

UNIDADES DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DE HOSPITAIS BRASILEIROS: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E ASSISTENCIAIS

POST ANESTHESIA CARE UNITS OF BRAZILIAN HOSPITALS: ORGANIZATIONAL AND CARE ASPECTS

UNIDADES DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DE HOSPITALES BRASILEÑOS: ASPECTOS ORGANIZACIONES Y ASISTENCIALES

LOURENÇO, Mariana Bregon; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani; COSTA, Ana Lucia Siqueira.

RESUMO: Esta pesquisa objetivou analisar a estrutura organizacional e assistencial da Recuperação Pós-Anestésica (RPA) em hospitais brasileiros e comparar a realidade encontrada ao que preconiza a literatura científica nacional sobre RPA. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, quantitativo, realizado com 69 enfermeiros participantes do 9º Congresso Brasileiro de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado, promovido pela SOBECC, em julho de 2009. Foi elaborado um questionário contendo caracterização da amostra e da unidade de RPA. Os resultados evidenciaram que: na maioria das instituições a RPA faz parte da planta física do CC; os enfermeiros, em sua maioria, são do gênero feminino e atuam a menos de cinco anos nas instituições; e o índice de Aldrete e Kroulik é utilizado como critério de alta do paciente em quase metade das instituições. Conclui-se que, apesar das exigências legais, um grande número de RPA ainda não apresenta recursos materiais e organizacionais imprescindíveis para se prestar uma assistência segura ao paciente durante o período pós-anestésico.

Palavras-Chave: Período de recuperação da anestesia; cuidados de enfermagem; Período pós-operatório.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the organizational and care structure of Post-Anesthetic Care Unit (PACU) in Brazilian hospitals and to compare the actual situation with which advocates the national scientific literature on this subject. It is a field study, exploratory, descriptive, quantitative, conducted with 69 nurses participating in the 9º Brazilian Congress of Perioperative Room Nurses, Anesthetic Recovery and Sterilized Material Center, sponsored by SOBECC, in July 2009. A questionnaire was developed containing sample characterization and the unity of PACU. The results showed that: in most institutions the PACU is part of the physical plant of the Surgical Center (SC); nurses, mostly, are female and has been operating for less than five years in these institutions; and the Aldrete-Kroulik index is used as a discharge criteria in nearly almost half of these institutions. It is concluded that, despite legal requirements, a large number of PACU has not presented material and organizational resources essential to provide safe care to the patient during the post-anesthetic period.

Key words: Anesthesia recovery period; Nursing care; Postoperating period.

RESUMEN: Esta investigación tubo como objetivos analizar la estructura organizacional y asistencial de

la Recuperación Post-Anestésica (RPA) en hospitales brasileños y comparar la realidad encontrada al que recomienda la Literatura Científica Nacional sobre RPA. Estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo realizado con 69 participantes del 9º Congreso Brasileño de Enfermeros de Bloque Quirúrgico, Recuperación Post-Anestésica y Centro de Material Esterilizado durante el Julio de 2009. Fue elaborado un cuestionario conteniendo la caracterización la muestra y de RPA. Los resultados evidenciaron que: Os resultados evidenciaram que: en la mayoría de las instituciones la RPA hace parte de la estructura física del Bloque Quirúrgico; la mayor parte de los enfermeros son del sexo femenino y actúan menos de cinco años en Bloque Quirúrgico y RPA en instituciones de gran porte; y el índice de Aldrete-Kroulik es utilizado en 45% de las instituciones como criterio de alta. Se concluye que a pesar de las exigencias legales, un gran numero de RPA aún no presentan recursos, materiales y organizacionales imprescindibles para prestar una atención segura al paciente durante el período pos anestésico.

Palabras clave: Periodo de recuperación de la anestesia; cuidados de enfermeira; El postoperatorio.

INTRODUÇÃO

Na Inglaterra, desde 1801, existe registro de um local ao lado da Sala de Operação (SO) destinado aos pacientes em estado crítico ou recém submetidos a uma cirurgia de grande porte¹. No Brasil, a obrigatoriedade desta unidade, para prestar assistência aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, só foi estabelecida por Decreto Federal em 1993², apesar da existência da Portaria nº 400³.

Algumas características estruturais devem ser obedecidas para atingir os propósitos desta unidade. Uma delas está relacionada à sua localização, isto é, deve estar próxima ao Centro Cirúrgico (CC) ou

pertencer à planta física do mesmo, pois, assim, a distância a ser percorrida com o paciente é menor, o que facilita o acesso das equipes cirúrgicas, quando necessário, e respeita-se a instabilidade orgânica do paciente decorrente da complexidade da situação⁴.

Outra questão importante, para que a Recuperação Pós-Anestésica (RPA) atinja sua finalidade, é assegurar a especificidade da equipe de profissionais, ou seja, garantir uma equipe treinada e habilitada para prestar cuidados individualizados e de alta complexidade, contribuindo com a recuperação dos pacientes, e atuando na prevenção e na detecção de complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico. Assim, o foco da assistência de enfermagem é assistir o paciente até que os seus sinais vitais e as suas funções motoras e sensitivas retornem aos níveis pré-operatórios⁵.

O cuidado deve ser planejado visando restabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente com o menor índice de complicações possível. Neste sentido, a avaliação da evolução do paciente no período pós-operatório imediato está pautada na relação direta entre os estímulos provocados pelo ato anestésico-cirúrgico e as alterações dos parâmetros clínicos⁵.

Acredita-se que a segurança do paciente na RPA depende não só de equipamentos e recursos tecnológicos, mas de recursos humanos, de procedimentos e intervenções de enfermagem respaldados no conhecimento prático e científico e sedimentados em comportamentos, atitudes e práticas seguras na execução dos mesmos, evitando, assim, a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, de complicações⁶.

Diante da importância que a RPA tem para a assistência de enfermagem perioperatória e para a segurança do paciente cirúrgico, surgiu a necessidade de se conhecer algumas características das SRA dos hospitais brasileiros.

OBJETIVO

Reconhecer a estrutura organizacional e assistencial das unidades de Recuperação Pós-Anestésica (RPA) em hospitais do território nacional e confrontar com a literatura científica nacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada durante o 9º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, organizado pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), no período de 17 a 21 de julho de 2009, no Palácio das Convenções do Anhembi, município de São Paulo, estado de São Paulo.

Após a autorização concedida pela sociedade promotora do evento para realização da pesquisa, foram elaboradas a Carta Convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96, ficando uma cópia com o pesquisador e outra com o respondente. No primeiro dia do evento foram distribuídos 200 questionários, uma Carta Convite, onde constava o objetivo do estudo, prazo de devolução e o TCLE. Este número de questionários foi estabelecido por conveniência e sua distribuição foi realizada pelos próprios pesquisadores que se posicionavam na entrada principal do grande auditório e solicitavam a colaboração somente dos enfermeiros que ali adentravam. A escolha dos enfermeiros foi aleatória, uma vez que a participação ocorreu de maneira espontânea. Foram excluídos desta amostra técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como alunos de graduação.

Juntamente com estes impressos, foi elaborado um questionário composto por duas sessões: questões

fechadas, que permitiram traçar o perfil da amostra (idade, gênero, formação e ano de formação da graduação em enfermagem, tempo de atuação em CC ou RPA, tipo de instituição que atua) e questões fechadas, que permitiram a caracterização da RPA quanto à estrutura organizacional (recursos humanos, localização, tamanho, equipamento) e assistencial (Sistematização da Assistência de Enfermagem). No último dia do Congresso, recolheram-se os questionários e o TCLE, que, assinado, referendou a autorização dos enfermeiros para divulgação dos dados. Posteriormente os dados coletados foram analisados quantitativamente e apresentados em número absolutos e percentuais, sendo apresentados, quando necessários, sob a forma de tabela.

RESULTADOS

Dos 200 questionários distribuídos, obteve-se o retorno de 69 preenchidos, sendo, portanto, esta a amostra da pesquisa. Os 69 enfermeiros (100,0%) atuavam em CC e em RPA, sendo a maioria do gênero feminino (62 ou 89,9%), com idade entre 20 a 66 anos, onde 19 (27,5%) encontravam-se na faixa etária de 26 a 30 anos de idade.

Dos enfermeiros pesquisados, 39 (56,5%) possuíam especialização lato sensu, quatro (5,8%) mestrado, três (4,3%) doutorado e dois (2,9%) não responderam; os demais (21 ou 30,4%) possuíam apenas curso de graduação em enfermagem. A maior parte dos participantes da pesquisa (34 ou 49,3%) desenvolvia suas atividades no CC a menos de cinco anos e o mesmo ocorreu em relação à RPA.

Dos participantes, 28 enfermeiros (40,6%) trabalhavam em instituições particulares, porém não citaram a localidade, 25 (36,2%) em públicas e 15 (21,7%) em filantrópicas, sendo que 30 hospitais (43,5%) eram de grande porte. Segundo as respostas, constatou-se que em todas as instituições o planejamento físico da RPA segue as normas da RDC nº50, no que se

refere à sua localização, isto é, estão próximas ou fazem parte da planta física do CC.

Em 47 instituições (68,1%) a RPA é do tipo aberta, ou seja, sem divisórias entre os leitos, sendo que os leitos são separados por boxes em 18 delas ((26,1%); quatro enfermeiros não responderam este item. Do total da amostra de profissionais, 36 (52,2%) responderam que a RPA onde atuam possui entre seis e dez leitos e o mesmo número de salas operatórias. Com relação aos serviços de apoio, tais como Raio-X, Banco de Sangue, Laboratório e Farmácia, em 46 (66,7%) instituições são encontrados tais serviços de apoio.

Em relação à climatização do ambiente da RPA, 48 hospitais (69,6%) utilizam o condicionamento de ar, oito (11,6%) possuem filtros HEPA e cinco (7,2%) têm fluxo laminar. A regulagem do sistema de climatização em 42 hospitais (60,9%) é independente do CC e em 26 (37,7%) é em conjunto com o CC.

Em todas RPA os pisos e as paredes estão em consonância com a RDC no50, sendo que 31 (44,9%) possuem piso condutor de energia. É importante ressaltar que 24 RPA (34,8%) não possuem saída de emergência e 10 (14,5%) não possuem iluminação de emergência.

Verifica-se que em 22 RPA (31,9%) utiliza-se o Índice de Aldrete e Kroulik como método de avaliação, sendo que este índice é usado como critério único para alta dos pacientes em 16 instituições (23,2%) e usado juntamente com avaliação do anestesologista e medição da dor seis delas (8,7%).

De acordo com a maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa (57 ou 82,6%), os pacientes provenientes da UTI não utilizam a RPA após o ato cirúrgico; 49 (71,0%) profissionais declararam que os pacientes ambulatoriais utilizam a RPA, 16 (23,2%) não são encaminhados para RPA e quatro instituições (5,8%) não realizam cirurgias ambulatoriais. De acordo com

as respostas obtidas, 65 instituições (94,2%) possuem enfermeiros de plantão em todos os turnos e no restante delas (quatro ou 5,8%) não há enfermeiros de plantão em alguns dos turnos de trabalho.

A presença de acompanhante na RPA é permitida sob circunstâncias predefinidas em 42 RPA (60,9%); em 24 delas (34,8%) não é permitida e três enfermeiros (4,3%) não responderam esta questão.

Referente aos recursos de mobiliário e equipamentos disponíveis nas unidades de RPA foram encontrados os resultados apresentados na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil do gênero dos participantes da pesquisa confirmou-se a predominância do sexo feminino na enfermagem. Apesar da maioria dos enfermeiros possuírem curso de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu, é importante ressaltar que 30,4% dos enfermeiros possuem apenas o curso de graduação. Este dado é relevante ao considerar a necessidade de conhecimento dos profissionais que atuam na unidade de RPA e a alta demanda de cuidados requeridos pelos pacientes no período pós-operatório imediato. A necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais para atuarem em setores complexos, como a RPA, se concretiza, conforme evidencia um estudo realizado em hospitais americanos, que aponta para uma diminuição significativa na mortalidade dos pacientes quando se tem um aumento de 10% na proporção de enfermeiros com cursos de especialização⁷.

Para desenvolver atividades em áreas específicas, como o CC e a RPA, há necessidade de pessoal treinado que atue em uma área única, para obter uma assistência de enfermagem adequada, de modo a diminuir os fatores de risco e garantir segurança ao paciente⁸. Os resultados obtidos no presente estudo mostram uma situação oposta, pois a maioria dos

enfermeiros atua CC e ao mesmo tempo na RPA, o que proporciona uma condição de risco, ao se considerar que um terço das complicações anestésicas ocorrem na RPA e dois terços delas têm início na sala operatória (SO) e persistem na RPA⁷.

De acordo com a RDC n° 50, de 2012⁴, a RPA deve pertencer à planta física do CC para garantir maior segurança ao paciente, facilitar o acesso da equipe médica e o retorno à SO, quando necessário, em menor tempo possível. Constatou-se que a maioria das unidades de RPA encontra-se nas proximidades do CC, porém este dado merece ser melhor explorado, uma vez que o questionário utilizado para a coleta não esclareceu de quanto seria esta distância entre o CC e a RPA.

O número de leitos da RPA, segundo as Práticas Recomendadas pela SOBECC⁹, deve ser igual ao número de salas operatórias mais um leito. Os resultados mostram que a maioria das instituições não segue essa recomendação, apresentando menor número de leitos, o que pode acarretar atrasos na programação cirúrgica, além de expor o paciente a uma situação de risco ao encaminhá-lo precocemente à unidade de origem ainda em condições instáveis. Sendo assim, não só os aspectos assistenciais devem ser considerados, mas também os organizacionais e financeiros, ou seja, o elevado custo da SO sendo utilizada como unidade pós-operatória, em virtude da falta de leitos suficientes em RPA, impedindo a continuidade da programação cirúrgica. O sistema de climatização da RPA requer os mesmos cuidados empregados no CC, porém deve permitir

Tabela 1 - Mobiliários e equipamentos existentes nas unidades de RPA, segundo informações fornecidas pelos enfermeiros.

| Mobiliários e Equipamentos | SIM | | NÃO | |
|--|--------|-------------|--------|-------------|
| | número | percentagem | número | percentagem |
| Máscaras e cateteres de O2 | 68 | 98,6% | 01 | 1,4% |
| Desfibrilador cardíaco | 67 | 97,1% | 02 | 2,9% |
| Oxímetro de pulso por leito | 67 | 97,1% | 02 | 2,9% |
| Unidade móvel para assistência cárdio- respiratória completa | 67 | 97,1% | 02 | 2,9% |
| Leitos com grades | 65 | 94,2% | 04 | 5,8% |
| Tomadas elétricas por leito | 61 | 88,4% | 08 | 11,6% |
| Monitor cardíaco por leito | 61 | 88,4% | 08 | 11,6% |
| Esfigmomanômetro por leito | 57 | 82,6% | 12 | 17,4% |
| Fonte de aspiração a vácuo por leito | 57 | 82,6% | 12 | 17,4% |
| Saída de ar comprimido por leito | 54 | 78,3% | 15 | 21,7% |
| Duas saídas de O2 por leito | 50 | 72,5% | 19 | 27,5% |
| Material para hemostasia | 44 | 63,8% | 25 | 36,2% |
| Bombas de infusão | 43 | 62,3% | 26 | 37,7% |
| Estetoscópio por leito | 33 | 47,8% | 36 | 52,2% |
| Manta térmica | 29 | 42,0% | 40 | 58,0% |
| Ventilador mecânico | 26 | 37,7% | 43 | 62,3% |
| Foco de luz por leito | 24 | 34,8% | 45 | 65,2% |
| Estimulador de nervo periférico | 19 | 27,5% | 50 | 72,5% |
| Compressor pneumático intermitente | 19 | 27,5% | 50 | 72,5% |

a regulação de temperatura independente⁴, como ocorre na maior parte das instituições nas quais os enfermeiros que responderam esta pesquisa atuam. Este fato é relevante quando se considera a importância da temperatura corporal na recuperação do paciente. Com frequência, o paciente, ao sair da SO, apresenta hipotermia acentuada e o retorno à normotermia e sua manutenção dependem de vários fatores. Deve-se ressaltar que a temperatura ambiente é importante neste mecanismo, principalmente em idosos e crianças, pois complicações como extrassístoles, hipoxemia, náuseas e vômitos podem ser decorrentes da hipotermia no período transoperatório^{7,10-11}.

Em relação aos pisos e às paredes da RPA, a quase totalidade das instituições (68 ou 98,6%) respeitam as normas estabelecidas, uma vez que possuem pisos e paredes com revestimento de material lavável. De acordo com a RDC n° 504, a RPA deve ter iluminação de emergência. Os resultados encontrados nessa pesquisa mostram que 85,5% das instituições respeitam essa exigência, porém 14,5% não possuem esse recurso, fato este que coloca em risco a segurança do paciente e de seus funcionários. É importante também ressaltar que 34,8% das instituições não possuem, ainda, saída de emergência, o que agrava os fatores de risco.

Em 60,9% das instituições, a presença do acompanhante na RPA é permitida em situações específicas, contudo, em 34,8% delas a presença de acompanhante é proibida em qualquer circunstância, o que torna o hospital passível de pena, conforme descrito nas Leis n° 8.069, de 13 de julho de 1990 e n° 3.501, de 1997, que são o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, respectivamente¹²⁻¹³. O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Artigo 12, determina que:

“Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança

ou adolescente.”

O Estatuto do Idoso, em seu Artigo 16, determina que: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.”

Parágrafo único. “Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.”

Criança ou idoso acompanhado pelo responsável no período pós-anestésico implica em um retorno à consciência mais tranquilo e com maior segurança para o paciente e para a equipe que atua na unidade.

Ainda com relação a estas determinações legais, a equipe que atua na RPA necessita de treinamento e preparo para receber e entender a finalidade da presença do familiar, ou seja, deve dar auxílio e suporte para o doente, sem exigir a execução de tarefas que são da competência da equipe do cuidado.

Os resultados mostram que 94,2% das instituições possuem enfermeiros no CC que atuam também na RPA e em 5,8% delas não há a presença do enfermeiro em alguns dos turnos, havendo técnicos e/ou auxiliares de enfermagem que trabalham sem supervisão e orientação do profissional enfermeiro. Esse fato, além de incorrer em questões legais para a instituição, implica nas questões assistências de cuidado ao paciente, pois, de acordo com a Lei n° 7.498/86, são atividades privativas do enfermeiro: organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos de base científica e

capacidade de tomar decisões imediatas¹⁴.

Em relação aos critérios de alta da RPA, constatou-se que em 31,9% das instituições o índice Aldrete e Kroulik é utilizado para avaliação do estado de recuperação dos pacientes. Apesar de esse índice ser amplamente utilizado em virtude da sua praticidade, não se deve considerar que o mesmo seja um único indicador de avaliação; é necessário que o enfermeiro avalie, de maneira sistemática, os seguintes parâmetros: temperatura, retorno dos reflexos protetores, curativos, drenos, infusões, posicionamento, dor, náuseas, vômitos e outros sinais e sintomas relacionados ao tipo de anestesia e à cirurgia realizada⁹.

No que se refere aos recursos disponíveis, verificou-se que existe uma percentagem representativa de RPA, como mostra a Tabela 1, com mobiliários e equipamentos básicos exigidos para o funcionamento desta unidade. Entretanto, ainda existem deficiências de alguns equipamentos imprescindíveis, como desfibrilador cardíaco, oxímetro de pulso, monitor cardíaco por leito, estetoscópio por leito e ventiladores mecânicos, entre outros, dada a finalidade a que se propõe a RPA. Este resultado merece destaque, tendo em vista que existem critérios legais para o funcionamento desta unidade e atualmente se constata maior facilidade das instituições ao acesso à tecnologia hospitalar disponível no mercado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenha ocorrido um baixo retorno dos questionários distribuídos, os resultados obtidos demonstram uma parcela representativa da realidade brasileira, considerando-se a especificidade e o impacto que o Congresso da SOBECC tem em todo território nacional.

Verifica-se que nas RPA, onde os profissionais pesquisados atuam, há lacunas no que se refere aos

critérios de estrutura organizacional e assistencial, porém outros estudos devem ser realizados para se obter resultados de maior abrangência e que melhor retratem a realidade brasileira.

Apesar da exigência legal existente para a implantação e o funcionamento de uma RPA nas instituições, muitas unidades ainda não apresentam recursos materiais disponíveis, indispensáveis para se prestar uma assistência segura ao paciente durante o período pós-anestésico.

Ressalta-se que, embora exista precariedade nos recursos básicos de materiais e equipamentos, por outro lado, verifica-se que a maioria dos enfermeiros possui, em sua formação, cursos de especialização na área, o que reverte na implementação de medidas que garantem o cuidado com competência e segurança que o momento de recuperação pós-operatória exige.

REFERÊNCIAS

1. Possari JF. Assistência de enfermagem na recuperação anestésica. São Paulo: Íatria; 2003.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1363/1993. Regulamenta a prática da anestesia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília; 22 mar. 1993; Seção1:3439.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 6 de dezembro de 1977. Dispõe sobre critérios de construção e acabamento de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 6 dez. 1977.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação e elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2012 jun. 12]. Dispo-

nível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html

5. Galdeano LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação anestésica. In: Carvalho R, Bianchi, ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.267-98.

6. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):34-42.

7. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003;290(12):1617-23.

8. Peniche ACG, Leite RCBO. Aspectos organizacionais da sala de recuperação pós-anestésica: planejamento físico, materiais e equipamentos, recursos humanos. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.258-66.

9. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

10. Costa ALS, Mendonza IYQ, Peniche ACG. Hipotermia no paciente em UTI. In: Padilha KAG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidado do paciente crítico. Barueri: Manole; 2009. p.595-609.

11. Santos ST, Caregnato RCA. Hipotermia acidental perioperatória: proposta de protocolo de assistência de enfermagem. Rev SOBECC. 2010;15(2):45-51.

12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990

[citado 2012 jun. 12]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>

13. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2012 jun 12]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>

14. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1986 [citado 2012 jun 12]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Autoras

Mariana Bregion Lourenço

Enfermeira, Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).
E-mail: mariana.lourenco@hotmail.com.

Aparecida de Cássia Giani Peniche

Enfermeira, Profª Drª do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.
E-mail: ggphe@usp.br.

Ana Lucia Siqueira Costa

Enfermeira, Profª Drª do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.
E-mail: anascosta@usp.br.