



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**SILVANA BARIZON**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SUBMETIDOS À  
RAQUIANESTESIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS  
ANÉSTESICA**

Assis-SP  
2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

610.7361 SANTOS, Silvana Aparecida Barizon dos  
S237c Cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à Raqueanestesia na sala de recuperação pós-anestésica / Silvana Aparecida Barizon dos Santos. Assis: Fundação Municipal de Assis, 2014.  
40p.

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem  
Orientadora: Profa. Ms. Caroline Lourenço de Almeida

1. Enfermeiro-terapia intensiva I Título

**SILVANA BARIZON**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SUBMETIDOS À  
RAQUIANESTESIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS  
ANÉSTESICA**

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

Orientanda: Silvana Barizon

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Caroline Lourenço

Assis-SP  
2014

# **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SUBMETIDOS À RAQUIANESTESIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANÉSTESICA**

**SILVANA BARIZON**

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

Orientador: \_\_\_\_\_

Analisador (1): \_\_\_\_\_

ASSIS

2014

...E nunca considerem seu estudo como uma obrigação, mas sim como uma oportunidade invejável de aprender, sobre a influência libertadora da beleza no domínio do espírito, para seu prazer pessoal e para o proveito da comunidade a qual pertencerá o seu trabalho futuro.

Albert Einstein

A minha filha, Emanuelle, cujo sorriso é um estímulo para estudar, escrever, dedicar-me e vencer.

Te amo,

Silvana

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter ouvido minhas preces e ter me dado serenidade para persistir lutando; por me fazer capaz de realizar o feito desta pesquisa com êxito.

Ao Fernando, meu esposo, companheiro fiel nas horas de estudo, apoiando, incentivando, criticando, crescendo junto comigo nesta empreitada.

Aos meus pais, Olívio e Senhorinha, sem os quais nada do que eu já conquistei teria sido possível. Foram compreensivos e tiveram que abrir mãos de suas atividades para ficar com minha filha para eu poder receber orientações, pelo amor dedicado.

Aos meus amados irmãos, Cleberson e Rafael, que fazem a minha vida ter mais cor e sentido.

Às minhas cunhadas, Tatiane e Letícia pela amizade e carinho.

À minha sobrinha, Isis, pela alegria de viver.

Em especial, à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Caroline Lourenço, pelo empenho e pela compreensão, incentivadora e crítica, na medida exata, chamando-me sempre à razão.

Aos meus colegas “Pactos”, cujo companheirismo e amizade foi imprescindível para o vencimento desta etapa.

Aos professores e colaboradores do Curso de Enfermagem de Assis, Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA

Obrigada à todos!

Silvana

## RESUMO

A assistência da enfermagem no pós operatório é uma fase difícil durante o período em que o paciente está hospitalizado, no qual a equipe de enfermagem precisa prestar assistência de boa qualidade. A avaliação pós-operatória, visita realizada pelo enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), destinada ao atendimento intensivo aos pacientes desde a saída da sala operatória até a recuperação da consciência, eliminação dos anestésicos e estabilização dos sinais vitais pós-anestésica seja feita de uma forma segura e científica. O objetivo geral do trabalho foi descrever a responsabilidade da equipe da enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica na prevenção de complicações pós-operatórias imediatas. A metodologia para o desenvolvimento desse trabalho foi a revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescência, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida.

Palavras-chave: centro cirúrgico, SRPA, equipe de enfermagem, assistência



## **ABSTRACT**

The nursing care after surgery is a difficult phase during the period in which the patient is hospitalized, in which the nursing staff need to provide good quality care. Postoperative evaluation visit by the nurse in the post anesthesia recovery unit (SRPA), for the intensive care of patients from leaving the operating room to the recovery of consciousness, elimination of the anesthetic and post-anesthetic stabilization of vital signs be done safely and scientifically. The general objective of the study was to describe the responsibility of the nursing staff in the unit post-anesthesia in the prevention of immediate postoperative complications. The methodology to develop this work was the literature review, developed from material already prepared, consisting mainly of books and scientific articles. Nursing care during the immediate postoperative period focuses on interventions designed to prevent or treat complications. However small the surgery, the risk of complications will always be present. Preventing these, postoperative convalescence promotes fast, saves time, reduces costs, concerns, alleviates pain and improves survival.

**Keywords:** operating room, recovery room, nursing staff, car

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: E O PAPEL DO ENFERMEIRO.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CONCEITO DE RAQUIANESTESIA.....</b>	<b>17</b>
5.1 HISTÓRIA DA RAQUIANESTESIA.....	17
5.2 PROCEDIMENTO.....	18
5.3 VANTAGENS DA RAQUIANESTESIA.....	19
5.4 COMPLICAÇÕES DA RAQUIANESTESIA.....	20
<b>6 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SRPA.....</b>	<b>24</b>
6.1 RECEPÇÃO.....	25
6.2 PERMANÊNCIA.....	26
<b>7 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.....</b>	<b>28</b>
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>10 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O período de recuperação pós-anestésica é considerado crítico, uma vez que a maior incidência de complicações anestésicas ou pós-operatórias imediata acontecem neste período, exigindo vigilância constante da equipe de enfermagem, por isso, o interesse em estudar este tema, pois trabalho em um Centro Cirúrgico de um Hospital Público há mais de cinco anos e acredito que a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato é muito importante e concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações.

O paciente ao se submeter a um procedimento anestésico-cirúrgico fica sujeito a diversas complicações e eventos adversos devido à anestesia e à cirurgia, tais como, a sedação e a anestesia que causam a perda temporária da função cognitiva, de mecanismos biológicos de autoproteção, capacidade de se comunicar, perda da percepção dolorosa e dos reflexos ( SMELTZER, BARE, HINKLE , CHEEVER; 2009).

Diante disso, é fundamental que os pacientes cirúrgicos permaneçam na Sala de Recuperação Pós-Anestésica-SRPA, doravante, imediatamente após o procedimento, local que proporciona a recuperação dos pacientes até que retornem às suas condições basais e oferece cuidados para prevenção e detecção de complicações que porventura possam ocorrer (SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012).

Sabe-se que quando se pensa em realizar algum procedimento cirúrgico, o paciente fica muito ansioso, pensando em como será este espaço, momento da anestesia, os profissionais que os recepcionará, será curado, enfim uma série de dúvidas pairam em sua cabeça.

Por isso, a equipe de profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem deverá estar preparada para acolher este paciente, oferecendo tranquilidade e profissionalismo.

Justifica-se o interesse em estudar devido minha experiência profissional dentro do centro cirúrgico em um Hospital Público há mais de cinco anos e acredito que a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato é muito importante e concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Após a realização da cirurgia o paciente é conduzido à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), área de fundamental importância no período pós-operatório imediato, onde devem ser identificados os eventos pós-operatórios e realizadas as intervenções de enfermagem.

As metas do tratamento de enfermagem para o paciente consistem em fornecer o cuidado até que o paciente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia, esteja orientado, apresente sinais vitais estáveis e não mostre evidências de hemorragia nem outras complicações.

A prevenção destas, no pós-operatório imediato, promove a rápida convalescença, evita infecções hospitalares poupa tempo, reduzem gastos, preocupações e ameniza a dor e aumenta a sobrevivência do paciente.

Assim, torna-se relevante este trabalho, devido à importância da qualificação do enfermeiro e conhecimento que os profissionais da área da enfermagem devem ter para atuar nas possíveis complicações que possam ocorrer durante a recuperação do paciente.

A partir deste contexto, questiona-se: Pacientes submetidos à raquianestesia requerem cuidados específicos que exigem observação constante e visão crítica da equipe. Será que os enfermeiros apresentam percepção na SRPA frente a esses cuidados?

O centro cirúrgico é muito importante dentro de uma Instituição Hospitalar, atendendo a em caráter eletivo e emergencial, com capacidade de promover procedimentos de alta complexidade nos pacientes no perioperatório, segundo Souza e Albuquerque (1998) um espaço que exige em todos os momentos estado de alerta permanente de alerta, os procedimentos realizados nessa unidade podem

colocar em risco a vida dos pacientes pelo alto índice de complexidade das intervenções realizadas (SOUZA e ALBUQUERQUE, 1998).

A unidade de centro cirúrgico representa lugar de muita importância no contexto hospitalar, devido a alta complexidade que lhe é peculiar, da assistência prestada no atendimento a pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico decorrente das mais diversas afecções, seja em caráter eletivo ou emergencial.

Assim, para que se promova a segurança e o bem-estar aos pacientes durante o intraoperatório é essencial que as enfermeiras realizem o cuidado com habilidade, conhecimento no gerenciamento das novas tecnologias e com a humanização de toda a equipe cirúrgica (SILVA *et al*, 1997).

A hipótese a ser discutida ao longo deste trabalho é que os enfermeiros que atuam no ambiente cirúrgico, muitas vezes, apresentam duas funções: enfermeiros do centro cirúrgico e enfermeiro da SRPA.

A dupla função dificulta sua atuação junto ao cliente no pós-operatório imediato, momento imprescindível de recuperação dos efeitos anestésicos, o que requer muita atenção e cuidado.

A sala de recuperação pós-anestésica fica localizada adjacente às salas de cirurgia, de modo a favorecer o transporte fácil do paciente anestesiado para este local, assim como o seu rápido retorno a sala de operação, na vigência de uma reintervenção cirúrgica. Os pacientes ainda sob anestesia ou recuperando-se da anestesia são colocados nessa unidade para o fácil acesso da equipe de enfermagem, monitoração e suporte pulmonar e hemodinâmico avançados, equipamento especial e medicamentos.

A raquianestesia, também chamada de bloqueio subaracnóideo ou anestesia raquidiana, é o nome dado para a anestesia decorrente da aplicação de um anestésico local no interior do espaço subaracnóideo.

Este procedimento leva ao bloqueio nervoso reversível das raízes anteriores e posteriores, dos gânglios das raízes posteriores e de parte da medula espinhal, resultando em perda da atividade autônoma, sensitiva e motora. (MELDAU, 2011). Esta técnica anestésica tem o objetivo de melhorar a aceitação do paciente para o ato cirúrgico, pois lhe oferece um certo tipo de amnésia, analgesia e minimiza o estresse, enfim a ocorre a sedação durante o bloqueio espinal.

Normalmente este paciente fica muito ansioso, por este motivo é imprescindível que o enfermeiro faça visita pré-operatória ao paciente, pois esta prática poderá diminuir sensivelmente o estresse, a ansiedade, o medo, a dor, à medida que recebem orientações relacionadas ao procedimento anestésico cirúrgico, além de favorecer a implementação da assistência em um contexto que contemple as necessidades de expectativas do paciente ( FERNANDES,1995).

Neste sentido, verifica-se que: o aspecto humano no cuidado de enfermagem é muito difícil de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente. Apesar do grande esforço que os enfermeiros realizam no que concerne à humanização na SRPA, essa é uma tarefa difícil, pois muitas vezes demanda atitudes indo contra as ferramentas tecnológicas imprescindíveis. A própria dinâmica de uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor.

Sabe-se que a raquianestesia, no seu efeito residual, pode trazer complicações apresentando sinais precoces e estes se compreendidos e avaliados serão restaurados sem prejudicar o cliente, porém nem sempre alguns enfermeiros conseguem estar presentes nesta assistência que deveria ser integral.

Outros não apresentam preparo para análise clínica destes efeitos por falta de conhecimento, ou até mesmo, por certo cuidado, comprometendo a equipe de enfermagem e a ação imediata à alteração apresentada.

Estas constatações parecem indicar um comprometimento tanto do cuidado da equipe de enfermagem bem como da ação imediata dos efeitos anestésicos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

- Descrever a responsabilidade da equipe da enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica na prevenção de complicações pós-operatórias imediatas

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as principais complicações que acometem o paciente em pós-operatório imediato na recuperação anestésica, segundo a literatura nacional e internacional;
- Identificar as ações de acolhimento do enfermeiro frente a tais complicações;

## **3 METODOLOGIA**

Utilizou-se a revisão da literatura, para elaborar esse trabalho, pois ela é a análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento (TRENTINI e PAIM, 1999).

As bases de dados utilizadas foram LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library OnLine) serviram como instrumento para coleta de dados, a partir dos seguintes descritores: sala de recuperação, raquianestesia, enfermeiro, família

Os artigos foram pesquisados na língua portuguesa. O período da coleta foi realizado março de 2013 a junho de 2014. Foram selecionados 60 artigos e utilizados 30. O critério de exclusão ocorreu quando o assunto presente no texto, não correspondia ao tema do presente trabalho.

#### **4 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: E O PAPEL DO ENFERMEIRO**

Antes de abordar propriamente o tema, se faz necessário falar um pouco sobre o centro cirúrgico tendo em vista que a assistência de enfermagem ao paciente no período pós-anestésico é relacionada ao desenvolvimento das atividades de enfermagem já planejadas desde a saída do paciente da sala de cirurgia até o momento da alta do paciente.

Embora a assistência no período pós-anestésico esteja relacionada às situações que envolvem o paciente no período perioperatório como um todo, cabe a equipe de enfermagem estar atenta a possíveis complicações que possam ocorrer ao paciente, como também a situações decorrentes do procedimento e não atendidas, partindo para uma complicação. Nesse sentido, a observação necessita ser constante até que as funções vitais estejam totalmente estabilizadas. Destaca-se aqui que as particularidades de cada paciente precisam ser consideradas não somente nas alterações estruturais decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico, mas também nas situações emocionais decorrentes do momento vivenciado (AVELAR, 1991).

O centro cirúrgico é considerado uma unidade de alerta máximo, pois tem um papel imprescindível para a contínua prevenção e controle de riscos associados, a condição que determinou a intervenção cirúrgica, do cliente na internação, a própria tecnologia de intervenção e a capacidade instalada da unidade com destaque especial para condições de trabalho e o preparo dos recursos humanos local em que se realizam os procedimentos invasivos (GHELLERE; ANTÔNIO e SOUZA, 1993).

O centro cirúrgico é umas das unidades mais complexas e estressante do ambiente hospitalar, por sua especificidade e também por ser setor de alto risco para pacientes submetidos á intervenção cirúrgica (BRUNNER e SUDDARTH, 2002).

Esta unidade normalmente localiza-se em áreas isoladas do hospital, onde exista pouca circulação de pessoas, com o objetivo de minimizar a incidência de infecções hospitalares. O acesso a esse setor é restrito ao paciente e aos profissionais que



nele atuam, salvo em maternidades onde, algumas vezes, é permitido o acesso de um membro da família (BRUNNER e SUDDARTH, 2002).

Especificamente na sala de recuperação pós- anestésica (SRPA), o enfermeiro tem papel fundamental na intervenção em resposta ao diagnóstico de enfermagem; uma ação autônoma baseada no raciocínio científico. Nesse momento, o enfermeiro vivenciará as complicações e intervenções que acometem o paciente em pós-operatório imediato na recuperação anestésica na SRPA (MIYAMOTO; CUNHA, 2003).

A atuação de enfermagem especializada deve ser capaz de detectar rapidamente alterações na evolução clínica do paciente e tomar as primeiras providências, seu papel é de vital importância para proporcionar ao paciente uma assistência de enfermagem individualizada, priorizando suas necessidades básicas alteradas, com o objetivo de reestabelecer o seu equilíbrio até o momento da alta. Para isso é necessário que a equipe de enfermagem tenha um embasamento técnico científico, assegurando assim uma atuação segura e eficiência (NOCITE JR. 1987).

É imprescindível que o paciente submetido ao procedimento anestésico cirúrgico permaneça sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem até que haja a recuperação da consciência, estabilidade dos sinais vitais e prevenção das intercorrências do período pós anestésico e ou pronto atendimento (SOBECC, 2003).

O enfermeiro tem como obrigação deter conhecimentos e habilidades para prestar assistência pós anestésica e operatória aos pacientes submetidos aos diferentes tipos de cirurgia. A criação da SRA se dá para sanar as complicações ou problemas advindos no período pós-operatório, pois tais complicações necessitam de rápida identificação, sendo estas obtidas através da avaliação e observação constante do paciente, a fim de iniciar uma terapia intervencionista precoce, pois estas surgem com tanta regularidade que o conhecimento e o embasamento técnico-científico, torna-se muito importante nesta fase (BELATTI, 1995).

A enfermagem é responsável pelo ambiente seguro e limpo, fundamentando-se em conhecimentos científicos, percebendo a importância de uma assistência completa e individualizada ao paciente e seu familiar.

Acredita-se que o cuidado de enfermagem é o ponto primordial que permite estabelecer relações que contribui para aliviar as fontes geradoras de stress.

No período pós-operatório, o paciente é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), onde os sinais vitais são monitorados até que ele se encontre em condições de ser transferido para outro setor, como a unidade de terapia intensiva, ou para a enfermaria, onde dará continuidade ao tratamento.

Ao longo do plantão, a equipe de enfermagem deve permanecer no local, usando roupas apropriadas, compostas por pijama, touca, sapatilha, capote e óculos de proteção. Ao sair do setor, o profissional deve mudar a roupa, para evitar contaminação. Pequenas refeições e descanso devem ser feitos no setor, quando há possibilidade e tempo (SOUZA, 2009).

O profissional de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica deve ter como característica principal um bom relacionamento interpessoal. Ao longo do trabalho, o enfermeiro passa por muitas situações conflituosas no trabalho em equipe e, através do diálogo, deve tentar contornar os problemas vivenciados.

O enfermeiro, atualmente tem assumido a parte administrativa e burocrática, visto seu perfil de formação, com isso, fica-lhe a tarefa de organizar do centro cirúrgico de uma forma holística, o que inclui a elaboração da escala de pessoal, distribuição das cirurgias nas salas, prover e prever materiais, checar se as normas e rotinas foram executadas de acordo com as normas (SOUZA, 2009).

## **5 CONCEITO DE RAQUIANESTESIA**

A raquianestesia consiste na injeção de um anestésico no canal raquidiano também chamado de raquianestesia, anestesia intra-tecal ou anestesia subaracnoídea, baseia-se na administração de um anestésico local diretamente no espaço

subaracnóideo, localizado entre as membranas dura-máter e aracnóide, resultando daí o bloqueio simpático, motor, analgesia e insensibilidade aos estímulos (GALDEANO E PENICHE, 2007).

Este procedimento leva ao bloqueio nervoso reversível da medula espinhal, resultando em perda da sensação de dor, tato e temperatura. A raquianestesia é indicada para cirurgias na região abdominal e extremidades inferiores, sendo muito utilizada em cirurgias obstétricas (GALDEANO; PENICHE, 2007).

Os doentes submetidos a esta técnica anestésica devem, por isso, ser informados sobre a perda de sensibilidade cutânea, para que possam proteger a área afetada de qualquer traumatismo, sobre o risco de cefaleias e sobre a capacidade de micção, que pode ficar afetada (MALSTER; PARRY, 2003).

A raquianestesia é um dos métodos mais largamente adotados na prática da cirurgia do baixo abdome, pelve e membros inferiores. Não é tão utilizada nas intervenções no abdome superior (GALDEANO; PENICHE, 2007).

## 5.1 HISTÓRIA DA RAQUIANESTESIA

Thomas Jonnesco, em 1908 na cidade de Bucarest introduziu o conceito de raquianestesia. Na América em 1885, Corning já havia preconizado tal anestesia aceita na Alemanha por Bier<sup>1</sup> e na França por Tuffier<sup>2</sup>, entretanto, foi suspensa pois causou muitos acidentes e retorno apenas em 1904, quando Fournau descobriu a estovaina, menos tóxica e tão potente quanto a cocaína (SOARES, 2005).

---

<sup>1</sup> August Karl Gustav Bier, criou a anestesia regional intravenosa há 110 anos, também da raquianestesia. A contribuição de Bier para o desenvolvimento da Anestesiologia foi inestimável. Durante o início do século XX ele estudou as mais comuns complicações da anestesia geral, como náuseas e vômitos intensos, que muitas vezes resultavam em "pneumonia pelo éter". Além disso, criou dois importantes métodos de anestesia regional: o bloqueio subaracnóideo (1898) e a anestesia regional intravenosa. (REIS JR, 2008).

<sup>2</sup> Tuffier, em 1900, implementou a raquianestesia quando apresentou trabalho no V Congresso Europeu de Cirurgia, relatando resultados obtidos com 63 pacientes e adotando como ponto de referência uma linha imaginária que identifica o espaço intervertebral entre L3 e L4, até hoje conhecida como linha de Tuffier, e aconselhando não injetar o anestésico local antes do livre gotejamento do líquido (VALE, 1998)

Em 1908, Jonnesco, após anos de estudo, fez uma apresentação no Congresso Internacional de Bruxelas, preconizando a utilização da anestesia para cirurgia de abdome alta, no ano seguinte, Bier, no Congresso de Cirurgia da Alemanha, não aceitou inteiramente o processo, no que foi acompanhado por Rehn, de Frankfurt (SOARES, 2005).

Jonnesco não desistiu e em 1910 publicava trabalhos na França, Inglaterra e Alemanha, relatando 103 anestésias altas. Prosseguiu seu trabalho com empenho e fez demonstrações práticas na Inglaterra, e ainda na América, em Filadélfia, Chicago, Rochester, e New York. Ao final do ano de 1910, relatou 238 anestésias altas ao Congresso de Cirurgia de Paris. Em 1912, foi a vez da Alemanha, tendo obtido a conversão do próprio Bier que antes a condenara tão veementemente (SOARES, 2005).

Em 1931, Faure visita a Romênia e é recebido pelos antigos discípulos de Jonnesco, cuja escola se mantinha íntegra e coesa e diz admirar profundamente a utilização da anestesia raquidiana.

Observa-se então que a raquianestesia tem seu lugar hoje perfeitamente colocado, e a menção do trabalho de Jonnesco tem o mero objetivo de prestar tributo à memória de um pioneiro e desbravador, um médico sério e competente, pesquisador e coerente.

## 5.2 PROCEDIMENTO

Uma vez que o anestésico é introduzido no líquido cefalorraquidiano (líquor), para que a anestesia seja eficiente, é necessária somente uma pequena quantidade de anestésico local, sendo que esta é uma das grandes vantagens da anestesia raquidiana quando comparada com a peridural, pois, deste modo, o risco de uma intoxicação por anestésicos locais é quase nulo (MELDAU, 2011).

No entanto, este tipo de anestesia apresenta algumas desvantagens, sendo que a mais evidenciada é a cefaléia pós-punção (dor de cabeça causada em seguida à perfuração da dura-máter). Acredita-se que este sintoma seja causado pela diminuta

abertura (“furinho”) que persiste por alguns dias na dura-máter após o procedimento anestésico, provocando perda de líquido do espaço subaracnóideo. Caso o paciente apresente dor de cabeça que melhora ao deitar e piora ao ficar de pé, comunique imediatamente o seu anestesista para que ele possa reverter esse quadro. (MELDAU, 2011).

Com o uso de agulhas de menor calibre e, conseqüentemente, menos traumáticas, esta técnica ganhou força, pois a incidência de cefaléia pós-punção reduziu consideravelmente com a utilização do novo material.

Os pacientes submetidos a esta técnica anestésica devem, ser informados sobre a perda de sensibilidade cutânea, para que possam proteger a área afetada de qualquer traumatismo, sobre o risco de cefaleias e sobre a capacidade de micção, que pode ficar afetada (MALSTER E PARRY, 2003).

### 5.3 VANTAGENS DA RAQUIANESTESIA

As suas principais vantagens estão associadas ao início rápido de ação, curta latência, boa intensidade de bloqueio sensitivo e motor e possibilidade de analgesia pós-operatória prolongada. São possíveis desvantagens, a maior ocorrência de cefaleias, em relação a outras técnicas anestésicas, e a limitada duração da anestesia quando utilizada técnica que não implica colocação de cateteres, situação mais comum em CA (IMBELLONI *et al.*, 2004).

É utilizada em procedimentos cirúrgicos realizados abaixo do umbigo, como cirurgias urológicas, ginecológicas, ortopédicas e vasculares, assim como correções de hérnias umbilicais e inguinais (GALDEANO E PENICHE, 2007).

Com o término da cirurgia o paciente é encaminhado à sala de recuperação pós anestésica e será acompanhado pela equipe de enfermagem.

Este período é considerado crítico, considerando-se que o cliente estará, inicialmente, sob efeito da raquianestesia. Nessa circunstância o paciente, encontra-se muito vulnerável às complicações. Assim, é fundamental que a equipe de

enfermagem atue de forma a restabelecer-lhe as funções vitais, aliviando-lhe a dor e os desconfortos pós-operatório (náuseas, vômitos e distensão abdominal), mantendo-lhe a integridade da pele e prevenindo ocorrência de infecções.

#### 5.4 COMPLICAÇÕES DA RAQUIANESTESIA

As complicações anestésicas podem alterar o curso peri-operatório ou a recuperação pós-anestésica aumentando a morbimortalidade do ato anestésico-cirúrgico. Podem ocorrer em função das Drogas, do Equipamento, das Alterações Fisiológicas do Paciente ou ainda, Falha Humana na condução da anestesia. Variam desde Complicações Menores sem sequelas, sem prolongar período de internação, até Complicações Maiores com sequelas definitivas com prolongamento do tempo de internação, ou até mesmo levando o paciente ao óbito (PICCOLI, 2000).

Verifica-se que a incidência das complicações no período pós-operatório imediato poderão estar associadas às condições do paciente no pré-operatório, as especificidades do procedimento cirúrgico, intercorrências no período trans-operatório e as medidas terapêuticas adotadas (PICCOLI, 2000) .

Acredita-se que todo procedimento anestésico poderá gerar complicações, necessitando que a equipe de enfermagem aja de forma preventiva para sanar tal problemática, para que isso ocorra é necessário que conheça as complicações que o procedimento pode acarretar.

De acordo com Ramos (2011) as principais complicações são:

Complicações menores caracterizados pelo hematoma pós injeção venosa:

- cefaléia pós anestesia geral;
- náuseas e vômitos moderados;
- lesão de dentes, gengivas ou lábios;
- perda da memória;
- lembrança do pós-operatório;
- distúrbio do sono;
- mialgia após o uso de succinilcolina;

- parestias, parestesias ou neurites temporárias .

Complicações Moderadas: são os distúrbios graves e/ou prolongamento da hospitalização mas sem incapacidade permanente.

- vômitos prolongados ;
- cefaléia pós raquianestesia;
- embolia pulmonar ;
- insuficiência cardíaca, respiratória, renal, hepática reversíveis;
- infecção pulmonar;
- infarto do miocárdio ;
- distúrbios psicológicos com lembrança do ato operatório .

Complicações graves causando lesões ocasionando incapacidade permanente:

- insuficiência cardíaca irreversível;
- insuficiência respiratória irreversível;
- insuficiência renal irreversível ;
- insuficiência hepática irreversível ;
- anóxia cerebral;
- morte per-operatória;
- ou no pós-operatório imediato .

Complicações Cardiovasculares

- 1 - hipotensão : PAS < 70 mmhg
- 2 - hipertensão : PAS > normal
- 3 - arritmias - essas são comuns durante a anestesia
- 4 - parada cardíaca
- 5 - complicações valvulares
- 6 – embolias
- 7 - intoxicação por anestésicos locais.

Complicações Respiratórias: estatisticamente são as principais causas de mortalidade e morbidade relacionada a anestesia e alguns fatores como: idade avançada, tabagismo, doenças pulmonares previas, obesidade, cirurgia torácica ou

em abdômen superior podem aumentar consideravelmente o risco de complicações pulmonares relacionadas ao ato anestésico (BASSO; PICOLI, 2004).

Complicações Relacionadas a Intubação e Extubação: podem ocorrer em qualquer fase da intubação, sendo que neste momento podem ocorrer dificuldades devido ao trauma na orofaringe, intubação seletiva, instabilidade cardiovascular, aspiração, obstrução do tubo por corpo estranho, problemas relacionados ao balonete e desconexão do sistema. Na extubação os problemas mais freqüentes são: laringoespasma, aspiração, instabilidade cardiovascular, dor na garganta e laringe (BASSO; PICOLI, 2004).

Realiza-se facilmente o diagnóstico do paciente com complicações quando se observa que vômito e o conteúdo gástrico são aspirados através da traquéia, sendo regurgitado silenciosamente. As manifestações clínicas são predominantemente: cianoses, dispnéia, taquipnéia, sibilos e roncos a ausculta BASSO; PICOLI, 2004.

Complicações renais: as modificações da função renal associadas à anestesia são, em geral, reversíveis:

Fatores pré-renais: todos aqueles que diminuem o FSR - depressão miocárdica com queda do DC ;

- hipovolemia e vasoconstrição - estado de choque

Fatores renais.

- estímulo simpático da resistência renal
- depósito intratubular de substâncias e ação nefrotoxinas
- íon fluoreto do enflurano
- transfusões incompatíveis - lesões tubulares - anúria

Fatores pós-renais:

- obstruções das vias urinárias
- hipertrofia prostática pode descompensar
- retenção urinária devido à epidural e raqui

Complicações Digestivas

1 - Parada da motilidade intestinal no pós-operatório

2 - Insuficiência hepática - devido alterações hemodinâmicas



- 3 - Halotano tem sido causa de hepatite em paciente em
- 4 - casos de anestésias repetitivas

#### Complicações neurológicas - SNC

A anóxia cerebral pode levar ao óbito, coma, confusão mental, desorientação, alucinações distúrbios menores de comportamento ;

- cetamina - causando alucinações
- cefaléia - com ag ou espinhal
- convulsões - própria da toxicidade dos al
- mielites - reação inflamatória da medula - al
- hematoma ou abscesso - espaço peridural
- lesões do plexo cervical e braquial

#### Complicações do uso inadequado de equipamentos

- 1 - aparelho de anestesia
- 2 - gases medicinais
- 3 - acidentes eletromédicos

A recuperação pós-anestésica é algumas vezes um momento decisivo para o paciente cirúrgico, pois é neste espaço de tempo que este pode apresentar algumas alterações no estado geral que determinam o prosseguimento da recuperação do procedimento cirúrgico.

Se faz imprescindível que o enfermeiro e sua a equipe atentem-se para estes problemas uma vez que podem ser detectados precocemente e a assistência implementada.

## **6 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA**

Para que o paciente tenha segurança, é fundamental um número de enfermeiros suficientes para o atendimento humanizado e com qualidade. Para o dimensionamento de recursos humanos, se propõe um cálculo proporcional do

número de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes na SRPA (PENICHE, 1995).

Em se tratando de cálculo proporcional de número de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes, Possari (2003) diz que o critério é: 01 enfermeiro para 5 leitos, 01 técnico de enfermagem para cada 3 leitos e 01 auxiliar de enfermagem para cada 05 leitos.

A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao paciente cirúrgico tem sido uma constante, principalmente, quando relacionado à alta complexidade que envolve o cuidado em SRPA (PENICHE, 1998).

O período de recuperação pós-anestésica é considerado crítico. O paciente necessita de vigilância contínua das equipes médica e de enfermagem que atuam no setor, pois, além de ter recebido drogas anestésicas, foi submetido as agressões impostas pelo ato cirúrgico.

A assistência de enfermagem deve estar voltada para três situações distintas, porém interdependentes, que serão chamadas de recepção, permanência e avaliação para alta o paciente do SRPA.

## 6.1 RECEPÇÃO

A recepção do paciente no SRPA é feita pelo enfermeiro e anestesista responsáveis por este setor. Estes recebem o paciente do anestesista e circulante de sala de operação encarregados de transportá-lo até o SRPA, e que lhes passam as informações básicas sobre o paciente e o tratamento cirúrgico a que foi submetido (NETTINA, 2003).

De acordo com Nettina (2003) estas informações nortearão a assistência a ser prestada, e devem incluir:

- Dados de identificação;
- Diagnostico medico;
- Intervenção cirúrgica executada, duração do procedimento;

- Técnica anestésica, drogas utilizadas na pré-anestesia e na anestesia;
- Posição cirúrgica;
- Uso do bisturi elétrico e local da placa dispersiva;
- Perdas sanguíneas e reposição de líquidos no intra-operatório;
- Intercorrências no período intra-operatório;
- Antecedentes patológicos;
- Alergia a drogas;
- Estado geral do paciente ao deixar a sala de operações;
- Presença de drenos, sondas, cateteres e outros métodos terapêuticos;
- Recomendações especiais sobre o pós-operatório.

A equipe de enfermagem deve instalar a oxigenoterapia, se indicada, oxímetro de pulso, monitorização cardíaca, quando necessária e proceder à avaliação preliminar o paciente que, necessariamente, inclui: função respiratória e permeabilidade das vias aéreas, sinais vitais, nível de consciência, circulação periférica, coloração da pele, infusões venosas, condições do curativo cirúrgico, posicionamento de sondas, drenos e cateteres, função motora e sensitiva (DOENGENS, 2003).

O decúbito lateral é a posição ideal em que o paciente deve ser colocado no pós-operatório imediato, por facilitar a eliminação de secreções acumuladas na orofaringe. Caso esta não seja possível, colocá-lo na posição indicada, tornando-a funcional e confortável ( SMELTZER; BARE, 2004).

## 6.2 PERMANENCIA

O período de permanência no SRPA inclui a monitorização e controles constantes do paciente e o estabelecimento de intervenções de enfermagem, com base nos dados levantados na avaliação inicial, nas alterações resultantes da regressão dos efeitos da anestesia e das consequências do trauma cirúrgico.

As drogas anestésicas, ao produzirem os esperados efeitos de hipnose, analgesia e relaxamento muscular, produzem também uma importante depressão cardiorrespiratória, que deve ser controlado durante todo o período anestésico e,

ainda, na reversão da anestesia, tendo em vista esses efeitos residuais desses agentes ( SMELTZER; BARE, 2004).

O enfermeiro deve estar atento aos sinais de complicações respiratórias, como hipoxemia, evidenciada na oximetria de pulso, como saturação de oxigênio no sangue <90%; hipoventilação, por bradipnéia ou pressão parcial de dióxido de carbono arterial (PaCO<sub>2</sub>) ≥ 50mm Hg; e obstrução das vias aéreas, por respirações ruidosas, sufocantes e irregulares (BRUNNER; SUDDARTH, 1990; ROSE, 1994).

Deve-se observar o fornecimento adequado de oxigênio ao paciente, feito frequentemente através de máscara de nebulização contínua. Alguns pacientes são recebidos no RPA com cânula de entubação endotraqueal na qual deve ser instalada, conforme conduta do anestesista, assistência ventilatória mecânica ou nebulização contínua, ate que seja indicada a extubação.

É necessário observar-se, ainda, o posicionamento da cânula de Guedel. Sua finalidade é prevenir a obstrução da orofaringe, conseqüente a queda da base da língua, provocada pelo relaxamento muscular. Por isso, esta cânula precisa ser mantida no paciente inconsciente ate que se inicie o retorno dos reflexos protetores. Em alguns casos, sob prescrição do anestesista, é necessária a administração de drogas que antagonizem os efeitos dos relaxantes musculares.

A obstrução das vias aéreas pode ser dar, também, por excessiva produção de secreções. A aspiração da orofaringe e a manutenção da cabeça voltada para um dos lados, com a finalidade de facilitar o escoamento de secreções, são medidas que devem ser observadas para manter a permeabilidade das vias aéreas. Quando consciente, o paciente deve ser estimulado a realizar inspirações profundas e tossir, com a finalidade de prevenir a ocorrência de atelectasia.

Os pacientes submetidos á anestesia geral, ao retornarem a consciência, podem apresentar um período de agitação psicomotora, e a equipe de enfermagem deve estar atenta as medidas de segurança para evitar contusões, queda do leito e desconexões de sondas, drenos ou cateteres. Estando o paciente consciente, o

enfermeiro deve reforçar as orientações fornecidas no pré-operatório, sobre o porquê e o tempo de sua permanência no setor, orientando-o no ambiente.

As alterações nos sinais vitais podem decorrer da ação de drogas anestésicas, bem como do próprio ato cirúrgico. Assim sendo, devem ser realizados controles seriados de 15 em 15 minutos na primeira hora do período de permanência do RPA, podendo passar para de 30 em 30 minutos nas horas subsequentes, desde que o paciente se apresente estável. É necessário observar, também, a coloração das extremidades, para avaliar a perfusão tissular (BRUNNER; SUDDARTH, 1990; ROSE, 1994).

A manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e uma das preocupações da enfermagem na recuperação pós-anestésica. Neste particular, compete ao enfermeiro controlar e registrar a quantidade de líquidos administrados e eliminados através da urina, drenagens, vômitos ou outras perdas.

O enfermeiro deve estar alerta aos episódios de náuseas e vômitos, também frequentes no período de recuperação da anestesia, e estabelecer medidas como lateralizar a cabeça do paciente, a fim de prevenir aspiração brônquica de conteúdo gástrico, administrar anti-eméticos, quando prescrito, e conversar com paciente, tranquilizando-o.

Durante o período de permanência do paciente no SRPA, as intervenções de enfermagem são estabelecidas a partir do conjunto de dados levantados, e não da interpretação de dados isolados, tendo em vista a recuperação do paciente e conseqüente alto do setor. As intervenções implementadas e as respostas do paciente a estas devem ser registradas pelo enfermeiro, permitindo a avaliação da assistência de enfermagem prestada.

## **7 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

O cuidado de enfermagem considerando a integralidade considera aspectos objetivos e subjetivos que sustentam a prática humanizada de saúde. Isso requer, por um lado, valorizar tanto o ambiente em que o cuidado ocorre, quanto os sujeitos nele implicados; e, por outro lado, refletir sobre a dinâmica de cuidar e os cuidados

de enfermagem diretos ou indiretos , objeto deste trabalho, tendo em vista os elementos que integram o ambiente da sala de recuperação pós-anestésica.

Conforme já destacado, o centro cirúrgico possui uma dinâmica bastante diferenciada daquela encontrada em outras unidades hospitalares. Apesar da especificidade das atribuições da equipe de enfermagem nos diferentes setores que o compõe, muitas vezes, os cuidados são desenvolvidos pelo mesmo profissional em um e outro setor. Contudo, por vezes, esta discussão poderá emergir de forma articulada, dada à característica mencionada. Ocorre também que os cuidados, salvos aqueles privativos da enfermeira, são desenvolvidos, tanto pela enfermeira, quanto pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

No tocante às ações próprias da enfermeira, destaca-se que ela é responsável pela gestão do ambiente e do cuidado, assim como, por procedimentos de maior complexidade técnica, como o cateterismo vesical; e outros cuidados diretos a pacientes graves com risco de morte (BRASIL, 1986).

Vale dizer que a exclusividade da enfermeira na execução de determinadas ações e cuidados não a exime da responsabilidade quanto aos demais cuidados prestados ao cliente e, mesmo, da possibilidade de realizá-lo.

A humanização proposta pela Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde - PNH, em 1992 previa mudanças estruturais na gestão, no processo de trabalho e nos relacionamentos interpessoais, pois a participação, o compromisso e o respeito às subjetividades dos usuários e dos profissionais da saúde tendo em vista a maneira em que as unidades de saúde vinham tratando seus usuários.

Acredita-se que o processo de desumanização da gestão das organizações relaciona-se com a industrialização, da qual advém a mecanização, a padronização e a burocratização do trabalho humano e conseqüentemente do homem. Este pensamento fundamenta-se na neutralidade da técnica, na negação da existência de conflitos, na rotinização e na transformação do ser numa peça padronizável, como forma de controle e legitimação do poder ( KEINERT, 2003).

Para a implantação da humanização do atendimento nas unidades é necessário considerar as pessoas como portadoras de necessidades e demandas específicas. Verifica-se que o HumanizaSUS destacou na avaliação dos serviços de saúde, o despreparo dos profissionais em lidar com as questões subjetivas presentes no atendimento da saúde, além de modelos de gestão centralizados e verticais.

Destacou então, que estes resultados apontam para a necessidade de mudanças no modelo de atenção e de gestão. Ressaltou como valores que norteiam essa política: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

No sentido de clarear os significados dos termos utilizados frequentemente, para se abordar a questão da humanização e apontados nesta pesquisa, buscou-se na própria Política de Humanização a conceituação destes, como esclarece o glossário do Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, do HumanizaSUS (BRASIL, 2004):

Por acolhimento, utiliza-se a seguinte definição:

“Acolhimento é entendido como:“ recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (BRASIL, 2004, p.41) .

Por ambiência compreende:

“O ambiente físico, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes, quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004, p.41) .

Por Vínculo entende:

“A aproximação entre usuário e trabalhador promove um encontro, este ficar em frente um do outro, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (BRASIL, 2004, p.55).

Gestão participativa é definida como:

“Construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde” (BRASIL, 2004, p.46).

O Protagonismo é explicado como:

“A ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos, ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde diz respeito ao papel de sujeitos autônomos” (BRASIL, 2004p.51).

A política de humanização ao contemplar as categorias vínculo, responsabilidade e autonomia, faz com que o usuário seja o sujeito da ação nas instituições de saúde, valorizando sua subjetividade.

O HumanizaSUS<sup>3</sup> deve ser um instrumento de transferência de um poder centralizado para um poder compartilhado, com esta política, foram incorporados canais de participação e a criação de novos canais, como forma de intervir na gestão institucional dos problemas, e assim realizar a humanização da saúde (REIS *et al.*, 2004).

Com o avanço científico, o hospital evolui de uma instituição aonde o paciente vai sem chances de sobreviver, para uma instituição onde se pretende a cura. Dessa forma, a instituição hospitalar, socialmente representa uma espécie de microcosmo que reflete a sociedade geral, por isso deve-se investir na humanização dos serviços de saúde (SOUZA; GUIMARÃES; BALLONE, 2004).

---

<sup>3</sup> A humanização é um assunto tão importante na área da saúde que em 2003 foi lançado o HumanizaSUS, que representa a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como objetivo melhorar o Sistema Único de Saúde.



Verifica-se que a humanização e cuidado são indissociáveis, entende-se por humano a natureza humana, bondosa, humanitária, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se incluiu benevolência, clemência, compaixão. Humanizar é a prática do humano. Logo, como humanos o que realizamos é humano, sendo, portanto, próprio ao ser humano visar o bem-estar da humanidade, tanto individual como coletivamente, isso é o verdadeiro sentido de humanizar, portanto ao cuidar de um paciente estamos resgatando e respeito a vida humana (CORBANI, *et al* 2009). Conclui-se que a humanização em saúde é resgatar o respeito a vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas em todo relacionamento humano.

A humanização das unidades cirúrgicas pode estar ligada a atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes, o cuidado de enfermagem é o ponto primordial que permite estabelecer relações que contribui para aliviar as fontes geradoras de stress. Concluindo que a humanização é um processo de construção gradual realizado através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos procurando resgatar o respeito a vida humana envolvendo um vínculo entre quem cuida e quem é cuidado.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tema	Autor <sup>1</sup>	Autor <sup>2</sup>
Responsabilidade da equipe SRPA	<p>NOCITE JR. 1987. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. <b>Rev Bras Anest</b> 1987; 37(3): 161-7.</p> <p>O planejamento da assistência é importante na recuperação do cliente e na prevenção de complicações pós-operatórias.</p>	<p>BELATTI RG. Problemas pós-anestésicos comuns. In: Vender JS, Spiess BD. <b>Recuperação pós-anestésica</b>. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p.9-21.</p> <p>A fase de recuperação pós-anestésica é crítica e requer atenção e vigilância constante sobre os clientes, pois é nesta que pode ocorrer complicações consequentes à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e ao próprio ato cirúrgico</p>
Complicações no Pós Operatório SRPA	<p>PICCOLI, M. <b>Enfermagem Perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine</b>. Ribeirão Preto, 2000.</p> <p>Os pacientes no pós-operatório imediato apresentam diversas complicações, sendo, respiratórias como hipóxia, hipercapnia, dispnéia; cardiovasculares, como desvios da pressão arterial, bradicardia ou taquicardia; renais; neurológicas, como alterações do nível de</p>	<p>NETTINA, Sandra. <b>Prática de Enfermagem</b>. 7ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003</p> <p>Os cuidados prestados pela Enfermagem, visam dar maior conforto e segurança ao cliente / paciente, minimizar os riscos cirúrgicos e contribuir para sua pronta recuperação, possibilitando assim que ele se reintegre rapidamente a sua família e a sociedade.</p>

	<p>consciência;          neuromusculares,          hidroeletrólíticas e          complicações como          hipotermia, dor, náuseas e          vômitos, entre outras          (PICCOLI, 2000).</p>	
Ações de Acolhimento	<p>BRASIL, <b>Acolhimento nas práticas de produção de saúde</b>. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.</p> <p>O avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista, porém, o melhor é associá-lo à humanização e a comunicação terapêutica, com intuito de obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem estar dos clientes e da ciência</p>	<p>SILVA, Maria D. Aparecida A. et al . <b>Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico</b>. 2.ed. São Paulo: EPU, 1997, p.23</p> <p>Os cuidados prestados pela Enfermagem Cirúrgica, visam dar maior conforto e segurança ao cliente / paciente, minimizar os riscos cirúrgicos e contribuir para sua pronta recuperação, possibilitando assim que ele se reintegre rapidamente a sua família e a sociedade.</p>

Fonte: BARIZON, 2014

A evolução técnica e científica alcançada pela enfermagem, especialmente no que diz respeito à sistematização da assistência, despertou no enfermeiro do Centro Cirúrgico a necessidade de prestar assistência mais direta ao paciente, na sala de recuperação pós anestésica. Isso fez com estes procurassem uma forma que tornasse possível viabilizar a sua necessidade (NOCITE JR., 1987).

Para tanto, foi utilizada como estratégia a visita pós operatória de enfermagem, onde o enfermeiro realizará o diagnóstico do paciente e observará suas manifestações clínicas, por intermédio destes dados, detectará os problemas ou alterações relacionadas aos aspectos bio-psico-sócio-espirituais do paciente e planejará a assistência de enfermagem a ser prestada neste período.

O planejamento da assistência é importante na recuperação do cliente e na prevenção de complicações pós-operatórias. A fase de recuperação pós-anestésica é crítica e requer atenção e vigilância constante sobre os clientes, pois é nesta que pode ocorrer complicações consequentes à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e ao próprio ato cirúrgico. No período pós-operatório o cliente está vulnerável a diversas complicações, especialmente as de origem respiratória, circulatória, gastrointestinal. O conhecimento das principais complicações é fundamental, para promover à rápida e eficiente assistência ao do cliente, evitando a infecção hospitalar e reduzindo gastos (NETTINA, 2003)

O enfermeiro responsável pela sala de recuperação deve sistematizar o registro das informações, mantendo vínculo ativo com os profissionais da saúde, além de oferecer à equipe de enfermagem condições para atuar com o cliente de maneira efetiva, planejada e segura.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verifica-se que, a segurança do paciente na SRPA não depende somente de equipamentos e recursos tecnológicos, mas principalmente de cuidados de enfermagem, que acontecem por meio de intervenções respaldadas pelo conhecimento científico e habilidades, prevenindo assim, a ocorrência de eventos adversos e complicações, que podem ocorrer como consequência da alta complexidade inerente ao processo anestésico-cirúrgico.

Sabe-se que, com a modernização da anestesia, cresceu a demanda por um cuidado pós-anestésico sistematizado. Ao mesmo tempo, houve uma maior oferta de tecnologia, o que possibilitou a avaliação do paciente em pós-operatório imediato com maior precisão e rapidez.

As salas de recuperação pós-anestésica e os enfermeiros continuarão desempenhando um papel fundamental para o sucesso da recuperação de pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos. Para tanto, é necessário que os enfermeiros estejam preparados, de forma técnica e científica,

para prestar uma assistência eficaz e segura e para acompanhar as constantes mudanças tecnológicas, econômicas e culturais do campo em que atuam.

A humanização das unidades cirúrgicas pode estar ligada a atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes. O cuidado de enfermagem é o ponto primordial das hospitalizações, por que permite estabelecer relações que contribuem para aliviar as fontes geradoras de estresse para os pacientes e familiares.

Uma equipe de enfermagem competente pode-se humanizar o atendimento durante o pré-operatório o transoperatório e o pós-operatório acompanhando-o desde a entrada até a sala cirúrgica, posteriormente até a sala de recuperação anestésica, pois quando se realiza uma assistência de enfermagem individualizada e humanizada demonstra ao paciente sua importância ajudando-o a enfrentar um novo processo em sua vida, auxiliando-se na diminuição da ansiedade no pré-operatório e pós operatório para que o mesmo possa recuperar-se o mais breve possível.

O centro cirúrgico é destinado ao atendimento de pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo, urgência e emergência. No processo de cuidar, o ser humano é objeto do cuidado, haja vista que o profissional de enfermagem é aquele que passa a maior parte do tempo com o cliente.

Cabe ao profissional de enfermagem realizar um cuidado integral e holístico ao cliente cirúrgico, este cuidado deverá ser humanizado, visto que o ambiente cirúrgico é um local onde o paciente sofrerá algum tipo de intervenção e onde o medo, a ansiedade ou mesmo a falta de informações é muito frequente. Humanizar a ação é cuidar do cliente

A humanização é um processo de construção gradual realizado por meio do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos, favorecendo a aproximação do enfermeiro e do paciente.

As ações de humanização envolvem diversas práticas profissionais no tratamento das pessoas, porém o mais importante é respeitá-lo, escutá-lo, dar-lhes resposta, prestar-lhes atenção e estar consciente de sua unicidade.

É imprescindível que, o enfermeiro adote em sua prática profissional o respeito à vida, envolvendo o vínculo entre quem cuida e quem é cuidado, acredita-se que o ato de cuidar é perceber o todo, é enxergar de forma global, criativa e criadora, introduzindo cada vez mais o ato de viver no ato de cuidar.

Humanizar é adotar uma prática na qual o enfermeiro, o profissional que cuida da saúde e do próximo, encontrando possibilidade de assumir respeito ao próximo utilizando palavras simples, respeitando seu desejo e inquietações lembrando que se faz necessário humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar.

## 10 REFERÊNCIAS

AVELAR, M. C. Q. **A prática do enfermeiro de centro cirúrgico**. São Paulo, 1991, 181 p., Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, USP.

BASSO, Rejane Scanagatta; PICOLI, Marister. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 20/02/2014.

BELATTI RG. Problemas pós-anestésicos comuns. In: Vender JS, Spiess BD. **Recuperação pós-anestésica**. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p.9-21

BRASIL, **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde 2001.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. bras. enferm.** vol.62, no.3, Brasília, May/June, 2009.

DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary, GEISSLER, Alice. **Planos de Cuidados de Enfermagem**, 5ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2003.

GALDEANO, Luzia; PENICHE, Aparecida – **Tipos e riscos anestésicos**. In CARVALHO, Rachel de; BIANCHI, Estela Regina Ferraz – **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri, S. Paulo: Manole, 2007.

GHELLERE, T.; ANTÔNIO, M. C.; SOUZA, M. L. **Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

GOMEZ, Renato Santiago, TONELLI, Deoclécio; SANTOS, Eduardo Tadeu Moraes. **Novas tendências da raquianestesia em cirurgia ambulatorial**, 2010. Disponível no site <http://www.sba.com.br/arquivos/ensino/ed9/33.pdf>. Acesso em 12, mai, 2013.

IMBELLONI, *et al.* - **Raquianestesia posterior para cirurgias anorretais em regime ambulatorial. Estudo piloto**. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [em linha] Vol.54, n.º6 (2004). Disponível em: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942004000600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942004000600004&script=sci_arttext)>. ISSN 0034-7094. Acesso em 20, mai, 2013.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. **Organizações Sustentáveis: Utopias e Inovações**. São Paulo: Annablume/FAPEMIG, 2003

MALSTER, M.; PARRY, A. – **Cirurgia Ambulatória**. In MANLEY, Kim; BELLMAN, Loretta - **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**. Loures: Lusociência, 2003.

MELDAU, Débora Carvalho. **Raquianestesia**, 2011. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/raquianestesia/>. Acesso em 20/mai/2013.

MIYAMOTO, Andréa Calil Jorge; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Hipotermia na sala de recuperação anestésica, **Rev Enferm UNISA** 2003; 4: 17-20 Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-03.pdf>. Acesso em 20/11/2013.

NETTINA, Sandra. **Prática de Enfermagem**, 7º ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2003.

NOCITE JR. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. **Rev Bras Anest** 1987; 37(3): 161-7.

PENICHE ACG. Abrangência da atuação do enfermeiro em sala de recuperação anestésica como perspectiva de melhor assistência ao paciente no período pós-operatório. **Rev Esc Enferm USP**. 1995;29(1):83-90.

\_\_\_\_\_. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. **Rev Esc Enferm USP**. 1998;32(1):27-32

PICCOLI, M. **Enfermagem Perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine**. Ribeirão Preto, 2000. 175 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

POSSARI, João Francisco. **Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós anestésica**, São Paulo: Iatria, 2003.

RAMOS, Fernando. **Complicações anestésicas**, 2012. Disponível em: [http://fernandora1.dominiotemporario.com/doc/FENSG\\_POS\\_COMP\\_ANESTESICA S.pdf](http://fernandora1.dominiotemporario.com/doc/FENSG_POS_COMP_ANESTESICA_S.pdf). Acesso em 20/01/2014.

REIS JR. A Anestesia Regional Intravenosa Primeiro Centenário (1908-2008). Início, Desenvolvimento e Estado Atual. **Rev Bras Anesthesiol**, 2008;58:292-322

SILVA, M. D' Aparecida Andrade *et al.* **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1997

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, **Recuperação Pós-anestésica e Centro de Material e Esterilização –SOBECC**. Práticas recomendadas: SOBECC. São Paulo: SOBECC, 2003.

SOUZA, F. M.; ALBUQUERQUE, M.T. Relato de experiência: monitorização da SO. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 3, p.22-25, jul/set. 1998

SOUZA, J. C., GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. São Paulo: Vetor: UCDB, 2004.

VALE NB. Centenário da raquianestesia cirúrgica. **Rev Bras Anesthesiol**, 1998;48:507-520.