

# Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura

RECOVERY ROOM: A REVIEW OF NURSING CARE LITERATURE

LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO DE RECUPERACIÓN ANESTÉSICA: REVISIÓN DE LITERATURA

Lygia Oliveira de Moraes<sup>1</sup>, Aparecida de Cássia Giani Peniche<sup>2</sup>

1 Aluna de graduação da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP).  
2 Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. ggphe@usp.br

## RESUMO

*Após constatação de que os pacientes submetidos aos mais diversos procedimentos cirúrgicos, ao serem admitidos na unidade de recuperação anestésica, apresentavam seus prontuários com dados relevantes mal registrados, de forma desorganizada e incompletos, foi realizado um levantamento bibliográfico nacional no período 1990 à 2002 para identificar e analisar como a assistência de enfermagem em sala de recuperação anestésica é documentada. Utilizou-se o sistema informatizado de busca LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), PERIENF (Acervo de Periódicos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) e BDENF (Biblioteca J. Baeta Viana da Universidade Federal de Minas Gerais). Os indexadores foram: assistência de enfermagem, recuperação anestésica e período pós-operatório imediato. Encontrou-se 16 artigos referentes a este tema, apesar da importância dada a continuidade do cuidado ao paciente neste período.*

## PALAVRAS-CHAVE

*Assistência de enfermagem. Recuperação pós-anestésica. Período pós-operatório.*

## ABSTRACT

*The present study was undertaken after it was observed that patients submitted to surgical procedures arrived in recovery room with incomplete records, thus complicating continuing nursing care. The goal of the present study is to analyze bibliographic data from 1990 to 2002 on recovery room nursing care. The data was obtained from LILACS (Latin America Literature about Health Science), PERIENF (Nursing School Library of the University of São Paulo) and BDENF (Library of Federal University of Minas Gerais). The key words were nursing care, recovery room and immediate post-operative period. Only 16 articles were found, indicating a shortage of literature on this topic.*

*The recovery room period is an important period of hospitalization and the data are essential for continuous care.*

## KEYWORDS

*Nursing care. Anesthesia recovery period. Immediate postoperative period.*

## RESUMEN

*Después de constatar que los pacientes sometidos a los más diversos procedimientos quirúrgicos, al ser admitidos en la unidad de recuperación anestésica, tenían historias clínicas con los datos relevantes mal registrados, de forma desorganizada y incompletos, fue que se realizó una revisión bibliográfica nacional en el período de 1990 al 2002 para identificar y analizar cómo es documentada la asistencia de enfermería en sala de recuperación anestésica. Se utilizó el sistema informatizado de búsqueda LILACS (Literatura Latino Americana de Ciencias de la Salud) PERIENF (Acervo de Periódicos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo) y BDENF (Biblioteca J. Baeta Viana de la Universidad Federal de Minas Gerais). Los indexadores fueron: asistencia de enfermería, recuperación anestésica y período post operatorio inmediato. Se encontraron 16 artículos referentes a este tema, a pesar de la importancia dada a la continuidad del cuidado al paciente en este período.*

## PALABRAS CLAVE

*Asistencia de enfermería. Período de recuperación de la anestesia. Período postoperatorio.*

## INTRODUÇÃO

Entre as características de uma ciência encontra-se o fato da mesma possuir um corpo de conhecimentos próprios e singulares. Com Florence Nightingale a enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, eminentemente intuitiva e empírica. Neste sentido, 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, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas ações, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática <sup>(1)</sup>.

Horta <sup>(2)</sup> encontrou no processo de enfermagem a dinâmica para as ações sistematizadas e inter-relacionadas para obtenção da assistência ao ser humano.

A sistematização da assistência de enfermagem implica na utilização de uma metodologia de trabalho, qualquer que seja o referencial teórico utilizado, e requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

A sistematização das ações de enfermagem tem contribuído para o registro e documentação de ocorrências e procedimentos realizados pelos diversos integrantes da profissão, para a análise quantitativa e qualitativa do cuidado prestado e, para o reconhecimento social do enfermeiro <sup>(3)</sup>.

Desde 21 de janeiro de 2000 tornou-se obrigatória, de acordo com a decisão do COREN-SP de 1999, que normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde, considerando-a como atividade privativa do enfermeiro para identificação das situações de saúde-doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações de assistência de enfermagem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade.

Nogueira et al. <sup>(4)</sup>, considerando sobre a especificidade do trabalho que se desenvolve nas áreas de internação cirúrgica, centro cirúrgico e recuperação anestésica, acreditam que as mesmas devem manter uma interrelação constante, a fim de que se possa proporcionar ao paciente uma assistência individualizada e continuada. Segundo essa autora, estas áreas são atingidas pela impessoalidade decorrente do excesso de normas e rotinas estabelecidas para o seu funcionamento. Acreditam que uma grande parte do pessoal que nelas trabalha executa suas atividades seguindo essas normas e rotinas sem ao menos questioná-las. Tal fato torna o trabalho rotineiro, favorecendo a desmotivação para mudanças e a insatisfação em relação ao mesmo.

Até a década de 60 a atuação do enfermeiro em centro cirúrgico era direcionada predominantemente para a área instrumental, com prioridade às solicitações da equipe médica e as ações básicas para o desenvolvimento do ato anestésico cirúrgico, colocando em segundo plano a assistência ao paciente <sup>(5)</sup>.

Segundo os mesmos autores, essa prática vem assumindo um caráter diferenciado, voltado para o alcance da qualidade global, com a preocupação dos enfermeiros em oferecer aos pacientes cirúrgicos uma assistência especializada, personalizada e humanizada. Os objetivos dessa forma de assistir visam prevenir complicações do ato anestésico cirúrgico, garantir a segurança, diminuir o estresse, contribuindo ao máximo para o bem estar do paciente.

Especificamente para o serviço de enfermagem na área cirúrgica, Nogueira et al. <sup>(4)</sup> acreditam que deve existir uma forte interrelação entre o serviço de enfermagem destas áreas e os demais serviços do hospital, uma vez que a organização e desempenho destes dependem de cooperação, comunicação, criatividade e solução de problemas entre os grupos de trabalho neles existentes.

Janúncio <sup>(6)</sup> ressalta a preocupação com os aspectos relativos às informações do transoperatório que são importantes para o planejamento da assistência individualizada ao paciente cirúrgico na continuidade da assistência no pós-operatório. Assim este autor buscou uma proposta de documentação para a assistência de enfermagem prestada

no período perioperatório, proporcionando anotações sistematizadas para os pacientes e para o pessoal da enfermagem com a mesma qualidade e subsídios teóricos.

Segundo Smeltzer, Bare<sup>(7)</sup> a enfermagem perioperatória deve ser baseada em um processo sistemático e planejado com uma série de passos integrados. Assim, o conceito de prática perioperatória traz tanto as atividades desenvolvidas durante a assistência, pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória, que são tradicionais da enfermagem, quanto as mais avançadas, como educação para o paciente, aconselhamento, levantamento de dados, planejamento e avaliação.

Segundo Janúncio<sup>(6)</sup> é essencial a existência de um elo entre as fases da assistência de enfermagem do período perioperatório. Deve ser consensual entre os enfermeiros que os registros de enfermagem são subsídios para favorecer a assistência.

Para a mesma autora, a assistência de enfermagem perioperatória ao paciente consciente ou não, deve proporcionar respeito pelo indivíduo como proteção aos seus direitos humanos e sua dignidade pessoal, satisfação de suas necessidades sentidas, prevenção de acidentes e lesões passíveis de acontecer por negligência, imperícia ou omissão de estado de alerta e proteção contra os perigos peculiares ao ambiente cirúrgico, sala de recuperação anestésica ou em procedimentos específicos.

Para Castellanos, Jouclas<sup>(8)</sup> é necessário

uma filosofia de assistência de enfermagem perioperatória, que operacionalize um referencial teórico, abrangendo os conceitos de assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada. Definem esta filosofia como um Sistema da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Os objetivos do SAEP são: ajudar o paciente e a família a compreender seu problema de saúde e a preparar-se para o ato anestésico cirúrgico proposto e suas conseqüências; diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica; utilizar os materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, colaborar na consecução desses procedimentos, pela previsão, provi-

ção e controle dos recursos humanos, em qualidade e quantidade necessária.

Bianchi<sup>(9)</sup> ressalta a necessidade de haver uma comunicação adequada e eficiente, permitindo que a assistência iniciada no período pré-operatório seja continuada no período transoperatório e possa prosseguir no período pós-operatório. Ressalta, ainda que esse meio de comunicação deve ser único, com registro fidedigno à situação e de fácil acesso à equipe de saúde.

Oliveira, Aquino, Calbo<sup>(10)</sup> em estudo sobre a percepção do enfermeiro de centro cirúrgico com relação ao SAEP relatam que as atividades desse profissional consta das seguintes áreas: específica ou de atuação profissional, interdependência ou colaboração, técnica-administrativa e social. E em virtude do acúmulo de atividades existentes pela excessiva burocracia administrativa, o enfermeiro fica impossibilitado de prestar assistência ao paciente. Porém, só a ele cabe analisar este problema, dando um rumo correto à sua atuação, face às prioridades que se apresentam.

Para estas autoras, o enfermeiro utilizando a SAEP tem a possibilidade de prestar, avaliar o cuidado e, proporcionar maior segurança ao paciente cirúrgico. Na visita pré-operatória, utilizada como estratégia, oferece a possibilidade do cuidado integral, individualizado, assistência participativa e a possibilidade do paciente expressar sua ansiedade, medo e angústia. Verifica-se que a importância dessa prática não está só relacionada ao paciente, mas também, à realização pessoal do profissional.

Segundo Bogossian<sup>(11)</sup>

o período pós-operatório compreende o momento em que o paciente sai da sala de operações até o retorno às suas atividades normais. Sua duração é variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições fisiológicas do paciente.

Este período é didaticamente dividido em três etapas especiais: *imediate* que compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia. Sua real duração depende do porte ou gravidade da cirurgia e estado em que se encontra o paciente ao seu término. O período pós-operatório *mediate* que se inicia após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um

período variável até o dia da alta hospitalar. Sua duração nas cirurgias de menor porte é geralmente curta e estende-se por cerca de 2 a 4 dias. Nas grandes cirurgias ele pode prolongar-se por 1 semana até 10 dias. E por fim, o período pós-operatório *tardio* que sucede o anterior e se estende por 1 a 2 meses, até a completa cicatrização das lesões ou a fase de ganho ponderal.

O período conhecido como recuperação pós anestésica é compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operação até sua saída da sala de recuperação anestésica. Os pacientes que necessitam de observação contínua e de cuidados específicos após a utilização de agentes anestésicos são encaminhados à sala de recuperação anestésica. Na evolução de enfermagem deve conter itens referentes ao nome da cirurgia, à anestesia recebida, ao nível de consciência, às infusões venosas, ao aspecto do curativo, à perfusão periférica, à expansibilidade torácica, à presença de cateteres, sondas e drenos.<sup>(5)</sup> Para Nocite<sup>(12)</sup> o período de recuperação pós-anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tona simpático naquele que recebeu anestesia regional.

Neste período o paciente é considerado crítico, razão pela qual deve existir a assistência de enfermagem documentada, o que garantirá segurança e cuidados específicos que, se implementados podem impedir a ocorrência de complicações ou então, podem revertê-las, quando estas se instalaram.

## OBJETIVO

Identificar e analisar artigos nacionais referente à assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica.

## MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se uma revisão bibliográfica de artigos nacionais publicados no período de 1990 a 2002. A identificação das fontes bibliográficas foi realizada através do sistema informatizado de busca LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), PERIENF (Acervo de Periódicos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) e BDEFN (Biblioteca J. Baeta Viana da Universi-

dade Federal de Minas Gerais). Foram utilizados como indexadores as palavras assistência de enfermagem, recuperação anestésica e período pós-operatório imediato.

Os artigos foram catalogados identificando-se autor, título do artigo, periódico, ano de publicação, objetivos da pesquisa, resultados e conclusão. Em seguida os artigos foram agrupados segundo o assunto abordado, isto é, percepção do paciente, interação paciente/equipe, avaliação de enfermagem do paciente, complicações no pós-operatório, condições clínicas do paciente, aspectos estruturais da SRA, proposta de instrumentos, percepção do enfermeiro, atuação do enfermeiro, diagnóstico de enfermagem e assistência de enfermagem.

A percepção do paciente em Sala de Recuperação Anestésica (SRA) foi abordada apenas em um artigo<sup>(13)</sup> que investigou a qualidade do cuidado de enfermagem prestado durante o período perioperatório. Nesse estudo foram entrevistados, no primeiro dia pós-operatório, 86 pacientes de submetidos à cirurgia geral. Foram feitas questões abertas e fechadas sobre a satisfação do paciente durante o recebimento no centro cirúrgico, quanto aos cuidados recebidos em sala de operações antes da anestesia e em sala de recuperação anestésica, após o retorno da consciência.

Os cuidados de enfermagem na sala de recuperação anestésica foram os que mais se aproximaram de padrões de qualidade de cuidados humanizados. Os itens identificados com alto grau de satisfação foram: segurança demonstrada pelo pessoal de enfermagem nos cuidados (98,1%), atenção no recebimento na SRA (92,5%) e apoio recebido desde a entrada, nesta sala, até ser o encaminhamento à unidade de internação (92,5%). Quanto aos desvios negativos, esses referiram-se à qualidade dos cuidados no período pré-operatório imediato, ou seja, as orientações recebidas nesse momento acusaram menor grau de satisfação (46,5%).

Ainda com relação a um menor grau de satisfação, Resende; Chianca<sup>(14)</sup> aplicaram, durante 3 semanas, no turno de maior pico do atendimento da unidade de recuperação anestésica, um instrumento que media o grau de imediatividade e direção das interações entre equipe/paciente nessa unidade<sup>(15)</sup>. Como critérios de seleção dos paci-

entes estabeleceram idade superior a 18 anos, estar consciente, estar em condições físicas e psíquicas para interagir.

Obtiveram como resultados uma avaliação péssima, denotando um baixo índice de proximidade equipe/pacientes. A correlação permanência na SRA/ número de interações demonstrou uma média de aproximação equipe/paciente de 3,73 minutos. Este é um valor considerado baixo, pois a média de permanência por paciente na SRA foi em torno de 47 minutos.

Pela complexidade da condição fisiológica do paciente no período em que se encontra na SRA não se permite que esteja disponível para uma unidade, como a que foi avaliada, apenas um profissional de nível técnico. Com este quadro não se esperaria um resultado diferente do apresentado, ou seja, pouquíssimo contato e baixa qualidade de assistência de enfermagem.

Esta desproporção entre técnico e pacientes também sugere a priorização de cuidados aos pacientes graves e inconscientes, ficando os pacientes selecionados para o estudo (conscientes e estáveis) sob observação menos constante. Este fato não justifica a ação, porém pode explicar os resultados obtidos. Investigações referentes ao quadro de pessoal adequado à unidade contribuiria para minimizar este problema.

A avaliação do paciente no período de recuperação anestésica foi discutida por Peniche<sup>(16)</sup>, que acredita ser necessária uma avaliação segura e eficaz, onde as alterações endócrinas e metabólicas decorrentes do trauma anestésico-cirúrgico do paciente, sejam consideradas, e sugere ainda, a criação de padrões e critérios de avaliação para a assistência prestada ao paciente neste período e a validação dos mesmos.

As complicações encontradas nos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica foram abordadas em dois artigos.

Gorayb, Souza, Caldeira<sup>(17)</sup> procuraram estabelecer rotinas e cuidados de vigilância dados ao paciente submetido à anestesia geral e bloqueios, com o objetivo de detectar ou prevenir complicações anestésicas.

Para isso, o autor realizou levantamento de dados estatísticos de 5.547 pacientes admitidos em uma SRA onde detectou como principais complicações no grupo de pacien-

tes submetidos à anestesia geral a hipotermia (29,9%), a hipoventilação (22,4%), a dor (17%), a taquicardia sinusal (13,3%) e náuseas/vômitos (11,2%).

No grupo submetido a bloqueio foram detectadas as seguintes complicações: hipotermia (13,8%), dor (9,9%), bradicardia (4,2%), náuseas/vômitos (2,7%) e hipertermia (2,5%).

Miyake et al<sup>(18)</sup> realizaram um estudo descritivo exploratório, em uma SRA com 8 leitos. Os dados foram coletados em 77 prontuários médicos, sendo 53 de adultos e 24 de crianças, de ambos os sexos.

Foram encontradas 32 complicações em adultos, a maior incidência foi de hipotensão arterial apresentada por 11 pacientes. Nas crianças foram encontradas 5 complicações sendo agitação e dor as mais frequentes. As principais complicações analisadas foram relacionadas à anestesia, o que sugere a implementação da assistência de enfermagem direcionada à prevenção e à detecção precoce destas complicações<sup>(18)</sup>.

Os dois artigos que discorrem sobre as complicações em pacientes na SRA não realizam apenas um levantamento sobre números e porcentagens, mas também salientam a importância destes na caracterização dos pacientes para uma adequada assistência e efetiva prevenção de riscos.

Concluiu assim, que devido à elevada incidência de complicações no período, é de extrema importância a permanência na SRA até que o paciente recobre a consciência, esteja com os reflexos protetores e sinais vitais estáveis, e enquanto ele necessitar de cuidados especiais seja oferecido equipamentos de monitorização, equipe treinada para detectar precocemente alterações.

A respeito das condições clínicas do paciente no momento de permanência na SRA foram desenvolvidos dois estudos.

Garanhani, Kemmer, Rodrigues<sup>(19)</sup> avaliaram o tempo de normalização da temperatura, a cessação dos tremores e a percepção de conforto do paciente de acordo com o método de aquecimento.

Para isso, utilizaram grupo controle, onde os pacientes foram aquecidos com o cobertor comum e outros dois grupos experimen-

tais, um utilizando o cobertor elétrico e outro aquecedor elétrico.

O cobertor comum apresentou resultados não satisfatórios em relação ao cobertor e aquecedor elétricos. O cobertor elétrico e o aquecedor apresentaram resultados positivos e semelhantes, porém o aquecedor se apresentou mais eficiente para o paciente hipotérmico.

O estudo de Dobbro et al. <sup>(20)</sup> discursou sobre a influência da anestesia, do tipo e local da cirurgia, da idade do paciente e das patologias associadas, em relação à necessidade de mobilização precoce após o ato anestésico-cirúrgico.

As autoras fazem uma revisão de literatura buscando fatores que possam contribuir para que se realize essa prática fundamentada em bases teóricas.

Quanto à interferência da anestesia as autoras colocam que é fundamental para o enfermeiro o conhecimento sobre os anestésicos usados e seus efeitos, bem como o período de duração da anestesia, como dados para subsidiar sua avaliação para a mobilização do paciente. Além disso, acreditam que seja necessário conhecer as características do ato cirúrgico, o que só será possível pela interação multiprofissional.

No que se refere à idade dos pacientes as autoras citam que em crianças e idosos residem os maiores problemas, pois as diferenças anatômicas e fisiológicas tornam-os propensos a maior incidência de complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico, que devem ser consideradas para uma assistência de enfermagem pós-operatória adequada. As patologias associadas devem ser também levadas em consideração, algumas delas podem retardar, dificultar, ou até mesmo, contra-indicar algumas condutas de enfermagem <sup>(20)</sup>.

Com relação aos aspectos físicos, número de profissionais, materiais e medicamentos disponíveis e critérios de segurança da SRA foi encontrado um estudo de Aquino et al. <sup>(21)</sup> que nas quatro instituições públicas e uma privada nos principais hospitais de Porto Alegre, somente um hospital não obedeceu ao critério pré-estabelecido de número de leitos de recuperação em relação ao número de salas de cirurgia. Um número inadequado de profissionais trabalhando na SRA foi

verificado em todos os hospitais, sendo constatada a presença de apenas uma enfermeira por turno e um número variado de auxiliares.

Para Silva, Rodrigues, Cesaretti <sup>(22)</sup> existe a necessidade de se manter uma proporção de 1 enfermeiro assistencial para cada 3 a 4 pacientes não graves e 1 técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 3 pacientes. Ainda, segundo estes mesmos autores, compete ao enfermeiro prestar assistência pós-anestésica aos pacientes submetidos aos diferentes tipos de cirurgia, dependentes ou não de respiradores. Além da competência técnica que lhe é exigido é necessário o treinamento e a supervisão dos outros componentes de sua equipe, ter especialização na área de centro cirúrgico e recuperação anestésica, conhecimento científico e prático das situações de emergência que possam ocorrer.

Com relação à diversidade de materiais que devem fazer parte de uma SRA, o estudo de Aquino, Jotz, Federbush, Azaredo <sup>(21)</sup> evidenciou a falta de: arquivo para registro de ocorrência (3 hospitais), equipamento para medir pressão arterial média (1 hospital), estimulador de nervo periférico e oxímetro (4 hospitais), termômetro elétrico (5 hospitais) e ventiladores mecânicos (1 hospital). Já quanto aos fármacos necessários à assistência neste período, os cinco hospitais possuem mais de 70% dos medicamentos mínimos necessários.

Ainda como resultado os autores não consideraram nenhuma SRA como de excelência máxima em cuidados segundo os padrões ideais, porém em condições razoáveis já que na maioria havia a disponibilidade médica para o atendimento de intercorrências <sup>(21)</sup>.

Foram encontrados em três artigos propostas de instrumentos de registro para a enfermagem neste período.

Noronha, Araújo <sup>(3)</sup> em seu estudo que teve o objetivo de propor, aplicar e analisar a viabilidade de um instrumento de visita pós-operatória de enfermagem, realizou a coleta de dados em um hospital onde não está implantada a visita pós-operatória de enfermagem. O instrumento proposto é composto por 4 partes que constam de informações gerais sobre o paciente, condições do paciente, opinião do paciente sobre a visita pré-operatória de enfermagem e o período perioperatório, finalizando, as percepções da

enfermeira. Associado ao instrumento utilizou uma ficha de avaliação que continha perguntas sobre a suficiência, insuficiência ou excesso de dados e um espaço aberto, reservado para comentários ou sugestões.

Como conclusões, os autores relatam que o instrumento proposto mostrou ser de fácil preenchimento, os itens apresentados atenderam aos objetivos da visita pós-operatória de enfermagem e, contém informações claras e objetivas, necessárias à assistência de enfermagem nesse período.

Já Perez et al. <sup>(23)</sup>, em levantamento realizado acerca de problemas existentes no centro cirúrgico, sala de recuperação anestésica e central de material e esterilização, buscaram elaborar um instrumento de registro de dados relevantes do paciente e relacionados às ações de enfermagem e ao tratamento ao qual foi submetido.

A assistência de enfermagem foi pesquisada por Avelar et al. <sup>(24)</sup> sob a visão do enfermeiro. Os autores realizaram uma coleta de dados com enfermeiros de SRA, utilizaram um instrumento que continha três padrões de assistência, descritos em pesquisa anteriormente realizada, onde cada enfermeiro deveria fazer uma análise de pertinência dos dados, assim como sugestões de mudanças e acréscimos. Após análise, os padrões foram aprovados. As sugestões de mudança e de acréscimo foram acatadas culminando em um novo instrumento.

Padovani et al. <sup>(25)</sup> tendo como foco o trabalho da equipe de enfermagem em recuperação anestésica, desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a utilização da ficha de registro utilizada em determinada SRA. Como resultado, encontraram 71 a 100% dos instrumentos com uma estrutura adequada, além de fornecerem dados necessários para se prestar assistência de enfermagem.

A temática da sistematização de enfermagem que merece destaque, é que a proposta de um instrumento de padrões de assistência deve ser analisada por quem irá prestar a assistência, o que não permite que modelos assistenciais sejam importados. Isto é, devem ser elaborados e instituídos a partir de uma avaliação da aplicabilidade dos mesmos para determinada instituição e unidade.

Cruz <sup>(26)</sup>, com relação ao diagnóstico de enfermagem aplicado à SRA, considera necessária a realização de estudos em sistematização da assistência de enfermagem, pois se trata de um local onde o paciente permanece um período curto de tempo e geralmente os modelos de assistência existentes não favorecem a implementação como um todo. Seu estudo buscou identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na SRA, pela coleta de dados realizada com 19 pacientes. Obteve como resultado os diagnósticos de enfermagem de potencial para injúria, hipotermia e alteração do nível de conforto em mais de 50% da população.

Como conclusão o autor refere que o instrumento proposto para a elaboração dos diagnósticos foi bem aceito, no entanto torna-se necessário alguns ajustes a fim de adequá-lo mais à prática de enfermagem sendo que o histórico de enfermagem é necessário para a elaboração dos diagnósticos à medida que oferece dados indicadores dos mesmos. Para este autor a utilização do diagnóstico de enfermagem pode auxiliar no desenvolvimento dos conhecimentos referentes aos cuidados de enfermagem na SRA.

Galvão, Sawada <sup>(27)</sup> apresentam uma proposta de aplicação do processo de enfermagem baseado no modelo conceitual de Levine utilizando o diagnóstico de enfermagem proposto pela NANDA e a estratégia do método de solução de problema na enfermagem cirúrgica.

O modelo de conservação de Levine enfatiza a manutenção da totalidade da pessoa, a responsabilidade do enfermeiro para a conservação de energia do paciente, bem como da integridade estrutural, pessoal e social.

Estas autoras <sup>(27)</sup> concluem que o modelo escolhido é pertinente as características dos pacientes, que a união com a proposta da NANDA é viável e ainda, que o método de solução de problema permitiu a resolução de forma dinâmica, flexível e adaptável a diferentes situações que são inerentes à fase do pós-operatório imediato.

Podemos verificar por meio destes estudos, a preocupação com a existência de modelos que favoreçam a sistematização da assistência de enfermagem no sentido de buscar uma solução para as especificidades de

situações e características do paciente em SRA e que resulte em um plano de cuidados adequado e individualizado.

Peniche <sup>(28)</sup> faz uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro em sala de recuperação anestésica com o objetivo de mostrar a abrangência, não só assistencial como também na área educacional, de pesquisa e administrativa que devem ser exploradas em nosso país com o objetivo de melhor assistir o paciente no período perioperatório.

A assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica foi também discutida por Domingues, Coutinho <sup>(29)</sup>, onde apresentam sugestões que visam reduzir a burocracia, otimizar a administração da assistência elevando a qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem de modo humanizado e integral.

Para estes autores, a SRA deve ter condições mínimas para o atendimento aos clientes. A dinâmica de funcionamento da unidade

de também é importante para que a assistência de enfermagem seja efetiva. Recomendam a elaboração de um impresso a ser utilizado na SRA com os seguintes parâmetros: dados do paciente no pré-operatório, doenças pregressas, cirurgia e anestesia realizadas, controles desde a admissão do paciente na SRA até sua alta, incisão cirúrgica, drenos, sondas, infusões e cateteres, espaço reservado para anotações diversas e intercorrências <sup>(29)</sup>.

## CONCLUSÃO

Concluí-se que o número de artigos encontrados sobre a assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica, em 12 anos é restrito, e o tema, apesar da relevância, ainda é pouco divulgado. Mesmo assim, a procura de um método científico que ofereça à enfermagem visões de planejamento da assistência e do cuidado ao paciente neste período foi uma constante em todos os artigos catalogados.

## REFERÊNCIAS

- (1) Araujo IEM, Lamas JLT, Ceolim 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.
- (2) Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo. EPU; 1979.
- (3) Noronha R, Araújo IEM. Visita pós-operatória de enfermagem: Aplicação de um instrumento. *Acta Paul Enferm* 1998; 11(3):70-8.
- (4) Nogueira MS, Mendes IAC, Trevisan MA, Hayashida M. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. *Rev Paul Enferm* 1993;12 (3): 107-11.
- (5) Paschoal ML, Rogenski FG. Assistência de enfermagem perioperatória. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MR, editores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. Ícone, São Paulo, 2001.
- (6) Janúncio IG. Análise das anotações de enfermagem no período perioperatório: subsídios para a continuidade da assistência prestada à pacientes de cirurgia cardíaca. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.
- (7) Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- (8) Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP* 1990 ; 24 (3):359-70.
- (9) Bianchi ERF. A comunicação da suspensão da cirurgia. [dissertação] São Paulo (SP): Escola da Enfermagem da USP; 1983.
- (10) Oliveira HF, Aquino VLA, Caibo VC. A percepção da enfermeira sobre o sistema de assistência de enfermagem perioperatória. *Rev Paul Enferm* 1990; 9 (3): 97-101.
- (11) Bogossian L. Manual de pré e pós-operatório. 2. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.
- (12) Nocite JR. Recuperação pós-anestésica - aspectos gerais. *Rev Bras Anesthesiol* 1987; 37 (3):159-67.
- (13) Jouclas VMG, Tencatti GT, Oliveira VM. Qualidade do cuidado de enfermagem transoperatória e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente. *Rev Cogitare Enferm* 1998;3 (1): 43-9.

- (14) Resende SMFS, Chianca TCM. Relacionamento da equipe de enfermagem com o paciente. *Rev Sobecc* 1998; 3 (4):20-6.
- (15) Chianca TC, Garanhani ML. Próximo ou distante do paciente na sala de recuperação. Elaboração, validação e aplicação de um instrumento de imediatividade. In: *Anais do 3º Simpósio Brasileiro de comunicação em enfermagem*. Ribeirão Preto; 1992 mai 13-15; Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1992. p.30-44.
- (16) Peniche ACG. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. *Rev Esc Enferm USP* 1998; 32(1):27-32.
- (17) Gorayb SBS, Souza MCM, Caldeira SM. Rotinas e cuidados de vigilância na sala de recuperação anestésica. *Rev Paul Enferm* 1991; (nº esp.): 19-24.
- (18) Miyake MH, Diccini S, Glashan RQ, Pellezzetti N, Lelis MAS. Complicações pós-anestésicas: Subsídios para a assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica. *Acta Paul Enferm* 2002; 15 (1): 33-9.
- (19) Garanhani ML, Kemmer LF, Rodrigues AI. Avaliação de métodos de aquecimento aplicados ao paciente hipotérmico na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Paul Enferm* 1990; 9 (3): 88-96.
- (20) Dobbro ERL, Ártico AE, Mussi FC, Posso IP. Fatores que influenciam na mobilização precoce do paciente do paciente no pós-operatório imediato. *Rev Paul Enferm* 1994; 13 (1/3): 8-12.
- (21) Aquino RB, Jotz GP, Federbush JF, Azaredo JM. Sala de recuperação em pós-operatório imediato: Aspectos gerais e avaliação das condições nos principais hospitais de Porto Alegre. *Rev AMRIGS* 1997; 35 (2): 11-115.
- (22) Silva MAA, Rodrigues AL, Cesaretti, IUR. *Enfermagem na unidade de Centro Cirúrgico*. São Paulo: EPU; 1997.
- (23) Perez M, Cortez A, Mello FP, Oliveira GMS, Lima PGR, Amarante ST. Proposta de ações de enfermagem perioperatória de um hospital privado. *Rev Paul Enferm* 1991; (nº esp.): 33-39.
- (24) Avelar MCQ, Peniche ACG, Paula TAC, Carbone NA, Silva RM. Validação dos padrões de assistência de enfermagem em recuperação anestésica. *Rev Paul Enferm* 1991; (nº esp.): 11-8.
- (25) Padovani P, Gatto MAF, Branco MCAC, Peniche ACG. Ficha de recuperação pós-anestésica :Avaliação dos dados oferecidos para o planejamento da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato. *Enfoque* 1988; 16 (2): 45-8.
- (26) Cruz ICF, Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica: Estudo piloto. *Rev Esc Enferm* 1990; 24 (3): 345-58.
- (27) Galvão CM, Sawada NO. Aplicação do modelo conceitual de Levine e o método de solução de problema de um paciente cirúrgico. *Rev Gaúcha Enferm* 1993; 14 (2); 118-25.
- (28) Peniche ACG. Abrangência da atuação do enfermeiro em sala de recuperação anestésica como perspectiva de melhor assistência ao paciente no período perioperatório. *Rev Esc Enferm USP*; 29 (1): 83-90.
- (29) Domingues C, Coutinho RMC. Assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica. *Rev Sobecc* 1998; 3(2):14-16.

Recebido: 28/02/2003  
Aprovado: 01/08/2003