

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DE ENFERMAGEM**

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA – INSTRUMENTO DE TRABALHO DO
ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

ANTONIA BARBOSA DOS SANTOS

**ASSIS
2009**

ANTONIA BARBOSA DOS SANTOS

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA – INSTRUMENTO DE TRABALHO DO
ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à coordenação do curso
de Enfermagem, orientador e
convidados à banca como requisito
para obtenção do título de Bacharel
em enfermagem do Instituto
Educativo de Ensino Superior de
Assis – IMESA**

**Área:
Saúde do Adulto em Tratamento
Cirúrgico**

**Orientador: Prof. Claudinei
Aparecido dos Santos**

ASSIS

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____ / ____ / ____

FICHA CATALOGRÁFICA

SANTOS, Antonia Barbosa dos

Saúde do Adulto em Tratamento Cirúrgico / Antonia Barbosa dos Santos.
Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA: Assis, 2009 40p.

Orientador: Prof. Claudinei Aparecido dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

Visita pré-operatória. 2. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. 3 Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CDD: 610

Biblioteca da FEMA

Nome: Antonia Barbosa dos Santos

Título: Visita pré-operatória – Instrumento de Trabalho do Enfermeiro na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 30/11/09

Banca Examinadora

Orientador: _____
Prof. Claudinei Aparecido dos Santos
Fundação Educacional do Município de Assis

1º Examinador (a): _____
Profª Ivana da Silva Semeghini
Fundação Educacional do Município de Assis

2º Examinador (a): _____
Profª Mariana Goering Barreiro
Fundação Educacional do Município de Assis

DEDICATÓRIA

AO PAI SUPREMO DEUS!

Aos meus queridos e amados pais: Francisco e Leonízia

Ao meu maior e mais precioso tesouro, meu filho Adriano

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma grandiosa e louvável a DEUS, pela força e coragem que me sustentou em toda minha caminhada, sem deixar que o desânimo, a canseira, as dificuldades enfrentadas fossem mais forte que eu e me fizesse desistir do meu sonho e ideal. Aos meus pais Francisco e Leonízia, base de tudo na minha vida, apoiando-me nos momentos difíceis com força e amor, confiança, compreensão apesar da idade, encorajando-me a persistir nos meus objetivos. Ao meu amado filho Adriano, meu maior e mais precioso bem, grande responsável por esta luta, por me encorajar a seguir, obrigada meu filho.

As minhas amigas Rosana, Rosângela e Lurdinha, por confiarem e torcerem por mim, permanecendo fiéis à minha amizade, mesmo depois de tanto abandono durante esses quatro anos de faculdade.

Aos meus colegas de classe, em especial aqueles que dividi alegria e tristeza, senti-me amparada e fortalecida, obrigada Adalberto e mais que amiga Maria do Carmo, que depois de alguns anos acabamos por nos reencontrarmos naquele primeiro dia de aula, muito bom ter conhecido e reconhecido vocês.

A amiga e irmã em Cristo Eliane, que DEUS colocou na minha vida, irmã querida que comigo fielmente trilhou esse caminho, muitas vezes cheio de pedras a ferir nossos pés, mas mesmo assim seguimos firmes, porque sabíamos que DEUS estaria ali no final a nos esperar e nos coroar com regozijo.

Aos queridos e amados professores pela dedicação, paciência e confiança na minha capacidade, sou muito grata e admiro a todos.

Aos meus professores da banca examinadora, muito obrigada pela colaboração, agradeço Claudinei meu orientador, por estar comigo nesta luta, Deus te abençoe em toda sua caminhada.

Duas pessoas muito importantes na minha vida, nessa caminhada que não posso jamais esquecer, dois seres de luz que DEUS enviou para me iluminar, Dedé amada e Dr^a Annecy, muitas bênçãos de DEUS e luz pra suas vidas.

Enfim dedico este trabalho a todos os que amam o cuidar, o ser humano nosso mais valioso instrumento de trabalho, eu possa bendizer ao Senhor todos os dias de minha vida, obrigada SENHOR JESUS.

EPÍGRAFE

Palavra, mesmo dilatada num papel sem vida é capaz de encher outra vida quando a recebe. Palavra quem é você? Que enlaça corações no altar, que extravasa de alegria num encontro, procura lágrimas na despedida e chega ao infinito num segundo. Palavra, várias vezes mal interpretada, causa grande tristeza que mesmo distante é parte de uma vida, traz recordações que chegam como um raio por telefone, acalma, entristece ou alegra. Palavra quanto mais te tem, menos a conheço e perco ao usá-la, pois é falada em diversas formas e expressada em várias línguas, é mudada, propagada, mas sempre palavra (MAIA, 2007).

SANTOS, A.B. **Visita pré-operatória – Instrumento de Trabalho do Enfermeiro na Sala de recuperação Pós-Anestésica.** Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Assis - SP, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

RESUMO

O paciente ao se deparar com a possibilidade de enfrentar um processo anestésico-cirúrgico começa a sofrer alterações hormonais provocadas pela ansiedade, medo do desconhecido e morte. Os objetivos do presente estudo foram verificar e analisar através de revisão de literatura, os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem ao paciente internado para cirurgia, com o desenvolvimento do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, visando proporcionar uma recuperação pós-anestésica com equilíbrio emocional e confiança no seu pronto restabelecimento, com menos riscos e complicações pós-operatórias. A garantia do sucesso da assistência de enfermagem nesse período crítico em que o paciente se encontra, está atribuída à maneira como será atendida as demandas físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente.

Palavras chaves: 1- Visita pré-operatória, 2- sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, 3- sala de recuperação pós-anestésica.

SANTOS, A.B. **Visit pré-operatória – instrument of work of the nurse in the room of recovery pós-anestésica.** Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Assis - SP, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

ABSTRACT

The patient when facing the possibility of addressing an anesthetic and surgical equipment, process begins to hormonal changes by anxiety, fear of the unknown and death. The objectives of this study were to check and review through that literature review benefits of pre-operative visit nursing hospitalized for patient surgery, with the development of systematic process of assistance Nursing Perioperatória, aimed at post-conflict recovery anesthetic with emotional balance and confidence in its speedy, with less risks and complications. The guarantee of the success of assistance Nursing in this critical period in which the patient is, is assigned to how met the demands of physical, emotional, social and patient's spiritual.

Key words: 1- pre-operative visit, systematization of nursing care, 2- recovery room perioperatória post-3- graduate anesthetic.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problemática	10
1.2 Justificativa	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3. MATERIAL E MÉTODO	13
3.1 Tipo de estudo	13
3.2 Metodologia	13
4. REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 História do contexto anestésico-cirúrgico	14
4.2 Assistência do Enfermeiro ao Paciente no Pós-operatório	17
4.3 Estado de ansiedade do Paciente	20
4.4 Dor e agitação	23
4.5 Planejamento para a efetividade da assistência ao Paciente no Pós-operatório imediato na Sala de Recuperação Pós-Anestésica	26
4.6 A percepção do Enfermeiro na visita pré-operatório	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6. DISCUSSÃO BIBLIOGRÁFICA	35
7. REFERÊNCIA	38

INTRODUÇÃO

1.1 Problemática

A visita pré-operatória consiste no primeiro passo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Contempla as três fases do processo cirúrgico: o pré-operatório, o trans-operatório e o pós-operatório. O processo de enfermagem é aplicado em todo perioperatório, para garantir a satisfação das necessidades físicas e emocionais do paciente, para aumentar sua capacidade de superar o traumatismo da cirurgia e retornar rapidamente a um estado de completo bem estar físico e emocional. Representa um importante elo da comunicação efetiva entre o profissional enfermeiro e o paciente, permitindo ao enfermeiro, assisti-lo de forma sistematizada e contínua, buscando respeitá-lo como uma pessoa dotada de valores, experiências e expectativas. Por meio da visita pré-operatória, o enfermeiro coleta informações a respeito do paciente e identifica suas necessidades, para tornar a assistência de enfermagem perioperatória individualizada e eficaz, auxiliar o enfermeiro no planejamento e implementação da assistência, a fim de proporcionar ao paciente uma recuperação mais rápida e minimizando os riscos de complicações no período pós-operatório. É um procedimento indispensável, visto que possibilita ao profissional enfermeiro a detecção, solução e encaminhamento dos problemas enfrentados pelo paciente, além de outras vantagens, como o vínculo enfermeiro/paciente (GALVÃO et.al, 2002).

Há uma teoria humanística proposta por Paterson; Zderad (1998), visando proporcionar uma assistência de enfermagem mais humanizada ao binômio paciente/família no trans-operatório, tornando o ato anestésico-cirúrgico o menos traumatizante possível. Respaladas nessa teoria Santos, Backes, Vasconcelos (2002), procuraram sistematizar a prática assistencial para entender o significado da experiência cirúrgica não só para o paciente, mas também para sua família, e de que forma poderiam ajudá-los, despertando na equipe de enfermagem a busca por ver o paciente como ser humano completo.

1.2 Justificativa

A visita pré-operatória é de suma importância, tanto para o paciente quanto para o enfermeiro, porque é através da visita pré-operatória, que o enfermeiro irá gerar os subsídios para o planejamento da sua assistência ao paciente no pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica. Serão evidenciados os benefícios da assistência de enfermagem proporcionando uma recuperação pós-anestésica com equilíbrio emocional e a confiança do paciente na sua pronta recuperação com a minimização de riscos e complicações anestésico-cirúrgico.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar os benefícios da visita pré-operatória, visando à melhora na qualidade da assistência ao paciente no pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica.

2.2 Específico

. Servir de reflexão sobre a importância da visita pré-operatória para a recuperação pós-anestésica do paciente.

Servir de subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica.

MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo descritivo, com abordagem qualitativa.

3.2 Metodologia

Este trabalho consiste de uma revisão de literatura, abordando autores, teses, revistas científicas, livros, artigos eletrônicos, que visa à relevância do bem estar do paciente em tratamento cirúrgico, considerando aspectos como segurança, conforto, apoio emocional, confiabilidade na qualidade da assistência humanizada do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica. Foram consultadas várias literaturas com assuntos relevantes para o tema.

REVISÃO DA LITERATURA

4.1 História do contexto anestésico-cirúrgico

Os indícios do atendimento cirúrgico remontam a pré-história, quando já eram realizados procedimentos como ajustamentos de fraturas, amputações e trepanagens cranianas. No período medieval apareceram os cirurgiões-barbeiros que realizavam sangrias, extração dentária, drenagens de abscessos, entre outros procedimentos que eram desempenhados sem qualquer noção de higiene ou processos anestésicos, provocando um grande número de mortes por hemorragias e infecções (ALVES, 1974).

Ao final da idade Moderna, em Londres, surge a primeira sala cirúrgica hospitalar. Estas primeiras salas eram localizadas no último andar dos hospitais, devido à utilização de luz natural e considerando a distância dos outros pacientes hospitalizados, que com essa separação não ouviriam os gritos dos pacientes sendo operados (AFONSO, 2006).

O primeiro relato formal sobre a existência da primeira sala de recuperação pós-anestésica foi em 1801, em Newcastle (Inglaterra), há quase 200 anos, anterior à descoberta da anestesia, sempre ao lado das salas de operação para observação e cuidados especiais, ainda que prestados por pessoal sem treinamento (POSSARI, 2003).

Em 1842, surgiu uma nova era para a cirurgia, com o descobrimento de anestésicos como o óxido nitroso, éter, e posteriormente em 1847, o clorofórmio, possibilitando o controle da dor (SABISTON, 1999).

Florence Nightingale, em 1863, já previa a necessidade de que os pacientes operados fossem agrupados para facilitar seu atendimento nas primeiras horas pós-operatórias. Sendo que somente em 1942, nos Estados Unidos, utilizou-se pela primeira vez, o termo “Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA” (POSSARI, 2003).

Nas décadas de 50 e 60, a grande expansão desses serviços proporcionou maior compreensão da fisiopatologia das complicações pós-operatórias. No Brasil, apesar de já fazer parte das previsões das unidades

cirúrgicas desde 1977, pela Portaria 400, do Ministério da Saúde (MS 6/12/77), a obrigatoriedade da sala de recuperação pós-anestésica somente foi estabelecida em 1993, por Decreto Federal, com a Resolução CFM nº. 1363/93. Essa deve ser uma área física planejada, com uma equipe multiprofissional composta de anesthesiologista, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, treinada e habilitada a prestar cuidados individualizados e de alta complexidade (BASSO & PICCOLI, 2004).

Para um melhor atendimento ao paciente, a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) ou Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), deve localizar-se próximo ao centro cirúrgico, facilitando o transporte e a estabilidade dos sinais vitais após a retirada do paciente da sala de cirurgia, exigindo total atenção, rapidez e acesso fácil à equipe cirúrgica nos casos de emergência (POSSARI, 2003).

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo estreita relação com a história da civilização, onde o enfermeiro tem papel relevante na recuperação do paciente. A profissão de enfermeiro busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças graves evitando sempre a morte prematura (BARREIRA, 1997).

Para Almeida (1989), a prática de enfermagem é entendida como o conhecimento (saber da enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando ao atendimento das necessidades humanas básicas, que podem ser definidas biológicas, psicológicas e socialmente.

Ainda concebem a prática da enfermagem com prática social e, portanto, historicamente estruturada e socialmente articulada. Ela é considerada das práticas sociais em geral e, das práticas de saúde em particular (ALMEIDA, 1989).

Os pacientes que se encontram numa URPA/SRPA, estão muitas vezes estressados com desgaste físico e psicológico. Esse paciente e seus familiares experimentam sentimentos de incerteza desde o momento em que ficaram sabendo que havia necessidade de uma intervenção cirúrgica (PENICHE, 2003).

A conduta do enfermeiro perante esse paciente deve ser sempre humana, ter seriedade no tratar, postura ética, mantendo um contato de forma clara, segura e objetiva, com informações acessíveis e ponderadas com os familiares, sempre visando à diminuição da angústia provocada pela situação vivida (PENICHE, 2003).

O conceito de prática perioperatória traz tanto as atividades desenvolvidas durante a assistência pré, trans e pós-operatória, que são tradicionais da enfermagem, quanto as mais avançadas, como educação para o paciente, aconselhamento, levantamento de dados, planejamento e avaliação. A fase pré-operatória se inicia com a decisão de realizar a intervenção cirúrgica e termina com o paciente já na mesa operatória, neste momento se inicia a fase trans-operatória que termina quando o mesmo é transferido para a sala de recuperação pós-anestésica (SMELTZER e BARE, 2005).

De acordo com Possari (2003) a Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA é uma área destinada aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde permanece até a recuperação da consciência, normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a monitorização e cuidados constantes das equipes de enfermagem e médica.

Cunha; Peniche (2007) ressaltam que a SRPA é uma unidade que possui instabilidade e alta rotatividade e, para que a assistência de enfermagem ao paciente ocorra de forma efetiva são necessárias ações rápidas, para evitar complicações, assim como registro correto destas ações, em instrumentos apropriados, para garantir uma continuidade dos cuidados iniciados. O registro dos dados, a exatidão das anotações e o pensamento crítico são fundamentais,

uma vez que o enfermeiro poderá fazer uma avaliação de suas informações e aprofundar seus conhecimentos. Para facilitar, o registro deve obter informações específicas e relevantes, em relação ao paciente, estar embasado em um referencial teórico, ser organizado para facilitar a interpretação dos dados, serem prático para a sua utilização e oferecer continuidade nas unidades envolvidas com a assistência.

4.2 Assistência do enfermeiro ao paciente no pós-operatório

Uma pessoa que se encontra doente e hospitalizada apresenta um desequilíbrio de suas necessidades humanas básicas que tem por conseqüência o estresse; sendo este ainda maior quando há recomendação de procedimento cirúrgico (PUPULIM & SAWADA, 2002; GRAZZIANO & BIANCHI, 2004).

A enfermagem enquanto ciência e profissão que lida diretamente com seres humanos, precisa nesta fase, assistir o paciente em toda sua complexidade e para tanto necessita de anotações completas e objetivas acerca deste paciente, de tal modo que o embasamento científico seja garantido, tendo em vista a promoção da saúde e a recuperação da doença (GALVÃO et al, 2002).

Durante a fase operatória, o paciente necessita de uma assistência de enfermagem individualizada e sistematizada; considerando ser uma fase bastante crítica, conforme defendido por vários autores (Castellanos e Jouclas, 1990; Jouclas e Salzano; Sawada, 1991; Silva e Potenza, 1993; Vale et al 1996), o enfermeiro do centro cirúrgico deve, assim, avaliar as condições do paciente no período pré-operatório, identificando seus problemas e fornecendo-lhe informações que certamente contribuirão para diminuir seus medos e, também, sua angústia, ansiedade e insegurança.

Posteriormente, existe a necessidade de que todo esse plano de cuidados seja analisado a fim de se ter conhecimento da qualidade da

assistência oferecida, além de fazer uma avaliação quanto à comunicação entre as equipes do Centro Cirúrgico e das Unidades de internação do paciente, no que diz respeito à continuidade dos cuidados de enfermagem prestados ao mesmo, que teve início na sua admissão (ZAGO, 1993).

A assistência de enfermagem no período operatório pode ser dividida em três fases: pré, trans e pós-operatórias. A fase pré-operatória é o período compreendido desde a véspera da cirurgia até o momento em que é recebido no Centro Cirúrgico (CASTELANOS & JOUCLAS, 1990).

Nesta fase há o momento pelo qual o enfermeiro do centro cirúrgico vai até a unidade de internação do paciente, tendo assim a oportunidade de conhecê-lo, levantando problemas, como também necessidades, no intuito de planejar as ações de enfermagem (GALDEANO et al 2003).

Sawada (1991) define o pré-operatório como um período de detecção das necessidades físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico.

A definição do período trans-operatório é dada como sendo a fase que se inicia no momento da entrada do paciente no centro cirúrgico até sua saída da Sala de Operações (SO) e encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e neste momento, segundo Castellanos; Jouclas (1990) faz-se necessário a realização de uma prescrição de enfermagem ao final do ato anestésico-cirúrgico. Para Galdeano et al (2003) a ansiedade é identificada em quase metade dos pacientes cirúrgicos.

Por sua vez, o período pós-operatório, inicia-se com a saída do paciente da SRPA até sua alta hospitalar. Nesta fase, assim como nas outras, pode haver avaliação da assistência de enfermagem prestada no período pré e trans-operatórios. As primeiras vinte e quatro horas do pós-operatório constituem uma fase crítica, pois o paciente pode apresentar sérios distúrbios metabólicos e, além disso, após alta da SRPA deve ser continuada a assistência de enfermagem nas unidades de internação (PUPULIM & SAWADA, 2002).

Com a realização das visitas pré e pós-operatórias de enfermagem é possível observar uma mudança acentuada de comportamento na maioria dos pacientes, havendo diminuição marcante no nível de ansiedade e complicações nos pós-operatórios a tardio (GRAZZIANO & BIANCHI, 2004). Para Boff (1999) “cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

A realização destas visitas constitui-se em uma responsabilidade do enfermeiro, conforme consta no decreto que regulamenta a lei do exercício profissional da enfermagem (Lei nº 7.498/86 - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN-SP), na qual, no artigo oitavo-8º, determina que “a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem” e consiste, dentre outras atribuições, em incumbência privativa do enfermeiro.

As principais necessidades humanas básicas afetadas do paciente são as necessidades fisiológicas e de segurança, nas quais devem ser focados os sinais gastrointestinais, circulatórios e renais, controle da dor, retorno sensor e motor das áreas afetadas pela anestesia, integridade cutânea, balanço hídrico, eliminações e a proteção do paciente em relação aos medicamentos e quedas. Este fato se dá devido ao elevado grau de dependência do paciente que se encontra ainda sob efeito de drogas anestésicas. Além destas necessidades humanas básicas afetadas, assim que o efeito anestésico é metabolizado no organismo do paciente, aparecem às necessidades de amor, de estima e de auto-realização. Neste sentido, quando o paciente está acordando, estas necessidades se afloram e os profissionais atuam com o objetivo de amenizá-las através do diálogo, do afeto e do cuidado em si (HORTA, 1979).

A comunicação é imprescindível na assistência de enfermagem, não importa o setor em que é realizada. Existem diversas formas de se comunicar, sendo uma delas o registro/documentação da assistência que é observada e realizada. A documentação, além de facilitar a comunicação entre os membros

da equipe de saúde, promove a continuidade da assistência, reflete o plano de cuidados e serve como um registro legal do cuidado fornecido (TEIXEIRA et al 1998).

4.3 Estado de ansiedade do paciente

As circunstâncias que envolvem o momento cirúrgico são complexas exigindo do paciente adaptação a uma nova realidade. Na relação de ajuda terapêutica o enfermeiro atua auxiliando o paciente a entender a sua condição, proporcionando meios para que o paciente se expresse de forma espontânea, liberando seus medos, angústias e ansiedades. No entanto, para que a relação de ajuda terapêutica tenha êxito é preciso que o enfermeiro crie laços de empatia e confiança e fundamentalmente saiba ouvir o paciente (MATOS, 2004).

Segundo Angerami-Camon (1994), ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de despersonalização, passando a ser identificado como um número ou uma patologia. Adota o termo paciente e passa a aceitar de forma passiva a sua condição de “doente”, o que acaba contribuindo para ausentar a pessoa de seu próprio processo de tratamento.

A garantia de sucesso de qualquer intervenção de enfermagem pode ser atribuída à maneira pela qual são atendidas as demandas físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente. Para atender às suas reais necessidades é imprescindível observar a maneira como ele é recebido, assistido, acolhido e como se estabelece a relação com a equipe de enfermagem, pois são fatores que influenciam significativamente no desenvolvimento do processo a que se submeterá cirurgicamente até sua recuperação (CARVALHO, 2006).

Alguns enfermeiros acreditam que a melhora das enfermidades de seus pacientes depende, exclusivamente, de se executar uma técnica precisa, seguir-se padrões com frieza e exatidão e seguir-se prescrições sem

questionamentos. Em contrapartida, outros acreditam que uma boa assistência deve ser prestada dentro de uma visão holística, na qual a solidariedade e a benevolência para com o próximo são imprescindíveis para a valorização do ser humano, estabelecendo, desta forma, uma relação de ajuda e empatia, fazendo com que a humanização seja à base da profissão de enfermagem (LEITE, 1999).

Para Souza (2005), o enfermeiro pode diminuir o medo, a angústia e a insegurança que o cliente apresenta, através de ações por uma assistência individualizada e diferenciada. E, nesta era de transformações, está enfrentando os desafios do aperfeiçoamento técnico-profissional numa dimensão mais ampla, que busca compreender a inter-relação do ser biológico, psíquico, sócio-cultural e espiritual.

O paciente ao ser internado para uma cirurgia traz consigo ansiedades, dúvidas ao saber que será submetido a um procedimento invasivo e desconhecido, significando uma situação crítica, além de uma indefinição de fatos que irão advir. Nessa perspectiva, planejar o cuidado de enfermagem a pacientes que serão submetidos à cirurgia, requer do enfermeiro habilidades e conhecimentos a respeito das possíveis alterações e reações emocionais que o paciente pode apresentar frente a esta situação (CARVALHO, 2006).

Seguindo esse pensamento de Carvalho (2006), acrescento que o enfermeiro ou a equipe de enfermagem deve respeitar o paciente na sua individualidade, não o expondo a fatores estressantes como o adiantamento de sua ida à unidade de operação, deve-se prever o tempo cirúrgico de cada procedimento afim de não antecipar sua ansiedade, o que vem para desenvolver alterações fisiológicas prejudiciais ao seu tratamento cirúrgico.

O enfermeiro possibilita diminuir o medo, a angústia e a insegurança que o paciente apresenta nos momentos finais que antecedem a cirurgia, permitindo uma assistência individualizada e diferenciada. Deve-se ter o cuidado de, ao fazer as orientações, buscar uma linguagem que se aproxime da realidade sócio-cultural do paciente, promovendo interação e segurança

(BELLUOMINI, 2001).

Os sentimentos apresentados pelos pacientes internos antes da intervenção cirúrgica requerem dos profissionais de Enfermagem habilidade no cuidar, pela vulnerabilidade do ser humano no transcurso do ato operatório (SOUZA; SOUZA; SANTOS, 2009).

O ato anestésico-cirúrgico desencadeia no pacientes alterações hormonais de luta e fuga moduladas pela subjetividade. No período pós-operatório o paciente está vulnerável, com instabilidade orgânica decorrente da depressão anestésica cirúrgica sofrida. Em decorrência disso, o paciente na SRPA, responde com alterações de parâmetros clínicos que devem ser interpretados como um reflexo do homem operado, ou seja, as alterações dos parâmetros clínicos traduzem também a emoção do paciente diante do procedimento anestésico cirúrgico sofrido e devem ser consideradas e avaliadas como tal (PENICHE, 1998).

A conduta da enfermagem, objetivando a diminuição da ansiedade, está relacionada com uma avaliação emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana (PENICHE, 2000).

O ambiente hospitalar é propício ao desenvolvimento da imaginação, muitas histórias são contadas e os veículos de comunicação diariamente contam fatos que alimentam e, no momento em que o paciente entra na instituição, todos esses fatos voltam a sua mente e nesse instante, a imaginação do doente não é uma vantagem, passa a provocar medos, ansiedades e preocupações desnecessárias. Contudo, com uma orientação bem dirigida, a imaginação pode ser uma estratégia para solucionar o problema interior e começar um relacionamento com base no real, o que vem de encontro a Travelbee (1971), quando coloca a necessidade que o indivíduo tem, que é entender o que está acontecendo ou o que vai acontecer, ela salienta que se o paciente não compreende, ele vai fantasiar conseqüentemente esta fantasia irá criar angústias, medos e em nada ajudará na sua recuperação.

Jouclas (1977) ressalta que os momentos que antecedem a cirurgia podem ser de agonia para o paciente, podendo levá-lo ao pânico, o que poderá resultar em sérios problemas no pós-operatório.

Peniche (1998) salienta que a busca das informações e das emoções vividas com a experiência do momento têm sido objeto de estudo sobre o medo da morte, da anestesia, da deformação, da dor, assim como as dúvidas relacionadas à família e emprego.

A ansiedade é uma reação emocional normal, um mecanismo de enfrentamento à ameaça da doença. Uma pessoa que se encontra em extrema ansiedade pode não conseguir assimilar as informações recebidas, sendo necessário o estabelecimento de uma boa comunicação para que esta se torne positiva. Esta comunicação deve ocorrer de forma cordial e empática para que se atinja o objetivo de reduzir a ansiedade e estabelecer vínculo entre o paciente e a equipe de enfermagem (SMELTZER & FIDELIS, 1999).

4.4 Dor e agitação

A agitação pós-operatória é um fenômeno clínico bem documentado, com incidência variando de 10 a 67%. Não existe explicação definitiva para a agitação no despertar. Várias causas têm sido discutidas na literatura, como rápido retorno à consciência em ambiente não familiar, presença de dor (ferida operatória, distensão vesical, dor na garganta pelo tubo traqueal, etc.), estresse na indução, hipoxemia, obstrução da via aérea, ambiente barulhento, duração da anestesia, uso de medicação pré-anestésica e técnica anestésica empregada (SILVA; BRAZ; MÓDOLO, 2008).

A agitação pós-operatória caracteriza-se por confusão mental, irritabilidade, desorientação, choro inconsolável e prolongamento do tempo de recuperação na sala de recuperação pós-anestésica, aumentando a preocupação e ansiedade, levando à perda de cateteres intravenosos, desconexão de cabos e instrumentos de monitorização (SILVA, 2008).

Cientificamente foi constatado que, alguns pacientes após uma cirurgia apresentam dor e tem maior consumo de oxigênio e recebem, muitas vezes, drogas que aumentam a sonolência e a necessidade de oxigenoterapia (BELATTI, 1995).

A dor como complicação, relacionou-se significativamente com oxigenoterapia, considerando que os pacientes que apresentam dor, têm maior consumo de oxigênio e recebem muitas vezes medicações opióides aumentando a sonolência e a oferta por oxigênio. Assim como dor e curativo estão relacionados à constrição provocada pelo curativo oclusivo, aumentando a dor ou ainda a necessidade de refazer o mesmo em determinados tipos de cirurgia que exigem intervenção analgésica, como por exemplo, a prostatectomia radical (SILVA, 2008).

A agitação e ansiedade são, na maioria das vezes, decorrente da dor, da urgência urinária, da distensão abdominal, do frio relacionado ao torpor e ao acordar da anestesia. Essa agitação é bem maior quando o paciente é idoso, ele deve ter cuidados especiais como à utilização de cintos e grades elevadas para a sua segurança dentro da SRPA (SILVA, 2008).

Esse paciente devido à dor, muitas vezes tem períodos de ansiedade e agitação pós-operatória. Essa agitação e ansiedade respondem significativamente quando a intervenção do enfermeiro é aquela estabelecida pela unidade como rotina, isto é, monitorização dos sinais vitais, oximetria de pulso, aquecimento, grades elevadas, administração de medicamentos prescritos (SILVA, 2008).

A dor aguda pós-operatória apresenta grande influencia na evolução dos pacientes cirúrgicos. Mobilização precoce, menor tempo de hospitalização, diminuição de custos e maior satisfação são resultados do adequado manuseio da dor. Há uma tendência ao surgimento de serviços especializados no tratamento da dor pós-operatória (GOMES; EVANGELISTA; MENDES, 2003).

A dor é um sintoma subjetivo em que o paciente exibe uma sensação de desconforto. A estimulação ou traumas de determinadas terminações

nervosas, em consequência da cirurgia, provocam a dor, Quando os pacientes despertam da anestesia geral, a sensação de dor fica proeminente. A dor incisional aguda faz com que os pacientes fiquem agitados e pode ser responsável por alterações nos sinais vitais. A avaliação do desconforto do paciente e a avaliação da dor são funções essenciais da enfermagem. Além de monitorar o estado fisiológico do paciente e de controlar a dor, o enfermeiro da Sala de Recuperação Pós-Anestésica-SRPA fornece apoio psicológico em um esforço para aliviar os medos e preocupações do paciente (POSSARI, 2006; HUTTEL, 1998; CRAVEN, 2006).

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com o dano real ou potencial. É um fenômeno freqüente no pós-operatório e pode resultar em sofrimento e riscos desnecessários ao paciente. O conceito de que a dor pós-operatória é normal e esperada, associada à falta de conhecimento da fisiologia da dor e da farmacologia dos analgésicos faz com que a atenção da equipe esteja voltada a outras complicações pós-operatórias do que ao sintoma que mais incomoda o paciente: a dor (ARARUNA; RODRIGUES; SILVA; SILVA, 2009).

O fornecimento das informações referentes ao período intra-operatório do paciente é realizado adequadamente pelo anestesista e em alguns momentos pelo circulante da sala, dando ênfase na analgesia feita na sala de cirurgia e nos cuidados com os efeitos anestésicos. Estas informações precisam ser fornecidas à admissão na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA, pois a incidência de complicações no pós-operatório imediato está associada a condições clínicas pré-operatórias, tipo de cirurgia e anestesia. A prevenção de complicações neste período promove rápida convalescença, evita infecções hospitalares, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente (POSSARI, 2003).

Na primeira hora da recuperação pós-anestésica são comuns alterações na função neurológica como agitação e tremores. As causas mais comuns estão associadas à dor, disfunção respiratória, distensão gástrica ou

urinária, desequilíbrio eletrolítico, abuso de drogas e fatores psicológicos persistentes. Normalmente estas alterações são resolvidas com passar do tempo de recuperação e tratamento dos fatores contributivos (HOFFER, 1997).

Conforme Tanaka (2003), o uso da linguagem técnica da área da saúde, usada inadvertidamente no tratar com o paciente, causa imagens fantasiosas em relação à sua patologia e ao procedimento cirúrgico, gerando confusão e ansiedade. Ainda, segundo a mesma autora, foi realizado um trabalho, envolvendo a percepção do paciente frente a sua cirurgia, onde foi mostrado que os sentimentos que norteavam o paciente eram vários (ansiedade, medo, esperança), “no entanto, a atuação da equipe de enfermagem frente a estas questões poderia amenizar esta fase problemática”.

Não devemos buscar na ciência condições que nos levem a praticar a moral e a política de um homem de bem que preserva o ser humano, mas dentro de nós mesmos e de nossas crenças e valores (MUSSI).

4.5 Planejamento para efetividade da assistência no pós-operatório

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que, por meio de um método e estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e a implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (DANIEL, 1979).

O planejamento dos cuidados de enfermagem é feito de acordo com as necessidades individuais dos pacientes durante o período de Recuperação Pós-Anestésica e as características específicas de cada procedimento cirúrgico e anestésico. Portanto, sistematizar a assistência significa individualizar,

humanizar e respaldar as ações da enfermagem (FERRAZ, 1980; ODOM, 1997; GHELLERE, 1993; SOBECC, 2001).

Endossando essa questão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Domingues (1998) ressaltou que é importante adotar a sistematização da assistência de enfermagem, mas para tanto é necessário criar condições que possibilitem efetivar as anotações dos cuidados realizados.

A utilização de um instrumento desse tipo facilita o preenchimento dos dados do paciente, os quais são registrados com maior rapidez, permitindo uma avaliação racionalizada das suas condições físicas. Conseqüentemente, isso fará com que a assistência de enfermagem na RPA torne-se mais próxima do paciente e humanizada (POSSO 1975).

O enfermeiro responsável pela RPA deve sistematizar o registro das informações, mantendo vínculo ativo com os profissionais da saúde, além de oferecer à equipe de enfermagem condições para atuar junto ao paciente de maneira efetiva, planejada e segura (GUIDO, 1995).

O planejamento da assistência é de suma importância na recuperação do paciente e na prevenção de complicações pós-operatórias. A fase de recuperação pós-anestésica é crítica e requer atenção e vigilância constante sobre os pacientes, pois nesse período podem ocorrer complicações à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e ao próprio ato cirúrgico (SILVA, 1982).

Não é possível atuar tão efetivamente na assistência de enfermagem esquecendo-se do “ser humano” e Carraro (1997) chama à atenção ao que, é muito importante aliar os conhecimentos técnico-científicos à humanização da assistência, contribuindo assim para que a situação cirúrgica transcorra de forma mais harmônica, menos estressante e, como conseqüência, apresente menos riscos e complicações.

Apenas pela interação de compartilhar, de reconhecer a experiência humana que é exclusiva a cada um de nós, porém também compartilhada, podemos realmente entrar em uma prática de enfermagem humanística

(PRAEGER & HOGARTH, 1993).

A preocupação com a humanização no Brasil inicia-se no final da década de 1980, com elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de esforços de grupos de profissionais e movimentos populares de saúde lutando por uma política de saúde com qualidade (OLIVEIRA, 2007).

A palavra humanização passa a ser usada para nomear diversas iniciativas e possui diferentes sentidos, porém na saúde adotou-se como significado que a humanização é um processo de transformação de cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovem boas condições de trabalho e qualidade no atendimento (OLIVEIRA, 2007).

A humanização tornou-se tão relevante para as transformações necessárias ao desenvolvimento do setor público da saúde, que o Ministério da Saúde criou a política nacional de humanização. Implementar gestão descentralizada e participativa, aplicar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, organizar a atenção e a oferta de cuidados com métodos e instrumentos de orientação para o trabalho, propiciar participação e valorização dos trabalhadores envolvidos no processo, assegurar direitos dos pacientes e familiares, promoção à saúde no âmbito hospitalar, adequar áreas físicas, qualificação e otimização de instrumentos sistemáticos de avaliação (RIOS, 2009).

O ato de humanizar significa tornar humano, dar condições humanas ao homem, não de forma técnica mecanizada e sim num processo vivencial. Esta assistência necessita ser realizada de forma planejada, continuada e individualizada, de maneira que forneça segurança e diminuição do trauma cirúrgico para o paciente (BELLUOMINI, 2003).

O Enfermeiro possibilita diminuir o medo, a angústia e a insegurança que o paciente apresenta nos momentos finais que antecedem a cirurgia, permitindo uma assistência individualizada e diferenciada. Para isso,

deve-se ter o cuidado de, ao fazer as orientações, buscar uma linguagem que se aproxime da realidade sócio-cultural do paciente, a fim de promover interação e segurança (TANAKA, 2003).

A percepção do paciente em estar sendo bem ou mal cuidado depende muito do comportamento dos profissionais. Por isso é importante estimular o paciente a expressar sentimentos, expectativas e relatar experiências anteriores - dele ou dos familiares – relacionadas à situação do momento e que podem, inclusive, influenciar no seu tratamento. A experiência tem mostrado que o paciente bem informado tende a se sentir mais seguro e colaborar no processo de cuidar. Isso implica que o profissional de Saúde lhe passe informações corretas e seguras sobre seu tratamento e sobre os acontecimentos e procedimentos a que será submetido (GIORDANI, 2008).

Em caso de internação, a família também deve ser esclarecida sobre os acontecimentos de modo a sentir menos angustiada e ansiosa, a compreender bem a situação real e prestar o necessário apoio ao parente enfermo e à equipe cuidadora. Enxergar as angústias e ansiedades da família faz parte de um atendimento de qualidade, humanizado, portanto, os profissionais de Saúde devem saber conduzir situações de estresse e sofrimento contribuindo para amenizá-las pela atenção cordial e responsável, dirimindo dúvidas de forma clara e respeitosa para todos. Isso é primordial (GIORDANI, 2008).

Vila; Rossi (2002) refere-se quanto à humanização, que deve fazer parte da filosofia da enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana.

O enfermeiro é o ponto de equilíbrio e de sustentação da SRPA. É ele que está mais próximo do paciente e da família. É necessário que o enfermeiro tenha uma atenção especial com o paciente cirúrgico, no intuito de

traçar um caminho que permita descobrir o problema real e a demanda de ajuda que ele necessita (REZENDE, 1998).

4.6 A percepção do enfermeiro na visita pré-operatória

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), é um processo interativo que tem por objetivo promover, manter e recuperar a saúde do paciente e de sua família, e deve ser desenvolvida por um enfermeiro com conhecimentos técnicos e científicos. Ele promove e recupera a integridade e a plenitude bio-psico-espiritual do paciente, envolvendo sentimentos, emoções, comprometimento, ética e comunicação. É uma troca de experiências entre enfermeiro e paciente (GRITTEM, 2007).

A sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP é um tema relevante na enfermagem, apesar da escassez de estudos na literatura nacional. A implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem, deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado. Esse método deve facilitar a prestação da assistência ao cliente como um ser único, com sentimentos e necessidades únicas, com a sua anestesia e sua cirurgia, permitindo uma participação ativa e tendo como objetivo principal à visão do ser humano (PICCOLI, 2001).

Para proporcionar assistência integral e individualizada, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) deve estar aliada a um marco conceitual em todas as fases, com envolvimento dos familiares, possibilitando ainda, a identificação dos diagnósticos e a implementação de um plano de cuidados durante o procedimento cirúrgico em continuidade à assistência iniciada no pré-operatório. É de fundamental importância a sistematização como forma de integração da equipe multidisciplinar com o paciente e a família, com diminuição de suas ansiedades e este passará a se integrar de forma participativa em todo processo (PICCOLI, 2004).

A SAEP abrange três fases da experiência cirúrgica, o pré-operatório mediato e imediato, intra ou trans-operatório e pós-operatório mediato e imediato. Definem-se como pré-operatório mediato o período que se inicia na indicação cirúrgica e internação do paciente até a véspera de sua realização e mais o pré-operatório imediato às 24 horas que antecedem a cirurgia até a admissão do paciente no Centro Cirúrgico. O trans ou intra-operatório é o período compreendido desde a admissão do paciente no Centro Cirúrgico até a entrada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) imediata; o pós-operatório imediato da entrada do paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) imediata até a alta para a clínica de origem e o pós-operatório mediato da recuperação do paciente na clínica de origem até a alta hospitalar (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

A visita pré-operatória de enfermagem consiste no primeiro passo para a sistematização dessa assistência. O processo de enfermagem é aplicado em todo perioperatório, para garantir a satisfação das necessidades físicas e emocionais do paciente, para aumentar sua capacidade de superar o traumatismo da cirurgia e retornar rapidamente a um estado de bem estar. É um importante elo da comunicação afetiva entre o profissional enfermeiro e o paciente, permitindo ao enfermeiro uma assistência de forma sistematizada e contínua, buscando respeitar o paciente como uma pessoa dotada de valores, experiências e expectativas (BUENO; NORONHA; ARAÚJO, 2002).

De acordo com os autores citados anteriormente, por meio desta etapa, o enfermeiro deve coletar informações a respeito do paciente e identificar suas necessidades, para tornar a assistência de enfermagem perioperatória individualizada e eficaz; auxiliar o enfermeiro no planejamento e implementação da assistência, a fim de proporcionar ao paciente uma recuperação mais rápida e eficiente, minimizando os riscos de complicações no pós-operatório.

As fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória compreendem a coleta de dados, planejamento e prescrição de assistência, prescrição e evolução de enfermagem; a implementação dos

planos de cuidados deve envolver os elementos da equipe de enfermagem envolvidos na prestação de assistência ao paciente; prever, prover, controlar o uso adequados de artigos e equipamentos proporcionando ambiente seguro. A assistência prestada deve ser avaliada, tendo como base os conceitos de fisiologia, anatomia, humanização e a opinião manifestada pelo paciente e pela família, nesta avaliação permite-se à correção se necessária de deficiência na assistência prestada no período perioperatório (SOBECC, 2001).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é, sem dúvida, o alicerce que dá sustentação às ações de enfermagem no Centro Cirúrgico atualmente, além de criar maior interação da assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório. A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória deve ser planejada rigorosamente pelos enfermeiros perioperatórios, com um instrumento adequado à realidade da instituição, para que realmente atenda a seus objetivos e não resulte em mais dificuldades para o desempenho das atividades do profissional (SOBECC, 2005).

Como o foco principal da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória está centrado no paciente e nas intervenções para atender as suas necessidades, esta metodologia permite, desde que respaldada por filosofia institucional, dar continuidade à assistência ao paciente mesmo após a alta, como é o caso daqueles submetidos às cirurgias ambulatoriais (SOBECC, 2003).

A assistência ao paciente no período trans-operatório, ou seja, o período que compreende a recepção do paciente no Centro Cirúrgico, até o seu encaminhamento para a sala de recuperação pós-anestésica. O enfermeiro, por meio de intervenções de enfermagem efetivas, poderá minimizar os riscos decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico. No período pós-operatório, e a equipe de enfermagem necessita estar preparada para possíveis complicações que possam ocorrer ao paciente nesse período (GALVÃO et al, 2002).

A complexidade de ações e a inter-relação das fases da experiência cirúrgica do paciente que justificam a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e a utilização de conhecimento científico para esse embasamento. Nesse cenário, entendemos que o processo de enfermagem pode ser empregado como metodologia assistencial pelo enfermeiro para o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem necessários ao paciente cirúrgico (GALVÃO; et al, 2002).

A Assistência de Enfermagem ao paciente no período trans-operatório é relativa ao desenvolvimento das ações de enfermagem já planejadas e implementadas, desde a recepção do paciente na unidade de centro cirúrgico, até a saída deste para a sala de recuperação pós-anestésica. Esta fase compreende uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e só pode ser realizado com a devida efetivação da primeira fase, o que consiste na visita pré-operatória, onde o enfermeiro coleta dados por meio da visita ao paciente, consulta no prontuário e também busca informações com outros profissionais da equipe de saúde. Ou seja, realiza a avaliação pré-operatória, identificação dos problemas ou diagnósticos de enfermagem e elaboração dos planos de cuidados (MAIA; NASCIMENTO; GERARDINI, 2006).

Do enfermeiro perioperatório é esperado que seja competente tecnicamente, demonstre julgamentos independentes e tenha habilidade para a tomada de decisão. Assim, esse profissional deve ser capaz de analisar dados de pesquisa e utilizar os seus resultados para proporcionar assistência de enfermagem, com resultados positivos para o cliente, ou seja, necessita de conhecimento científico para empregar na prática profissional. Para tanto, esse profissional precisa compreender o processo de pesquisa e de investigação sistemática dos problemas da prática (GALVÃO et al 2002).

Isso nos leva a refletir na atenção ao cuidado e no ato de cuidar de humano, levando-o a entender e a sentir-se como ser humano que é, com sentimentos, medos, dores, apegos familiares, religiosidade e a estar sempre

direcionado a proporcionar melhor qualidade de vida ao nosso paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço da ciência tem levado o ser humano a uma assistência mais humanizada. A abordagem do cuidado humanizado com a inclusão dos familiares é uma preocupação de toda a equipe de saúde, em especial do enfermeiro.

Com a inclusão da família no processo de recuperação do paciente nota-se que há uma redução de ansiedade permitindo uma espera com menos incertezas.

Nesse trabalho voltado para a humanização concluí-se que o paciente quando recebe o apoio emocional do enfermeiro tem uma recuperação mais tranqüila e rápida.

A assistência de enfermagem no período perioperatório demanda do enfermeiro da Unidade de Recuperação pós-anestésica (URPA/SRPA) uma visão integrada e continuada das necessidades básicas afetadas dessa pessoa e de sua família.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é praticada nos períodos pré-operatório imediato, trans operatório e pós-operatório imediato.

Desta forma sub-entende-se que para o êxito da assistência de enfermagem nas três instancias do processo anestésico-cirúrgico e necessário esforço e comprometimento da equipe, resultando num atendimento humanizado e com qualidade de vida para o paciente.

DISCUSSÃO BIBLIOGRÁFICA

DRAIN & SHIPLEY (1981) citam que o objetivo básico da sala de recuperação é a avaliação crítica dos pacientes em pós operatório com ênfase na previsão e prevenção de complicações que resultam da anestesia ou do procedimento cirúrgico.

Aldrete e Kroulik, segundo João Francisco Possari (3ª Ed., 2007), desenvolveram um método simples e essencialmente clínico, baseado no registro de APGAR, para avaliação de cinco parâmetros: atividade motora, respiração, circulação, consciência e cor, independentemente do sexo, idade e tipo de anestesia. Com o advento do oxímetro de pulso, Aldrete modificou sua tabela, substituindo a coloração pela saturação de oxigênio.

Silva, Débora Cristina Pinto, (30/05/2008) em sua tese, acredita que a segurança do paciente na sala de recuperação pós-anestésica depende não só de equipamentos e recursos tecnológicos, mas de recursos humanos, que desenvolvam procedimentos e intervenções de enfermagem, pautado em conhecimento prático e científico, evitando assim, a ocorrência de eventos adversos e complicações decorrentes da alta complexidade inerente ao processo anestésico cirúrgico.

Gorayb, Souza, Caldeira 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.

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

Horta, Wanda, encontrou no processo de enfermagem a dinâmica para as ações sistematizadas e inter-relacionadas para obtenção da assistência ao ser humano.

A assistência de enfermagem ao paciente no período perioperatório demanda do enfermeiro do centro cirúrgico uma visão integral e continuada das

necessidades básicas afetadas dessa pessoa e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a reequilibrar essas necessidades, preparando-os para o entendimento de seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à recepção no bloco cirúrgico - (CAMPOS; et al 2000).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória deve ser realizada para todo paciente que for submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico será avaliado pelo enfermeiro de centro cirúrgico com a aplicação da sistematização, que deverá ser desenvolvida dentro das regras da Sistematização da Assistência de Enfermagem, porém com um enfoque específico ao paciente cirúrgico (SOBECC, 2001).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é recomendada pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material de Esterilização. Esta sociedade define que a enfermagem perioperatória é praticada nos períodos pré-operatório imediato, trans operatório e pós-operatório imediato da experiência cirúrgica do paciente. Engloba coleta de dados, análise e priorização da ação a ser implementada no trans operatório e no pós-operatório imediato e avaliação do alcance dos cuidados prestados ao paciente (SOBECC, 2001).

Levantar e analisar as necessidades individuais do paciente a ser submetido ao ato anestésico-cirúrgico; implementar uma assistência de enfermagem integral, individualizada, contínua, documentada, participativa e avaliada tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico; avaliar a assistência de enfermagem prestada no período perioperatório, diminuindo os riscos a que o paciente cirúrgico está sujeito (SOBECC, 2001).

As intervenções cirúrgicas devem possibilitar o retorno do paciente à unidade de origem, na melhor condição possível em termos de integridade física, funcional e emocional. É função do enfermeiro do centro cirúrgico proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais e visando assistência

integral, ensino e pesquisa (FERRAZ; et al, 1998).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, desde janeiro de 2000, tornou-se obrigatória em todo Estado de São Paulo, de acordo com a decisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP)(DIR/008/99). Obrigatoriamente trouxe novas responsabilidades para os hospitais, embora alguns não saibam como implantar este sistema (COREN-SP, 1999).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória é um tema relevante na enfermagem, apesar da escassez de estudo na literatura nacional. A implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado. Esse método deve facilitar a prestação da assistência ao paciente como um ser único, com sentimentos e necessidades únicas com a sua anestesia e a sua cirurgia, permitindo uma participação ativa e tendo como objetivo principal a visão global do ser humano (PICOLLI; GALVÃO, 2000).

(SMELTZER e BARE, 1993), dizem que a experiência da doença-cirurgia-prognóstico precipita sentimentos e reações estressantes para o paciente e a família, pelo ato anestésico-cirúrgico, pelo medo do desconhecido e pelas dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação, tornando-os então, vulneráveis e dependentes.

(AMORIM 1979) nos diz que o enfermeiro é quem está mais apto para ouvir e compreender, bem como “assumir livremente a responsabilidade de fazer um enfoque integral, em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais”.

REFERÊNCIAS

AFONSO MSM. Condicionamento de ar em salas de operação e controle de infecção: uma revisão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v 08, n.01, p. 134-143, 2006. [acesso em Outubro/2009] Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_01.htm

ALMEIDA, MCP; ROCHA, USY. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986

ALVES, JBR. **Cirurgia Geral e Especializada**. Ed. Veja BH, 1974, vols. De I à VIII; Lições de Cirurgia (Andy Petroianu) Editora Interlivros.

ARAÚJO, I. E. M.; NORONHA, R. Comunicação em enfermagem: visita pré-operatória de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.11, n.2, p.35-46. 1998.

BASSO RS; PICCOLI M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n.03, p.309-323, 2004 [acesso em Setembro 2009] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>

BAGGIO MA; TEIXEIRA A; PORTELLA MR. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2001: 22(1): 122-139

BELLUOMINI, AS. Ser paciente no pré-operatório imediato. In: **Anais do 5º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico**; 2001; São Paulo. Goiânia: UCG; 2000 p.31

BOFF, L **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Ed. Vozes. 1999.

BOGOSSIAN L. **Manual de Pré e Pós-operatório**. Dois ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995

BUENO M; NORONHA R; ARAÚJO IEM. Visita pré-operatória de enfermagem: aplicação de instrumento e apreciação dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2002 15(4): 45-54

CAMPOS SMCL, Ayres Já, Olbrich SRLR, Sistemática da Assistência de Enfermagem Perioperatória – percepção de enfermagem assistenciais. **Rev. SOBECC**, SP 2000, out/dez 5(4): 21 – 25

CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G. Assistência de enfermagem perioperatória - um modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.24, n.3, p.359-370. 1990.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-SP) – Decisão 008 de 19 de outubro de 1999(DIR/008/1999). **Normatiza a SAE nas Instituições de Saúde no Estado de São Paulo**. SP, COREN-SP, 1999

DRAIN; SHIPLEY. **Enfermagem na Sala de Recuperação**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. Cap.14.

FERRAZ, SB, TAKESHITA CT, AZEVEDO OS, **Rev. SOBECC**, São Paulo, 1998, out/dez 3(4): 27 – 29

GALDEANO, L.E. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.2, p. 199-206, 2003.

GALVÃO CM; SAWADA NO; ROSSI LA. A prática baseada em evidências: Considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, set/out 2002 [acesso em Outubro 2009] Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlaenf/>

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, São Paulo; Difusão Editora, 2008 p.42

GORAYB, SBS, SOUZA MCM, Caldeira SM. Rotinas e Cuidados de Vigilância na Sala de Recuperação Anestésica. **Revista Paulista de Enfermagem**, 1991(nº especial) 19 – 24

GRAZZIANO, E.S.; BIANCHI, E. R. F. Nível de ansiedade de clientes submetidos à cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 168-174, 2004.

HORTA, WA. **Processo de Enfermagem**. São Paulo. EPU; 197917ª reimpressão, 2007.

JOUCLAS, V. M. G.; SALZANO, S. D. T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.25, n.1, p.05-16. 1991.

MAIA, LFS. **Confraria dos Poetas, uma antologia**. Confraria dos Poetas É Paulo, 2007, maio; 1: 98 – 107

MAIA, LFS; NASCIMENTO, EB; GERARDINI V. O avanço tecnológico e o cuidado humanizado em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, 2006, jul/set. 11(3): 26-31

Maia, LFS. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: uma revisão de literatura**. Enfermagem, São Paulo, outubro 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com> Acesso em: 01/09/2009.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Política nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério de Saúde, 2004, p. 10

MUSSI, FC. Confortamos? Lidamos com o ser humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Revista da Escola de Enfermagem – USP** 1999 jun: 33(2): 113-122

PATERSON, J; ZDERAD, L. **Humanistic nursing**. Nova York: National L for nursing, 1998.eangue

PRAEGER, SG; HOGART, C. **Teorias de enfermagem: Fundamentos para a prática assistencial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

PELLIZZTTI N, BIANCHIERF. Visita pré-operatória de enfermagem: análise retrospectiva. **Revista SOBECC**; 4(1): 24-281999
PENICHE ACG. Abrangência da atuação do enfermeiro em sala de recuperação pós-anestésica como perspectiva de melhor assistência no

período perioperatório. **Revista da Escola de Enfermagem USP** 1995; 29(1): 83-90

PICOLLI M, Galvão CM. **Enfermagem Perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine**, Cascavel: Ed. Edumoest; 2004.

POSSARI JF. **Assistência de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica (SRPA)** São Paulo: látria; 2003

POSSARI, João Francisco. **Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)**. 3ªEd. São Paulo, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO-SOBECC, **Práticas Recomendadas**. São Paulo, 2001, 1ª ed. p.34.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO-SOBECC, **Práticas Recomendadas**. São Paulo, 2003, 2ª Ed. p. 59-60

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO-SOBECC, **Práticas Recomendadas**. São Paulo, 2005, 3ª Ed. p.96-102

PUPULIM, J.S.L.; SAWADA, N.O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 433-438, 2002.

REZENDE, SMFS; CHIANKO TCM. Relacionamento da equipe de enfermagem com o paciente. **Revista SOBECC** 1998 out/dez; 3(4): 20-26

RIOS, Izabel Cristina, **Caminhos da Humanização em saúde**, SP, Áurea Editora, 2009.

SABISTON, DCJ. Tratado de cirurgia: **As bases biológicas da prática cirúrgica moderna**. V.01, 15 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 1999

SALZANO, S. D. T. **Instrumento de comunicação de enfermagem**. São Paulo, 1982, 102p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

SAWADA, N. O. A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, (nº esp.), p.420-425.1991.

SILVA, Débora Cristina Pinto, **Segurança do Paciente no período pós-operatório imediato na sala da recuperação pós-anestésica**. São Paulo, 2008.

SILVA MAA; RODRIGUES AL; CESARETTI IUR. **O ambiente de Centro Cirúrgico**. In: Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico. Dois ed. São Paulo: EPU 1997

SILVA, RF. A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, 1996 jul/dez; 5(2); 296-298

SILVA, Débora Cristina Pinto, **Segurança do Paciente no período pós-operatório imediato na sala da recuperação pós-anestésica**. São Paulo, 2008.

SMELTZER, SC e BARE, BG. BRUNNER e SUDDARTH – **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 1999. Cap. 10. P. 103-114.

TANAKA, LH. Assistência de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca: percepção dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. **Revista Nursing**, v.65, n.6, Outubro 2003 p. 21.

ZAGO, MMF; CASAGRANDE, LDRA. Comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente. A influência Cultura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 1997 out: 5(4): 67-74