

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

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN THE POST-ANESTHETIC RECOVERY ROOM

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA

Evanísia Assis Goes de Araújo • Weslla Karla Albuquerque de Paula • Laís Anália Ferreira de Oliveira • Ana Carolina de Vasconcelos Arruda

RESUMO: O paciente em pós-operatório imediato possui um potencial risco de complicações, necessitando de assistência de enfermagem individualizada. Este estudo objetivou propor a implantação de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) de um hospital público do Agreste Pernambucano. Foi utilizado como fundamento a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, os Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e as Intervenções de Enfermagem da *Nursing Interventions Classification* (NIC). Pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa. Aplicou-se o histórico de enfermagem a 30 pacientes internados na SRPA. Os resultados evidenciaram que os diagnósticos com percentual acima de 70% estão relacionados com Integridade da pele prejudicada, Náuseas e Risco para infecção. Estes dados propiciaram a elaboração de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), composto por Diagnósticos e intervenções de enfermagem em forma de *check list*. Portanto, a SAE, se efetivamente praticada, trará benefícios ao paciente, à instituição e ao enfermeiro.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Período de recuperação da anestesia.

ABSTRACT: The patient in the immediate post-operative period has a potential risk of complications requiring

individualized nursing care. This study aimed to propose the implementation of a protocol of the Sistematization of Nursing Assistance (SAE) in the Post-Anesthetic Recovery Room of one public hospital in the Agreste of Pernambucano. It was used as basis, the Theory of Basic Humans Needs of Horta, the diagnoses of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and nursing interventions from Nursing Interventions Classification (NIC). This is an exploratory, descriptive and quantitative study. It was applied a history of nursing in 30 patients registred in (SRPA). The results showed diagnoses with percentages above 70% are related to impaired skin integrity, nausea, risk for infection. These data enabled the development of a protocol of (SAE), composed of diagnoses and nursing interventions in the form of check list. Therefore, (SAE) if effectively practiced, will bring benefits to the patient, to the institution and to the nurse.

Key words: Nursing diagnoses; Nursing care; Post-anesthetic recovery.

RESUMEN: El paciente en el post-operatorio inmediato tiene un riesgo potencial de complicaciones que requieren atención de enfermería individualizada. Este estudio tuvo como objetivo proponer el establecimiento de un protocolo de Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) en el Salón de Recuperación Post-anestésica (SRPA) de un hospital público en el Agreste de Pernambucano. Se utilizó como base, la Teoría de las Necesidades Humanas

Básicas de HORTA, los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y las intervenciones de enfermería de la Nursing Interventions Classification (NIC). Este trabajo es exploratorio, descriptivo y cuantitativo. Se aplicó una anamnesis de enfermería en 30 pacientes ingresados en la SRPA. Los resultados mostraron los diagnósticos de enfermería con porcentajes superiores al 70% relacionados con la alteración de la integridad cutánea, náuseas, riesgo de infección. Estos datos permitieron la elaboración de un protocolo de la SAE, compuesto de diagnósticos y intervenciones de enfermería en forma de *check list*. Por lo tanto, la SAE se practicada, traerá beneficios para el paciente, para la institución y para el enfermero.

Palabras-clave: Diagnósticos de enfermería; Cuidado de enfermería; Recuperación post-anestésica.

INTRODUÇÃO

A necessidade de um paciente submeter-se à cirurgia é caracterizada como um evento estressante e complexo na vida do paciente, de sua família e também da equipe de enfermagem, tanto por possíveis riscos, como por sentimentos vivenciados frente ao ato cirúrgico.⁽¹⁾

Dessa forma, a assistência de enfermagem deve ser integral e individualizada para o paciente e sua família, proporcionando o planejamento dos cuidados de forma sistemática, minimizando os riscos

inerentes ao procedimento e a ansiedade referente ao processo cirúrgico.⁽²⁾

Compreende-se que, para que se tenha uma assistência de enfermagem adequada e individualizada, é necessária a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), baseada em uma Teoria de Enfermagem específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado.⁽³⁾

A implantação da SAE constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 272, de 2004. É também uma orientação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Além disso, sua implantação se torna uma estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.⁽⁴⁻⁵⁾

A SAE é um processo que objetiva a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde do paciente e da comunidade, devendo ser desenvolvida pelo enfermeiro, sendo necessário que o mesmo tenha noção de uma ou mais Teorias de Enfermagem que fundamentem sua prática, além dos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão. Sua implementação exige do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como um indivíduo de forma holística, utilizando, para tanto, seus conhecimentos e suas habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a execução das ações sistematizadas.⁽⁶⁾

Diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos. Todos estes modelos convergem para a necessidade de se prestar uma assistência sistematizada, isto é, coletar os dados através da utilização de histórico de enfermagem, levantar diagnósticos de enfermagem e, a partir daí, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas ações, permitindo gerar conhecimento a partir da prática.⁽⁷⁾

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são agrupados de acordo com o tipo de cada um. Eis dois tipos de DE:

- **Diagnósticos Reais:** descrevem respostas humanas a condições de saúde / processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. São sustentados pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados. Apenas estes tipos de diagnósticos possuem fatores relacionados que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE;

• **Diagnósticos de Risco:** descrevem respostas humanas a condições de saúde / processos vitais que podem desenvolver em indivíduo, família ou comunidade vulnerável. São sustentados por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade.⁽⁸⁾

A enfermagem é uma ciência que visa descrever as Necessidades Humanas Básicas (NHB) explicando-as, relacionando-as e predizendo-as. Fundamenta-se na Teoria da Motivação Humana de Maslow. Entende-se por NHB os estados de tensões, conscientes e inconscientes, resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Estes estão divididos em:

• **Necessidade psico-biológicas:** oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação fisiológica, percepção, locomoção, ambiente e terapêutica;

• **Necessidades psicossociais:** segurança, amor, liberdade, comunicação, gregária, criatividade, aprendizagem, auto-realização, auto-estima, auto-imagem, recreação, lazer, espaço, orientação espaço-temporal, aceitação, participação, e atenção;

• **Necessidades psíquicas:** necessidade religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.⁽⁹⁾

Dessa forma, o conteúdo obtido pela SAE

representa uma preciosa fonte de informações sobre o paciente, principalmente na assistência perioperatória, que abrange três períodos: pré, trans e pós-operatório. Sendo, ainda, o pós-operatório subdividido em imediato e mediato, onde o primeiro compreende as primeiras 24 horas após o término da cirurgia e sua real duração depende do porte ou da gravidade da mesma e do estado em que se encontra o paciente ao seu término. Já o segundo, inicia-se após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um período variável, até o dia da alta hospitalar.⁽¹⁰⁾

Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) preconiza uma filosofia de atendimento individualizado e humanizado, abrangendo conceitos da assistência continuada, participativa, documentada e avaliada, o que dá sustentação às ações de enfermagem nas áreas de internação cirúrgica, Centro Cirúrgico (CC) e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).⁽²⁾

Entende-se por SRPA uma unidade na qual o paciente é assistido logo após o procedimento anestésico-cirúrgico, no período pós-operatório imediato, permanecendo nesta unidade até o momento da recuperação da consciência e estabilização dos sinais vitais, em média, de 30 minutos a 2 horas após o término do procedimento. Sendo assim, a obrigatoriedade legal de inserção do Processo de Enfermagem (PE) na assistência ao pós-operatório imediato requer conhecimento e informação concisa sobre o estado geral do paciente, para que o desenvolvimento das ações e a assistência de enfermagem sejam personalizadas e direcionadas ao mesmo, que necessita de vigilância ininterrupta para prevenir possíveis complicações na SRPA, visto que, por menor que seja o procedimento cirúrgico, o risco de complicações sempre estará presente.⁽¹¹⁾

As principais complicações que ocorrem na SRPA têm correlação direta com as condições clínicas pré-operatórias, extensão e o tipo de cirurgia, intercorrências cirúrgicas, fármacos anestésicos administrados e seus efeitos colaterais, bem como

com a eficácia das medidas terapêuticas adotadas. Devido à alta rotatividade dos leitos e à carência de recursos humanos especializados, a assistência de enfermagem prestada durante a permanência do paciente na SRPA pode ser dificultada na sua principal ação, que é a detecção precoce destas complicações, através da monitorização contínua dos parâmetros dos pacientes.⁽¹²⁾

Sabe-se que os cuidados de enfermagem aos pacientes na SRPA em muitas instituições são realizados de forma assistemática, não existindo a elaboração de um plano assistencial individual e eficaz nos cuidados necessários ao paciente.

Tendo em vista o potencial risco de complicações pós-anestésicas inerentes ao paciente no período em que o mesmo permanece na SRPA, é essencial uma assistência de enfermagem sistematizada, garantindo segurança e cuidados específicos, que, quando implementados adequadamente, podem impedir a ocorrência de complicações, ou revertê-las, quando estas já estiverem instaladas.

OBJETIVO

Propor a implantação de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória na Sala de Recuperação Pós-Anestésica em um Hospital Público do Agreste Pernambucano.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, aliada à experiência de criação e aplicação de um protocolo de assistência ao paciente cirúrgico. Este tipo de pesquisa tem como objetivo coletar os dados de forma sistemática, visando descobrir, explicar, identificar, registrar e analisar estatisticamente as informações.⁽¹³⁻¹⁴⁾

Participaram do estudo 30 pacientes submetidos à cirurgia eletiva no mês de fevereiro de 2010, admitidos na SRPA em pós-operatório imediato, que tinham concordado em participar da pesquisa

e assinado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no período pré-operatório imediato na enfermaria.

A instituição escolhida para o estudo foi um Hospital Público do Agreste Pernambucano, que é referência em trauma nos 32 municípios que compõem a IV Gerência Regional de Saúde (GERES). É uma instituição estadual, de alta complexidade, que dispõe de 230 leitos, distribuídos em emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria clínica e cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral, neurocirurgia e ortopedia. É também utilizada como campo de prática para ensino em cursos de graduação e pós-graduação, para os programas de residência em medicina e enfermagem, além de ser campo de estágio para as escolas de formação de técnicos em enfermagem da região. A SRPA da referida instituição está inserida no Centro Cirúrgico (com seis salas de cirurgia), possui três leitos e tem como finalidade o atendimento a pacientes em recuperação pós-anestésica, que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. Conta, ainda, com uma equipe multiprofissional composta por anestesiológica, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o histórico de enfermagem, elaborado pelas autoras, em forma de *check list*, de acordo com a literatura direcionada para o tema e baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, contendo: Identificação, Padrão de Manutenção da Saúde, Fatores de Risco Familiar, Necessidades Humanas Básicas (padrão nutricional / higiene), Padrão Eliminatorio (hábitos intestinais e urinários), Padrão de Sono e Repouso, Padrão Perceptivo-Cognitivo, Dados Clínicos e Cirúrgicos, História da Doença Atual (Motivo do Ato Cirúrgico) e Exame Físico. Utilizou-se, para a coleta de dados, a entrevista estruturada com os pacientes, além de dados dos prontuários dos participantes da pesquisa no mês de fevereiro de 2010.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel 2003,

fazendo-se uso de frequências absoluta e relativa, apresentados sob a forma de tabelas. Em seguida, elencaram-se as necessidades de saúde dos participantes da pesquisa que requeriam cuidados de enfermagem, as quais possibilitaram traçar os diagnósticos de enfermagem, por ordem de prioridade, baseados na taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*,⁽⁸⁾ bem como suas respectivas intervenções, fundamentadas pela *Nursing Interventions Classification (NIC)*.⁽¹⁵⁾

A partir destes resultados, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem direcionado e organizado em forma de *check list* (Anexo) para aplicação da SAE em pacientes no pós-operatório imediato.

Foram respeitados, no estudo, os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), sob protocolo nº 137/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Fizeram parte deste estudo 19 (63,3%) pacientes do sexo masculino e 11 (36,7%) pacientes do sexo feminino, que se encontravam, em maior frequência (40,0%), na faixa etária entre 40 e 59 anos. Observou-se, ainda, que 16,7% tinham idade menor ou igual a 20 anos. No que se refere aos procedimentos anestésicos, percebe-se que a maioria (19 ou 63,3%) foram submetidos à raqui-anestesia, quatro (13,3%) à anestesia geral e sete (23,4%) foram submetidos apenas a bloqueio anestésico.

Diagnósticos de Enfermagem Reais

A seguir, apresentam-se alguns Diagnósticos de Enfermagem Reais identificados na amostra estudada, assim como seus fatores relacionados e as características definidoras.

Tabela 1 - Principais Diagnósticos de Enfermagem Reais (segundo a NANDA⁽⁸⁾), fatores relacionados e características definidoras em pacientes internados na SRPA de um hospital público. Caruaru (PE); 2010

Diagnóstico	Nº	%	Fator Relacionado	Nº	%	Característica Definidora	Nº	%
Integridade da pele prejudicada	30	100,0	Fatores mecânicos	30	100,0	Destruição de camadas da pele	18	60,0
						Destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele	12	40,0
Náuseas	23	76,7	Dor	02	100,0	Relato de náusea	14	60,9
			Ansiedade	04		Salivação aumentada	09	39,1
			Drogas anestésicas	17				
Temperatura corporal desequilibrada (Hipotermia)	21	70,0	Drogas anestésicas	21	100,0	Cianose nos leitos ungueais	04	19,1
						Palidez	05	23,8
						Pele fria e tremor	12	57,1
Mobilidade física prejudicada	20	66,7	Dor	08	100,0	Dificuldade para mudança de decúbito	08	40,0
			Prejuízos músculo-esqueléticos			12	Amplitude limitada de movimento	12
Ansiedade	18	60,0	Ameaça ao estado de saúde	18	100,0	Preocupação	10	55,6
			Estresse			08	44,4	
Padrão respiratório ineficaz	15	50,0	Ansiedade	08	100,0	Taquipnéia	10	66,7
			Dor	07		Uso da musculatura acessória para respirar	05	33,3
Dor aguda	11	36,7	Agentes lesivos (trauma e incisão cirúrgica)	11	100,0	Expressão facial	05	45,4
						Relato verbal de dor	03	27,3
						Comportamento expressivo	03	27,3
Perfusão tissular periférica ineficaz	09	30,0	Transporte prejudicado de oxigênio	09	100,0	Edema	03	33,3
						Mudanças da pressão sanguínea nas extremidades	01	11,0
						Mudanças na temperatura da pele	05	55,6
Retenção urinária	08	26,7	Inibição do arco-reflexo	08	100,0	Eliminação urinária ausente	03	37,5
						Distensão vesical	05	62,5

O diagnóstico “Integridade da pele prejudicada devido a fatores mecânicos”, apresentado por todos os pacientes (Tabela 1), está presente quando a epiderme e/ou a derme encontram-se alteradas.⁽⁸⁾

Outro diagnóstico identificado (Tabela 1) se refere a “Náuseas” que, em princípio, estariam relacionadas com os fármacos anestésicos administrados durante o procedimento anestésico. Este envolve uma série de etapas, resultantes em, dentre

outros fatores, analgesia e relaxamento muscular, podendo em uma de suas fases responder a estímulos reflexos que resultam em êmese e consequente aspiração deste conteúdo para o sistema respiratório, provocando asfixia e desencadeando lesões cerebrais decorrentes da hipóxia. Outro provável fator contribuinte para este diagnóstico se refere à dor, responsável por desconforto, alterações hemodinâmicas, neurovegetativas e ansiedade, presentes no pós-operatório imediato.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

A “Hipotermia” consiste em um desconforto frequentemente encontrado na SRPA (Tabela 1). Sua diminuição está relacionada ao procedimento anestésico (neste caso especificamente), bem como pelo resultado de uma temperatura baixa na sala de cirurgia ou na SRPA, infusão de líquidos frios, inalação de gases frios, cavidades ou feridas corporais abertas, atividade muscular diminuída e idade avançada. A consequência da hipotermia se refere ao metabolismo da glicose reduzido, que

pode desenvolver acidose metabólica. A hipotermia também pode ser induzida em procedimentos cirúrgicos selecionados para reduzir a taxa metabólica do paciente e as demandas energéticas. Porém, evitar a hipotermia acidental é importante.⁽¹⁶⁾

Em menor percentual, encontra-se o diagnóstico “Retenção urinária” (Tabela

1), resultante de espasmo reflexo dos esfíncteres, principalmente em cirurgias na região perineal ou anal, comumente ocasionado por alguns fármacos anestésicos que reduzem a inervação muscular e suprimem a urgência para urinar, impedindo o esvaziamento da bexiga. Este fator poderá levar à infecção crônica que, quando não resolvida, predispõe o paciente a cálculos,

pielonefrite e sepse, podendo desencadear até hidronefrose.⁽¹⁶⁾

Diagnósticos de Enfermagem de Risco

A Tabela 2 demonstra alguns Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificados na amostra estudada, bem como seus fatores de risco.

Tabela 2 - Principais Diagnósticos de Enfermagem de Risco (segundo a NANDA⁽⁸⁾) e fatores de risco em pacientes internados na SRPA de um hospital público. Caruaru (PE), 2010

Diagnóstico	Nº	%	Fator de Risco	Nº	%
Risco para infecção	30	100,0	Ferida operatória	16	53,3
			Ferida operatória e Sonda Vesical de Demora (SVD)	02	6,7
			Ferida operatória e Trauma	12	40,0
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	21	70,0	Edema	03	14,3
			Imobilização	08	38,1
			Edema e imobilização	07	33,3
			Distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia	03	14,3
Risco para aspiração	08	26,7	Cirurgia facial	05	62,5
			Nível de consciência reduzido	03	37,5

O índice elevado de pacientes avaliados suscetíveis à infecção (“Risco para infecção”) ocorre porque procedimentos invasivos (incisão cirúrgica, punções, tricotomia, entubação, entre outros), ou até mesmo eventos traumáticos, permitem perda da barreira protetora da pele, propiciando a ocorrência de infecções. Relacionado à Sonda Vesical de Demora (SVD), o mesmo se configura como risco por se tratar de um procedimento invasivo, que favorece ao aparecimento e disseminação de bactérias.⁽¹⁸⁾

No que se refere ao “Risco de lesão perioperatória por posicionamento”, sabe-se que a anestesia causa vasodilatação

periférica, provocando hipotensão e diminuição do retorno venoso ao coração e aos pulmões. Os anestésicos interferem na perfusão sanguínea para as proeminências ósseas e membros comprimidos, favorecendo a lesão tecidual. O sangue imobilizado provoca a formação de depósitos no leito vascular. Desta forma, a permanência do paciente por período prolongado numa mesma posição pode causar pressão mecânica sobre os nervos, assim como o mau posicionamento do paciente pode lhe causar lesão.⁽¹⁹⁾

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo nos mostraram

que o Processo de Enfermagem possibilita ao enfermeiro organizar, planejar e estruturar a ordem e a direção do cuidado, constituindo-se no instrumento metodológico da profissão, subsidiando o profissional quanto à tomada de decisões na efetivação do *feedback* necessário para prever, avaliar e determinar novas intervenções.

No que se refere à assistência de enfermagem na SRPA, há um consenso de que os cuidados de enfermagem em muitas instituições de saúde ocorrem de forma assistemática, não existindo a elaboração de um plano assistencial individual e eficaz, direcionado aos cuidados necessários ao paciente.

Em decorrência dos altos riscos de complicações, a avaliação do paciente no período pós-operatório imediato, durante sua permanência na SRPA, deverá ser individualizada, integral, documentada e participativa, contemplando as necessidades do paciente, atendendo as especificidades de cada um e favorecendo melhor satisfação ao mesmo. Para tanto, foi proposto (criação, aplicação e implantação) um protocolo direcionado e organizado em forma de *check list* (Anexo) para aplicação da SAEP a pacientes no pós-operatório imediato, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Os Diagnósticos de Enfermagem Reais de maior incidência foram: Integridade da pele prejudicada, Náuseas e Hipotermia e os Diagnósticos de Enfermagem de Risco foram: Risco para infecção e Risco de lesão perioperatória por posicionamento, com percentual de incidência acima de 70% na amostra de 30 pacientes estudados. Foram, então, traçadas as Intervenções de Enfermagem correlatas aos principais diagnósticos identificados.

O protocolo tem como propósito nortear uma assistência de enfermagem sistematizada voltada principalmente para a detecção precoce e a prevenção de complicações, além do registro correto dos cuidados prestados. Portanto, este estudo considera que a sistematização, se efetivamente praticada, traz benefícios ao paciente, à instituição e ao enfermeiro. Sugere-se, porém, que a proposta seja continuada e que possa contemplar as demais etapas referentes ao período perioperatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa diminuir a incidência de complicações na SRPA, a avaliação dos pacientes durante o período pós-operatório imediato deve ser segura e eficaz, considerando-se as alterações endócrinas e metabólicas decorrentes do trauma anestésico-cirúrgico, devendo existir padrões de critérios de avaliação para a assistência prestada neste período e a avaliação dos mesmos.

Em relação ao plano assistencial de enfermagem aplicado aos pacientes na recuperação, considera-se extremamente importante a sua realização baseada na SAEP, pois se trata de um local onde o paciente permanece por um período curto de tempo e, geralmente, os modelos de assistência existentes não favorecem a implementação como um todo.

Neste sentido, existe a necessidade de criação de um instrumento que forneça subsídios para nortear uma assistência de enfermagem sistematizada, voltada, principalmente para a detecção precoce e a prevenção destas complicações, além do registro correto dos cuidados prestados após a priorização dos Diagnósticos de Enfermagem detectados.

Por outro lado, a SAEP, se efetivamente praticada, beneficia o paciente, pois o mesmo receberá uma assistência individualizada, integral, documentada, participativa e avaliada, aumentando sua sobrevivência. Beneficia a instituição, possibilitando menor tempo de internação pós-operatória do paciente, melhor convalescença, poupando tempo e preocupações, favorecendo maior satisfação do mesmo e ampliando sua assistência.

O profissional enfermeiro é beneficiado ao prestar cuidados de forma mais eficaz e sistematizada, proporcionando maior sustentação às suas ações e garantindo a possibilidade de poder avaliar a qualidade do cuidado prestado.

Portanto, considera-se que a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e as consequentes Intervenções de Enfermagem são absolutamente necessárias, sugerindo-se que exista uma SAEP, fundamentada em uma Teoria de Enfermagem que contemple as necessidades do paciente, atendendo as especificidades de cada um.

É importante que as equipes das Unidades de Internação, UTI, CC, SRPA e demais envolvidas no cuidado ao paciente cirúrgico trabalhem de forma articulada, a fim de proporcionar uma adequada assistência perioperatória.

REFERÊNCIAS

1. Lima LB, Busin L. O cuidado humanizado sob a perspectiva de enfermeiras em unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(1):90-7.
2. Maia LFS. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: uma revisão de literatura. In: Webartigos.com – Enfermagem [homepage na Internet]. São Paulo; 2008. [citado 2009 jul. 20]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/9845/1/Sistematizacao-da-Assistencia-de-Enfermagem-Perioperatoria-Uma-Revisao-de-Literatura/pagina1.html>
3. Rodrigues AL, Maria VLR. Teoria das necessidades humanas básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2009;14(2):353-9.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro; 2002.
5. Brasil. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na Internet]. 1986 jun. 26 [citado 2009 jul. 20]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>
6. Reda E, Peniche ACG. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1):24-31.
7. Araújo IEM, Lamas JLT, Ceolin MF, Bajay HM. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador: relato de experiência. *Acta Paul Enferm.* 1996;9(1):18-27.
8. *North American Nursing Diagnosis Association.* Diagnósticos de Enfermagem

- da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
10. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 3^a ed. São Paulo: Iátria; 2007.
11. Silva EA, Vicente MI, Gutierrez PP, Galdeano LE. Sentimentos e necessidades do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC. 2008;13(3):34-40.
12. Miyake MH, Diccini S, Glashan RQ, Pellizzetti N, Lelis MAS. Complicações pós-anestésicas: subsídios para assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica. Acta Paul Enferm. 2002;15(1):33-9.
13. Jung CF. Metodologia para pesquisa & desenvolvimento aplicada a novas tecnologias, produtos e processos. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil; 2004.
14. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
15. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
16. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
17. Mattia AL, Silva DAG, Araújo SGS. Atuação do enfermeiro no controle da dor em recuperação anestésica. Rev SOBECC. 2008;13(3):27-32.
18. Basso RS, Piccoli M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. Rev Eletrônica Enferm. 2004;6(3):309-23.
19. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ANEXO - Instrumento para aplicação da SAEP em pacientes internos na SRPA

Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA ⁽⁸⁾

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> Ansiedade
<input type="checkbox"/> Risco para infecção
<input type="checkbox"/> Dor aguda
<input type="checkbox"/> Perfusão tissular periférica ineficaz
<input type="checkbox"/> Temperatura corporal desequilibrada (Hipotermia)
<input type="checkbox"/> Risco para lesão por posicionamento perioperatório
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco para aspiração
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Retenção urinária
<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Outros _____

Intervenções de Enfermagem segundo a NIC ⁽¹⁵⁾

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA/HORA
<input type="checkbox"/> Monitorar os sinais vitais (1ª hora: 15/15min.; 2ª a 4ª hora: 30/30min.; 4ª a 24ª hora:2/2horas)	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento a ser realizado	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Realizar a anti-sepsia da pele do paciente com agente antibacteriano, para reduzir a entrada de microorganismos, quando necessário	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Avaliar condições de cateteres, sondas, tubos e drenos	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Administrar medicações, conforme prescrito _____	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicar de forma efetiva	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Promover os fatores que melhoram o fluxo de sangue arterial como manter a extremidade em uma posição pendente, quando adequado	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Elevar as extremidades para facilitar o fluxo de sangue venoso, quando adequado	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Trocar as posições, movimentar as extremidades ou flexionar os dedos das mãos e dos pés de hora em hora	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Colocar o paciente na posição terapêutica designada	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Manter a cabeceira elevada 30° / 45° / 90°, quando adequado	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Mudar o decúbito do paciente conforme indicado pela condição da pele	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Cobrir o paciente com cobertores aquecidos, quando apropriado	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Tentar modificar os fatores contribuintes para diminuir a possibilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Alternar ou reduzir a pressão sobre a superfície da pele com o uso apropriado de revestimentos de apoio para promover a integridade da pele	_ / _ / _ - _ _
<input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência, o reflexo da tosse, o reflexo da náusea e a capacidade para deglutir. (1ª hora: 15/15min.; 2ª a 4ª hora: 30/30min.; 4ª a 24ª hora:2/2horas)	_ / _ / _ - _ _

<input type="checkbox"/> Aspirar as secreções orais, nasais e traqueais, se necessário	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar a frequência, o ritmo, a profundidade e o esforço das respirações	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Realizar ausculta respiratória	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Administrar oxigênio aquecido, conforme prescrição	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio por meio da oximetria de pulso e gasometria arterial, quando adequado	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor, quando adequado	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Realizar cateterismo vesical intermitente ou de demora, conforme prescrição e orientar o paciente sobre a necessidade e os riscos decorrentes do procedimento	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar o grau de distensão da bexiga por meio de palpação e percussão	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Realizar um levantamento completo da náusea, incluindo a frequência, a duração, a gravidade e os fatores precipitantes	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Promover repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/>	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/>	__ / __ / __ - __

AUTORAS

Evanísia Assis Goes de Araújo

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Láís Anália Ferreira de Oliveira

Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Weslla Karla Albuquerque de Paula

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Criança, Mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Ana Carolina de Vasconcelos Arruda

Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).