

PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS EM LEITO DE RETAGUARDA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Patients in intensive care bed in rear recovery postanesthetic

Pacientes en cama de cuidados intensivos en recuperación posterior postanestésica

Priscilla Nascimento¹, Dulcilene Pereira Jardim²

RESUMO: **Objetivo:** Identificar o tempo de permanência e as principais dificuldades na assistência de enfermagem a pacientes graves em leito de retaguarda na Recuperação Pós-Anestésica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da pesquisadora enquanto enfermeira da Recuperação Pós-Anestésica de um hospital universitário na zona sul da cidade de São Paulo. **Resultados:** Em 12 meses, foram admitidos 8.395 pacientes, sendo que 129 eram pacientes graves que permaneceram em leito de retaguarda em média por 41,4 horas aguardando liberação de leitos na unidade de terapia intensiva. As dificuldades na assistência se referem à admissão, diluição e instalação de drogas em bombas de infusão, mudança de decúbito, banho no leito, administração de dieta, curativos, sondagens, e transporte para exames. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade da utilização adequada do setor para a recuperação pós-operatória dos pacientes, e que a presença de pacientes graves em leito de retaguarda requer adequação do quadro de profissionais em número e especificidade. **PALAVRAS-CHAVE:** Período de recuperação da anestesia. Sala de recuperação. Enfermagem de centro cirúrgico. Terapia Intensiva. Tempo de Permanência.

ABSTRACT: **Objective:** To identify the length of stay and the main difficulties in the nursing care of critically ill patients in bed in rear Post Anesthetic Care Unit. **Method:** it is an experience report of a researcher while Nurse Post Anesthetic Recovery of a university hospital in the southern city of São Paulo. **Results:** In 12 months 8,395 patients were admitted, of which 129 were severe patients who remained in the rear bed on average by 41.4 hours awaiting release of beds in the intensive care unit. Difficulties in assisting refer to admission, dilution and installation of drug infusion pumps, changing positions, bed bath, administration of diet, healing, polls, and transportation for exams. **Conclusion:** We emphasize the need for appropriate use of sector for post-operative recovery of patients, and that the presence of critically ill patients in rear bed requires adaptation of the professional staff in number and specificity. **KEYWORDS:** Anesthesia recovery period. Recuperação room. Operating room nursing. Intensive care. Residence time.

RESUMEN: **Objetivo:** Identificar la duración de la estancia y de las principales dificultades en la atención de enfermería de los pacientes críticamente enfermos en cama Anestésico Recuperación. **Método:** se trata de un relato de experiencia de un investigador, mientras que la enfermera Publicar Anestésico Recuperación de un hospital universitario de la ciudad del sur de São Paulo. **Resultados:** 12 meses 8.395 pacientes fueron ingresados, de los cuales 129 eran pacientes graves que se quedaron en la cama trasera en un promedio de 41,4 horas a la espera de la liberación de camas en la unidad de cuidados intensivos. Las dificultades en la asistencia se refiere a la admisión, la dilución y la instalación de bombas de infusión de medicamentos, posiciones cambiantes, baño en la cama, la administración de la dieta, la curación, las encuestas, y el transporte para los exámenes. **Conclusión:** Hacemos hincapié en la necesidad de un uso adecuado de sector para la recuperación postoperatoria de los pacientes, y que la presencia de los pacientes críticamente enfermos en la cama trasera requiere una adaptación del personal profesional en número y especificidad.

PALABRAS CLAVE: Período de recuperación de la anestesia. Sala de recuperación. Enfermería Quirófano. Cuidados intensivos. Tiempo de residencia.

¹Enfermeira, Discente do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). E-mail: priscillanas@hotmail.com

²Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente do curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização da FEHIAE. E-mail: dulcijardim@hotmail.com

Avenida Nossa Senhora do Sabará, 960. Torre Ásia – ap 43. CEP: 04686-001. Vila Isa. São Paulo, SP, Brasil. Telefones: (11) 5523-0236 / (11) 99894-3834.

Recebido: 22 ago. 2014 – Aprovado: 27 mar. 2015

DOI: 10.5327/Z1414-4425201500010005

INTRODUÇÃO

Após o procedimento anestésico-cirúrgico, inicia-se um período considerado crítico para o paciente, que deve permanecer sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, a fim de prevenir as intercorrências comuns do período pós-anestésico, e caso estas ocorram, oferecer pronto atendimento¹.

O paciente cirúrgico comumente é encaminhado à Recuperação Pós-Anestésica (RPA), local que tem como objetivo proporcionar cuidados até que o mesmo se recupere dos efeitos da anestesia, retome as suas funções motoras e sensoriais, tenha os sinais vitais estáveis, e, esteja sem evidência de hemorragia, náuseas ou vômitos².

Para este tipo de atendimento, a RPA deve ser próxima às salas operatórias (SO), ter um número de leitos proporcional à quantidade de SO existentes +1, estar equipada com recursos materiais e equipamentos adequados, bem como possuir recursos humanos necessários à assistência pós-operatória imediata, ou seja, um técnico de enfermagem para cada três leitos e um enfermeiro para cada oito leitos de pacientes não graves¹.

Porém, nem todos os pacientes são encaminhados para a RPA após o procedimento anestésico-cirúrgico, o que ocorre em proporção menos frequente, em casos de cirurgia de grande porte, em pacientes em extremos de idade e com doenças pré-existentes, quando há necessidade de suporte terapêutico especializado e/ou constante ou risco para a vida. Nestes casos, o período pós-operatório imediato (POI) é comumente realizado em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dada gravidade de tais pacientes.

Atualmente, devido à alta demanda de pacientes graves e número de leitos de UTI limitado, alguns pacientes críticos tem permanecido em leito de retaguarda na RPA até que os leitos na UTI sejam liberados³.

Ressalta-se que, nestes casos, deve haver uma adequação dos recursos humanos, ou seja, um enfermeiro para cada três ou quatro leitos devido a maior complexidade da assistência¹, embora essa proporção nem sempre seja respeitada pelas instituições devido a falta de profissionais⁴.

A presença de pacientes graves na RPA exige da equipe de enfermagem uma readequação da rotina do setor devido à complexidade dos cuidados prestados como suporte ventilatório, monitorização invasiva, aferição de débito de sondas, drenos e urinário, administração de medicações por bomba de infusão e de dietas enterais, medidas de prevenção de úlceras por pressão, entre outras atividades.

Devido a crescente realidade da permanência de pacientes graves em leito de retaguarda na RPA, há a necessidade de conhecer experiências vividas neste contexto para ampliar o conhecimento sobre as mudanças na rotina da assistência no setor e propor formas de adequação tanto na estrutura quanto no preparo da equipe de enfermagem para o cuidado intensivo a esses pacientes.

OBJETIVO

Identificar o tempo de permanência e as principais dificuldades decorrentes deste período na assistência de enfermagem a pacientes graves em leito de retaguarda na Recuperação Pós-Anestésica.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, que tem interesse em estudar um fenômeno desconhecido ou pouco conhecido à sociedade, explorando dados para construir um cenário. A pesquisa baseia-se na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas, por meio de descrição e análise de observações objetivas e diretas^{5,6}.

Esta pesquisa tem a finalidade de descrever a vivência da pesquisadora na RPA de um hospital universitário de grande porte, caracterizado por pronto socorro de porta aberta, responsável pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes na cidade de São Paulo (SP), além de ser recorrente o atendimento de pacientes de outros estados. A instituição realiza aproximadamente 1.600 procedimentos cirúrgicos por mês e, diariamente, são atendidos cerca de 4 mil pacientes ambulatoriais e mil pacientes nos serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento de todas as especialidades médicas, incluindo procedimentos de alta complexidade. Possui 114 leitos de cuidados intensivos distribuídos em 10 UTI's adulto, 9 leitos em UTI pediátrica e 21 leitos em UTI neonatal.

O centro cirúrgico (CC) da instituição é constituído por 22 salas operatórias; destas, 3 são destinadas ao atendimento obstétrico. Realizam-se cirurgias de pequeno, médio e grande porte das especialidades cardíaca, pediátrica, vascular, cabeça e pescoço, gastrocirurgia, urologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, ginecologia, plástica e reprodução humana.

A RPA é composta por 8 leitos que têm assistência prestada por 1 residente médico anesthesiologista (das 7 às 17 horas,

de segunda à sexta-feira) responsável pela alta dos pacientes em POI e pelos cuidados intensivos e de urgência/emergência. Na ausência deste, outro médico é escalado pelo chefe de anestesia do CC no dia. A equipe da RPA é composta por 5 enfermeiras, sendo 2 no período da manhã, 1 no período da tarde e 1 em cada período noturno, e 16 auxiliares/técnicos de enfermagem, sendo 4 em cada período.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2012 a agosto de 2013 por meio de levantamento de dados coletados diretamente do livro de registros da RPA, onde é anotado o número de pacientes atendidos no dia bem como os dados de identificação pessoal e do procedimento anestésico-cirúrgico realizado.

Devido às características da instituição pública, com pronto-socorro porta aberta, existe a realização de grande quantidade de cirurgias de grande porte em pacientes críticos cujo pós-operatório deveria ser realizado em UTI, mas, inversamente proporcional é o número de leitos de UTI disponíveis na instituição, havendo a necessidade de alocação desses pacientes na RPA em leitos chamados de retaguarda da UTI, aguardando liberação de um leito na terapia intensiva.

RESULTADOS

No período estudado, foram atendidos na RPA 8.395 (100%) pacientes; destes, 129 (1,5%) eram pacientes graves (prioridade 1) que permaneceram em leito de retaguarda, cuja descrição detalhada é apresentada no Quadro 1.

Na instituição, os pacientes graves são classificados como prioridade 1, 2 ou 3 no modelo de priorização para admissão em UTI, que segue a seguinte classificação:

- prioridade 1 – pacientes graves e com instabilidade, aos quais monitoração e tratamento não podem ser oferecidos fora da UTI;
- prioridade 2 – pacientes que necessitam de monitoração contínua e possíveis intervenções de emergência;
- prioridade 3 – pacientes gravemente enfermos, cuja haja reduzida probabilidade de recuperação relacionada à natureza da comorbidade; e,
- prioridade 4 – pacientes que não se beneficiariam com cuidados intensivos, seja devido a baixo risco e pouca necessidade de intervenção de urgência ou a pacientes com doenças terminais de caráter irreversível⁷.

O tempo de permanência dos 129 pacientes graves em leito de retaguarda na RPA no período estudado,

variou entre 3 e 384 horas, sendo o tempo médio de 41,4 horas (1,7 dias), cuja descrição detalhada apresentada no Quadro 2.

Quadro 1. Distribuição do número de pacientes graves em leito de retaguarda na Recuperação Pós-Anestésica por período. 2013

Período	Pacientes graves em leito de retaguarda na RPA
Setembro de 2012	10
Outubro de 2012	12
Novembro de 2012	11
Dezembro de 2012	7
Janeiro de 2013	13
Fevereiro de 2013	13
Março de 2013	18
Abril de 2013	9
Mai de 2013	10
Junho de 2013	9
Julho de 2013	9
Agosto de 2013	7
Total	128

RPA: Recuperação Pós-Anestésica.

Quadro 2. Distribuição de pacientes graves segundo tempo de permanência em leito de retaguarda na Recuperação Pós-Anestésica. 2013.

Tempo de permanência em leito de retaguarda na RPA	Número de pacientes graves
3 horas	3
6 horas	20
12 horas	13
24 horas (1 dia)	41
48 horas (2 dias)	21
72 horas (3 dias)	14
96 horas (4 dias)	7
120 horas (5 dias)	3
144 horas (6 dias)	3
168 horas (7 dias)	1
192 horas (8 dias)	2
Total	128
Tempo médio de permanência: 41,4 horas (1,7 dias)	

RPA: Recuperação Pós-Anestésica

Em relação às dificuldades na assistência de enfermagem a pacientes graves em leito de retaguarda na Recuperação Pós-Anestésica, são inúmeras, a começar na admissão do paciente grave na RPA devido ao tempo relacionado ao preparo do leito destinado ao paciente, a recepção, monitorização e identificação do quadro clínico do paciente na passagem de plantão e realização das fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como na diluição e instalação de drogas e bombas de infusão e outros equipamentos como o ventilador mecânico.

Outros procedimentos mostram-se necessários a este paciente que não fazem parte da rotina comum da RPA, como a mudança de decúbito, banho no leito, administração de medicamentos e dieta entre outros procedimentos de pequena e média complexidade, os quais são realizados majoritariamente pelos técnicos de enfermagem, enquanto curativos de feridas operatórias, sondagens, instalação de hemoderivados e outros procedimentos de alta complexidade são realizados exclusivamente pela enfermeira da RPA.

A realização de alguns desses procedimentos exige a colaboração de, no mínimo, dois funcionários, trazendo sobrecarga à equipe envolvida na assistência aos pacientes em leito de retaguarda e aos pacientes em POI.

A equipe de enfermagem desta instituição respeita a proporção estipulada pela Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)¹ para o cuidado na RPA aos pacientes graves, mas o quadro de funcionários muitas vezes está incompleto devido a folgas, faltas injustificadas ou licenças médicas dos colaboradores, fato que se mostra como um ponto de grande insatisfação e estresse à equipe.

Na falta de dois ou mais colaboradores, é transferido um profissional do CC para a RPA, que, muitas vezes, não tem experiência com este tipo de assistência, trazendo insegurança aos demais membros da equipe.

Observou-se que os profissionais sentem-se sobrecarregados na assistência aos pacientes graves em leitos de retaguarda da UTI, além do cuidado prestado aos demais pacientes em POI, do tempo despendido com preenchimento de impressos e outros processos administrativos.

Os exames laboratoriais são coletados pela equipe da RPA e encaminhados ao laboratório central do hospital por meio de pessoal administrativo de apoio ao CC, e o tempo entre coleta e divulgação de resultado não traz comprometimento à assistência.

Quando necessário interconsulta com médicos intensivista ou de disciplinas específicas ou outros profissionais de saúde,

a solicitação de tal serviço é realizada pelo residente anestesio- logista da RPA ou do médico cirurgião responsável pelo paciente, e o contato com a equipe é realizado pela enfermeira da RPA.

O colaborador mais requisitado da equipe multiprofissional é o fisioterapeuta devido à necessidade de fisioterapia respiratória nos pacientes em intubação orotraqueal (IOT) e no manejo de aparelhos de ventilação mecânica.

Sabe-se que, na RPA, não há horário de visita, mas, em virtude da presença de pacientes em leito de retaguarda cuja permanência é longa no setor, é necessário respeitar este direito do paciente e da família, ainda que este acesso seja difícil (a começar pela localização da RPA, dentro do CC, tendo que passar pelo corredor das SO's, bem como pelas características próprias do setor de fluxo de pessoal reduzido e vestimenta adequada).

O período de visita para estes pacientes é de uma hora no plantão da tarde e é permitida a entrada de apenas dois familiares por paciente com revezamento, mas a permanência no setor não deve ultrapassar dez minutos. Em casos excepcionais de pacientes muito graves, com mau prognóstico e com autorização da chefia do setor, são permitidos mais visitantes.

O transporte do paciente grave ocorre em dois momentos: para a realização de tomografia computadorizada (TC) e na transferência do paciente da RPA para a UTI quando há leito disponível. É realizado por dois técnicos de enfermagem da RPA e um residente médico quando dependente de ventilação mecânica; quando em suporte ventilatório não invasivo é realizado por um técnico de enfermagem e um enfermeiro da RPA.

Esta prática também é motivo de grande insatisfação e estresse da equipe relacionada ao tempo de espera de elevadores, preparo do paciente para saída do setor e nova admissão na RPA após realização do exame.

A alta desses pacientes da RPA ocorre quando são transferidos para UTI para continuidade do tratamento intensivo, quando há melhora do caso e são transferidos para a enfermaria, ou, ainda, para outro hospital ou por evolução ao óbito.

DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem ao paciente crítico em leito de retaguarda na RPA se difere à rotina normalmente seguida na unidade, a começar pelo tempo de permanência dos pacientes nestes leitos bem como por suas necessidades.

A literatura aponta que o tempo médio de permanência dos pacientes não graves na RPA é de aproximadamente

2 horas, tempo em que a maioria dos pacientes atinge pontuação máxima na avaliação pelo Índice de Aldrete e Kroulik^{8,9}, sendo que este tempo pode ser reduzido em caso de POI de cirurgias eletivas e pequeno porte.

Neste estudo, o tempo médio de permanência do paciente grave em leito de retaguarda na RPA foi de 41,4 horas (1,7 dias), ou seja, muito superior ao tempo médio de permanência de pacientes não graves. Esse fato impacta diretamente na rotatividade dos leitos do setor, o que obriga a recuperação pós-operatória de pacientes em SO, por profissionais do CC que nem sempre possuem intimidade na aplicação dos índices de avaliação do paciente, além do aumento do tempo de giro de sala e consequente atraso no mapa cirúrgico.

Em estudo realizado em outra instituição pública em São Paulo, foi observada a mesma necessidade de utilização de leito de retaguarda na RPA com permanência média de pacientes de 27 horas, porém, este estudo incluía pacientes graves e não graves que aguardavam liberação de leito na UTI e enfermaria respectivamente. No caso dos pacientes não críticos, o tempo de internação é menor, fato que em alguns casos resultaram na alta do paciente da RPA direto para casa³.

A literatura aponta que a média de internação nas UTI's brasileiras é de 6 dias e nas internacionais de 5,3 dias^{10,11}. A média em leito de retaguarda deste estudo (41,4 horas ou 1,7 dias) foi menor que a média nacional e internacional devido à transferência do paciente da RPA para a UTI quando foi disponibilizado leito para sua transferência garantindo a continuidade da assistência.

A permanência prolongada e quadro clínico desses pacientes trazem consigo algumas dificuldades na assistência de enfermagem, que exige do profissional de enfermagem maior tempo na realização de procedimentos de maior complexidade.

Há necessidade de maior vigilância do paciente intubado e um número maior de funcionários envolvidos no cuidado devido à possibilidade de extubação durante procedimentos como a mudança de decúbito, banho no leito, entre outros, ou, ainda, caso aconteça a autoextubação em caso de agitação, alteração neurológica ou grande desconforto respiratório, o que causaria danos ou complicações ao usuário¹².

O manuseio de equipamentos de ventilação mecânica, bombas de infusão, entre outros, pode trazer insegurança ao profissional por se tratarem de equipamentos não muito comuns à realidade da RPA³.

Em se tratando da realização de procedimentos mais elaborados como a mudança de decúbito e banho no leito, por exemplo, é observada colaboração entre os membros da equipe

de enfermagem por demandar um maior esforço físico do profissional e necessidade de ajuda de um ou mais colaboradores³.

Diante desta necessidade, ressalta-se a importância da adequação do número de colaboradores no setor, mas sabe-se que a reduzida quantidade de funcionários na RPA é um motivo de insatisfação dos profissionais em muitos hospitais, que contam apenas com a presença de auxiliares e/ou técnicos com supervisão indireta do enfermeiro do CC. Fato este que dificulta a assistência individualizada e de qualidade, especialmente em situações de emergência³.

A quantidade inadequada de funcionários para o atendimento dos pacientes em leito de retaguarda simultaneamente aos pacientes em POI pode sobrecarregar estes profissionais e impactar, não só na qualidade da assistência, mas também dos registros realizados em prontuário, corroborando com a conhecida limitação da qualidade dos registros da enfermagem, um constante desafio para a categoria⁸.

As visitas de médicos intensivistas e outros especialistas (como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros), tornam-se um pouco delicadas devido ao desconhecimento quanto a localização da RPA na instituição e o procedimento de paramentação necessário para entrar no setor, o que resulta na demora da presença destes profissionais, especialmente em situações de emergência.

Assim, casos de parada cardiorrespiratória, quadros clínicos de choques hipovolêmico, cardiogênico, neurogênico, anafilático, séptico, hemorragias, convulsões, entre outras intercorrências, causam sempre alto nível de estresse da equipe na RPA.

A visitação dos familiares não é diferente. Há a dificuldade para acesso ao setor e paramentação, além de interferir na rotina da assistência de enfermagem, devido ao tempo gasto para preparar o familiar para entrar na RPA e responder suas dúvidas frequentes em relação à cirurgia, à recuperação e à previsão de saída do setor; informações estas que, muitas vezes, não são conhecidas pelos colaboradores do setor³.

Mas, é necessário que haja uma adaptação dos profissionais e do próprio setor para receber a família do paciente, considerando a importância destes na recuperação do paciente, e na garantia de seus direitos constituídos^{13,14}.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o desgaste da equipe de enfermagem está relacionado à soma das atividades terapêuticas e o tempo que elas demandam associadas aos cuidados intensivos e cuidados pós-operatórios simultaneamente.

O profissional precisa se adaptar a rotina de cuidados específica da RPA e a nova rotina igualmente específica e

exigente de rotinas e fluxos com o paciente crítico típico da assistência no ambiente de UTI.

Para tanto, este colaborador precisa ter, além da competência técnica que lhe é comumente exigida na RPA, conhecimentos e habilidades especiais para o cuidado ao paciente crítico em longa permanência no setor, necessitando de orientação e treinamento especializados³.

O ambiente do CC e RPA, por si só, envolve forte carga emocional (por ser um setor fechado, crítico e com alto nível de estresse), e, somado às características da UTI, ou seja, de instabilidade e proximidade com a morte e tensão do tratamento intensivo, além do relacionamento com familiares de pacientes, pode ocasionar consequências à saúde física e mental do profissional.

Desta forma, ressalta-se a necessidade de adequação no quadro da equipe de enfermagem, ou seja, a correta proporção de enfermeiros e técnicos de enfermagem em relação à quantidade de leitos, bem como às características dos pacientes em relação ao nível de cuidados que necessita, além de garantir a devida capacitação técnica desses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A admissão de pacientes com indicação de cuidados intensivos na RPA tem se tornado uma prática comum atualmente devido ao aumento da demanda desse perfil de pacientes desproporcionalmente ao aumento no número de leitos de UTI disponíveis.

A instituição em questão neste trabalho tem vivido esta realidade e, no período de 12 meses, foram atendidos na RPA 8.395 (100%) pacientes; destes, 129 (1,5%) eram pacientes críticos que aguardavam transferência para UTI. A permanência média desses pacientes em leito de retaguarda na RPA foi de 41,4 horas, resultando em baixa rotatividade dos

leitos e consequente necessidade de recuperação dos pacientes cirúrgicos em SO, que também tem impacto direto na fluidez do mapa cirúrgico.

Verificou-se que as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem na assistência a esses pacientes durante este período iniciam-se na sua admissão devido ao tempo relacionado ao preparo do leito, recepção, monitorização e identificação do quadro clínico do paciente, diluição e instalação de drogas e bombas de infusão e outros equipamentos, como o ventilador mecânico.

Soma-se, ainda, a necessidade de realização de cuidados como a mudança de decúbito, banho no leito, administração de dieta, curativos, sondagens, hemoinfusões e o transporte do paciente para exames, cuidados não comuns à assistência rotineira da RPA, além de ser necessário mais que um profissional para a realização de muitos desses cuidados, sobrecarregando a equipe.

O atendimento multiprofissional em situações de rotina e especialmente de emergência torna-se estressante devido à dificuldade no acesso à RPA, o que também acontece em relação à visita dos familiares do paciente.

A variação da rotina comum na assistência da RPA e a sobrecarga de trabalho resultam em desconforto e estresse para a equipe, o que ressalta a necessidade da utilização adequada do setor para a recuperação pós-operatória dos pacientes que possam ser avaliados pelos índices comumente utilizados na unidade.

Porém, considerando a crescente realidade da presença de pacientes críticos em leito de retaguarda na RPA, há, portanto, a necessidade de adequação no quadro de profissionais de enfermagem na RPA em relação à quantidade de pacientes sob seus cuidados, bem como às características deste paciente em relação ao nível de cuidados que necessita, além da devida capacitação técnica para prestar uma assistência segura e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas. 6ª ed. São Paulo (SP): Manole; 2013.
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.
3. Souza TFM, Jardim DP. Assistência de enfermagem em leitos de retaguarda na recuperação pós-anestésica. Revista SOBECC. 2011;16(2):43-9.
4. Almeida DR, Jardim DP. Dificuldades da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico no pós-operatório imediato. Revista SOBECC. 2012;17(1):20-6.

5. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
6. Brevidelli MM, De Domenico EBL. TCC - Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4ª ed. São Paulo (SP): Iátria; 2010.
7. [No authors listed]. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1999;27(3):633-8.
8. Popov DCS, Peniche ACG. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésicas. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):953-61.
9. Castro FSF, Peniche ACG, Mendoza IYQ, Couto AT. Temperatura corporal, Índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):872-6.
10. Williams TA, Dobb GJ, Finn JC, Webb AS. Long-term survival from intensive care: a review. *Intensive Care Med*. 2005;31(10):1306-15.
11. Mortiz RD, Schwingel RF, Machado FO. Critérios prognósticos de pacientes graves: comparação entre a percepção dos médicos e o índice APACHE II. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005;17(3):176-80.
12. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(1):106-9.
13. Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. Relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(4):163-9.
14. Pimenta EAG, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):622-9.