Da mesma forma como ocorre para os diagnósticos de Enfermagem e para os resultados, para selecionar as intervenções e atividades de Enfermagem, o enfermeiro poderá utilizar um sistema de linguagem padronizada, como a classificação de intervenções de Enfermagem e a CIPE. Ressalta-se que, mesmo com a utilização das classificações, os enfermeiros devem se preocupar constantemente com a busca de evidências científicas que deem sustentação às suas intervenções (COREN, 2015).

A CIPE possui os termos do eixo de ações que podem ser utilizados para construir a intervenção de Enfermagem ou utilizar conceitos pré-determinados de intervenções presentes neste sistema de classificação (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

3.2.4. Implementação

A Implementação consiste na execução, pela equipe de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), das atividades prescritas na etapa de planejamento da assistência. As intervenções de Enfermagem podem ser de cuidado direto ou indireto. Atividades de cuidado direto se referem àquelas realizadas diretamente para a pessoa. Àquelas de cuidado indireto são aquelas realizadas sem a presença da pessoa; são intervenções de coordenação e controle do ambiente onde o cuidado é oferecido (COREN, 2015).

Nesta etapa, toda equipe pode e deve realizar anotações relacionadas às intervenções prescritas pelo enfermeiro sejam elas independentes, dependentes ou interdependentes. Estas anotações contribuem significativamente na reavaliação da

pessoa cuidada a ser realizada pelo enfermeiro, e são importantes também para a reavaliação dos demais profissionais de saúde (COREN, 2015).

3.2.5. Avaliação

É um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade em um dado momento; para determinar se as atividades de Enfermagem alcançaram o resultado esperado, bem como a necessidade de mudanças ou adaptações, se os resultados não foram alcançados ou se novos dados foram evidenciados. É, portanto, o que se conhece como evolução de Enfermagem (COREN, 2015).

A Avaliação pode ser de estrutura, de processo ou de resultado. Avaliação de estrutura refere-se aos recursos materiais humanos e financeiros, que garantem um mínimo de qualidade à assistência. A de processo inclui o julgamento do cuidado prestado pela equipe; a de resultado refere-se à satisfação da pessoa durante e após o cuidado; busca-se verificar a mudança no comportamento e no estado de saúde da pessoa a partir da assistência prestada (COREN, 2015).

3.2.6. Anotação e evolução de Enfermagem

Anotação de Enfermagem tem por finalidade registrar informações sobre a assistência prestada de modo a comunicá-las aos membros da equipe de saúde e é realizada por todos os membros da equipe de Enfermagem. Do ponto de vista legal, somente o que foi registrado pode ser considerado como executado, portanto, no seu conteúdo deve constar todos os cuidados realizados. Já a evolução de Enfermagem é o registro feito pelo enfermeiro, após avaliar o estado geral do paciente frente aos cuidados prestados e resultados alcançados, após um período preestabelecido. Leva o enfermeiro a manter, modificar ou suspender cuidados prescritos. Geralmente é efetuada a cada 24 horas, ou quando ocorre modificação no estado do paciente (COREN, 2015).

3.3. A Enfermagem no centro cirúrgico

O centro cirúrgico é considerado uma das unidades mais importantes e específicas do setor hospitalar, no qual são compartilhados inúmeros processos e subprocessos, ligados direta ou indiretamente à produção de cirurgias, por vezes estressantes, que podem afetar a qualidade da assistência prestada. Assim,

observa-se uma crescente preocupação dos profissionais alocados no CC em compreender a complexidade que envolve a atuação do enfermeiro, a construção e validação dos indicadores de qualidade que norteiam suas ações. Em circunstâncias assépticas ideais, o CC tem por objetivo promover segurança do paciente, além de estrutura para a equipe que o assiste (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

É um setor hospitalar que denota conduta imediata, seja para um procedimento terapêutico, de tratamento e correção, como também para análise diagnóstica. Por tratar-se de uma área complexa e estressante, o CC necessita de profissionais capacitados e preparados para lidar com as rotinas e normas do setor. Os profissionais que atuam nesse local devem estar aptos a enfrentar as exigências impostas pelo ambiente, possibilitando assim mais segurança e bem-estar ao paciente atrelado a resolutividade proporcionada pelas tecnologias (SOUZA et al., 2019).

O profissional enfermeiro encontra-se a frente desta unidade e é peça fundamental para que a equipe realize um bom trabalho, tornando-se líder e coordenador das atividades (SOUZA et al., 2019).

3.3.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

A assistência de enfermagem perioperatória, voltada à satisfação das necessidades dos indivíduos na fase anestésico-cirúrgica, necessita de uma abordagem reflexiva quanto ao seu processo de ensino. De modo a fazer com que a mesma seja indispensável para o profissional que trabalha na área perioperatória. Os enfermeiros que atuam nesse setor devem estar capacitados e treinados a atuar de maneira individual, atendendo o paciente em suas necessidades; além de fundamentar suas ações na aplicação criativa desses conhecimentos e ter habilidades e competências que visem um cuidado individualizado ao paciente cirúrgico (ALVAREZ; GIRONDI; KNIHS, 2018).

Para orientar os cuidados de Enfermagem realizados nos períodos pré, trans e pós-operatório, foi desenvolvido, em meados de 1980, um modelo chamado de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, cuja finalidade é atender aos pacientes cirúrgicos e seus familiares de maneira segura, integral e contínua (SOUZA et al., 2019).

Engloba uma vasta gama de cuidados técnicos e associados à experiência cirúrgica, visando prevenção de complicações no ato anestésico cirúrgico,

garantindo segurança e diminuindo o estresse a fim de assegurar a mais alta qualidade do serviço. Ressalta-se que a assistência é complexa, peculiar e individualizada em todas as etapas (PEREIRA et al., 2018).

O período pré-operatório, que consiste na primeira etapa da SAEP, é o intervalo de tempo desde a tomada de decisão sobre a intervenção cirúrgica até quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia; classifica-se em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O mediato consiste na assistência prestada ao paciente no período compreendido desde indicação cirúrgica até às 24 horas antes da cirurgia, e tem por objetivo principal preparar o paciente psicologicamente e fisicamente para o ato cirúrgico e identificar as condições que podem interferir na recuperação. Já o período imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente, ou seja, nas 24 horas antes da cirurgia, e termina com o início da cirurgia (SOUZA et al., 2019).

A fase transoperatória é o intervalo de tempo que começa com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia e continua até que ele seja admitido na unidade de cuidados pós-anestésicos. Sendo a etapa pós-operatória iniciada com a admissão do paciente na unidade de cuidados pós-anestésicos e encerra após a avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou domiciliar; é classificada em imediata, mediata e tardia. A imediata consiste nas primeiras 24 horas depois do procedimento cirúrgico, após as 24 horas segue a fase mediata que cursa em um período variável até o dia da alta hospitalar. Por fim, a fase tardia compreende o tempo de semanas ou meses após a cirurgia, onde acontece o processo de cicatrização e prevenção das complicações até a recuperação total (SOUZA et al., 2019).

Para realização da SAEP há uma sequência a ser seguida, pois, essa resultará em um serviço eficaz e satisfatório. As etapas são: visita pré-operatória de Enfermagem, planejamento de assistência perioperatória, implementação da assistência, avaliação da assistência pós-operatória e reformulação da assistência a ser planejada de acordo com os resultados obtidos (RIEGEL; OLIVEIRA JR, 2017).

O processo do cuidado de Enfermagem objetiva, através de uma metodologia sistematizada, avaliada, individualizada e documentada, formular estratégias para sistematizar e dessa forma qualificar a assistência. Com isso, pacientes, profissionais e estabelecimentos de assistência à saúde são beneficiados (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

Os cuidados de Enfermagem perioperatória visualizam e respeitam o paciente de forma integral, associando o cuidar, teoria, ética e a relação presente entre enfermeiro e pessoa a ser cuidada. Cabe a equipe profissional o conhecimento dos fatores que influenciam diretamente no ato cirúrgico, como o uso de medicamento, fatores fisiológicos e clínicos (BRASIL, 2017).

3.3.2. Sala de Recuperação Pós-Anestésica

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é o local destinado a receber o paciente em pós-operatório imediato até que recupere a consciência e apresente sinais vitais estáveis (GIMENES et al., 2017).

Os cuidados pós-anestésicos compreendem as atividades de monitorização e tratamento, utilizadas para o manuseio do paciente após um procedimento anestésico-cirúrgico, através das diversas fases da recuperação anestésica. No Brasil, a existência obrigatória de SRPA em hospitais foi determinada pela Portaria 400 do Ministério da Saúde, em 1977 (PEREIRA et al., 2018).

O corpo funcional da SRPA é composto obrigatoriamente por um médico anesthesiologista, um enfermeiro e técnicos plantonistas. Os cuidados de Enfermagem consistem em: conferir a identificação do paciente; realizar o exame físico; monitorar frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, temperatura, nível de consciência e dor; manter as vias aéreas permeáveis; instalar oxigênio para manter a oximetria periférica maior que 92%; promover conforto e aquecimento; verificar se o local da cirurgia está com curativo limpo e seco (atentar-se para hemorragias), fixação de sondas e drenos; anotar débitos de drenos e sondas; fazer balanço hídrico caso seja necessário; observar dor, náusea, vômito e comunicar anesthesiologista; administrar analgésicos, antieméticos e antibióticos conforme prescrição médica; manter infusões venosas e atentar para infiltrações e irritações cutâneas; observar queixas de retenção urinária; minimizar fatores de estresse; orientar o paciente sobre o término da cirurgia, garantir sua privacidade e zelar por sua segurança; comunicar o anesthesiologista de plantão intercorrências relacionadas aos pacientes assistidos; aplicar o índice de Aldrete e Kroulik para estabelecer os critérios de alta da SRPA; providenciar destino aos pacientes de alta médica (GIMENES et al., 2017).

Quadro 1 - Índice de Aldrete e Kroulik.

Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover os dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apneia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20 a 49% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O ₂ >92% respirando em ar ambiente	2
	Necessitando de O ₂ suplementar para manter a saturação de O ₂ >90%	1
	Saturação de O ₂ <90% mesmo com O ₂ suplementar	0

Fonte: Adaptado de SOBECC, 2017.

Os critérios de alta da SRPA devem ser avaliados a cada 30 minutos. A indicação para alta da SRPA é atribuição exclusiva do médico anesthesiologista plantonista (GIMENES et al., 2017).

A prática de enfermagem perioperatória exige do enfermeiro conhecimento científico atualizado, competência técnica, visão integral das necessidades humanas do paciente e de sua família, a capacidade de proporcionar resultados positivos nos cuidados, além de habilidade para tomada de decisão (PEREIRA et al., 2018).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva com delineamento transversal, em consonância com a aplicação do instrumento de CUNHA e PENICHE (2007) para a coleta, dividido em duas etapas: a primeira voltada aos dados de caracterização da amostra e a segunda consistiu em uma avaliação física, destinada ao levantamento dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

4.2. Cenário de estudo

A pesquisa de campo foi realizada na sala de recuperação pós-anestésica de um hospital público de grande porte, voltado para ensino e pesquisa, referência em assistência de alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) em Alagoas. A unidade possui seis leitos de recuperação pós-anestésica e supre a demanda cirúrgica de sete salas cirúrgicas, com apenas quatro em funcionamento, realizando, em média, 400 cirurgias por mês.

4.3. Sujeito da pesquisa

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi a partir da identificação dos pacientes admitidos no centro cirúrgico e que posteriormente tinham indicação de ir para a sala de recuperação pós-anestésica após o procedimento. A aproximação aconteceu no período transoperatório, no momento da admissão no Centro Cirúrgico, por meio da aceitação em participar do estudo, depois de esclarecido o processo da coleta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante autorização do referido hospital, de acordo com a disponibilidade do setor.

4.4. Critérios de inclusão e de exclusão

- Critério de inclusão: Pacientes maiores de 18 anos que foram para a sala de recuperação pós-anestésica;
- Critério de exclusão: Cirurgias oftalmológicas, por tratar-se de pacientes externos e, que muitas vezes, recebem alta logo após o procedimento, além de apresentarem diagnósticos específicos.

4.5. Instrumento

Os dados foram coletados através de um instrumento previamente estruturado (ANEXO A), a partir da aceitação do paciente em responder à entrevista e da realização da consulta de Enfermagem com o mesmo.

4.5.1. Variáveis do estudo

As variáveis do estudo, presentes no instrumento validado, são: gênero, faixa etária, doenças crônicas, procedimentos anestésico e cirúrgico. A anamnese e o exame físico, realizado nos pacientes, deram subsídio à identificação dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

4.5.2. Tratamento e análise dos dados

Os dados foram coletados, identificados de maneira numérica e armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel® 2010, assim, cada linha correspondeu a um diagnóstico de Enfermagem e cada coluna a quantidade de vezes que os mesmos aparecem na amostra coletada (N total = 48 pacientes). Os dados estão arquivados em computador pessoal protegido com senha.

4.5.3. Aspectos éticos

Após a autorização da pesquisa, por meio do referido Hospital para a realização do estudo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o número CAAE 02843818.3.0000.5013, respeitando os princípios e diretrizes contidos na Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde que envolve seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O referido Hospital realiza cirurgias de alta complexidade e, no período destinado à coleta de dados, sendo esse de onze dias distribuídos em três meses, a contar de janeiro a março de 2020, foram atendidos em média 375 pacientes por mês nesse CC. Para análise dos dados e caracterização da amostra, foi feita uma tabulação referente a faixa etária de 48 pacientes (100%) que passaram por algum procedimento cirúrgico e permaneceram na sala de recuperação pós-anestésica.

Quadro 2 - Caracterização da amostra por faixa etária. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Idade	Número (N total = 48)	Porcentagem (%)
18 – 27 anos	4	8,3%
28 – 37 anos	5	10,4%
38 – 47 anos	9	18,8%
48 – 57 anos	12	25%
58 – 67 anos	8	16,7%
68 – 77 anos	6	12,5%
78 – 87 anos	4	8,3%
TOTAL	48	100%

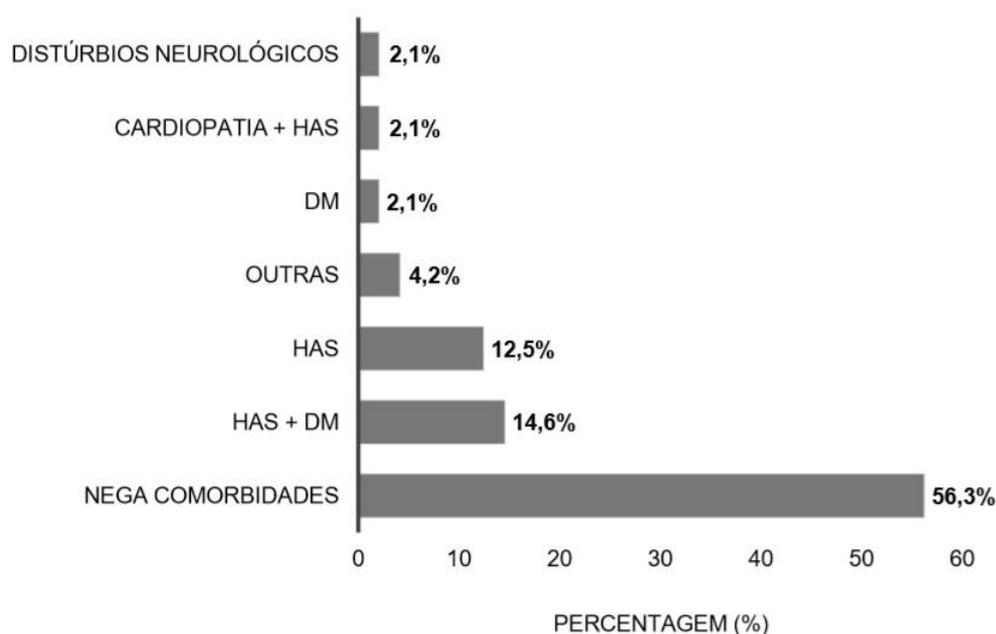
Fonte: Dados da pesquisa.

A amostra contou com trinta e dois pacientes do sexo feminino (66,7%) e dezesseis do sexo masculino (33,3%). É possível verificar, no Quadro 2, que a maior parte é composta por adultos de 48 aos 57 anos, sendo doze pacientes (25%), seguido do grupo com idades de 38 aos 47 anos, com nove pacientes (18,8%) e do grupo de 58 aos 67 anos, representando um total de oito pacientes (16,7%).

Macedo et al. (2020), em seu estudo a respeito da análise do grau de dependência de cuidados de enfermagem em uma unidade de recuperação pós-anestésica, realizado em um Hospital de grande porte de Pernambuco, teve a maior parte da sua amostra composta pela população de 60 anos ou mais, sendo

representada por vinte e quatro pacientes de um total de setenta (34,28%). Esse fato deve-se ao próprio processo do envelhecimento que está associado a maior prevalência de comorbidades, os pacientes mais idosos tendem a apresentar mais eventos mórbidos. Idade avançada representa uma condição de vulnerabilidade, assim como doenças crônicas, fragilidade e a natureza invasiva do procedimento cirúrgico são outros importantes preditores de mortalidade (SILVA et al., 2020).

Figura 3 - Doenças crônicas associadas aos pacientes submetidos à cirurgia. Maceió, AL, Brasil, 2020.



DM = Diabetes Mellitus; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

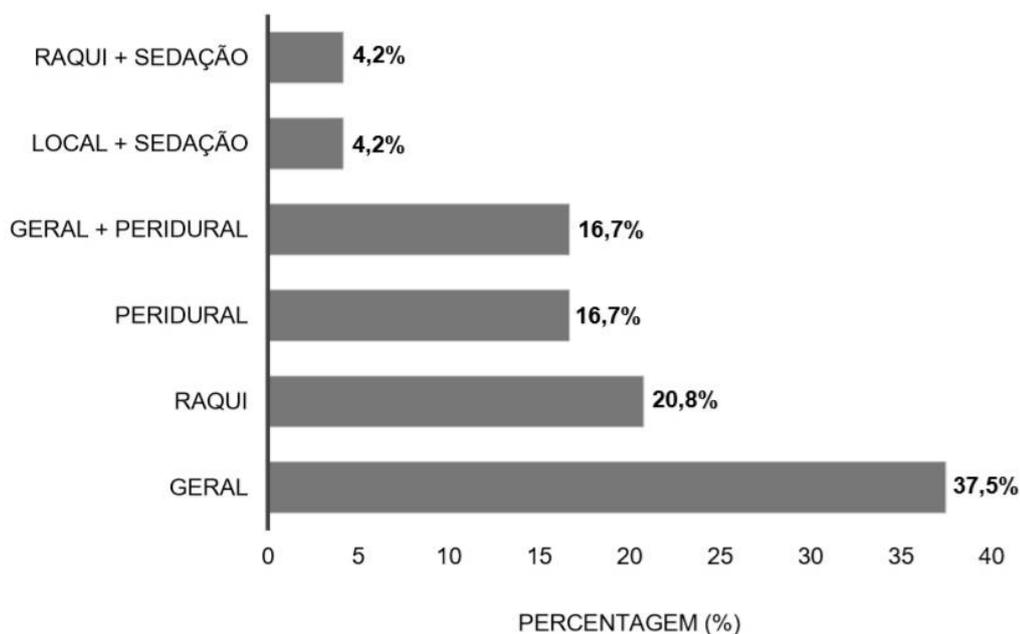
Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere às doenças crônicas, na Figura 3, pode-se verificar que vinte e sete dos pacientes negaram comorbidades (56,3%), sete pacientes eram hipertensos e diabéticos (14,6%), seis apresentavam apenas hipertensão arterial sistêmica (12,5%), dois com diabetes mellitus (4,2%), um paciente cardiopata e hipertenso (2,1%) e um registrando distúrbios neurológicos (2,1%). Os quatro (8,3%) pacientes com outras doenças crônicas apresentaram trombose venosa profunda (TVP), etilismo e/ou tabagismo.

As comorbidades clínicas constituem um importante fator de risco para maior mortalidade, além de estarem associadas ao surgimento de complicações pós-cirúrgicas, que podem ser imediatas ou tardias. A avaliação pré-operatória, portanto,

deve estar baseada em exame criterioso de toda história clínica do paciente, de modo a estabelecer medidas de prevenção de eventos morbidos, evitar iatrogenias, definir critérios que alertem para um maior risco e desenvolver enfoque multidisciplinar (EDEL MUTH et al., 2018).

Figura 4 - Procedimentos anestésicos utilizados nas cirurgias. Maceió, AL, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na Figura 4, em relação aos procedimentos anestésicos, tem-se que dezoito pacientes foram submetidos à anestesia geral (37,5%), nove à raquianestesia (18,8%), seis peridural (12,5%), seis anestesia geral associada à peridural (12,5%), cinco local associada à sedação (10,4%) e quatro raquianestesia com sedação (8,3%).

O estudo contou com a participação de 48 pacientes e, para avaliar as cirurgias, estas foram divididas em: cardiorrespiratória, digestória, endócrina, proctológica, urinária, musculoesquelética, do sistema reprodutor feminino e tegumentar.

Quadro 3 - Cirurgia digestória, proctológica e do sistema reprodutor feminino. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Classificação	Cirurgias	Porcentagem
Cirurgia Digestória	Herniorrafia incisional e herniorrafia sem resseção intestinal	20%
	Colecistectomia videolaparoscópica	13,3%
	Cirurgia múltipla	13,3%
	Resseção endoscópica de tumor vesical	6,7%
	Retossigmoidectomia abdominal	6,7%
	Pancreatectomia parcial	6,7%
	Glossectomia parcial	6,7%
	Hernioplastia inguinal	6,7%
	Enteroanastomose	6,7%
	Gastroplastia	6,7%
	Gastrostomia	6,7%
	TOTAL = 15	100%
Cirurgia Proctológica	Amputação abdominal perineal de reto	12,5%
	Dilatação de esfíncter anal	12,5%
	Retossigmoidectomia abdominal	12,5%
	Retirada de condiloma anal	12,5%
	Biopsia do canal anal	12,5%
	Resseção endoanal	12,5%
	Abscesso anorretal	12,5%
	Hemorroidectomia	12,5%
TOTAL = 8	100%	
Cirurgia do Sistema Reprodutor Feminino	Histerectomia	35,7%
	Resseção do setor mamário com esvaziamento ganglionar	14,3%
	Miomectomia	14,3%
	Reconstrução de mama	7,1%
	Colpoperineoplastia	7,1%
	Colpoperineocleise	7,1%
	Laqueadura tubária	7,1%
	Ooforectomia	7,1%
	TOTAL = 14	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Fazendo parte das cirurgias cardiorrespiratórias foi registrada uma broncoscopia. Contudo, referente às cirurgias envolvendo o sistema digestório, ao total foram realizadas quinze (100%), dentre essas, a herniorrafia incisional e herniorrafia sem resseção intestinal realizada em três pacientes (20%) do estudo. Seguida da colecistectomia videolaparoscópica, feita em dois pacientes (13,3%), além de duas cirurgias múltiplas (13,3%). Outros procedimentos cirúrgicos foram

realizados em apenas um paciente (6,7%), como: resseção endoscópica de tumor vesical, pancreatectomia parcial, glossectomia parcial, enteroanastomose, gastroplastia e gastrostomia.

Na classificação referente ao sistema endócrino, tem-se duas tireoidectomias. Foram realizadas oito (100%) cirurgias proctológicas, sendo: amputação abdominal perineal de reto, dilatação de esfíncter anal, retossigmoidectomia abdominal, retirada de condiloma anal, biópsia do canal anal, resseção endoanal, abscesso anorretal, hemorroidectomia, correspondendo a um paciente (12,5%).

Quanto ao sistema urinário foi realizada uma retirada de duplo J, ureteroscopia, reimplante uretral em oncologia e uma cistectomia total com derivação urinária; ao todo foram quatro procedimentos. No sistema musculoesquelético foram realizadas duas cirurgias de discectomia cervical/lombar.

Foram realizadas catorze (100%) cirurgias correspondentes ao sistema reprodutor feminino, sendo essas: cinco histerectomias (35,7%), duas resseções do setor mamário com esvaziamento ganglionar (14,3%), duas miomectomias (14,3%), uma reconstrução de mama (7,1%), uma colpoperineoplastia (7,1%), uma colpoperineocleise (7,1%), uma laqueadura tubária (7,1%) e uma ooforectomia (7,1%).

Referente ao sistema tegumentar são três procedimentos cirúrgicos: excisão e rotação de retalho cutâneo, reconstrução de escara com retalho miocutâneo e excisão com rotação de retalho.

Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no pós-operatório imediato de cirurgias, durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica, segundo Teoria das necessidades humanas básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Necessidades Humanas Básicas	Subgrupo	Diagnóstico de Enfermagem	Número	Porcentagem
PSICOBIOLOGICAS	Ambiente	Risco de Infecção	48	100%
		Risco de Queda	48	100%
		Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal	48	100%

PSICOBIOLOGICAS		Risco de Aspiração	48	100%
	Integridade Cutâneo-Mucosa	Integridade da Pele Prejudicada	48	100%
	Locomoção/Motilidade	Mobilidade no Leito Prejudicada	48	100%
	Regulação Térmica	Hipotermia	45	93,7%
		Tremor/Calafrio	3	6,2%
	Regulação Vascular	Pressão Arterial Diminuída	4	8,3%
		Pressão Arterial Aumentada	1	2,1%
	Regulação Neurológica	Estado de Alerta Prejudicado	39	81,2%
	Eliminação	Náusea	19	39,6%
	Percepção dos Órgãos dos Sentidos	Dor Aguda	14	29,2%
	Oxigenação	Frequência Respiratória Diminuída	13	27,1%
		Frequência Cardíaca Diminuída	5	10,4%
		Hipoxemia	5	10,4%
		Processo de	1	2,1%

		Transpiração Prejudicado		
PSICOSSOCIAIS	Segurança Emocional	Ansiedade	29	60,4%
		Risco de Síndrome do Estresse por Mudança	5	10,4%
		Medo	3	6,2%
		Risco de Solidão	1	2,1%
PSICOESPIRITUAIS	Religiosidade/ Espiritualidade	Angústia Espiritual	5	10,4%

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a caracterização da amostra, foram feitas tabulações dos Diagnósticos de Enfermagem identificados de acordo com a CIPE (Quadro 4). Foram identificados seis diagnósticos de risco durante a permanência dos pacientes na SRPA. Quatro deles apresentaram incidência de 100% e estavam, portanto, presentes em todos os quarenta e oito pacientes da pesquisa: Risco de Infecção, Risco de Queda, Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal e Risco de Aspiração; já o Risco de Síndrome do Estresse por Mudança esteve presente em cinco pacientes, correspondendo a 10,4% e o diagnóstico de Risco de Solidão presente em um paciente (2,1%). Pode-se verificar que foram identificados dezesseis diagnósticos reais, dos quais dois estiveram presentes em todos os pacientes da amostra: Integridade da Pele Prejudicada e Mobilidade no Leito Prejudicada. Os diagnósticos: Hipotermia, Estado de Alerta Prejudicado, Dor Aguda, Ansiedade, Náusea, Frequência Respiratória Diminuída, Frequência Cardíaca Diminuída, Hipoxemia e Angústia Espiritual, estiveram presentes em percentagens maiores que 10%, tendo uma representatividade de no mínimo cinco pacientes em um total de quarenta e oito (100%).

Os diagnósticos foram divididos de acordo com as Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, nas categorias de psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais, separadas em subgrupos de ambiente, integridade

cutâneo-mucosa, locomoção/motilidade, regulação térmica, regulação vascular, regulação neurológica, eliminação, percepção dos órgãos dos sentidos e oxigenação em psicobiológicas; segurança emocional em psicoespirituais e religiosidade/espiritualidade em psicossociais.

A Teoria de Wanda Horta é baseada em três leis gerais que regem os fenômenos universais, sendo: a lei do equilíbrio, onde todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico; a lei da adaptação, que todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para permanecerem em equilíbrio; a lei do holismo, tendo o universo, o ser humano e a célula como um todo, e esse todo não é simplesmente soma das partes constituintes de cada ser. A inter-relação dessas leis estabelece a amálgama que constitui a teoria (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

Para tanto, essa fundamenta-se na Teoria de Motivação Humana de Maslow, que tem sua essência na hierarquização das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Na Enfermagem, emprega-se a proposição de João Mohana que classifica a NHB em: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual (KVIATKOVSKI, 2015). Ao conhecer as complicações que podem existir no período pós-operatório imediato, é possível desenvolver um raciocínio clínico em torno da situação estabelecida, na qual as situações de emergências são previstas (SOUZA; SILVA; BASSINE, 2020).

Quadro 5 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo ambiente, das Necessidades Humanas Básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Risco de Infecção, Presente	Risco de Infecção, em Nível Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o repouso; • Examinar aspecto da pele, curativo, ferida operatória e condição de permanência dos dispositivos invasivos presentes • Monitorar sinais vitais; • Realizar a higienização básica das mãos, antes e depois de qualquer contato com o paciente.

Risco de Queda, Presente	Risco de Queda, em Nível Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a presença de acompanhante; • Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda; • Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas; • Manter elevadas as grades de proteção da maca.
Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal, Presente	Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal, em Nível Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura, padrão respiratório, pressão arterial e pulso; • Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese); • Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado; • Avaliar cor, temperatura e umidade da pele.
Risco de Aspiração, Presente	Risco de Aspiração, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir; • Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo — quando recomendado; • Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado; • Manter aspirador disponível.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na classificação psicobiológica foram encontrados dezessete diagnósticos, sendo quatro diagnósticos de risco e treze diagnósticos reais.

O diagnóstico **Risco de Infecção** foi identificado em todos os 48 pacientes e, está relacionado tanto às condições pré-operatórias do paciente (estado geral, faixa etária, nutrição, comorbidades, entre outras), quanto aos aspectos técnicos, como classificação da cirurgia, ambiente limpo, materiais esterilizados corretamente, paramentação adequada, técnica asséptica e antissepsia da pele. A incidência de risco para infecção pode ser explicada pela própria característica do ambiente hospitalar e pelo fato do procedimento cirúrgico ser invasivo, desencadeando uma série de reações sistêmicas que podem facilitar a ocorrência de um processo infeccioso. O cuidado no pós-operatório imediato para este diagnóstico consiste especialmente em avaliar as condições da ferida operatória, com o intuito de prevenir infecção e facilitar o processo de cicatrização (CARVALHO et al., 2017).

O diagnóstico **Risco de Queda** encontra-se presente em 100% dos pacientes e foi identificado devido aos efeitos dos agentes anestésicos aos quais todos os pacientes do estudo foram submetidos, o que levou à diminuição do nível de consciência e dos reflexos motores, causando sonolência e possível mudança de comportamento, como agitação. Vale ressaltar a necessidade da participação das instituições de saúde, visando minimizar os possíveis riscos de queda ao fornecer instrumentos de auxílio, assim como manter as grades dos leitos elevadas (MATA et al., 2017).

O **Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal** foi identificado nos 48 pacientes da pesquisa. A administração de vasodilatadores deprime o centro regulador da temperatura, o hipotálamo, que diminui a capacidade de vasoconstrição. Ademais, outros agentes anestésicos (relaxantes musculares e narcóticos) impedem o organismo de reagir à baixa temperatura, como realizar a contração da musculatura para produzir calor e, associada à baixa temperatura da sala de cirurgia, predispõe ao risco de desequilíbrio da temperatura corporal. Sendo assim, o uso de roupas secas, de cobertores ou manta térmica, a infusão de líquidos aquecidos endovenosos constitui medidas que previnem a hipotermia e reduzem o desgaste físico do paciente (SALGADO et al., 2015).

Risco de Aspiração, diagnóstico presente em todos os pacientes do estudo, é decorrente da dificuldade na movimentação. É necessária atenção especial aos pacientes obesos com dificuldades de elevar o corpo e expandir o tórax, diminuição

do reflexo de tosse e deglutição, presença de resíduo gástrico e administração de medicamentos que podem potencializar a náusea, provocando o vômito. A aspiração do conteúdo gástrico é danosa ao organismo, pois causa irritação e destruição da mucosa traqueal e facilita o aparecimento de pneumonia, aumentando o risco de infecção (BISPO et al., 2016).

Quadro 6 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo integridade cutâneo-mucosa, das Necessidades Humanas Básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Integridade da Pele, Prejudicada	Integridade da Pele, Melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar condições da incisão cirúrgica; • Avaliar condições do curativo; • Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres; • Monitorar temperatura da pele do paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

A **Integridade da Pele Prejudicada**, com incidência de 100% no presente estudo, relaciona-se a fatores mecânicos como a própria incisão cirúrgica, pois ocorre um dano na pele e nos tecidos subcutâneos em que há invasão de estruturas do corpo e presença de cateteres, sondas e drenos. O tempo prolongado do transoperatório pode levar ao surgimento de lesão por pressão, aumentando o risco de lesão perioperatória por posicionamento (SOUSA et al., 2019).

Quadro 7 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo locomoção/motilidade, das Necessidades Humanas Básicas.

Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Mobilidade no Leito, Prejudicada	Mobilidade no Leito, Melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o posicionamento adequado do paciente; • Promover o conforto do paciente; • Manter as grades laterais do leito elevadas, a fim de evitar quedas; • Auxiliar na mobilidade, sempre que necessário.

Fonte: Dados da pesquisa.

Mobilidade no Leito Prejudicada foi outro diagnóstico encontrado em 48 pacientes, apresenta como característica definidora a diminuição da força e incapacidade de movimentação no leito, em especial da posição de decúbito dorsal para posição sentada com pernas alongadas. Os fatores relacionados à dificuldade de mobilização no leito, observados durante a coleta de dados, foram o desconforto, a dor, bem como os medicamentos sedativos, bloqueadores neuromusculares e pacientes obesos (SILVA et al., 2017).

O paciente em POI localizado na SRPA, está suscetível às complicações do aparelho termorregulador, sensório-motor, cardiorrespiratório, tegumentar, urinário, gastrointestinal e imunológico, além do estado emocional. Essas manifestações orgânicas dependem de fatores considerados intrínsecos e extrínsecos ao paciente. De forma intrínseca pode-se citar a extensão e procedimento cirúrgico realizado, e as extrínsecas como inspeção rotineira de aparelhos e melhoria de recursos humanos, por exemplo (SANTO et al., 2020).

Torna-se, portanto, imprescindível que o profissional de Enfermagem que atue em SRPA apresente conhecimento sobre fisiologia, métodos cirúrgicos, fundamentos da farmacodinâmica anestésica e analgésica. É importante estar preparado para todas as intercorrências que possam vir a surgir do estresse cirúrgico que podem comprometer a homeostase orgânica (PREARO; FONTES, 2019).

Quadro 8 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo regulação térmica, das Necessidades Humanas Básicas.

Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Hipotermia, Presente	Hipotermia, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar e regular os dispositivos adequados de aquecimento; • Monitorar cor e temperatura da pele (cobertores, mantas aquecidas); • Monitorar aparecimentos como tremores e confusão mental; • Monitorar condição respiratória e cardíaca (principalmente bradicardia).
Tremor/Calafrio, Presente	Tremor/Calafrio, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar condição respiratória e cardíaca (principalmente bradicardia); • Proporcionar conforto no posicionamento; • Monitorar pressão arterial, continuamente; • Monitorar cor e temperatura da pele (cobertores, mantas aquecidas).

Fonte: Dados da pesquisa.

O diagnóstico de **Hipotermia** foi observado em 45 pacientes (93,7%). Trata-se de uma das principais complicações no período perioperatório e a instrumentalização da equipe de enfermagem dentro do centro cirúrgico é uma forma de diminuir o índice desse diagnóstico. Acomete em média 70 a 90% dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, podendo acarretar consequências na recuperação dos mesmos, com complicações relevantes, como: aumento da taxa de morbidade, aumento da incidência de infecção do sítio cirúrgico, da demanda cardíaca e de oxigenação na presença de tremores, assim como prejuízos da função plaquetária. O paciente cirúrgico necessita que sua temperatura interna seja

constante, somente assim as funções metabólicas são conservadas. É considerada hipotermia quando a temperatura corporal está menor ou igual a 36°C. Fatores como baixa temperatura do ambiente, gênero feminino, anestesia geral e utilização de dióxido de carbono para formação de pneumoperitônio nas cirurgias laparoscópicas deixam o paciente suscetível à hipotermia, por exemplo. Para tanto, é salutar que a equipe de saúde acompanhe a evolução desse diagnóstico e atue ativamente para prevenir seus efeitos deletérios (PEREIRA; MATTIA, 2019).

O **Tremor/Calafrio** foi diagnosticado em três pacientes (6,2%), sendo este um efeito adverso da intervenção cirúrgica e anestesia. Uso de agentes anestésicos halogenados e tempo prolongado de anestesia ou procedimento cirúrgico estão relacionados com tremores. Os tremores são involuntários e apresenta-se como atividade muscular oscilatória com finalidade de aumentar a produção de calor (LOUIS, 2019).

Quadro 9 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo regulação vascular, das Necessidades Humanas Básicas.

Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Pressão Arterial, Diminuída	Manter Pressão Arterial, nos Limites Normais	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar pressão arterial, constantemente; • Monitorar temperatura corporal, constantemente; • Monitorar perda sanguínea; • Administrar medicação conforme prescrição, em caso de hipotensão grave.
Pressão Arterial, Aumentada	Pressão Arterial, nos Limites Normais	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar pressão arterial, constantemente; • Monitorar temperatura corporal, constantemente; • Monitorar perda sanguínea; • Administrar medicação conforme prescrição.

Fonte: Dados da pesquisa.

A hipotensão tem sido definida com uma pressão arterial menor que 20% do nível basal ou que a pressão do pré-operatório. O diagnóstico de **Pressão Arterial Diminuída** esteve presente em quatro pacientes (8,3%) da amostra do presente estudo. Muitas vezes os sinais clínicos de hipotensão são mais confiáveis como um indicador, especialmente no paciente com apenas um registro de pressão no pré-operatório. Os sinais clínicos podem incluir pulso rápido e filiforme, desorientação, sonolência, oligúria, pele fria e pálida. O débito cardíaco e a resistência vascular determinam a pressão arterial. A hipovolemia reduz o débito cardíaco e pode ser causada pela hemorragia, desidratação, ou aumento da pressão positiva expiratória final. A resistência vascular reduzida pode estar relacionada com as medicações, anestesia geral e local, ou anafilaxia (IDA et al., 2020).

O diagnóstico de **Pressão Arterial Aumentada** foi encontrado em um paciente (2,1%). A hipertensão arterial sistêmica é geralmente definida como uma pressão arterial maior que 20% do nível basal do paciente ou do pré-operatório. Se novo, os sinais clínicos são os mais importantes indicadores da gravidade da hipertensão. A cefaleia, alterações do estado mental e dor subesternal são indicadores. A hipertensão pode ser devida ao volume pré-carga ou edema pulmonar, que causa um aumento do débito cardíaco. Neste caso, faz-se necessário monitorar o paciente hemodinamicamente. Outras causas de hipertensão são a dor e a ansiedade, hipotermia, hipoxemia, hipercardia e distensão vesical, todos os quais causam aumento na resistência vascular. Drogas anti-hipertensivas são usadas, quando necessárias, para controlar a pressão arterial. A elevação da pressão arterial no período de recuperação anestésica, ocorre, na maioria das vezes, em resposta à liberação adrenérgica associada, em geral, à dor, hipotermia e tensão emocional (MALACHIAS et al., 2016).

Quadro 10 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo regulação neurológica, das Necessidades Humanas Básicas.

Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Estado de Alerta, Prejudicado	Estado de Alerta, Melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="933 1883 1433 1962">• Monitorar paciente, constantemente; <li data-bbox="933 1984 1414 2016">• Monitorar saturação de oxigênio;

		<ul style="list-style-type: none"> • Observar e anotar padrão ventilatório; • Promover conforto ao paciente.
--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa.

O diagnóstico **Estado de Alerta Prejudicado** foi encontrado em 39 pacientes (81,2%), ocorre em razão das condições pós-operatórias e dos procedimentos anestésicos aos quais os pacientes são submetidos, ocasionando a diminuição dos reflexos motores e do nível de consciência, o que leva à letargia e possível mudança de comportamento (BISPO et al., 2016).

Quadro 11 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo eliminação, das Necessidades Humanas Básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Náusea, Presente	Náusea, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar para prevenir aspiração (elevant dorso); • Oferecer bolsa para êmese; • Manter via aérea permeável; • Monitorar sinais vitais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Náusea, diagnóstico identificado em 19 pacientes (39,6%), representa desconforto abdominal subjetivo associado à vontade de vomitar, podendo ser causada pela estimulação de receptores mecânicos do trato gastrointestinal e do sistema vestibular. É necessária atenção especial as pacientes do gênero feminino, com história prévia de cinetose, enxaqueca e ansiedade pré-operatória, elevado tempo cirúrgico, também a cirurgia realizada (cirurgias intra-abdominais, laparoscópicas, ortopédicas, ginecológicas, plásticas, otorrinolaringológicas, cirurgias de tireoide e cirurgias de mama têm risco aumentado em relação a outros procedimentos), o uso de anestésicos voláteis e óxido nitroso, altas doses (acima de 2,5 mg) de neostigmina, opioides (Tramadol, em especial) nos períodos trans e pós-operatório aumentam o risco dessa ocorrência. Outro fator de risco é a escolha da anestesia geral em detrimento de outras formas, como sedação e bloqueio regional.

Apesar disso, a prevenção de sintomas eméticos e sua avaliação apresentam alta dificuldade, tendo em vista suas causas multifatoriais. Esses sintomas pós-operatórios podem causar ou intensificar problemas como desidratação, sangramento, elevação da tensão nas suturas, balanço eletrolítico desequilibrado, pneumonia de aspiração e aumento das pressões intracraniana e ocular. Ciente dessas possíveis complicações, cabe a enfermagem estar atenta ao seu aparecimento e tratamento, buscando minimizar a sensação desagradável e, sobretudo, suas consequências (SOUZA et al., 2019).

Quadro 12 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo percepção dos órgãos dos sentidos, das Necessidades Humanas Básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Dor Aguda, Presente	Dor Aguda, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Observar indicadores não-verbais de desconforto; • Proporcionar conforto no posicionamento; • Monitorar sinais vitais, continuamente; • Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor.

Fonte: Dados da pesquisa.

O diagnóstico de **Dor Aguda** foi encontrado em 14 pacientes (29,2%). É importante estar em alerta para o quinto sinal vital, pois, no cuidado pós-operatório imediato é fundamental a sua avaliação através da aplicação de escala numérica de dor, se adequado, relacioná-la aos sinais vitais do paciente e administrar analgésicos prescritos. A dor no pós-operatório imediato não está relacionada apenas à ferida cirúrgica, mas também à estimulação nervosa por substâncias químicas liberadas durante a cirurgia, ocorrência de áreas isquemiadas devido à pressão no local, vasoespasma, espasmo muscular, posicionamento cirúrgico e edema, que interferem no suprimento de sangue para os tecidos, ocasionando dor aguda. A dor é considerada o quinto sinal vital, servindo de alerta para ocorrências

de eventos mais danosos ao paciente e, depende da avaliação sensorial deste, para identificar o nível de dor e informar ao profissional de saúde responsável. No cuidado pós-operatório imediato é importante avaliar a dor, aplicar escala numérica de dor, se adequado, relacioná-la aos sinais vitais do paciente e administrar analgésicos prescritos (IASP, 2017).

Quadro 13 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicobiológico, subgrupo oxigenação, das Necessidades Humanas Básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Frequência Respiratória, Diminuída	Frequência Respiratória, nos Limites Normais	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais vitais, continuamente; • Observar indicadores não-verbais de desconforto; • Proporcionar conforto no posicionamento; • Monitorar pressão arterial, continuamente.
Frequência Cardíaca, Diminuída	Frequência Cardíaca, nos Limites Normais	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar alterações da pressão sanguínea; • Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; • Monitorar a condição respiratória; • Monitorar o abdome quando indicação de perfusão diminuída.
Hipoxemia, Presente	Hipoxemia, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar oximetria e registrar mudanças na saturação de oxigênio do paciente; • Verificar sinais vitais; • Instalar máscara de Venturi, quando for o caso; • Observar linguagem não-verbal em relação à dor ou desconforto do paciente.

<p>Processo de Transpiração, Prejudicado</p>	<p>Processo de Transpiração, Melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar pressão arterial, constantemente; • Monitorar temperatura corporal, constantemente; • Monitorar perda sanguínea; • Monitorar paciente, constantemente.
--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa.

Frequência Respiratória Diminuída foi identificada em 13 pacientes (27,1%). As características definidoras mais frequentes foram ventilação-minuto diminuída (inferior a 12), tempo entre inspiração e expiração desproporcional, com consequente diminuição da frequência respiratória e da saturação de hemoglobina.

A **Frequência Cardíaca Diminuída** ocorre devido a uma instabilidade do sistema cardiovascular, sendo caracterizada por valor inferior a 60 batimentos cardíacos por minuto (PEREIRA et al., 2016). Ocorreu em cinco pacientes (10,4%) do referido estudo. Para evitar complicações deve-se sempre monitorar os sinais vitais.

O diagnóstico de **Hipoxemia** foi identificado em cinco pacientes (10,4%). Define-se hipoxemia como a saturação arterial da oxi-hemoglobina inferior a 90%, que corresponde a uma pressão parcial de oxigênio cerca de 60 mmHg. A hipoxemia, geralmente, relaciona-se ao procedimento anestésico. O paciente pode apresentar depressão respiratória pela ação residual de opioides e bloqueadores neuromusculares, pela perda de refluxos vasoconstritores, pelo aumento de consumo de oxigênio e pelos tremores musculares, podendo ocasionar sonolência, além de aumentar o tempo para recuperação e alta da sala de recuperação pós-anestésica (SILVA JR et al., 2017).

Mesmo em menor quantidade, os diagnósticos de Frequência Respiratória Diminuída, Frequência Cardíaca Diminuída e Hipoxemia devem ser observados e tratados. O enfermeiro, do momento da admissão do paciente para o procedimento cirúrgico, deve sistematizar sua assistência visando uma maior complexidade em sua avaliação, estendendo-se até a alta da SRPA (PEREIRA et al., 2018), assegurando principalmente o registro continuado das aferições de sinais vitais e do aparecimento de possíveis complicações; para consecução desse objetivo deve ser

utilizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, de modo a realizar o cuidado de forma segura, individualizada e integralizada (PREARO; FONTES, 2019).

Processo de Transpiração Prejudicado, presente em um paciente (2,1%), predispõe ao risco de desequilíbrio da temperatura corporal. Neste caso, devem ser monitorados constantemente os sinais vitais do paciente, assim como qualquer outro sinal ou sintoma associado, com o intuito de minimizar futuras complicações (PEREIRA; MATTIA, 2019).

Quadro 13 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicossocial, subgrupo segurança emocional, das Necessidades Humanas Básicas.

Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Ansiedade, Presente	Ansiedade, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover escuta qualificada; • Esclarecer dúvidas; • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; • Usar uma abordagem calma e segura.
Risco de Síndrome do Estresse por Mudança, Presente	Risco de Síndrome do Estresse por Mudança, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover escuta qualificada; • Esclarecer dúvidas; • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; • Usar uma abordagem calma e segura para explicar sobre como proceder no pós-operatório.
Medo, Presente	Medo, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados sobre a resposta psicológica frente ao procedimento cirúrgico; • Promover escuta qualificada e conforto ao paciente; • Esclarecer dúvidas; • Encorajar a verbalização de

		sentimentos, percepções e medos.
Risco de Solidão, Presente	Risco de Solidão, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover escuta qualificada e conforto ao paciente; • Prestar apoio, não criticar; • Encorajar a buscar um apoio familiar ou, se necessário, ajuda de um profissional qualificado, como psicólogo ou assistente social; • Demonstrar empatia.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na classificação psicossocial foram encontrados quatro diagnósticos, sendo dois diagnósticos de risco e dois diagnósticos reais.

Ansiedade foi um diagnóstico encontrado em 29 pacientes (60,4%); sendo esta caracterizada por ser um estado emocional subjetivo, direcionada para o futuro, que gera desconforto somático subjetivo, bem como alterações somáticas manifestas. Portanto, a ansiedade, é vista como sendo comum durante o período perioperatório. Entretanto, mesmo com sua normalidade, a presença dessa não deve ser desprezada. É necessário que os profissionais de saúde administrem a ansiedade do paciente, tendo em vista resultados cirúrgicos satisfatórios e uma visão positiva da experiência cirúrgica. Para que o estresse pré-cirúrgico seja reduzido, o método mais comum e mais utilizado é a preparação psicológica, em que são fornecidos dados sobre o procedimento e sobre o comportamento a ser adotado. Intervenções psicológicas e educacionais estão se tornando cada vez mais importantes. Fazem parte do enfrentamento da situação cirúrgica (GONÇALVES et al., 2016).

O **Risco de Síndrome do Estresse por Mudança** foi diagnosticado em cinco pacientes (10,4%). Quando um paciente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento em sua vida. A situação cirúrgica requer que o indivíduo se reacomode e se adapte à nova situação (GOMES et al., 2019).

O diagnóstico **Medo** foi encontrado em três pacientes (6,2%). As avaliações cognitivas dependem dos dados de realidade que o indivíduo possui, os quais são constituídos através das experiências que teve ao longo da vida, dos significados atribuídos a estes eventos e de suas formulações sobre a cirurgia, neste caso específico. A partir da percepção, surgem comportamentos de ajuste, os quais têm como objetivo enfrentar o estresse e a ansiedade, desencadeados por este momento (MELCHIOR et al., 2018).

O **Risco de Solidão** foi diagnosticado em um paciente (2,1%). A participação da família ou de pessoas próximas é tão importante quanto o próprio procedimento cirúrgico, visto que exigirá adaptações e mudanças comportamentais para facilitar na eficácia da recuperação no pós-operatório (GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

Os diagnósticos Risco de Síndrome do Estresse por Mudança, Medo e Risco de Solidão apresentam menor ocorrência no pós-operatório imediato, durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica. Tendo em vista a necessidade de uma atenção holística do enfermeiro em cada caso, o cuidado deve ser um ato de interação que compreende a criação de um vínculo entre o enfermeiro e o paciente, possibilitando uma maior abertura para o diálogo, apoio, troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. É necessário aos profissionais de saúde preocuparem-se com aspectos emocionais do paciente que influenciam diretamente em seu aspecto biológico.

Quadro 14 - Diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem identificados segundo fator psicoespiritual, subgrupo religiosidade/espiritualidade, das Necessidades Humanas Básicas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Angústia Espiritual, Presente	Angústia Espiritual, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover escuta qualificada e conforto ao paciente; • Demonstrar empatia; • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; • Usar uma abordagem calma e segura.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na classificação psicoespiritual foi encontrado um diagnóstico real.

Angústia Espiritual foi um diagnóstico encontrado em cinco pacientes (10,4%). Qualquer evento novo ou desconhecido gera um sentimento de ansiedade e medo, sendo reações ao perigo ou à ameaça (GOMES et al., 2019). A identificação desse diagnóstico possibilita aos enfermeiros a prestação de cuidados holísticos ao paciente, partindo de ações autônomas e interdependentes, visualizando suas necessidades específicas, a fim de promover bem-estar espiritual.

6. CONCLUSÃO

O estudo foi feito com quarenta e oito pacientes da sala de recuperação pós-anestésica, a maioria do gênero feminino, com faixa etária predominante dos 38 aos 57 anos; sendo identificados, de acordo com a Teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, vinte e dois diagnósticos de Enfermagem, dos quais dezessete são classificados para as necessidades humanas básicas psicobiológicas, quatro para as necessidades humanas básicas psicossociais e um para psicoespiritual.

Os principais achados da pesquisa apontam a predominância de Diagnósticos de Risco, como: Risco de Infecção, Risco de Queda, Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal, Risco de Aspiração; e dois Diagnósticos Reais: Integridade da Pele Prejudicada e Mobilidade no Leito Prejudicada, que tiveram incidência de 100% dos pacientes que compuseram a amostra. Reforçando, dessa forma, a importância desse trabalho para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais recorrentes, de modo a anteceder as ações e evitar que ocorram essas complicações e o agravamento da condição de saúde do paciente.

Tendo isso em vista, é essencial que o enfermeiro favoreça a implantação da SAEP, comprovando a eficiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória que, por sua vez, irá colaborar para o desenvolvimento da evolução do estado clínico dos pacientes, evitando desgastes futuros causados pelo estresse profissional e o risco de uma assistência inadequada; gerando assim, benefícios para instituição, equipe e, principalmente, para o paciente.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. G. GIRONDI, J. B. R. KNIHS, N. S. Metodologias Ativas na Educação em Enfermagem Perioperatória. **Revista SOBECC**. São Paulo, 2018.
- AMARAL, J. A. B. SPIRI, W. C. BOCCHI, S. C. M. Indicadores de Qualidade em Enfermagem com Ênfase no Centro Cirúrgico: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista SOBECC**. São Paulo, 2017.
- ANDRADE, P. M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Vantagens e Dificuldades na sua Aplicação sob a Ótica de Enfermeiros. **Electronic Journal Collection Health**, v. 11, 2019.
- AZEVEDO, O. A. et al. Documentation of the Nursing Process in Public Health Institutions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 2019.
- BISPO, M. M. et al. Diagnóstico de Enfermagem Risco de Aspiração em Pacientes Críticos. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, 2016.
- BRASIL. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4371312/mod_resource/content/1/Caderno%204%20-%20Medidas%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20Relacionada%20%C3%A0%20Assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>.
- CARVALHO, R. L. R. et al. Incidência e Fatores de Risco para Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017.
- CHAVES, R. G. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Visão Geral dos Enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFPE** [on-line]. Recife, 2016.
- COREN. **Processo de Enfermagem: Guia para a Prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B. L. de Barros, et al. São Paulo, 2015.
- CUNHA, A. L. S. M. PENICHE, A. C. G. Validação de um Instrumento de Registro para Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 2007.
- DANTAS, A. M. N. **Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da UFPB**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.
- EDELMUTH, S. V. C. L. et al. Comorbidades, Intercorrências Clínicas e Fatores Associados à Mortalidade em Pacientes Idosos Internados por Fratura de Quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 53, n. 5. São Paulo, 2018.
- ENFERMAGEM. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem**. E-Book, 2015.

GIMENES, C. F. et al. **Recuperação Pós-Anestésica**. Protocolo Clínico. Sistema de Gestão de Qualidade. Revisão n. 1, 2017.

GOMES, E. T. et al. Fatores de Risco para Ansiedade e Depressão no Período Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, n. 54, 2019.

GONÇALVES, K. K. N. et al. Ansiedade no Período Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on-line], 2016.

GONÇALVES, T. F. MEDEIROS, V. C. C. A Visita Pré-Operatória como Fator Atenuante da Ansiedade em Pacientes Cirúrgicos. **Revista SOBECC**. São Paulo, 2016.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Manejo da Dor Pós-Operatória em Adultos**. Ficha Técnica n. 5, 2017.

IDA, M. et al. Impact of Intraoperative Hypotension and Blood Loss on Acute Kidney Injury after Pancreas Surgery. **Brazilian Journal of Anesthesiology** [english edition], v. 70, p. 343-348, 2020.

KOCH, T. M. et al. Momento Anestésico-Cirúrgico: Transitando entre o Conhecimento dos (as) Enfermeiros (as) e o Cuidado de Enfermagem. **Revista SOBECC**. São Paulo, 2018.

KVIATKOVSKI, A. **Wanda de Aguiar Horta**. Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Processo de Enfermagem. SlideShare/Scribd, 2015.

LOUIS, E. D. Tremor. **Review Continuum** (Minneap Minn), 2019.

MACEDO, J. K. S. S. Análise do Grau de Dependência de Cuidados de Enfermagem em uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. **Enfermería Actual de Costa Rica** [on-line], n. 38. San José, 2020.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Capítulo 14 – Crise Hipertensiva. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**[on-line], v. 107, n. 3. São Paulo, 2016.

MARINHO, C. L. A. et al. Necessidades Humanas Básicas de Pessoas em Hemodiálise sob à Luz da Teoria de Wanda Horta. **Ciência, Cuidado e Saúde** [on-line], 2020.

MATA, L. R. F. et al. Fatores Associados ao Risco de Queda em Adultos no Pós-Operatório: Estudo Transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017.

MELCHIOR, L. M. R. et al. Preditores para Ansiedade Pré-Operatória Moderada e Grave em Pacientes Cirúrgicos Hospitalizados. **Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, n. 52, 2018.

PEREIRA, E. B. F. et al. Avaliação da Qualidade dos Registros de Enfermagem nos Cuidados Pós-Operatórios Imediatos. **Revista SOBECC** [on-line], 2018.

- PEREIRA, J. M. V. et al. Nursing Diagnoses of Hospitalized Patients with Heart Failure: A Longitudinal Study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6. São Paulo, 2016.
- PEREIRA, N. H. C. MATTIA, A. L. Complicações Pós-Operatórias Relacionadas à Hipotermia Intraoperatória. **Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, n. 55, 2019.
- PREARO, M. FONTES, C. M. B. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica: Revisão Integrativa. **Enfermagem em Foco**, 2019.
- RIBEIRO, E. FERRAZ, K. M. C. F. DURAN, E. C. M. Atitudes dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico Diante da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Revista SOBECC [on-line]**, 2017.
- RIEGEL, F. OLIVEIRA JR, N. J. Processo de Enfermagem: Implicações para Segurança do Paciente Cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, 2017.
- SALGADO, P. O. et al. Cuidados de Enfermagem a Pacientes com Temperatura Corporal Elevada: Revisão Integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2015.
- SANTO, I. M. B. E. et al. Perioperative Nursing Care Systematization: A Reflex of Applicability in the Care Process. **Electronic Journal Collection Health**, 2020.
- SANTOS, J. A. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Visão de Enfermeiros. **Revista Cuidarte Enfermagem**, 2015.
- SILVA JR, J. L. R. et al. **Sleep-Disordered Breathing in Patients with COPD and Mild Hypoxemia: Prevalence and Predictive Variables. Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 3. São Paulo, 2017.
- SILVA, D. de J. N. et al. A População Cirúrgica muito Idosa em Cuidados Intensivos: Características Clínicas e Desfechos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2020.
- SILVA, M. R. et al. Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para Pessoas Submetidas a Cirurgias Ortopédicas e Traumatológicas. **Revista de Enfermagem da UFPE [on-line]**. Recife, 2017.
- SOBECC. **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização.** Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. São Paulo, 2017.
- SOUSA, F. G. F. et al. Análise Histórica de Diagnósticos de Enfermagem Relacionados a Feridas e Lesões de Pele. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, 2019.
- SOUZA, C. D. M. SILVA, A. A. BASSINE, C. P. J. A Importância da Equipe de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica. **Revista da Faculdade Sant' Ana**, v. 4, p. 4-13. Ponta grossa, 2020.

SOUZA, I. B. et al. Percepção do Cliente no Perioperatório sobre o Cuidado de Enfermagem no Centro Cirúrgico. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [online], 2019.

UBALDO, I. MATOS, E. SALUM, N. C. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda-I com Base nos Problemas Segundo Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, 2015.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento utilizado para coleta dos dados na sala de recuperação pós-anestésica. Fonte: CUNHA, A. L. S. M. PENICHE, A. C. G. Validação de um Instrumento de Registro para Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 2007.

RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Etiqueta: Nome _____		Data ____/____/____ admissão às ____h	
Idade _____ Apartamento _____		Alergia: _____	
Reg. Hosp. _____		Cirurgia realizada _____	
Dados referentes a anestesia	Anestesia: Geral () Peridural () Raqui () Máscara laringea () Sedação () Local () Bloqueio ()		
Anesesiologista Dr(a)	tipo: _____		
Cirurgião Dr (a)	Monitorização: ECG () Oximetria () PA () PA Invasiva () PVC () outro: _____		
Antecedentes clínicos	Hipertensão () Diabetes () Cardiopatias () Renal crônico () Pneumopatias () Distúrbio neurológico ()		
Pré-operatório	PA	mmHg, FC	bpm, T °C, Resp. mov/min, Sat.O2 %
Exames	não () sim vide check list ()		

Controles:

Hora									
Temp.									
Pulso									
Resp.									
SO ₂									
Resp.									
PANI									
PAM / PVC									
Dor (0-10)									
Func.									

Índice de Aldrete kroulik (paciente adulto)

Tempo em minutos		valor	adm	30	60	120	observação
Atividade motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	2					
	Capaz de mover 2 membros	1					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	respira profundamente ou tosse livremente	2					
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20 % do nível pré-anestésico	2					
	PA 20 - 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA 50 % do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2					
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de O ₂	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2					
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
IAR	Total						
	Carimbo						

Nota: valor mínimo para alta - 8 pontos

Prescrição médica:

Instalar nebulização com O₂ contínuo com H₂O destilada de 250ml de 8 a 10l/min I _____h T _____h

Alta às: _____h ASS Dr (a) _____ CRM _____

Índice de Avaliação pediátrico (0 – 12 anos) baseado em Steward

Tempo	em minutos	Valor	adm	30	60	120	observação
Saturação de O ₂	Maior que 95% respirando em ar ambiente	2					
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
Vias aéreas	Tosse ou choro	2					
	Boa manutenção/ respira facilmente	1					
	Requer manutenção	0					
Consciência	Disperito	2					
	Responde a estímulos verbais ou táteis	1					
	Não responde	0					
Movimentação	Movimenta os membros intencionalmente	2					
	Movimentos não intencionais	1					
	Não se movimenta	0					
Total							
Carimbo							

Nota: valor mínimo para alta – 6 pontos

Infusão /soluções

Volume	Descrição	Quantidade	Hora	H						
1000ml	S. Fisiológico									a
	S. Fisiológico									
500ml	Ringer Lactato									
	S. Glicosado									

Sangue e derivados

Descrição	Hora	Nº da bolsa	Volume	Hora	Nº da bolsa	Volume	Quantidade
Concentrado de glóbulos							
Plasma							
Plaquetas							

Glicosometria

Hora	Valor								

Líquidos eliminados:

Descrição	Hora	Quantidade/aspecto	Hora	Quantidade/aspecto	Hora	Quantidade/aspecto	Tot
Sangue							al/ml
Urina							
Suco gástrico							

Diversos		Observações	
Cânulas	Guedel () traqueostomia ()		
Cateteres	Periférico () local:	Infusão:	
	Central () lúmen portocath ()	Infusão:	
	Swan ganz () arterial ()		
	Epidural () plexo () intra-articular ()	Infusão:	
Sondas	SNG () SNE () fechada () aberta ()	Aspecto:	
Drenos	Penrose () látex () silicone () Local:	Aspecto:	
	Nelaton () sucção () Local:	Débito: ml	
	Tórax () local:	Aspecto: Débito: ml	
	Meias Elásticas () Massageador: MMII () plantar ()		
	Imobilizador ()	Local:	

Avaliação das condições do paciente na admissão e alta

Parâmetros a serem avaliados		Adm.	observação	alta	observações
Comportamento	Calm (C) Agitado (AG)				
	Agressivo (AR) ou apático (AP)				
Sistema Respiratório	Via aérea: pérvua (P) cânula de guedel (G)				
	Sons: murmúrio vesicular normal				
	roncos(R) sibilos (S)				
	estertores (ES) estridor (ED)				
	lêx. torácica: sincrónico (S) assincrónico (A)				
	Retração muscular				
Sist. Neurológico	Isocóricas				
Pupilas	Mióticas (m) ou midriáticas (M)				
	Puntiforme				
	Anisocóricas: D>E (A) E>D (B)				
	Ritmo: Sinusal				
Sistema Cardiovascular	bradicardia (B) taquicardia (T)				
	Arritmia				
	Perfusão periférica		Local: _____ Condição: _____		Local: _____ Condição: _____
Sistema Digestório	Náuseas e vômitos ausentes				
	Apenas náusea presente				
	Náuseas e vômitos presentes				
	Abdome: Plano (P) Globoso (GL)				
	Flácido (FL) Distendido (D)				
	Doloroso (DI) indolor (ID)				
Sistema Renal	Diurese: Ausente (A) Presente: espontâneo (E)				
	SVA ou SVD				
	Retenção (RU) Incontinência (IU)				
Sistema Tegumentar	Hidratado (H) desidratado (DH)				
	Corado (C) descorado (DC)				
	Ictérico (I) Friável (F) Edemaciado (E)				
	Lesão cutânea sim (S) não (N)		Local: _____ Aspecto: _____		Local: _____ Aspecto: _____
Incisão Cirúrgica (curativo) local	Limpo				
	Parcialmente embebido em sangue				
	Totalmente embebido em sangue				
	carimbo				

Prescrição de enfermagem

	Ação de enfermagem	Carimbo (tec/aux)
Instalar Horário:	Manta térmica (); massagador plantar (); massagador de MMII () monitorização () nebulização ()	
Manter Horário:	Meia elástica (); membros elevados (); decúbito _____ ();	
Aplicar Horário:	Compressa de gelo ou aparelho frio cuff em região _____ (); Compressas úmidas () ou geladas () em região ocular ()	
Iniciar Horário:	Soro de prescrição médica (); controle de irrigação contínua ()	
Controlar Horário:	Débito de dreno, observando aspecto e volume () sinais vitais a cada _____ minutos ()	
Checar	Pulseira de identificação ()	
Enfermeira/carimbo		

Anotação de enfermagem/ Evolução de enfermagem

carimbo

Condições da alta da RA para: UI () SEMI () UCO () UTI ()

Estado de vigília	acordado () dormindo () outros:
Infusão	periférico () central () solução: _____ gotejamento: bomba de infusão () solução: _____ gotejamento:
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 () OBS:
Dreno	tipo: _____ OBS:
Diurese	espontânea () SVA () SVD () não apresentou na RA () irrigação contínua () outros: _____
Perfusão periférica	Local: _____ condição:
Massagador	MMII () plantar (), Outro:
Pertences	pulseira de identificação () tipo: _____ material de síntese () fita de vídeo () chupeta () cálculo: biliar () renal ()) amuleto () tipo: _____ próteses () exames: sim () vide check list não () outros:
Plantão	passado para: _____ enf. () horário _____ h passado por Carimbo: _____ enf () tec () aux ()

Observações:

Ass. carimbo da enfermeira

ANEXO B - Aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió-AL, 26/09/2019

Senhor(a) Pesquisador(a), Imaculada Pereira Soares

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 10/09/2019 e com base no parecer emitido pelo (a) relator(a) do processo nº **02843818.3.0000.5013**, sob o título **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM PARA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA COM BASE NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12 e Resolução CNS 510/16.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resoluções CNS 466/12 e 510/16.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: OUTUBRO de 2020.