

JANAINA DOS SANTOS VAL

**HUMANIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

ASSIS

2012

HUMANIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Trabalho de Conclusão de Curso –
TCC, apresentado ao Curso de
Enfermagem do Instituto Municipal de
Ensino Superior de Assis – IMESA e a
Fundação Educacional do Município
de Assis – FEMA, como requisito
parcial à obtenção do Certificado de
Conclusão.

Orientanda: Janaína dos Santos Val

Orientador: Prof. Mestre João Henrique
dos Santos

ASSIS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

VAL, Janaína dos Santos.

Humanização do Enfermeiro na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Janaína dos Santos Val. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2012.

Nº p. 42

Orientador: Prof. Mestre João Henrique dos Santos.
Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA.

1. Humanização, 2. Sala de Recuperação Pós-Anestésica, 3. Família, 4. Paciente, 5. Procedimento Cirúrgico.

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

HUMANIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

JANAINA DOS SANTOS VAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Municipal
de Ensino Superior de Assis,
como requisito do Curso de
Graduação, analisado pela
seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof. Mestre João Henrique dos Santos

Analisador (1): _____

Assis
2012

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus em primeiro lugar, por Ele me fazer vencer em mais esta etapa da minha vida e ter me dado condições de fazer esse curso, pois sem Ele não estaria nesta fase tão conquistada, aos meus Pais Roberto e Lídia, ao meu Irmão Robertinho, minha família inteira e todos os verdadeiros amigos e amigas de faculdade, pois foram com eles que passei os melhores anos da minha vida, dividimos tristezas, lágrimas, sorrisos, gargalhadas, lanches, aprendizados e a convivência que tanto auxiliou no meu amadurecimento nesses quatro anos de muita dedicação. Dedico a minha melhor amiga Cristiane Rodrigues, companheira e confidente, sempre me apoiando e buscando compreender minhas idéias e escolhas, acreditou nos meus projetos, principalmente quando nem eu mais acreditava que conseguiria vencer. Dedico também a cada Professor, seja do estágio e da teoria, que pode cooperar com meu aprendizado, também sem eles eu não estaria aqui, conquistando mais uma etapa da minha vida. Ao meu Orientador João Henrique, pois, foi ele que me deu a condução nos primeiros passos essenciais para a minha formação. Dedico também aos pacientes que cooperaram com minha formação, me deixando realizar cada procedimento que era necessário. Enfim, dedico a todos os estudantes de enfermagem que amam a humanização, pois, sem ela não tem enfermeiros aptos a realizar qualquer procedimento, entretanto, não devemos olhar somente a enfermidade do paciente e sim olhar qualquer ser humano como um todo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar por mais uma etapa vencida em minha vida, e pelos sonhos que ainda há de se cumprir. Agradeço a ti meu Senhor Jesus por nunca me esquecer mesmo em meio aos desertos. A minha melhor amiga Cristiane Rodrigues, companheira e confidente. Minha incentivadora, sempre me apoiando e buscando compreender minhas idéias e escolhas, acreditou nos meus projetos, principalmente quando nem eu mais acreditava que conseguiria vencer. A meus pais Roberto e Lidia, e ao meu irmão Robertinho, pois eles são meu alicerce, meu porto seguro, de onde recebi apoio incondicional. Os primeiros a sonhar tudo isso, agradeço por eles acreditarem sempre no meu potencial e que um dia eu ia conseguir vencer. Minha eterna gratidão ao meu Professor de estágio Salviano, que me ajudou muito durante a etapa do estágio, mesmo em meio tantas dificuldades, sempre segurando na minha mão e me apoiando em cada procedimento realizado, a minha Professora Elizete (Dedé), que no meu pré-projeto me apoiou muito e segurou em minha mão em meio de tantos medos pra enfrentar esse trabalho. Ao meu Orientador João Henrique, agradeço a condução nos primeiros passos essenciais para a minha formação. Grata sempre pela confiança, o carinho, enfim, por compreender e incentivar a realização desse trabalho. À minha querida turma de faculdade (exceto alguns), pela diversão, pelo aprendizado, pela convivência que tanto auxiliou no meu amadurecimento nesses quatro anos de muita dedicação. A todas as minhas amigas de verdade que durante esses anos de faculdade foram minha segunda família, dividindo gargalhadas, sonhos e lágrimas. Aos pacientes que cooperaram com minha formação, acreditando em cada procedimento que eu pude realizar, a minha imensa gratidão. Enfim, a todos meu muitíssimo obrigado e que Deus possa abençoá-los infinitamente.

Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!

Angélica Tavares

RESUMO

A humanização do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica é essencial para um pós-operatório bem sucedido, ou seja, visar o paciente como um todo. Tudo que é realizado com dedicação se torna mais favorável para cada procedimento cirúrgico e para o paciente. A equipe multiprofissional tem o dever de trabalhar com uma dedicação excelente, para satisfazer o paciente e a família.

Palavras chaves: Humanização, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Família, Paciente, Procedimento Cirúrgico.

ABSTRACT

Humanization of the nurse in the recovery room post-anesthesia is essential for a successful post-operative, or seek the patient as a whole. All that is performed with dedication becomes more favorable for each surgical procedure and the patient. A multidisciplinary team is required to work with an outstanding dedication to meet the patient and family.

Keywords: Humanization, Recovery Room Post-Anesthetic, Family, Patient, Surgical Procedure.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Salas de Recuperação Pós Anestésicas e o Papel do enfermeiro	13
3. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica	16
4. A Sala de Recuperação Pós Anestésica (S.R.P.A)	19
5. Humanizações da Saúde e do Cuidado	21
6. Assistências de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA)	29
7. Planejamento da Assistência de Enfermagem no Período Pós-Operatório..	33
8. Avaliações das Condições de Recuperação do Paciente	37
9. Tempo de Permanência do Paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica	39
10. Considerações Finais	40
11. Referências Bibliográficas	41
12. Referência Eletrônica	42

1. INTRODUÇÃO

A humanização nos hospitais surge para que se possa pensar sobre nossas práticas de enfermagem no dia a dia de trabalho. Não é necessário o hospital adquirir equipamentos modernos para uma assistência humanizada, colocar estruturas modernas para o cuidado de saúde se o enfermeiro não estiver preparado para uma boa assistência de necessidades aos pacientes. Na enfermagem, o aspecto humano dos cuidados é um dos meios mais difíceis de ser implantados. A rotina diária envolve ambientes variados que faz com que os membros da nossa equipe esquece-se de conversar, ouvir e tocar em nossos pacientes de uma forma humanizada. O profissional de enfermagem deve ter condições de exercer uma técnica boa. Quando os profissionais de enfermagem se deparam com certas situações como solidariedade, caridade e fraternidade, estes sim serão lembrados para sempre na vida dos pacientes. Os recursos materiais e tecnológicos e o ambiente de trabalho são muito importantes, mas não mais significativo do que a essência humanizada. Essa essência irá nos conduzir nas ações e nos pensamentos da equipe de enfermagem, tornando-se capaz de construir uma realidade totalmente humana, menos agressiva para as pessoas que vivem dia a dia no ambiente de saúde. A partir do amparo dos princípios pré-determinados, a humanização do atendimento em saúde subsidia a integralidade do paciente como um todo, a equidade e o envolvimento do paciente, além de favorecer a valorização do profissional e do paciente. A assistência humanizada também veio para substituir aquele cuidado frio, de dor, angustias, medos e de indiferenças ao ser humano. A palavra humanização é resgatar a importância dos aspectos emocionais, acolherem o desconhecido, respeitar o ser humano e reconhecer os limites do outro. Humanização é colocar a razão e o coração em uma única sintonia, aonde a tarefa desenvolvida seja realizada de uma maneira integral e responsável, aonde ouvir as palavras e muitas vezes o silêncio é uma prática que exige bastante paciência e dedicação integral do paciente. A assistência humanizada pode-se dizer que é resgatar o respeito de todos os seres humanos, sendo assim sempre levando em conta seus limites e diferenças.

Quando o nosso corpo fica fragilizado, ele não sabe que tem que ir ao hospital, ele vai como uma pessoa de sentimentos, esperando um atendimento humanizado na internação, sendo assim recebendo afeto, apoio e tudo que ele espera e necessita neste momento. Uma boa humanização feita com qualidade faz com que haja uma melhora maior na qualidade de vida do paciente, do bem físico, mental, psicológico e emocional.

Para MEZONO (1995, p. 276)

A humanização, não é apenas um conceito. É uma filosofia de ação solidária. É uma presença! É a mão estendida! É o silêncio que comunica! É a lágrima enxugada! É o sorriso que apóia! É a dúvida desfeita! É a confiança restabelecida! É a informação que esclarece! É o conforto na despedida!

Segundo Giordani 2008, p. 40, é através do corpo que a pessoa se sente fragilizada: a doença instala o estresse, aos próprios valores são questionados e as novas situações se apresentam à frente, por vezes agravando problemas anteriores.

Assistência humanizada de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, nada mais é do que ser um profissional com competências técnicas e científicas. É ser um profissional que preza a dor de cada paciente, é reconhecer e respeitar o paciente nas suas fraquezas pós-cirúrgicas, esclarecer o paciente quanto à cirurgia, os efeitos pós-anestésicos e também esclarecer a família quanto aos cuidados pós-operatórios, pois é a enfermagem que está ao lado atuando na prestação desses cuidados.

2. Salas de Recuperação Pós Anestésicas e o Papel do enfermeiro

Com base na bibliografia sobre humanização iremos destacar as origens do conceito que diz assim: há poucas décadas, o papel do enfermeiro na sala cirúrgica era meramente no sentido de auxiliar os demais profissionais durante a realização das mais diversas cirurgias. Hoje, mais do que nunca, o papel do enfermeiro não mais limita a um mero auxiliador, pois se tornou peça fundamental nos procedimentos pré e pós-operatórios, em especial, na elaboração de relatórios acerca das informações procedimentais e circunstanciais, bem como prestar assistência humana ao paciente, o que pode acarretar a prevenção em eventuais complicações pós operatórias.

Para tanto, a partir de 1980, foram criadas as SRPA – Salas de Recuperação Pós Anestésicas, que tem como função prevenir e detectar certas complicações relacionadas à cirurgia, sendo que são localizadas e salas adjacentes à sala cirúrgica, devendo possuir paredes claras, suaves e agradáveis, com ventilação direta, iluminação indireta, teto a prova de som, enfim, além dos equipamentos, o ambiente deve proporcionar um bem estar ao paciente.

O papel do enfermeiro na SRPA é assistir o paciente até a sua recuperação dos efeitos que a anestesia provoca, isto é, até que seus sinais vitais e suas funções motoras e sensitivas retornem ao nível normal.

O enfermeiro nesta sala tem como objetivo na prevenção de complicações pós-operatórias imediatas comuns, o tratamento de enfermagem e descrever os diagnósticos de enfermagem do pós-operatório.

Para tanto, são necessários diversos procedimentos desde a retirada do paciente da sala cirúrgica até a SRPA, como é descrito abaixo.

Inicialmente, o transporte do paciente da sala de cirurgia para a SRPA, o enfermeiro da equipe permanece na extremidade oposta e o anestesista na cabeceira da maca para manter as vias aéreas. Logo após a transferência do

paciente da mesa cirúrgica para a cama, todas as sondas, drenos e cateteres devem ser posicionados nos devidos lugares novamente.

Em seguida ao ser colocado na cama, o paciente deve ser coberto com cobertores leves. A cama deve ter grades laterais para a segurança do paciente.

Antes de receber qualquer paciente, deve observar o funcionamento correto dos aparelhos de monitoração e aspiração, equipamentos de oxigeno terapia e todos os outros mais.

Os fatores de avaliação inicial do paciente são os sinais vitais (PA, pulso, respiração temperatura), oximetria de pulso e nível de consciência. Também podem se avaliar a monitorização cardíaca, débito urinário e leituras de pressão.

Os sinais vitais são monitorados a cada 15 minutos, ou com maior frequência se as condições do paciente exigir. Quando o paciente é admitido na SRPA, os profissionais de enfermagem devem notificar sua chegada, para a informação do paciente aos familiares de sua evolução cirúrgicas e os possíveis atrasos que possa ocorrer durante a cirurgia.

Em geral, a enfermeira deve aconselhar os membros da família a permanecer na área de espera, para o cirurgião descrever a situação do paciente, os resultados da cirurgia e complicações que possam ter sido encontradas.

Na fase de recuperação pós-anestésica, requer atenção e vigilância, pois é uma fase critica, ou seja, é nela que podem ocorrer certas complicações conseqüentes à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e a própria cirurgia. O paciente fica vulnerável para as diversas complicações nesta fase.

Os conhecimentos das complicações são necessários para promover a rápida recuperação e evitar infecções hospitalar ao paciente.

Após serem submetidos à avaliação do enfermeiro e do anestesista para sua alta da SRPA, os sinais vitais devem estar dentro dos parâmetros, ou seja, padrão respiratório eficaz, presença de reflexos glossofaríngeos, retorno ao nível de consciência, mínimo de dor possível e ausência de sangramentos por sondas e drenos.

A náusea e o vômito são comuns na SRPA, a enfermeira deve intervir no primeiro relato de náuseas do paciente, para controlar o problema para que ele progrida até o vomito.

Muitos medicamentos estão disponíveis para o controle de náuseas e vômitos sem sedar demais o paciente, eles são administrados geralmente durante a cirurgia, por vias intravenosas ou intramusculares.

3. IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

No Brasil a obrigatoriedade da sala de recuperação pós-anestésica já fazia parte das previsões cirúrgicas desde 1977, pela portaria nº400 do Ministério da Saúde, mas foi estabelecida pelo Decreto Federal em 1993, com a resolução do CFM nº1363/93. Essa área deve ser composta por uma equipe de multiprofissionais como anestesiológista, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, treinada e habilitada para prestar cuidados de alta complexidade e individualizada para cada indivíduo. A SRPA localiza-se na planta física do CC, está equipada com saídas de oxigênio e vácuo, umidificador de O₂, extensões, aparelhos de monitorização cardiopulmonar, desfibrilador, material de consumo e as medicações. A SOBECC preconiza que os números de leitos sejam iguais aos números de sala de cirurgias. A assistência de enfermagem é prestada pelo técnico de enfermagem, somente não havendo enfermeiro fixo para esse serviço, pois ele é responsável pelo CC inteiro, ou seja, administração e assistências. O técnico de enfermagem faz os cuidados do paciente de acordo para cada situação do paciente. Para a admissão de cada paciente, ele age de uma maneira para garantir ao paciente conforto e segurança. O enfermeiro para isso, ele age de uma maneira que dê agilidade, verifica a funcionalidade de cada equipamento, repõe o material de consumo, roupas e medicações necessárias. Na SRPA, a primeira ação a ser cometida é a assistência de enfermagem, pois acontece na admissão de cada paciente, quando são passadas informações da cirurgia, como o período pré, intra e pós-operatório drogas utilizadas, estado total do paciente, sinais vitais, prescrições médicas e outras mais. O período intra-operatório do paciente é realizado pelo anestesiológista, em apenas alguns momentos pelo circulante da sala, dando ênfase nos cuidados com os efeitos anestésicos. A prevenção de complicações na SRPA promove rápida convalescença, economiza tempo, evita infecções hospitalares, reduz preocupações e gastos, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente. Nesse período, a ação direta é uma assistência essencial, tendo em vista um período crítico, por causa das alterações fisiológicas referente à anestesia. Nestas necessidades fisiológicas e de segurança, segundo Wanda

Horta, devem ser focadas os sinais gastrointestinais, circulatórios, renais, controle da dor, retorno sensor e das áreas afetadas pela anestesia, integridade da pele, balanço hídrico, eliminações e a proteção do paciente em relação aos medicamentos e queda. Assim que o efeito anestésico é metabolizado no organismo do paciente aparecem às necessidades de amor, auto-estima e de auto-realização. Quando o paciente está voltando da anestesia, as necessidades se afloram, e os profissionais atuam com o intuito de amenizá-las, através do cuidado individualizado, do afeto, do dialogo e do cuidado em si. Na SRPA é de muito valor a verificação dos sinais vitais, pois em alguns momentos estes não são registrados. Traldi relata que comparação entre os sinais vitais auxilia avaliar clinicamente o paciente, construindo um importante método para o acompanhamento de um diagnóstico. Frente aos parâmetros apresentados pelo paciente, o enfermeiro deve visar seu bem estar, e ter ações que promovem sua normalização. Outra forma para analisar a evolução do paciente na SRPA é o dialogo, analisando seu estado neurológico e retorno sensor motor afetada pela anestesia. Com isso, o dialogo sobre as náuseas, vômitos, presença de dor e eliminação vesical permite para a resolução de intercorrências que diminuem o risco de infecções e preserva a integridade da pele do paciente. Os drenos e curativos das incisões são visualizados freqüentemente e trocados quando necessários. A comunicação na assistência de enfermagem é fundamental, pois existem diversas formas de se comunicar, tais como a documentação, é a forma mais fácil de comunicação da equipe de saúde, pois promove a continuidade da assistência e serve como um registro legal dos cuidados fornecidos. Santos, Paula e Lima relatam que as anotações efetuadas pela enfermagem consistem-nos mais importantes instrumentos de prova da qualidade e de sua atuação, e mediante ao fato de que grande parte das informações inerentes ao cuidado do paciente é fornecida pela enfermagem, é indiscutível as necessidades de registros adequados e freqüentes no prontuário. Na teoria de Wanda de Aguiar Horta foi constituído os seguintes itens: identificação do paciente (nome, quarto/leito, registro, cirurgia realizada, diagnostico, pós-operatório, tipo de anestesia, anestesia e cirurgião), avaliação dos sinais vitais (temperatura, freqüência

cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial, escala de dor), depois vem o índice de Aldrete e Kroulick como prescrição médica, necessidades fisiológicas afetadas (avaliação do sistema neurológico, respiratório, cardiovascular, digestório, renal, tegumentar incluindo incisão cirúrgica), prescrição e anotação de enfermagem para a SRPA, controle de infusões, líquidos eliminados, glicosometria, além do registro da passagem de plantão (alergias, estados de vigílias, queixas, nível ventilatório, infusão, analgesias, curativos, drenos, sondas, diurese e pertences).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica, é localizado em diversas literaturas que propõe um calculo proporcional, ou seja, o numero de pessoal de enfermagem deve ser o mesmo em relação ao numero de pacientes dentro da sala de recuperação pós anestésica. Para uma desejada prestação da assistência de enfermagem aos pacientes na sala de recuperação pós anestésica, é imprescindível a quantidade de profissionais que irá compor a equipe, como também a qualidade de cada membro desta equipe irá possuir. A unidade sala de recuperação pós anestésica é composta por uma equipe multiprofissional por anestesiológicos, enfermeiro seja o chefe ou o assistencial, técnico e auxiliar de enfermagem, sendo assim, cada um deles com suas respectivas funções e competências.

Para melhor entendimento disto, apresento um quadro com um modelo para o calculo de funcionários de uma sala de recuperação pós anestésica com seis leitos.

Equipe	Critério	Período	Nº
Enfermeiro	01 para 05 leitos	Turno de Trabalho	01
Técnico de Enfermagem	01 para 03 leitos	Turno de Trabalho	02
Auxiliar de Enfermagem	01 para 05 leitos	Turno de Trabalho	01

Segundo Possari, (2003, p.99).

4. A Sala de Recuperação Pós Anestésica (S.R.P.A)

A sala de recuperação pós anestésica é o pós operatório imediato. Esta sala tem que estar situada no mesmo local das salas de cirurgias, ou seja, estar no mesmo andar, para ter fácil acesso e contar com a equipe profissional na assistência do pós operatório. As composições básicas da sala de recuperação pós anestésica são camas com grade, colchão térmico, painel de gases como O₂ e ar comprimido, aspirador a vácuo e portátil, monitores, oxímetros de pulso, aparelhos de PA não, invasivos, iluminação indireta, material básico para higiene e conforto do paciente, material de urgência como um carrinho de emergência, medicamentos como analgésicos e antitérmicos, materiais descartáveis para uso nos procedimentos de enfermagem, bandejas montadas tendo nela materiais para curativos, dissecação venosa, traqueostomia, passagem de intracath, drenagens, cateterização e entre outros.

A sala de recuperação pós anestésica deve ser no mínimo silenciosa, e ser quase os mesmo parâmetros das salas de cirurgias. As paredes, os pisos e a temperatura ideal deve ser em torno de 20 a 22°C, ter a sua luz própria e uma boa ventilação. Quando receber o paciente na sala de recuperação pós anestésica, o auxiliar ou técnico de enfermagem deve observar o estado geral do paciente como nível de consciência, sinais vitais, local da incisão cirúrgica, aspecto do curativo e o tipo, locais de colocação de drenos e as condições do paciente, acesso venoso e o tipo de medicamento que deve ser administrado, verificar a cirurgia e a equipe que atuou nela, verificar o anestésico que utilizado, quantidade e o tempo da anestesia, observar se durante a cirurgia houve alguma intercorrência como hemorragias, se houve intercorrências fazer anotações, seguir cada prescrição e a orientação do anestesista. O paciente permanece na sala de recuperação pós anestésica até ele acordar, ou seja, até o efeito anestésico passar, de acordo com a evolução do quadro dele ou a avaliação do anestesista. O efeito anestésico é importante a equipe saber que deve ser normalizado sem o uso de oxigênio e o nível de consciência do paciente deve ser recuperado parcialmente. Cada hospital tem suas rotinas para a liberação do paciente da sala de recuperação pós

anestésica, fazendo o uso das anotações dos papéis próprios da sala de recuperação pós anestésica, ou até mesmo na folha de anotações de enfermagem. Durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós anestésica, o auxiliar ou técnico deve ficar atento quanto à queda da pressão arterial, pulso, vômitos, alteração do nível de consciência, dor intensa, desconforto generalizado, distensão abdominal. Qualquer intercorrência ocorrida deve ser anotada e comunicada imediatamente ao anestesista, para que seja realizada a avaliação do mesmo e realizar suas medidas necessárias. O auxiliar ou o técnico só pode fazer a liberação do paciente quando houver a alta da sala de recuperação pós anestésica prescrita pelo anestesista, deve ser anotado os horários de saída do paciente e também as condições que ele se encontra no momento, e para quem esta sendo entregue o paciente. Os cuidados de enfermagem devem seguir as normatizações e as rotinas locais, inclusive da SAE.

5. Humanizações da Saúde e do Cuidado

Segundo Giordani (2008, p.12), nem sempre o que nos estimula a viver bem e a gozar de saúde física mental se encontra de receitas de medicamentos de ultima geração, dietas alimentares rigorosas, cirurgias com aparelhos que custam milhões, determinações médicas que ditam regras a serem seguidas pelo doente ou exames sofisticados que checam com enorme precisão a anatomia dos órgãos e todo o metabolismo.

Na área da saúde é necessária uma assistência humanizada, pois o desrespeito a vida, o descaso frente a limitação e a dor alheia, o autoritarismo de administradores e médicos, a banalização do sofrimento e a indiferença dos direitos de cada paciente, entre outros pontos negativos para minimizar a qualidade de cada cuidado.

Segundo Giordani (2008, p. 24), o cuidar vai muito além de simplesmente estar por perto de quem necessita de ajuda. É mais do que assistir quem precisa de socorro ou atenção. É interessar-se pelo outro, preocupar-se com ele, protegê-lo, responsabilizar-se pelo bem estar, manter-se atento as suas necessidades, gostar de gente, enfim. Para tanto é preciso imaginar, pensar, meditar, inquietar-se, empregar a atenção e o conhecimento lembrando sempre que a Enfermagem só existe quando existe cuidado, e que esse é o seu papel.

No universo da saúde a palavra “humanizar” significa acolhimento, afabilidade, benevolência, dignidade, civilidade, respeito pelo outro, atendimento e tratamento igual para todos, sem discriminações, preconceitos, de um modo sincero e acima de tudo ser um profissional que se interesse em resolver os problemas de saúde, mesmo que a cura quase não pareça possível. A sociedade precisa de profissionais envolvidos, para que eles possam oferecer algo de bom vindo deles mesmos, que tenham condições de tomar decisões que favoreçam a melhoria da qualidade por gente que cuida ou está em formação profissional para saber cuidar de gente (MEZZOMO, 2003; BITTES JR, 2004).

Mudar o atendimento para torná-lo humanizado quer dizer na prática respeito pelo ser humano, compreendendo suas necessidades, defendendo seus direitos cidadãos e contribuindo muito para o seu bem-estar. Muitos autores afirmam que o enfermeiro é um mestre, pois ele resulta na melhoria da qualidade de cada assistência oferecida.

Segundo Mezzono 2003, p.25, enfatiza que qualquer mudança só é bem aceita se for bem entendida pela inteligência assimilada pela mente, aceita pela vontade e acolhida pelo coração. A percepção de saúde varia muito entre as diferenças de culturas e crenças, sobre o que a faz ou não existir no ser humano.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947 tem sido alvo de inúmeras críticas, posto que a saúde não possa ser pensada apenas em termos biológicos. Então, a definição de estado completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, na atualidade a saúde paira no ideal, do inatingível, não podendo ser usada como meta de saúde pelos serviços de saúde em geral.

Segundo Oliveira et al (2006, p. 281), há um utópico aspecto contido nessa definição de saúde da OMS, uma vez que:

Amplia o escopo de um modelo estritamente biomédico de saúde como presença/ausência da doença ou enfermidade enquanto desvio da normalidade, causada por uma etiologia específica e única, tratada pela suposta neutralidade científica da ciência médica.

Bartmann et al (2005) mencionam que nas décadas de 1960 e 1970 outros elementos foram agregados ao conceito da OMS, graças aos resultados de pesquisas realizadas na América Latina, indicativos de relações entre a forma de adoecer e tipos de doença com renda, moradia, educação e outros determinantes socioeconômicos e culturais fortemente presentes em todas as sociedades do mundo.

Humanizar é a sua dignidade ética, ou seja, se não há comunicação não há humanização, no qual depende a capacidade de falar e ouvir, ou seja, para humanizar é preciso valorizar o diálogo (WOOD, 2007).

O relato do estado de cada paciente durante a troca de plantão, reuniões e conversas com familiares e enfermas são caracterizados pela comunicação verbal. A comunicação que não é verbal é aquela que se realizam relatórios, escalas de serviços e anotações em prontuários, são muito utilizadas pela enfermagem, junto às pacientes com grave problema auditivo ou na fala. Assim, sorrir, tocar o ombro ou apertar a mão de quem recebe cuidados é gestos que passam conforto e segurança, valendo mais do que muitas palavras ditas.

O sofrimento humano de dor ou de prazer no corpo precisa que a palavra expressada pelo paciente seja reconhecida pelo profissional que atende ou que cuida dele. A sensibilidade apurada pelo profissional ajuda a mostrar interesse sincero por ele, para então ter uma interpretação de suas mensagens verbalizadas ou não.

Segundo Guimarães (2006, p.354), a arte de curar implica certa criatividade, requerendo do cuidador e do terapeuta mais do que apenas assimilação de conhecimentos: exige sensibilidade e intuição para lidar com o novo, o contingente e o desconhecido.

Para Bittes Jr. (2004), cuidar implica reconhecer a essência do outro como ela é e esta no mundo, rompendo os limites da superficialidade, respeitando a ética e ampliando a respeito à vida tão em falta da atualidade.

O cuidado sempre foi um foco principal na enfermagem, desde os anos 60, estreitando o vínculo com perspectivas afetivas do relacionamento interpessoal. Pode-se afirmar que o cuidado é um bem interno, o enfermeiro atua proporcionando conforto, acolhimento e bem estar para o paciente e a comunidade, para estimular a conquista do autocuidado.

O cuidar supera um ato, uma ação mecânica, sendo mais caracterizado por uma virtude. Quem ama cuida, preocupa-se e se envolve efetivamente com o outro, porque consegue ver em outra pessoa uma vida que não se resume somente em um corpo. É através do corpo que cada pessoa se sente enferma. A hospitalização às vezes é inusitada pelo ser humano, é o estado em que a doença revela fragilização. O adoecimento do ser humano é uma das formas de expressão que a pessoa mostra para que seja visto o sofrimento, é uma maneira para demonstrar de que não está conseguindo lidar com certo desequilíbrio, ou seja, com situações difíceis de sua vida. Trata-se de uma linguagem que precisa ser compreendida pelos profissionais de saúde, em especial para aquele que lida diretamente com o ser humano enfermo.

Segundo Cantone (2006), Morita et al (2003), Boff (2004, p.33), afirma que cuidar é mais que um ato: é uma “atitude” de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O enfermeiro, Bittes Jr (2004) cita Watson e reafirma que o cuidado não é apenas concernência, atitude ou benevolência, mas um ideal moral da Enfermagem, o aumento e a preservação da dignidade humana.

Já Waldow (2004, p.163) diz que a sensação de dor é resgatada como um fenômeno aterrorizante, único, indecifrável, intransferível e solitário, sendo essencial que o profissional de saúde entenda a experiência vivida pelo assistido, dando voz ao paciente para melhor compreender o fato de que a doença ou incapacidade resulta em dano (pequeno ou grande, não importa) na autonomia, integridade, auto-imagem e na capacidade de se relacionar com os demais.

A percepção de o paciente estar sendo bem cuidado ou não depende muito dos profissionais de saúde em relação ao paciente. É muito importante o profissional estimular o paciente em questão de expressar seus sentimentos, expectativas e relatar experiências vividas tanto as dele como também da família, relacionados ao acontecimento do momento, para que possa influenciar em seu tratamento. O paciente bem orientado tem mais segurança quanto ao processo de cuidar. Isso

faz com que o profissional de saúde lhe passe informações corretas e seguras em relação ao seu tratamento, sobre os exames e os procedimentos que será realizado. Quando é em caso de internação hospitalar, a família tem que ser esclarecida também quanto aos acontecimentos, de modo que faça a família se sentir mais segura e menos angustiada, para que seja compreendida a situação real do paciente e prestar o apoio necessário ao parente enfermo, para que seja realizado um atendimento humanizado e para que sejam esclarecidas todas as dúvidas.

Ressalta Hoga (2004, p. 19), que a humanização das relações em saúde defende o preparo anterior do cliente a qualquer procedimento pelo qual ele vai passar e que lhe possa causar ansiedade. E ainda assim, afirma a autora que é aconselhável que os profissionais de saúde abstenham de usar termos como “não vai doer”, é rapidinho e outros gêneros. Por isso, é necessário que o profissional esclareça ao cliente a intensidade da dor ou do desconforto, adotando uma linguagem verbal e corporal apropriada para preparar ele da melhor maneira possível. Essa postural profissional do enfermeiro pode levar o cliente a ter compreensão e ter o devido suporte para enfrentar situações difíceis e momentos extremamente estressantes, não se achando emocionalmente abandonados pelos profissionais de saúde.

Waldow (2004, p.176), define a prestação dos cuidados como:

Uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o “estar no mundo” e uma contribuição para o bem estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é como contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida.

O cuidar não é a cura do enfermo, mas sim uma ação que extrapole procedimentos técnicos e científicos, englobando atitudes que busquem aliviar o sofrimento da enfermidade, a manutenção da dignidade para dirigir situações de crise e experiências ligadas entre a vida e a morte. Quando um enfermeiro

permanece ao lado do leito e acompanha um enfermo, significa estender-lhe uma mão amiga para que seus sofrimentos referentes à patologia sejam de uma forma mais tranquila e menos estressante. Aquele enfermeiro que assiste o enfermo, não deixará de ser um profissional por isso, mas sim vem se esforçando para seu aprimoramento. Falando em morte iminente, a autora ainda reforça que não é o medo de morrer que mais abala o cliente, mas sim o medo de morrer sozinho. Então, os profissionais de saúde devem partilhar naturalmente com alguém esse momento difícil e os seus sentimentos resultantes.

Teixeira (2006) diz que não é apenas para médicos, mas também para enfermeiros, que a morte é a maior vilã do seu trabalho, se for preparados para ir cuidar somente da vida. O mesmo autor ainda diz que não há como cuidar da pessoa inteira sem estar presente como pessoa inteira, sendo necessário para isso criar uma nova sensibilidade e espiritualidade. Ter espiritualidade é ter um novo potencial de ser humano, ser humilde, ter dignidade ao outro, ética e compaixão.

Waldow (2004, p.102), define o cuidado somente:

Ocorrerá em sua plenitude quando o (a) cuidador (a) expressar conhecimento e competência em suas atividades técnicas, educativas, conjugando, consideração, respeito e sensibilidade demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Ao serem cuidados de forma competente e amável, pacientes se sentem seguros. Relaxam, sentem-se a vontade pelo clima ameno e pelo tratamento carinhoso, assim como pela confiança em estarem sendo cuidados por profissionais habilitados e experientes. Esses temas parecem apoiar a afirmação de que pacientes expressões de interesse não estão interessados só em receber tratamento carinhoso, tampouco receber apenas atenção a dimensão física sem nenhuma afetividade.

Waldow (2004, p 88):

Só quem ousa e consegue expressar sua sensibilidade parece considerar a experiência de cuidar enriquecedora e ter prazer no que a faz.

Hoga (2004, p.18) ressalta que chama a atenção para o fato e que muitos profissionais da saúde visualizam o cuidado como processo de uma via: a dedicação oferecida e que demanda uma energia que se esvai e que não proporciona o retorno.

Para Mezzomo (2004), a humanização se realiza e ocorre nas relações interpessoais, as quais se desenvolvem dentro de três níveis de atitudes escritas pelo autor: simpatia, bem-querer e amor. Podem também se realizar com apatia e indiferença ou ainda antipatia e rejeição. A humanização da assistência a saúde, no entanto, requer relacionamento afáveis, o que entre outras questões, envolve investir no aprimoramento das relações humanas em todos os ambientes e níveis. Em sua publicação o autor adverte:

A satisfação da qualidade humana pela assistência, uma vez sentida pelo usuário [...] gera bem estar, segurança e alívio potencializando o próprio restabelecimento de saúde. O trabalho medíocre não satisfaz a quem o recebe e nem a quem realiza. (MEZZOMO, 2003, p.26).

Quando se refere na qualidade do atendimento à saúde, o autor defende muitos profissionais da saúde de menor grau de escolaridade, pois o mesmo diz que cabe a eles fazerem o melhor o que lhes cabe fazer sempre. Portanto, o profissional cuidador ou outra alguma forma envolvido no processo de cuidar, deve ter grandeza de alma, ou seja, atributos alcançados somente por aqueles que vivem sua existência baseada em valores elevados.

Segundo Vasconcelos (2006, p.68) assegura que para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira. É preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva. Sem esse desenvolvimento, a experiência de vulnerabilidade e dor dos pacientes torna-se opressiva e sofrida.

Por sua vez, Figueiredo & Costa (2004) empregam a expressão clinicar em enfermagem como uma prática não atrelada e praticamente independente das decisões de outros profissionais da área de saúde e da administração hospitalar. Tais decisões, tomadas pelo enfermeiro, consistem em ações fundamentadas no desenvolvimento do Processo e Diagnóstico de Enfermagem, ou seja, o ato de clinicar mencionado pelas autoras depende essencialmente das etapas desenvolvidas na SAE, processo de cuidado que diferencia o ato médico do ato de enfermagem (HORTA, 2001; ALFARO – LEFREVE, 2002; CARPENITO, 2002; MURTA et al., 2006).

Humanizar é valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida desgastada, valorizar uma pessoa que necessita de cuidados e menos a doença.

6. Assistências de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA)

A sala de recuperação pós-anestésica é uma área destinada para pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde o paciente permanece até a recuperação do nível de consciência, a normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e médica.

A primeira sala de recuperação pós-anestésica foi criada em 1801, em Newcastle (Inglaterra), ocasião que sequer existia anestesia, sendo localizada ao lado das salas de operações, para observação e cuidados especiais com os pacientes.

Nos anos subsequentes, vários países passaram a tê-la como elemento fundamental para os pós operados, contudo, no Brasil somente houve previsão das salas de recuperação pós anestésica em 1993, com a Resolução nº 1363/93, do Conselho Federal de Medicina.

No país demorou em se ter a real importância das salas pós-anestésicas, porque ela é de extrema utilidade, pois proporciona redução da mortalidade pós-anestésica e pós-operatória, além de maior segurança para a família e para o paciente, reduz os acidentes possíveis do pós-operatório e do pós-anestésico.

Na sala de recuperação pós-anestésica deve ter uma área para preparo das medicações, constituídas de armários, balcões para guardar os materiais estéreis, material de consumo e material de medicamentos, secretaria com mesa, balcão e telefone para sistema de comunicação interna e impressos utilizados na sala de recuperação pós-anestésica, sala de utilidades para a limpeza dos materiais utilizados em cada paciente e onde podem ser guardados os materiais de aço inoxidável como papagaio e comadre e utensílios utilizados na limpeza da sala de recuperação pós-anestésica, posto de enfermagem, armários para as roupas cirúrgicas, área de visita destinada a permanência dos familiares enquanto aguardam o término da realização da cirurgia (os familiares devem receber informações periodicamente sobre o estado e evolução do paciente), sanitários para os funcionários da sala de recuperação pós-anestésica e outras áreas afins.

Quanto a suas dimensões, a sala de recuperação pós-anestésica deve ter espaço físico adequado aos anseios dos enfermos, número certo de funcionários, dinâmica da unidade e quantidade certa de leitos, para proporcionarem segurança e redução de riscos anestésicos - cirúrgicos.

A localização da sala de recuperação pós-anestésica deve ser mais próxima possível do centro cirúrgico, para facilitar o transporte dos pacientes, o atendimento do cirurgião e do anestesiológico e para o retorno urgente do paciente a sala de cirurgia, se for necessário.

A planta física da sala de recuperação pós-anestésica deve ser regular ou redonda, permitindo a visualização do paciente na sala, portas amplas, no mínimo com as dimensões de 1,10m x 2,10m para facilitar a passagem das camas, macas, equipamentos, o fluxo de pessoal, os pisos e paredes devem ser revestidos de materiais laváveis para facilitar na limpeza.

O piso deve amortecer o som de sapatos, o forro deve ter material anti-acústico, iluminação clara sem sombras ou mudanças de cor, iluminação artificial deve ser indireta para permitir a coloração central e periférica do paciente, ambiente deve ser calmo e sem ruídos desnecessários para promover segurança a bem-estar ao paciente, pois a audição é o primeiro sentido que se recupera na fase da reversão da anestesia, a temperatura deve ser de 22°C e uma umidade relativa de 50% e 60% para proporcionar conforto ao paciente, deve ser eficiente os sistemas de comunicação, principalmente em situações de emergência, instalações elétricas, hidráulicas e gases medicinais.

Deve ser feito um controle eficaz de entrada e saída da sala, devendo ser realizados critérios de avaliação como a admissão até a alta do paciente dessa unidade.

O número de leitos da referida sala deve ser, no mínimo, igual ao número de leitos das salas de cirurgias, para acomodação dos enfermos.

No caso de cirurgias de alta complexidade, o paciente pode ser direcionado diretamente para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na sala de recuperação pós-anestésica deve ter no mínimo dois leitos, com uma distancia entre eles de 0,8m e entre os leitos e a parede 0,6m. Quando os leitos são colocados em posições iguais no corredor da unidade, a largura de cada leito deve ser de no mínimo 1,6m cãs para permitir a livre passagem dos pacientes.

O leito deve proporcionar fácil acesso em cada paciente, ser seguro e de simples mobilidade, para colocar sem complicações em posições de *Trendelenburg* e em *Trendelenburg* reversa, possuir características que facilitam o cuidado de cada paciente, como o acesso venoso, grades laterais, freios na rodas e prateleira para guardar as fichas de cada paciente. A cabeceira de cada leito deve ser removível para permitir o controle total da cabeça e das vias aéreas do paciente.

As instalações da sala de recuperação pós-anestésica devem ter equipamentos de perfeita condições de uso e materiais em quantidade suficiente para o atendimento de qualquer situação de emergência. Deve conter camas com grades laterais de segurança, rodas e sistema manual ou elétrico para colocar o paciente nas posições de *Fowler* e *Trendelenburg*, macas com sistema de elevação e para o transporte do paciente para evitar acidente entre os funcionários da sala de recuperação pós-anestésica, para cada leito deve conter pelo menos oito tomadas ambas as vantagens 110 v e 220 v para permitir a utilização de vários equipamentos biomédicos e ao mesmo tempo o aparelho do raio-X portátil, as tomadas devem ser alimentadas por sistema de emergência do hospital, instalações hidráulicas com água quente e água fria quando necessário e em quantidade suficiente, salas de expurgo para despejo das secreções, fontes de oxigênio medicinal e ar comprimido (no mínimo um para cada leito), sistema de vácuo clínico (no mínimo um para cada leito), uma unidade móvel de aspiração acionada pelo pé do operador que deve ficar disponível em caso de falha nas instalações centrais de vácuo, aparelhos para a verificação da pressão arterial (PA) fixo na parede, pedestal ou manual com braçadeiras de vários tamanhos para lactentes, crianças maiores, adultos e obesos, prateleira para as roupas e

frascos coletores de vômito, equipamentos para a monitoração dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca), oximetria, pressão arterial invasiva e débito cardíaco, carro de emergência com os materiais como cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas, mascaras faciais, cânulas traqueais, ambu, medicações, laringoscópios com diversas lâminas para adulto e infantil, respirador artificial para adultos e crianças para ventilação invasiva e não invasiva, aquecedor (cobertor térmico, de sangue), aparelhos para infusão e medicamentos sob pressão, desfibrilador com cardioversão sincronizada, eletrocardiógrafo portátil, máscara passo externo, balão intra-aórtico, estimulador de nervo periférico, negatoscópio, bomba de aspiração a vácuo intermitente, badejas para procedimentos como cateterismo vesical, intracateter e drenagem torácica, caixa de instrumentos para pequenas cirurgias, traqueostomia e outras, eletrodos adulto e infantil, seringas, agulhas, cateteres, sondas, carrinhos com medicamentos específicos e gerais, mesa ou balcão, cadeiras para uso dos médicos e membros da equipe de enfermagem, telefone sem fio, refrigerador, foco auxiliar, *Hamper* e recipiente para lixo.

7. Planejamento da Assistência de Enfermagem no Período Pós-Operatório

Os clientes selecionados para serem encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica devem ser preestabelecidos pelo regulamento do hospital e em reuniões realizadas pelos profissionais de saúde. Com isso, podem ser determinado cada tipo de cirurgia, anestesia, sua extensão, as condições pós-operatórias de cada paciente, sua necessidade de maior ou menor assistência, sua freqüência e tratamento.

Os critérios da admissão de cada paciente na sala de recuperação pós-anestésica são: recebeu anestesia geral, se teve alguns períodos de hipotensão, hemorragias (ou se tem alguma chance de ter novamente), sofreram acidentes graves no ato operatório, se o paciente já foi submetido a cirurgias demoradas, se já teve alguma infecção (pacientes com algum tipo de infecções como, por exemplo, gangrena gasosa não pode ser admitida na sala de recuperação pós-anestésica) e pacientes que necessitam de alguns cuidados adicionais.

A transferência do paciente da sala de cirurgia para a sala de recuperação pós-anestésica é responsabilidade do anestesiolologista, com mais alguma pessoa da equipe que sabe realizar os cuidados especiais para este paciente. O paciente deve ser transferido da mesa cirúrgica para uma maca ou cama com uma menor exposição possível, e sempre ao movimentar o paciente deve ter a maior atenção possível. Após a transferência do paciente da mesa de cirurgia para a cama, com todas as sondas, drenos e cateteres devem ser posicionados todos corretamente e nos lugares corretos. Logo após esta transferência, o paciente deve ser coberto com cobertores leves, a cama deve ter grades laterais, assegurando a proteção ao paciente. Os pacientes entubados e com uma possível agitação durante o transporte devem ser informados antecipadamente aos responsáveis pela recuperação pós-anestésica.

A enfermeira deve receber com o paciente na sala de recuperação pós-anestésica um relatório contendo informações sobre o período transoperatório, contendo diagnóstico, técnica anestésica, cirurgia realizada, medicamentos anestésicos

incluindo relaxantes musculares, agentes reversores e narcóticos, posição cirúrgica, uso do bisturi elétrico e o local da placa dispersiva, duração da anestesia, intercorrências durante a cirurgia, presença de drenos, sondas e cateteres, estado geral do paciente ao deixar a sala de cirurgia e recomendações especiais sobre o pós-operatório.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma atividade exclusiva do enfermeiro, pois ela realiza a situação de saúde de cada paciente, subsidiando a prescrição e a implementação das ações da assistência de enfermagem, para a contribuição da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente, família e comunidade. A SAE quer que o enfermeiro conheça o paciente como um todo, utilizando seus conhecimentos e habilidades, além de orientações, treinamento da equipe multiprofissional para a implementação de cada ação sistematizada. Os cuidados de enfermagem são realizados de acordo com as necessidades de cada paciente durante o período de recuperação pós-anestésica, as características de cada procedimento na cirurgia e o período anestésico, pois sistematizar cada assistência de enfermagem significa individualizar, humanizar e respaldar cada ação. Os principais procedimentos realizados na sala de recuperação pós-anestésica é receber e identificar cada paciente, verificar a saturação de oxigênio, permeabilidade das vias aéreas superiores, realizar manobras necessárias para a manutenção e instalar nebulização contínua através da máscara facial, com Venturi ou de uma peça em forma de “T” para a facilitação de gases anestésicos inala tórios, verificar os sinais vitais (pulso, temperatura, pressão arterial / dor, frequência cardíaca, frequência respiratória) com periodicidade de 15 minutos na primeira hora, depois 30 em 30 minutos durante 2 horas, e depois de hora em hora, a temperatura uma vez a cada 4 horas e quando há necessidade, manter a cadeira em posição levemente inferior ao corpo, para evitar aspiração de secreção quando há casos de vômitos, restringir o paciente se houver necessidade, manter o paciente aquecido utilizando o foco de luz, verificar os níveis de consciência e os reflexos, observar os drenos, sondas, controle do funcionamento, aspecto e quantidade de cada drenagem, controlar a eliminação vesical visualizando quantidade e a coloração, controlar a perfusão venosa e o

gotejamento de cada solução medicamentosa, observar sinais e sintomas de choque, administrar medicamentos conforme prescrição médica, avaliar as condições do curativo e se houver necessidade a linha de sutura, avaliar a força e as respostas musculares, verificar as condições e coloração da pele, conferir o preenchimento dos impressos do prontuário e de mais importância a anestesia e cirurgia, registrar todos os procedimentos realizados com relação a anestesia e cirurgia, registrar todos os procedimentos, intercorrências se ocorreu e recomendações de cuidados especiais, encaminhar rotina relativa a alta do paciente, logo após a recuperação da consciência deve informar ao paciente o término do procedimento cirúrgico e atender suas solicitações.

É muito importante utilizar a sistematização da assistência de enfermagem, por isso é necessário criar condições que possibilitam efetivar as anotações de cada procedimento realizado. Deve conter dados de identificação do paciente como nome, registro geral, sexo, peso, altura, clínica de origem, cirurgias e anestésias realizadas, medicamentos utilizados, data, intercorrências na recuperação pós-anestésica, doenças de base como hipertensão, diabetes mellitus e cardiopatias, parâmetros vitais, controle hídrico, exames realizados, tipos de respiração, condições de alta. É importantíssimo ter um espaço livre para o profissional de enfermagem realizar uma evolução, prescrição de enfermagem e também médica, anotações e também as assinaturas necessárias.

A utilização deste instrumento facilita o preenchimento dos dados de cada paciente, os quais são registrados com maior rapidez, permitindo uma avaliação das condições físicas. Com isso, fará que cada assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica seja humanizada e mais próxima do paciente. É importante que cada anotação realizada tenha horário.

O enfermeiro responsável pela sala de recuperação pós-anestésica deve sistematizar o registro das informações, mantendo um vínculo muito ativo com os profissionais da saúde, além de oferecer para a equipe de enfermagem condições para atuar junto com o paciente de maneira planejada e segura.

Com isso, o planejamento da assistência de enfermagem é de muita importância na sala de recuperação pós-anestésica, pois ela age na recuperação do paciente e na prevenção de complicações pós-operatórias. A fase da recuperação pós-anestésica é crítica e requer muita atenção e vigilância constante em cada paciente, pois é nesse período que pode ocorrer complicações conseqüentes à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e ao próprio ato cirúrgico.

8. Avaliações das Condições de Recuperação do Paciente

Existem vários métodos das condições de avaliações na sala de recuperação pós-anestésica, baseadas na evolução dos parâmetros respiratórios, circulatórios, motores ou ligados a atividade mental.

Aldrete e Kroulik desenvolveram um método simples, e essencialmente clínico baseado no registro de Apgar, para a avaliação de cinco parâmetros como atividade motora, respiração, circulação, consciência e cor. Essa avaliação serve para todos os pacientes, independentemente da idade, sexo e tipo de anestesia. O índice de Aldrete e Kroulik é representado assim:

- Consciência: avaliada por meio da determinação do nível de consciência do paciente, sendo (2) desperto totalmente; (3) desperto ao chamar e (0) não responde.
- Atividade Muscular: avaliada por meio da observação da capacidade do paciente em mover suas extremidades espontaneamente ou quando solicitados, sendo (2) movimentos voluntários de todas as extremidades; (1) movimentos voluntários de duas extremidades e (0) incapaz de se mover.
- Respiração: a eficácia respiratória é avaliada numa forma que permita uma determinação precisa e objetiva, sem testes físicos, sendo (2) respira profundamente e tosse, (1) dispnéia / hipoventilação e (0) apnéia.
- Circulação: utiliza as alterações na pressão arterial como base nos níveis pré-anestésicos, sendo (2) pressão arterial normal ou até 20% menor que no pré-anestésico; (1) pressão arterial menor em 25% a 50% do nível pré-anestésico e (0) pressão arterial igual ou menor que 55% nível pré-anestésico.
- Saturação: utiliza a concentração de oxigênio circulante no sangue, sendo (2) saturação de oxigênio maior que 92%, respirando ar ambiente; (1) necessita de suplementação de oxigênio para manter a saturação de

oxigênio maior que 90% e (0) saturação de oxigênio menor que 90% mesmo com oxigênio suplementar.

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

Tabela 4 - Índice de Aldrete e Kroulik. Fonte: SOBECC, 2007

Os parâmetros são de fácil memorização, podendo ser aplicados em pacientes submetidos à anestesia geral ou local, proporcionando melhor controle deles.

A utilização deste sistema de registro permite determinar o estado de cada paciente que está pronto para deixar a sala de recuperação pós-anestésica.

Na medida em que o paciente evolui no período de recuperação, seus sinais clínicos são observados e avaliados por meio de um guia de registro objetivo.

Portanto, o objetivo principal para os profissionais da saúde dentro da sala de recuperação pós-anestésica é fornecer condições para cada paciente após o procedimento cirúrgico e a anestesia.

9. Tempo de Permanência do Paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica

A permanência na sala de recuperação pós-anestésica depende do estado de cada paciente e sua necessidade em receber um cuidado e tratamento maior. Geralmente ele permanece até que seus sinais vitais, pressão arterial, temperatura e respiração estejam estáveis e normais.

Somente o estado de cada paciente vai determinar sua permanência na sala de recuperação pós-anestésica, contudo, geralmente é de duas horas.

A presença dos pacientes por tempos desnecessários na sala de recuperação pós-anestésica pode acarretar um aumento de trabalho para a equipe dos profissionais da saúde, além de tomar tempo e atenção que devem ser dispensadas àqueles pacientes que realmente necessitam dos profissionais da saúde.

Deve se observar se o paciente está estável, com os sinais vitais regualres, com retorno da consciência e dos reflexos, ausência de náuseas e vômitos, além desses, outros fatores também devem ser observados, tais como estar orientado quanto ao tempo e espaço, saturação de oxigênio nos parâmetros normais, apresentar ferida operatória com ausência de sangramento ativo, apresentar diurese maior ou igual a 0,5ml/kg, se sondado, ou ausência de retenção urinária, manter a dor controlada, manter a temperatura corpórea dentro das normalidades, apresentar em membros superiores e em membros inferiores atividade e força muscular, apresentar sensibilidade cutânea em membros inferiores se submetidos ao bloqueio motor e escore de 09 ou 10 na Escala de Aldrete e Kroulik.

10. Considerações Finais

A sala de recuperação pós-anestésica é um dos lugares mais importantes para que se tenha a humanização, pois é nesse ambiente que o paciente se sente mais necessitado de atenção, começa a ter sentimento de sofrimento humano e de dor por causa de cada procedimento cirúrgico realizado. Os profissionais de enfermagem devem conversar com cada paciente pós-operado, ouvir e tocar de uma forma humanizada. A humanização na sala de recuperação pós-anestésica é resgatar a importância dos aspectos emocionais, acolherem o desconhecido, respeitar o ser humano pós-operado e reconhecer os limites dele. É colocar a razão e o coração em uma única sintonia, aonde o procedimento desenvolvido seja realizado de uma maneira integral e responsável, ouvir as palavras de cada paciente. Sendo assim, recebendo afeto, apoio e tudo que ele espera e necessita no momento pós-operatório. Uma boa humanização feita com qualidade faz com que haja uma melhora maior na qualidade de vida do paciente, do bem físico, mental, psicológico e emocional. Sem humanização, respeito e amor pelo ser humano, não há procedimento realizado com uma boa técnica e qualidade.

A utilização do amor em qualquer cuidado de enfermagem favorece a transformação, envolvendo uma mudança de evolução, preparando o mundo para um discurso mais afetivo do que emocional, mostra uma preocupação que se torna cada vez mais premente na enfermagem, a qualidade de cada cuidado prestado.

Todo cuidado de enfermagem na área hospitalar necessita de uma face mais humanizada na rotina de cada serviço, cabendo a cada enfermeiro formular estratégias criativas que possibilitam atingir cada objetivo.

Na literatura é observado que todo paciente no pós-operatório imediato deveria estar sobre o acompanhamento da equipe multiprofissional, mas na realidade é completamente diferente, pois o que observei é que o paciente não recebe os cuidados necessários de um pós-operado.

11. Referências Bibliográficas

_____. **Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem.** São Paulo: Vozes, 2006.

BOFF, Leonardo. **Princípio de Compaixão e Cuidado.** São Paulo: Vozes, 2000.

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

DUARTE MLC, Noro A. **Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez.

GIORDANI, Annecy Tojeiro. **Humanização da Saúde e do Cuidado.** São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

MEZOMO, J, C. **Gestão da Qualidade na Saúde:** princípios básicos. São Paulo: J.C. Mezono, 1995.

POSSARI, João Francisco. **Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA)** / João Francisco Possari. 3º Ed. São Paulo: Íatria, 2007.

POSSARI, João Francisco. **Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA).** São Paulo: Íatria; 2003, p.142.

TAYLOR, Carol. **Fundamentos da Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

WALDON, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** 3º Ed. São Paulo: Sagra 2001.

12. Referência Eletrônica

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Disponível em: <http://enfermagem-sae.blogspot.com.br/2010/11/escala-de-alldrete-e-kroulik-utilizacao.html>. Acesso em: 04 de Outubro, 2012.