

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE**  
**Departamento de enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em enfermagem**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**O PÓS-ANESTÉSICO DO PACIENTE DE  
EMERGÊNCIA CIRÚRGICA: CONSECUÇÃO E  
VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A  
INTERVENÇÃO DA ENFERMEIRA.**

**MARIA DE NAZARÉ MATOS BOSQUE**

**FORTALEZA-CE**

**1999**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

C539031  
R801208  
21/6/99

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE**  
**Departamento de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em enfermagem**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem**

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº.	R801208
	21/6/99

**O pós-anestésico do paciente de emergência cirúrgica: consecução e validação de um instrumento para a intervenção da enfermeira.**

**Maria de Nazaré Matos Bosque**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de Mestre.**

**ORIENTADORA: Dra. Enedina Soares**

**Linha de Pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem no Processo de Saúde / Doença.**

3677  
56  
1999

FC-00006243-5

**FORTALEZA - CE**

**1999**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## FICHA CATALOGRÁFICA

B756p Bosque, Maria de Nazaré Matos

O pós-anestésico do paciente de emergência cirúrgica: consecução e validação de um instrumento para a intervenção da enfermeira / Maria de Nazaré Matos Bosque.-Fortaleza,1999.

88f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Enedina Soares.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, odontologia e enfermagem.

1.Enfermagem cirúrgica. 2.Período de recuperação da anestesia. 3.Cuidados de enfermagem. 4.Modelos de enfermagem. I.Título. CDD 610.73677

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº.	801208/99
/	/

**O PÓS-ANESTÉSICO DO PACIENTE DE EMERGÊNCIA CIRÚRGICA:  
CONSECUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A  
INTERVENÇÃO DA ENFERMEIRA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título  
de Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

**Data da Aprovação : 18 / 03 / 99**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Enedina Soares  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Antônia Silva Paredes Moreira

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorita Marlena Freitag Pagliuca

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

## DEDICATÓRIA

À **DEUS**, minha fonte de luz, saúde e paz, que ao meu lado fez-me trilhar com humildade e sabedoria nos caminhos da vida, abençoando-me no cumprimento de minhas responsabilidades profissionais e pessoais.

À **MINHA MÃE** (in memoriam) e a **MEU PAI** pelo amor, dedicação e por me mostrarem com gestos e atitudes, os valores da vida.

À **MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA**, companheira de todos os momentos, colocando em minha vida a sua marcante presença e seu espírito de luta na conquista de meus ideais.

À **MEUS IRMÃOS** e **MINHA IRMÃ**, com afeto e carinho.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Professora e Orientadora **Dra. ENEDINA SOARES**, que com a luz de seus conhecimentos soube me iluminar em todo o desenvolvimento deste estudo.

# AGRADECIMENTOS

À amiga **Sandra Maria Muniz Rebouças**, por vibrar comigo no meu sucesso e me amparar nas horas difíceis.

Às Professoras **Dr<sup>a</sup>. Lorita Marlena Freitag Pagliuca**, **Dr<sup>a</sup> Antônia Silva Paredes Moreira** e **Dr<sup>a</sup>. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga** pelas contribuições e sugestões apresentadas.

Às **enfermeiras e auxiliares de enfermagem da sala de recuperação do IJF**, pela receptividade, pelo companheirismo e pela crença numa assistência de enfermagem mais qualificada.

À Direção do IJF, em especial à **Dra. Tereza Maria Carvalho Leite**, pela doação de material bibliográfico.

À enfermeira chefe do bloco cirúrgico do IJF, **Estelita Rodrigues de Barros** e a auxiliar de enfermagem **Maria das Graças Magalhães**, pelo relatório do número de anestésias durante o período da coleta de dados.

À coordenadora das casas de culturas da UFC, Professora **Mônica Dourado**, pela revisão de inglês.

A todos os colegas do curso de mestrado, em especial, à **Márcia, Sônia, Francelina, Mirna e Augusto**, pelos laços de ternura e amizade.

Aos **professores do curso de Mestrado** do Departamento de Enfermagem da UFC, pela amizade, amplitude e partilha de seus conhecimentos.

Aos chefes do extinto Centro de Saúde **Dr. Heitor Catunda**, **DR. Francisco José Mota Barros de Oliveira**, **enf<sup>a</sup>. Hilmar Maia de Almeida**, **enf<sup>a</sup>. Adília Maria Machado Feitosa**, e **Dr. Irivelton Henrique dos Santos** pelo apoio recebido durante a realização do mestrado.

À chefe do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional III, **Enf<sup>a</sup>. Vera Lúcia Borges de Araújo**, pela acolhida, confiança e apoio.

*“Onde quer que te encontres, não pares.  
Temos de ir de uma luz em direção a outra.”*

Angelus Silesius



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Identificando o objeto de estudo.....	1
1.2 Objetivos.....	11
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
2.1 A unidade de recuperação e o desenvolvimento da assistência pós- anestésica.....	12
2.2 Monitorando o comportamento do paciente no período pós- anestésico.....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO.....</b>	<b>37</b>
3.1 Referencial teórico.....	37
3.2 Processo metodológico.....	46
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>83</b>

## RESUMO

Considerando a problemática da assistência de enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), um tema por demais amplo, fizemos um recorte passível de investigação, tendo como objeto de estudo um instrumento norteador da assistência de enfermagem, construído com base em três conceitos da teoria de Orlando - **o comportamento do paciente, a reação e a ação da enfermeira**, acrescidos pelos indicadores de avaliação de Aldrete & Kroulik. O estudo teve como objetivos a construção de um instrumento destinado ao planejamento da assistência de enfermagem oferecida ao paciente na fase do despertar da anestesia de emergência e sua validação a partir da opinião das enfermeiras atuantes na URPA. Foi desenvolvido na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, integrante do bloco cirúrgico de um hospital de emergência da cidade de Fortaleza - Ceará - Brasil, no período de maio a outubro de 1998, pela autora e sete enfermeiras atuante na respectiva unidade. Foram considerados três momentos distintos para a sua execução: a construção, a aplicação do instrumento em 138 pacientes na fase pós-anestésica e a entrevista com cada enfermeira participante. Os resultados evidenciaram a importância do instrumento proposto para o cuidado mais qualificado, prestado ao paciente de emergência cirúrgica no período pós-anestésico. Por unanimidade as entrevistadas consideraram o instrumento, um elemento facilitador, racional e importante na eficiência e eficácia de suas ações assistenciais, contribuindo para a definição de sua função nesse setor. Entretanto, sobre a possibilidade de sua implementação, apresentaram depoimentos desmotivados em face das atuais condições da URPA, dentre as quais citaram com maior ênfase, o excesso de demanda, impedindo uma assistência de enfermagem mais qualificada.. Vale ressaltar, que esse estudo contribuiu para despertar nas enfermeiras o interesse para o desenvolvimento de uma nova maneira de praticar a enfermagem, unindo teoria e prática, interesse esse, observado pela autora durante a aplicação do instrumento.

## ABSTRACT

Considering the problem of the nursing attendance in Unit of Post-Anesthetic Recovery (UPAR), a very wide theme, we had an excerpt susceptible to investigation, having as the study object an instrument of the nursing attendance, built based on three concepts of Orlando's theory - the patient's behavior, the nurse's reaction and action, added by the indicators of evaluation of Aldrete & Kroulik. The study had as objectives the construction of an instrument destined to the planning of nursing attendance offered to the patient in the phase of the awakening of the emergency anesthesia and its validation starting from the opinion of the nurses who works in the UPAR. It was developed in the Unit of Powder-anesthetic Recovery, which integrates the surgical block of a hospital of emergency of the city of Fortaleza - Ceará - Brazil, from May to October of 1998, by the author and seven nurses who are active in the respective unit. three different moments were considered for its execution: the construction, the application of the instrument in 138 patient in the post-anesthetic phase and the interview with each participant nurse. The results evidenced the importance of the instrument proposed for the most qualified care, given to the patient of surgical emergency in the period post-anesthetic. Unanimously the nurses considered the instrument, a facilitative, rational and important element in the efficiency and effectiveness of its actions of care, contributing to the definition of its function in that section. However, about the possibility of its implementation, the nurses presented unfounded depositions in face of the current conditions of UPAR, which was mentioned with greater emphasis, the excess demand, impeding an attendance of more qualified nursing. It is Worth to stand out, that the study contributed to wake up in the nurses the interest for the development of a new way of practicing the nursing, joining theory and practice, that interest was observed by the author during the application of the instrument.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Identificando o objeto de estudo

Permeamos na experiência de uma década na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) de um hospital de emergência e, nos inquietamos com as condições limitadas no atendimento, no que tange a adoção de um instrumento capaz de dispensar uma adequada avaliação do paciente no período pós-anestésico e por conseguinte tornar reais as nossas intrínsecas aspirações de aprofundar os conhecimentos científicos, conquistar espaços transformador e evolutivo da assistência de enfermagem.

Nossa vivência nos apresenta como enfermeira atuante na URPA, cuidando de pacientes submetidos a cirurgias sob ação de diversos tipos de substâncias anestésicas, em particular aqueles pacientes submetidos a cirurgia de emergência que encontram-se em situações críticas, necessitando de avaliação e ação imediata.

A ação imediata a que se refere essa avaliação segundo FERREIRA (1986), é um sistema de atuar dispensando mediações e rodeios. Tal definição corresponde a situação de emergência com a qual nos deparamos ao assistir os pacientes nessa unidade. Vivenciamos uma problemática bastante complexa, na qual agimos sob o comando do imprevisto e da improvisação. Temos a sensação que estamos administrando o caos para oferecer o mínimo necessário aos usuários que superlotam um ambiente programado para um número menor de pacientes.

A ação da enfermagem consiste basicamente, em admitir o paciente, mensurar seus sinais vitais, hidratá-lo, oferecer níveis adequados de oxigenação e administrar a medicação prescrita. Além disso, são oferecidos cuidados outros de enfermagem, não especificamente, de recuperação pós-anestésica, em

decorrência do tempo indeterminado em que os pacientes permanecem no setor por falta de vaga na enfermaria.

Todos os cuidados de enfermagem prestados nessa URPA, são efetuados de forma assistemática, acarretando riscos para os pacientes, pois na fase do despertar da anestesia de emergência, a assistência de enfermagem tem como propósito o cuidado e a avaliação criteriosa dos pacientes, com ênfase maior à prevenção de complicações. Quando a assistência não é planejada esse propósito desfigura-se com a improvisação.

O cuidado assistemático também traz repercussões negativas para a enfermeira acarretando a indefinição de seu papel e de seu espaço de atuação. Instrumentalizar a assistência de enfermagem, contribui para transformar esses problemas, como afirma FERREIRA (1990), pois ele traça para a enfermeira uma diretriz segmentando a definição de seu papel e de seu espaço de atuação, saindo do assistir intuitivo, assistemático, para o agir organizado e sistematizado.

Para SILVA & POTENZA (1994), vários são os fatores que afetam diretamente a assistência ao paciente em recuperação anestésica, como: a falta de estrutura organizacional e a ausência de uma filosofia institucional, que priorize o homem, tanto o provedor como o receptor do cuidado.

Vale ressaltar a importância de uma URPA bem equipada que possibilite a monitoração do paciente e a detecção precoce de ameaças ao seu equilíbrio, assim como, a correção de complicações, suprimindo os possíveis riscos de vida.

NOCITE (1987), adverte os anesthesiologistas e os mais diversos escalões hospitalares, diretor clínico, chefia de enfermagem, administrador, diretor hospitalar, que o paciente operado tem direito aos cuidados especiais na URPA. Esclarece ainda, que este direito está consubstanciado em pareceres de

juristas de renome, como Fisher na América do Norte, cujos conceitos transcritos sobre a URPA, assim o emitiu:

*A função desta sala é proporcionar cuidados altamente especializados, bem como observação dedicada e freqüente, a pacientes que estão sob influência da anestesia. Eles permanecem nesta sala até recobrem a consciência e até que seus organismos recobrem as funções normais. A parada respiratória não é uma ocorrência rara na URPA e portanto o pessoal que nela trabalha, deve estar permanentemente alerta no sentido de proteger o paciente nesta situação vulnerável. As enfermeiras estão nesta sala com o propósito de reconhecer prontamente qualquer problema ventilatório, cardiovascular ou hemorragia. Espera-se que elas tomem medidas corretivas e/ou chamem por ajuda prontamente.(FISHER apud NOCITE,1987, p.166).*

A qualificação da enfermeira que atua numa URPA deve ser ampla de modo a conferir-lhe um domínio técnico sobre suas ações assistenciais e a utilização máxima de suas habilidades para o exercício do poder que o conhecimento técnico proporciona para um planejamento assistencial de enfermagem, que apresente soluções seguras e imediatas para atender em tempo hábil as necessidades dos pacientes no período pós-anestésico.

Na nossa concepção, a enfermagem planejada é a forma de instrumentalizar a prática, estabelecendo uma teoria de enfermagem norteadora que direcione o cuidado através de um saber específico.

Associar teoria e prática tem sido até então o “tendão de Aquiles” da enfermagem. Diversas, foram as tentativas no sentido de se organizar um corpo de conhecimento próprio nessa área, no entanto, tais iniciativas, não têm conseguido seu intento.

PAIM & TRENTINI(1993), expõem, que o pessoal de enfermagem, aspira uma nova abordagem assistencial ao paciente, mas nem sempre a

consegue, em virtude dos serviços estarem estruturalmente organizados para manter o estabelecido - normas, rotinas e a sobrecarga quantitativa de atividades contribuindo para desviar o processo de cuidar do contexto científico.

Parece-nos que as estruturas dos serviços geram um ciclo vicioso, no qual os profissionais acomodam-se diante do caos em que se instalam as ações de saúde, oferecem atendimento precário, por não acreditarem na melhoria e muitos chegam a alienar sua prática deixando-a sucumbir com o atual sistema de saúde.

Entretanto, nós não nos permitimos que sejam decompostos os avanços científicos da enfermagem em consonância com a óptica da descrença profissional e com a alienação de nosso exercício profissional mas nos propomos ser agente transformadores desses serviços através da adoção de novos modelos de assistência.

Essa nova maneira de praticar a enfermagem teve início com HORTA (1979), seguida por outras autoras como, DANIEL (1981), PAIM (1976) e PAIM (1978), dentre outras. Desse modo, enfatizamos que existe atualmente um crescente número de enfermeiras brasileiras que se preocupam com a qualidade da assistência de enfermagem delineada no planejamento de suas ações assistenciais.

O desenvolvimento do cuidado planejado, tem se mantido latente, porém, ele desponta aqui ou ali de forma tímida mediante esforços de algumas enfermeiras que acreditam numa nova forma de atuar. São várias as propostas para a utilização de um estilo de assistência de enfermagem. Cada uma em seu tempo, com seus méritos, facilidades e dificuldades. Entretanto, as enfermeiras têm mobilizado esforços no intuito de adaptar uma metodologia assistencial centrada nas necessidades bio-psico-sociais do paciente.

O desenvolvimento da enfermagem planejada poderá conduzir a profissão à autonomia, além de valorizar e documentar o cuidado prestado, e

principalmente, ser um meio de conduzir a enfermagem para a conquista de novos paradigmas, notadamente, aqueles que priorizem a qualidade do cuidado e a individualidade do paciente.

PAIM & TRENTINI (1993), comentam que o modelo biológico está impregnado no cotidiano da enfermagem, trazendo conseqüências indesejáveis para o paciente, porque ele deixa de ser alguém para torna-se um desconhecido portador de patologias.

O cuidado ao paciente que está despertando da anestesia, pela peculiaridade de sua condição, necessariamente, está vinculado ao modelo biológico. Entretanto, a enfermeira ao oferecer esse cuidado deve estar apoiada, também, numa concepção teórica que o humanize e que propicie com a sua oferta de cuidados, a garantia da individualidade do paciente, para que ele não seja mais um anônimo e despersonalizado, no âmbito de uma URPA.

É necessário pontuar também, que os esforços para desenvolver o cuidado planejado, associando teoria e prática, têm surtido pouco sucesso pela forma muito abstrata e desvinculada da realidade com que os teóricos têm elaborado suas teorias. LEOPARDI (1991,p.7), tem o mesmo pensamento, quando expressa que:

*...as teorias, modelos, métodos, enfim, as estruturas particulares que são propostas não estabelecem formas específicas de atuação sobre a doença e o doente e deixam muito a desejar sobre as formas de organização do trabalho...*

O cuidado planejado tem sido aplicado com maior freqüência em unidades restritas de terapia intensiva e/ou de tecnologia de ponta, nos serviços de transplantes, nas unidades cirúrgicas cardiovasculares, neurocirúrgicas e renais para otimizar a assistência.



No nosso exercício assistencial na URPA, identificamos a necessidade de elaborar um instrumento objetivo para qualificar a assistência de enfermagem, em razão dos problemas anteriormente enumerados e visando o cuidado planejado aos pacientes durante a fase do despertar da anestesia de emergência, dispensando-lhes uma assistência individualizada.

PENICHE (1998,p.28), ao tecer considerações sobre avaliação do paciente em URPA, comenta sobre a assistência de enfermagem nessa área específica:

*...O que se tem vivenciado, é uma constante busca da individualização do cuidado ao paciente, principalmente nos grandes centros, com maior exatidão e prontidão na detecção precoce de problemas a que está exposto. Porém, paralelamente a essa situação ocorre um distanciamento, cada vez maior do profissional de enfermagem, em relação ao cuidado que deve ser oferecido para existência de uma assistência individualizada, específica ao paciente crítico em Sala de Recuperação Anestésica...*

Discorrendo sobre a prática vivenciada naquela unidade, constatamos que os pacientes são vistos na sua situação patológica e, pelas sutis e vulneráveis condições vitais em que se encontram, recebem apenas cuidados assistemáticos, o que na nossa visão produz uma sensação que os cuidados assistenciais, estão aquém das aspirações profissionais de oferecer uma qualidade assistencial digna de um ser humano.

No fim dos plantões, sentimos exaustão e na consciência, a certeza do dever cumprido. Mas quando estamos na nossa casa, surgem os questionamentos quanto as nossas aspirações sobre a qualidade da assistência, a satisfação do paciente com um atendimento individualizado, a adoção do cuidado planejado, os resultados otimizados na saúde, o reconhecimento e a autonomia profissional.

Outras atividades do cotidiano pausam nossos pensamentos e novos plantões assumimos com as mesmas características: assistência assistemática,

grande volume de trabalho, atividades rotineiras e o ser humano precisando de cuidados. Mas, envolvidas na emergência do cuidado, com o excessivo número de pacientes, esquecemos o auto-julgamento crítico, nossos desejos de revolucionar o atual modelo de assistência e delimitamo-nos tão só a produzir e cuidar do paciente, permitindo-lhe uma recuperação que atenda a funcionalidade da instituição.

Refletindo a nossa prática, indagamos: estaríamos, enquanto enfermeiras na URPA, exercendo uma enfermagem de maneira científica? A introdução de um instrumento norteador da assistência de enfermagem poderia melhorar a prática, tornando-a coerente com os avanços científicos e tecnológicos?

Ao primeiro questionamento, encontramos a resposta em ALMEIDA & ROCHA (1989), quando apresentam a evolução histórica da enfermagem, tendo como característica marcante tornar científico o seu saber e sua prática. Para essas autoras, na busca pela cientificidade, a enfermagem tenta construir um corpo de conhecimentos que passa da simples seqüência de procedimentos sob a denominação de 'técnicas' às elaborações mais complexas de marcos conceituais, que vão constituir os modelos e as teorias para a assistência. As técnicas não contém elaborações abstratas, sendo simples seqüências de passos, e a capacidade para desempenhar as tarefas nelas descritas, eram entendidas até as primeiras décadas deste século como a arte da enfermagem. Nesta fase, o objeto da enfermagem estava centrado na maneira de executar a tarefa e não no doente.

Características essas, que ainda estão presentes na enfermagem da atualidade. Entretanto, PAIM & TRENTINI (1993), referem que tem sido uma tônica na literatura de enfermagem estudos e propostas de mudanças, tendo como esteio uma reflexão profunda sobre o modo de cuidar das pessoas e não apenas o uso de técnicas rotineiras e alienantes. Percebemos assim que a enfermagem tem

buscado a integração da teoria com a prática como meio de alcançar a excelência e a ciência do cuidado, a partir do uso da expressão princípio científico nas décadas de 50 e 60, assim como, teorias de enfermagem nos anos 70.

A enfermagem ao procurar tornar científico o seu saber, através dos princípios, buscou essa ciência na aproximação com o saber da medicina, o que não lhe conferiu uma natureza autônoma e específica para as suas ações. A ênfase dada às teorias de enfermagem nos anos 70 levou a um novo enfoque na construção do seu conhecimento e, apontam para sua autonomia e especificidade. (ALMEIDA & ROCHA, 1989).

É possível reportar que, enquanto enfermeiras da citada URPA, não estamos utilizando essa tríade na prática cotidiana, ou seja, usamos como instrumento de trabalho apenas as técnicas e os princípios científicos, ainda não nos definimos por uma teoria de enfermagem, que possa nos dar melhor especificidade sobre a forma de cuidar.

Assim, iniciamos este estudo no intuito de aperfeiçoar a nossa prática assistencial, visando construir, e validar junto com as enfermeiras da URPA, um instrumento norteador do planejamento da assistência de enfermagem para atender as necessidades do paciente durante a fase do despertar da anestesia de emergência, embasando-o nos conceitos teóricos de ORLANDO (1978).

Optamos pela validação coletiva porque acreditamos que somente com o esforço de todas conseguiremos ultrapassar as dificuldades inerentes ao processo de cuidar. Esperamos que este seja o primeiro passo do início de uma trajetória a ser perseguida pelas enfermeiras dessa URPA.

Enquanto enfermeiras, profissionais do cuidado, compete-nos desenvolver na URPA, uma assistência individualizada, imediata e planejada a curto prazo no sentido de atender as necessidades do paciente e, não apenas satisfazer as exigências institucionais.

Na nossa concepção as atribuições e responsabilidades das enfermeiras dessa unidade são inestimáveis. As condições para desenvolverem sua competência, envolvem conhecimentos de enfermagem, além de uma gama de outros saberes. Face a amplitude de ações desenvolvidas nesse setor, surge a necessidade de ser introduzido um instrumento para a enfermeira atender as necessidades do paciente.

A assistência de enfermagem na URPA onde foi desenvolvido este estudo, atende aos critérios funcionais de produzir o quantitativo de procedimentos, entretanto, acreditamos que essa prática não satisfaz mais aos novos conceitos de uma enfermagem evoluída que busca a transformação. É hora pois, de se trabalhar o cuidado de enfermagem de forma planejada para garantir a sua eficácia e cientificidade.

Refletindo sobre a instrumentalização da assistência de enfermagem na URPA, vislumbramos inúmeras contribuições, tais como: um desenvolvimento cultural da profissão, um meio de tornar mais visível o papel da enfermeira, de fortalecer o seu conceito no âmbito da saúde, de ressaltar a sua liderança dentro de sua equipe, fazendo com que os usuários, outros profissionais e a própria instituição, sintam a importância do cuidado planejado.

Ao vislumbrarmos todas essas contribuições, confirmamos nosso idealismo ao acreditar que a introdução de um instrumento assistencial poderá amenizar a problemática da assistência de enfermagem prestada nessa URPA e que trará alguma satisfação para as enfermeiras com o próprio trabalho. Portanto entendemos também que esta proposta contribuirá, mas por si só não resolverá tudo, há muitas outras frentes a serem atacadas e nós percebemos isso.

O cuidado de enfermagem planejado está intrinsecamente relacionado com as atividades privativas da enfermeira, preconizadas na Lei n.º 7.498/86 do

Exercício Profissional que garante sua atuação com autonomia dentro da equipe multidisciplinar.

Desde o ano de 1994, quando concluímos a especialização em enfermagem médico-cirúrgica, curso oferecido pela Universidade Estadual do Ceará, tínhamos como aspiração, elaborar e operacionalizar um instrumento norteador da assistência de enfermagem para cuidar de pacientes durante a fase do despertar da anestesia geral na URPA.

Naquele curso, realizamos um estudo monográfico, no qual foi possível analisarmos a prática de enfermagem oferecida ao paciente nessa URPA, investigando inclusive a posição das enfermeiras quanto a sistematização da assistência.

Entretanto, tivemos que nos embasar de novos conhecimentos para definirmos uma proposta mais consistente. E no desejo de elaborar um instrumento para a assistência, procuramos transformá-lo em um objeto de estudo dissertativo refletido à luz das recomendações teóricas de ORLANDO (1978, p.11) que alerta:

*O objetivo da enfermagem é suprir a ajuda que o paciente requer para satisfazer suas necessidades. O enfermeiro alcança o seu objetivo iniciando um processo que verifique as necessidades imediatas do paciente e o ajude a satisfazê-las direta ou indiretamente...*

Desse modo o paciente é considerado singular e tem direito a assistência de enfermagem integral e individualizada. A qualidade da assistência de enfermagem está vinculada a intervenção da enfermeira, que é uma profissional autônoma com capacidade para identificar as necessidades do paciente anestesiado e atendê-las imediatamente.

Portanto, a assistência de enfermagem ao paciente no despertar da anestesia, deverá satisfazer suas necessidades, identificadas pelo enfermeiro, e

revenir ao máximo, incidentes e/ou lesões decorrentes da anestesia de emergência, respeitando-o sempre como indivíduo fragilizado, tanto pelo dano que propiciou a cirurgia, o trauma cirúrgico em si, assim como pelo impacto das substâncias anestésicas.

Tendo em vista o reconhecimento da importância de assegurar o cuidado planejado e a vivência diária com uma assistência de enfermagem desenvolvida de forma assistemática, pretendemos que esse estudo possa repercutir junto a equipe de enfermagem, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de uma prática assistencial direcionada para o cuidado do paciente numa perspectiva holística, qualificada, documentada e embasada nos avanços científicos e tecnológicos que surgem no cotidiano do assistir. Portanto, para o seu desenvolvimento formulamos os seguintes **objetivos**:

1. construir um instrumento destinado ao planejamento da assistência de enfermagem oferecida ao paciente na fase do despertar da anestesia de emergência.

2. Validar um instrumento de assistência de enfermagem para pacientes na fase do despertar da anestesia de emergência a partir da opinião das enfermeiras atuantes na URPA.

## REVISÃO DE LITERATURA

### .1 A Unidade de Recuperação e o Desenvolvimento da Assistência Pós - anestésica.

A importância de controlar a condição do paciente sob ação de anestesia foi reconhecida ultimamente, e mais tardiamente, o acompanhamento do paciente na fase pós-anestésica por pessoal especializado. A seguir reportaremos como essa assistência tem se desenvolvido.

A história da URPA remonta a época anterior à própria descoberta da anestesia. Os primeiros registros encontrados sobre um local reservado, ao lado da sala de operações, aos pacientes em estado crítico ou recém submetidos a cirurgia de grande porte, datam de 1801, na Inglaterra. (NOCITE,1987).

Curiosamente, esse mesmo autor expõe, que cada sala continha dois leitos, um destinava-se ao paciente em estado crítico; o outro era ocupado a noite por uma enfermeira ou por outro paciente em fase de convalescência, mas em bom estado geral, que atuava como uma enfermeira.

Deve-se aqui registrar o poder da criatividade dos dirigentes desse setor ao reconhecer, há quase duzentos anos, que o paciente no período pós - operatório necessita de observação e cuidados especiais, ainda que prestados, por força de várias circunstâncias, até por pessoal não treinado.

SCHMIDT (1992), relata que a primeira referência do que seria uma sala de recuperação anestésica foi feita em 1863 por Florence Nightingale, porém, essas unidades só se consolidaram como setores indispensáveis dentro do complexo hospitalar a partir de 1920, com o aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos. Nessa época, surgiram as primeiras e incipientes JRPA's.

Elas passaram a ser formalmente estimuladas por recomendação da Comissão de Estudos de Anestesia da Philadelphia County Medical Society, ao

detectar que num período de onze anos, aproximadamente, a metade das mortes que ocorreram nas primeiras vinte e quatro horas de pós-operatório eram preveníveis e, que certamente um terço delas, teriam sido evitadas se nessa fase os pacientes estivessem sob cuidados intensivos de uma equipe de enfermagem.(SCHMIDT, 1992).

A partir da década de cinqüenta, os grandes hospitais europeus e norte-americanos passaram a contar com unidades onde os pacientes recém-operados eram segregados e observados durante a fase de recuperação da anestesia. (NOCITE,1987).

As URPA's passaram a ser consideradas como um serviço necessário em qualquer hospital no qual se pretende praticar uma terapia cirúrgica de bom nível, e expandiram-se cada vez mais. Atualmente, ninguém discorda do princípio de que o paciente está mais sujeito a crises após a cirurgia do que na própria sala cirúrgica, onde sua ventilação está sob controle.

Sobre essas condições, FISHER apud NOCITE(1987), tem a opinião que esta é a unidade mais importante dentro de um hospital, na qual o paciente requer mais atenção pelo perigo potencial onipresente. Este risco consciente acarreta, um alto grau de responsabilidade do hospital para com o paciente. Como o perigo ou o risco está sempre presente, não pode haver relaxamento na vigilância para se atender aos padrões de cuidados nela requeridos. O exame minucioso e atenção sempre presente são requisitos para o trabalho nesta sala, e o paciente tem todo o direito de esperar por eles.

FERRAZ (1980); DRAIN & SHIPLEY (1981); POSSO (1987), também citam que a URPA tem como objetivo principal o criterioso acompanhamento dos pacientes submetidos ao ato anestésico-cirúrgico, recuperando-os dos efeitos imediatos dos agentes anestésicos e drogas auxiliares da anestesia, pois neste período a consciência e os mecanismos de proteção do



doente habitualmente estão deprimidos. Os pacientes devem permanecer nessa unidade até que haja a estabilidade dos sinais vitais, dos reflexos protetores e o retorno da consciência.

A individualização dos cuidados prestados na URPA tem sido procurada, não só através de treinamento e orientações básicas da equipe, mas também, pelo assessoramento feito pela monitorização, em desenvolvimento constante, decorrente do crescente avanço tecnológico, gerando informações sobre funções vitais dos pacientes. (ARAÚJO NETO, 1992).

Entretanto, paralelamente a essa situação ocorre um distanciamento, cada vez maior da enfermeira, por diversas razões, quase sempre institucionais, em relação ao cuidado direto ao paciente. Supomos que essas razões possam estar relacionadas com a escassez dessas profissionais e/ou suas dedicações à tarefas burocráticas.

O pessoal que trabalha na URPA deve integrar uma equipe de enfermagem com experiência no uso dos equipamentos e treinada em monitorização do paciente durante sua permanência nessa unidade. O número de elementos que compõe a equipe médica e de enfermagem varia de um para um a um para quatro leitos, dependendo do tipo de cirurgias realizadas habitualmente, sendo indicado para um hospital geral uma enfermeira para cada 3 leitos.

Para atender os objetivos e facilitar o trabalho da enfermagem, a URPA deve estar localizada próxima ao centro cirúrgico, diminuindo assim a distância a ser percorrida com o paciente, facilitando o acesso das equipes cirúrgicas, quando necessário, respeitando a instabilidade orgânica, imposta pela complexidade da situação em que o paciente se encontra.

A URPA é uma parte essencial e integrante do cuidado intensivo hospitalar, portanto deve ser considerada uma extensão do centro cirúrgico, deve

também ser acessível aos serviços de urgência para raio X, gasometria de sangue arterial e laboratório de análise clínica.

O ideal é que todos os leitos de recuperação estejam em uma única sala, de portas amplas, que possibilite a entrada de macas e camas, bem iluminada, com temperatura agradável e sistema de renovação de ar. Deve possuir ainda, dependências menores para armazenamento de medicamentos e utilidades diversas, para pronto uso em situações de emergência.

A dimensão da área física da URPA é determinada pelo movimento de casos cirúrgicos do hospital. Geralmente, um e meio leitos de recuperação, para cada sala cirúrgica é uma relação adequada, segundo DRAIN & SHIPLEY (1981). Os espaços entre os leitos devem ser amplos, o suficiente para uma adequada circulação de médicos e enfermeiras. Não é necessária a separação dos sexos, uma vez que os pacientes não estão conscientes até o momento de ter alta para a enfermaria.

Cada leito deve dispor de fontes de oxigênio, ar comprimido e vácuo ou uma unidade para sucção de secreções ou vômitos, um esfigmomanômetro, um estetoscópio, um termômetro, um cardioscópio, um oxímetro de pulso, tomadas elétricas, suporte para soro e sangue, extensões de borracha, sondas de aspiração, cateter de oxigênio, eletrodos, luvas, gaze, régua de nível.(FERRAZ, 1980; POSSO,1987).

A URPA deve ser equipada com leitos especiais, confortáveis, com grades e que permitam elevar facilmente os pés ou a cabeceira e facilitem os cuidados médicos e de enfermagem. Também deve estar munida de equipamentos para medida de pressão arterial média em pelo menos dois pacientes simultaneamente, além de artigos para cuidados com as vias aéreas, incluindo: tubos traqueais e de traqueostomia, cânulas orais, laringoscópios, ventiladores manuais tipo ambu. (NOCITE, 1987).

Devem fazer parte do arsenal da URPA: desfibrilador, respirador, equipamento de ressuscitação cardiopulmonar, eletrocardiógrafo, oxímetro de pulso, glicosímetro, nebulizadores, umidificadores de oxigênio, assim como, um estoque de medicamento de emergência (aminofilina, atropina, antibióticos, bicarbonato de sódio, cloreto de potássio, cloreto de cálcio, clorpromazina, dopamina, digoxina, diazepam, epinefrina e norepinefrina, furosemida, heparina, hidrocortizona, insulina, isoproterenol, lidocaína, morfina, fentanil, meperidina, procainamida, propranolol, pancurônio, prostigmina, reserpina, tiopental), para uso imediato.

Em hospitais nos quais se realizem cirurgias mais complexas, maior capacidade de monitoragem pode ser necessária do que a recomendada para os hospitais gerais, como monitores multiparamétricos contendo eletrocardiograma e opcional para pressão arterial invasiva e não invasiva, gerador de marca-passo. Para o aquecimento dos pacientes são indispensáveis os cobertores, os colchões térmicos e os aquecedores elétricos.

Além da localização, de um espaço físico apropriado, material, artigos e equipamentos, é extremamente importante que a URPA tenha uma equipe de profissionais, treinada e habilitada para prestar cuidados individualizados e de alta qualidade. (DRAIN & SHIPLEY, 1981).

Os cuidados especializados oferecidos aos pacientes na URPA diminuem de modo significativo as complicações e a mortalidade no período pós-operatório imediato. Todos os procedimentos realizados e os dados coletados por médicos e enfermeiras devem ser anotados imediatamente em fichas elaboradas especialmente para ser usada nessa unidade.

## **2.2 Monitorando o Comportamento do Paciente no Período Pós - Anestésico.**

A análise criteriosa da enfermeira em relação ao comportamento do paciente na fase da recuperação anestésica servirá para aprimorar o cuidado, proporcionando-lhe mais segurança durante o seu despertar.

ARAÚJO NETO(1992), afirma que mesmo com o advento tecnológico, o assistir sistemático do profissional ao paciente continua sendo o mais importante, o qual será fortalecido com o uso de instrumentos modernos.

Entretantes, a enfermeira não deverá supervalorizar a monitorização confiando na sua eficácia em detrimento de sua capacidade de avaliar, pois é possível que haja riscos para o paciente em decorrência de sua vulnerabilidade física.

As complicações que freqüentemente exigem maior atenção, são especialmente as de origem respiratória e circulatória. A literatura que trata desta temática, aponta que 01 entre 5,5 pacientes, apresentam problemas anestésicos-cirúrgicos.

ELTRINGHAN(1983), apresenta dados semelhantes ao referir que, cerca de 20% das mortes associadas à anestesia ocorrem nos primeiros 30 minutos após a cirurgia, denotando assim, o quanto é potencialmente perigosa essa fase.

É inerente a anestesia, algum potencial de morbi-mortalidade vinculado a seus próprios princípios operacionais, os quais foram mencionados por MANGANO(1990); HOLLEY & CARROLL (1985), tais como:

- envolvimento com drogas e medicamentos onde o índice terapêutico é relativamente próximo ao limiar tóxico;

- intervenção direta sobre a fisiologia de sistemas ou órgãos vitais, sistema nervoso, sistema cardiovascular, sistema respiratório, fígado e rins.
- atuação em organismos já debilitados, seja pela doença ou trauma que motiva a cirurgia, como por outros desvios sistêmicos da normalidade;
- uso de equipamentos pneumáticos, mecânicos, elétricos e eletrônicos cujos controles de qualidade inicial independem da equipe de saúde, e para os quais a manutenção de qualidade é diretamente dependente da estrutura administrativa do hospital ou das instituições provedoras;
- a falibilidade, presente em qualquer ramo de atividade humana.

No Brasil nas últimas décadas, outros fatores têm condicionado o aumento daquele potencial. Dentre os diversos fatores citados por ARAÚJO NETO & OLIVA FILHO (1991), constata-se a remuneração ao profissional de saúde, com base exclusiva em princípios quantitativos, sem qualquer estímulo a sua qualificação. Foram também associadas as más condições de trabalho em função de estruturas obsoletas, do número reduzido de equipamentos básicos de terapia e vigilância, e sua escassa manutenção tanto nos hospitais públicos, cuja gerência privilegia os interesses políticos em detrimento dos sociais, como nos hospitais privados, que têm sua sobrevivência dependente da gestão política das verbas oficiais.

Acrescentamos a esses fatores a informalidade da assistência prestada, isto é, sem critérios rígidos na admissão, evolução e alta do paciente na URPA, acarretando sérios danos, não só para o paciente mas, para a equipe e a instituição, que são os responsáveis pelas ocorrências de riscos.

Em trabalho retrospectivo sobre acidentes anestésicos no Reino Unido, UTTING e col. *apud* NOCITE (1991), verificaram que de 277 mortes ocorridas

num período de oito anos (1970 a 1977), 28 dessas, foram em função de falhas nos cuidados pós-operatórios, representando 10,1% desse montante. No mesmo período, registraram 71 casos de lesão cerebral hipóxica, dos quais, cinco foram atribuídos à negligência na assistência, representando 7% desse total.

Esses autores verificaram ainda que dos 33 casos de morte ou lesão cerebral hipóxica ocorridos no período pós-operatório, 21 deles foram devidos à obstrução de vias aéreas, 8 à depressão respiratória, 3 à hipotensão arterial e 1 à queda do leito. Todos poderiam ter sido evitados se os cuidados no período de recuperação anestésica tivessem sido adequados.

Esses autores concluíram que 34,7% dos casos de morte e de lesão cerebral pós-hipóxica foram atribuídos aos riscos cirúrgicos, sensibilidade a drogas, doenças coexistentes, hipertermia maligna e hemorragia incontrolável. O erro humano representou 65,3% desses casos, grande margem de incúria e descompromisso com o cuidado ao paciente em pós-operatório.

Diante dessa realidade devemos estar alerta para subsidiarmos de monitorização feita também pelo registro de parâmetros fisiológicos e avaliação por escores com índices preestabelecidos.

ALDRETE & KROULIK *apud* PENICHE(1998), desenvolveram um método simples e essencialmente clínico, baseado na avaliação de cinco parâmetros: atividade, respiração, circulação, consciência e cor. Em cada elemento, são computados pontos de zero a dois, conforme o grau observado. Assim, quando se registram graus máximos de normalidade em todas as variáveis, o paciente recebe um índice máximo de 10 (vide quadro I).

Os índices iguais ou superiores a oito, resultantes da aplicação do método são considerados seguros pelos autores. A sua variação é atribuída ao paciente em observações periódicas, indicando a evolução de sua recuperação anestésica. Se numa avaliação inicial, o paciente recebe índice 8 e, numa segunda

realizada trinta minutos depois, recebe índice 6, deve-se acompanhar melhor o paciente uma vez que a evolução não está satisfatória.

Na escala de oito (8) a dez (10) pontos o paciente é considerado em estado de recuperação anestésica, podendo receber alta da URPA. Essa somatória é atingida pela maioria dos pacientes após um período máximo de duas (2) horas de permanência nessa unidade, momento em que ele deve apresentar todos os seus sinais vitais em funcionamento harmonioso e seu estado clínico equilibrado.

Quadro I - Escala de Aldrete & Kroulik

Atividade	2 - apto a mover 4 extremidades 1 - apto a mover 2 extremidades 0 - apto a mover 0 extremidades
Respiração	2 - apto a respirar profundamente e tossir 1 - dispnéia ou respiração limitada 0 - apnéia
Circulação	2 - PA até 20% do valor habitual 1 - PA varia de 20 a 50% do valor habitual 0 - PA varia + do que 50% do valor habitual
Consciência	2 - desperto totalmente 1 - desperto ao chamar 0 - não responde
Coloração	2 - rosado 1 - pálido 0 - cianótico

**Fonte: Aldrete & Kroulik apud Peniche(1991)**

Esses indicadores, mesmo sendo amplamente utilizados, questões e sugestões se manifestam desde sua criação, relacionadas às dificuldades em pontuar isoladamente determinados parâmetros, que avaliam os sistemas comprometidos pelas drogas utilizadas no procedimento anestésico cirúrgico.

Os autores expressaram que, encontrar um método não invasivo e que avalie a função circulatória por um único sinal, é extremamente difícil. E, optaram então, pela medida indireta da pressão arterial, em decorrência da constância com que é executada no paciente internado e, por ser monitorizada durante todo o ato anestésico.

PENICHE & ARCURI (1992), em estudos realizados sobre a medida indireta da pressão arterial, questionaram: a largura do manguito relacionada à largura do braço e ao seu comprimento, levando a hipo ou a hiperestimação dos valores máximos e mínimos da pressão arterial. Afirmam também, que essa variável interfere conseqüentemente na pontuação dada ao item da circulação.

Porém, existem algumas variáveis na prática diária, envolvidas com a técnica da medida indireta da pressão arterial que, mesmo com o suporte dado pela avaliação da coloração, devem ser consideradas. A indefinição do período considerado como pré-operatório pelos autores, acarreta dificuldade na escolha do valor da pressão arterial correspondente a esse período. Vale ressaltar que essa medida é tomada como base para o cálculo de variação da pressão arterial permitida para o período pós-operatório.

Em se tratando de paciente em cirurgia de emergência essa dificuldade é mais crescente, pela total ausência de preparo pré - operatório decorrente da imprevisibilidade das ações assistenciais. Na instituição em que atuamos, os anesthesiologistas verificam e registram no impresso da anestesia o valor da pressão arterial dos pacientes antes de iniciar a indução anestésica. Por serem pacientes cujas condições orgânicas encontram-se afetadas por sua situação de emergência, geralmente esses valores estão alterados tendenciando-se a uma hipotensão.



Problemas relacionados e não pontuados por esse índice são a oligúria, anúria, hemorragia, arritmias que com certeza afetam o sistema cardiovascular e merecem monitoramento pela equipe da URPA.

Da mesma forma que questiona-se a medida da pressão arterial torna-se polêmica, avaliação da atividade muscular. Por exemplo, o paciente com fraturas de membros tem pontuação prejudicada ao ser avaliado em sua atividade muscular, mesmo reconhecendo que essa deficiência não decorra do procedimento anestésico.

Outra dificuldade encontrada nos indicadores de Aldrete & Kroulik, é em relação à coloração da pele. DRAIN & SHIPLEY (1981), ratificam que essa entidade é a mais difícil de ser avaliada e afirmam que muitas URPA's suprimiram essa avaliação de seu protocolo. Segundo eles, seria oito(8) o número de pontos para credenciar a alta do paciente. Recentemente, com o auxílio do oxímetro de pulso ficou mais fácil obtermos uma resposta segura sobre a intensidade da cianose existente.

CASTAÑOS(1982), analisando os índices de recuperação anestésica, esclarece que a avaliação da consciência, proposta por Aldrete & Kroulik, é controversa entre os membros da equipe, em virtude da consciência nessa fase sofrer uma oscilação, decorrente da natureza do anestésico, ficando também prejudicada a averiguação em pacientes com deficiência mental ou problemas psiquiátricos.

De acordo com esse autor, deveria se fazer uma análise uniforme do grau de recuperação anestésica, quando relacionada à avaliação da consciência sem as divergências existentes. E propõe uma sistematização, baseada na observação e qualificação dos sinais dependentes da ação do anestésico sobre o sistema nervoso central, ou seja, examinar os reflexos oculares, motilidade, dor,

expressão verbal, compreensão de mensagens e ordens simples e não deter-se somente a condição do paciente estar acordado.

Conclui que a pontuação máxima para a consciência avaliada em todos seus subitens citados, não significaria completa lucidez. Observou que pacientes no ápice dessa classificação, ainda encontravam-se no torpor de suas razões, em decorrência do tipo de anestésico utilizado.

A função respiratória avaliada como foi sugerida, sem a utilização de aparelhos e testes sofisticados não trouxe dúvidas como os outros itens analisados. A frequência respiratória e a verificação da expansibilidade torácica proporcionam a segurança necessária ao exame do paciente.

ABRAHÃO et al (1990), consideram que o índice proposto, por Aldrete & Kroulik, como único critério de avaliação do paciente não é seguro. Uma pontuação superior a sete (7) não implicaria na diminuição da vigilância, pois nesse período com essa classificação, foi encontrada maior porcentagem de complicações.

Na tentativa de melhor avaliar esses pacientes, POSSO (1975), propôs escores semelhantes ao criado em 1970 por Aldrete & Kroulik, sempre objetivando a segurança na avaliação. Daí a autora considerar a inclusão da temperatura, pulso e incisão cirúrgica, tendo como meta, diminuir o tempo de permanência dos pacientes na URPA, sem por em risco suas vidas, e racionalizar o trabalho da equipe de enfermagem.

AVELAR et al. (1994), com a finalidade de conhecer a qualidade da assistência prestada ao paciente em sala de recuperação anestésica propuseram padrões mínimos de assistência como modelo básico, seguido de critérios de avaliação. Obtiveram como resultado níveis elevados nos padrões que dão suporte à assistência, que tangem às condições dos equipamentos e a URPA como local para a assistência, classificando porém aos concernentes à assistência

de enfermagem em condições de moderada qualidade. Como conclusão opinaram que fosse estabelecido um processo de reflexão contínua para ajustar e adequar as ações de enfermagem aos padrões estabelecidos, com a finalidade de atingir um nível de alta qualidade daqueles relacionados ao local e equipamentos consubstanciados aos da assistência de enfermagem.

O cuidado de enfermagem em URPA é de alta complexidade, por isso faz-se necessário uma avaliação segura e eficaz do paciente e insistimos inclusive, que nessa fase pós-anestésica as respostas ao trauma anestésico-cirúrgico estão em seu ponto máximo de alterações metabólicas e endócrinas, fazendo-se necessário, formalizar critérios que alcancem abrangência e confiabilidade diante dessa problemática, atuando com imediata prontidão exigida nesse momento.

A avaliação inicia-se na admissão do paciente, a ser realizada em equipe, na qual a enfermeira é a líder, que de acordo com SMITH & GERMAIN (1978), é a responsável por:

- assegurar a permeabilidade de vias áreas e ventilação pulmonar adequada;
- ajudar a manter a circulação do paciente adequadamente;
- prevenir o choque e tratá-lo, se ocorrer;
- colocar o paciente em posição adequada de acordo com o tipo de cirurgia, drenagens, infusões endovenosas;
- tranquilizar o paciente, orientando-o no tempo e no espaço à medida que vai recobrando a consciência;
- avaliar a dor;
- informar à família e amigos do paciente o que está ocorrendo.

MILANEZ apud GUIMARÃES et al(1990), afirma que o objetivo da avaliação do paciente pela enfermeira é detectar os problemas e prevenir

complicações. As informações coletadas servirão para acompanhar a evolução do paciente, assim como, planejar as ações de enfermagem durante a permanência desse na URPA.

A enfermeira ao receber o paciente nessa unidade, procede o exame inicial e a observação contínua. Segundo AVELAR et al.(1991), a avaliação contínua do paciente é realizada pela aplicação do índice de Aldrete e Kroulik e de procedimentos como: verificação de sinais vitais de 15 em 15 minutos, na primeira hora e de 30' em 30' nas horas seguintes. Observação e registro dos dados coletados, do aspecto do curativo, infusões venosas, cateterizações, sonda, drenos, eliminações, tipo e volume. Monitorização de pressão venosa central, pressão arterial média dentre outros.

As intervenções de enfermagem devem ser dirigidas ao paciente, para assegurar sua individualidade. Para AVELAR et al.(1991), a enfermeira prescreve cuidados especiais de enfermagem para atender ao paciente conforme as necessidades identificadas, implementa aqueles de maior complexidade e, delega para equipe auxiliar os que são mais simples e rotineiros.

A importância do papel da enfermeira na URPA evidencia-se através de sua capacidade de observação, avaliação e destreza no domínio da fundamentação científica atendendo em tempo útil as necessidades bio-psico-sociais do paciente.

A assistência de enfermagem ao paciente na URPA é para BRUNNER & SUDDARTH (1993), tão importante quanto a própria cirurgia. A avaliação imediata e constante do comportamento do paciente e de suas manifestações fisiológicas evitam complicações que poderiam prolongar sua permanência no hospital ou colocar sua vida em risco.

O comportamento do paciente na fase de recuperação anestésica advém das suas condições e/ou de decorrências hemodinâmicas instaladas

durante o ato anestésico-cirúrgico, exigindo com isso maior conscientização da enfermeira para desenvolver seu trabalho identificando sempre a diversidade de comportamento desses pacientes, para melhor ajudá-los durante o despertar da anestesia.

Essas atitudes envolvem, como cita MERIN (1981), o conhecimento dos efeitos residuais dos anestésicos, dos coadjuvantes e interações com outros fármacos, associados à previsão e identificação dos fatores de risco, passíveis de induzir alterações comportamentais no período de recuperação anestésica.

As principais alterações fisiológicas do paciente em recuperação anestésica foram agrupadas por GATTO (1990), em cinco itens: problemas respiratórios, com o sistema termoregulador, hemodinâmicos, ligados à diurese e dor pós-operatória.

#### **Alterações do Comportamento Respiratório.**

Na observação do paciente que se recupera da anestesia geral a enfermeira deve estar atenta para variações do comportamento respiratório, decorrentes do ato anestésico, da cirurgia ou de patologia previamente existente. Deve-se aperfeiçoar no precoce reconhecimento de cianose, e hipoventilação. Na nossa prática utilizamos muitas vezes, a palma da mão para sentir o volume corrente aproximado.

Os problemas respiratórios verificados no período de recuperação anestésica não foram conhecidos recentemente. Nos primórdios da anestesiologia, a depressão cardiopulmonar resultante de concentrações anestésicas desconhecidas, ausência de oxigênio como veículo e o uso de ventilação espontânea, além de nenhum controle, salvo a observação, contribuíram em muito para o receio habitual que o ato cirúrgico e a anestesia provocavam nos nossos antepassados, sabedores dos óbitos que somavam-se aos ocorridos por infecção. (WYLIE & CHURCHILL-DAVIDSON, 1978).

Com o advento da radiologia, atrelada a novos conhecimentos em fisiologia respiratória, tornou-se possível ventilar artificialmente um pulmão e verificar o teor de oxigênio e dióxido de carbono no sangue a partir das primeiras décadas deste século. Propiciou a prestação de cuidados imediatos no pós-anestésico com mais segurança e menos empírico, levando também, ao reconhecimento das complicações com maior presteza.

COLLINS(1978), acompanhando o avanço da anestesia, relata que a cirurgia aventurou-se em terrenos que outrora era impensável, e o condenável tornou-se procedimento rotineiro, carregando consigo os benefícios e os riscos próprios de atos invasivos, trazendo mais luz a minúcias fisiológicas antes inimagináveis. Acrescenta que, com todo o arsenal terapêutico disponível, com recursos dos mais variados, a ciência da anestesiologia não logrou reduzir as complicações pulmonares, usualmente presentes, de modo significativo, na recuperação anestésica.

ELTRINGHAM(1983), alerta que uma cirurgia de vias biliares ou de abdômen superior provoca maiores problemas na recuperação do que em cirurgias do intestino ou da parede abdominal inferior. Dependendo da extensão e do local da incisão poderá haver ventilação pulmonar diminuída em até 70%, necessitando assistência ventilatória.

A maneira como o paciente está posicionado durante a cirurgia pode determinar problemas pulmonares no pós-operatório imediato, posições viciadas em cirurgias prolongadas, poderão causar atelectasia de bases pulmonares e inadequadas trocas gasosas.

Um exame do aparelho respiratório de pacientes que permanecem em posições viciosas (trendelemburg, litotomia, etc) por longos períodos poderá revelar a necessidade de medidas terapêuticas prioritárias na recuperação. SAMPAIO FILHO (1987), diz que numa cirurgia onde o tórax foi aberto,

ocorrerá redução funcional dos pulmões não só pela diminuição das áreas de trocas, como pelo edema decorrente da manipulação e dor pós operatória.

Os drenos de tórax utilizados para remoção de ar ou sangue representam um fator de manutenção do quadro doloroso e da redução da expansibilidade torácica, mesmo em pequenas áreas. Dependendo da extensão da cirurgia e do quadro clínico, podem ter conseqüências importantes, sendo usual os anestesiológicos bloquearem as áreas dolorosas, notadamente os nervos intercostais adjacentes na toracostomia.

A insuficiência respiratória aguda é o ponto comum e resultante de quase todos os problemas criados, sendo caracterizada clinicamente por cianose, taquipnéia, diminuição do murmúrio, queda da expansão pulmonar e pelos dados laboratoriais - a hemogasimetria e espirometria.

Portanto, as alterações da função respiratória são freqüentes e a enfermeira deve ter uma preocupação constante com sua vigilância. A admissão de um paciente na URPA deverá ser imediatamente seguida de exame dos aparelhos cardiovascular e respiratório, observando e reagindo ao comportamento do paciente.

MERIN (1981), aconselha que os riscos ligados a anestesia devem ser investigados pois com freqüência o paciente sob ação de anestesia geral apresenta depressão respiratória devido aos anestésicos depressores do sistema nervoso central, ou curarização residual devido ao uso de relaxantes musculares não eliminados.

Podem ocorrer ainda aspiração do conteúdo gástrico ou sangue, obstrução das vias aéreas devido a queda da língua, laringo ou broncoespasmo, regurgitações. A aspiração pulmonar do conteúdo gástrico é um fator preocupante mesmo que o paciente tenha um pulmão normal.

BARBOSA(1992), apresenta as razões para que a aspiração ocorra: intubação oro ou nasotraqueal com cânulas sem balonete ou furado , resíduos alimentares no estômago, tempo de esvaziamento gástrico inadequado, igual ou superior a 4 horas para criança e 6 para o adulto, desde que não haja causa de parada do trânsito intestinal como grave acidente, trabalho de parto, obstrução intestinal, perfuração de vísceras, alterações metabólicas graves, trauma intracraniano, sedação incompleta ou residual, aspiradores cirúrgicos defeituosos e aumento súbito da pressão intragástrica.

A regurgitação durante a cirurgia ou no pós-anestésico podem resultar em aspiração pulmonar silenciosa, acompanhadas de tosse e espasmo das cordas vocais em pacientes sem reflexos. O conteúdo gástrico aspirado produz uma lesão pulmonar de gravidade variável, estendendo-se a uma bronquite irritativa ou uma pneumonite química, dependendo do volume e pH do conteúdo aspirado.

O quadro clínico traduz-se em dispnéia intensa e súbita, taquipnéia, cianose de extremidades, hipotensão arterial, taquicardia, agitação e à ausculta pulmonar, sibilos disseminados ou localizados. Sintomas que poderão ser detectado precocemente pela enfermeira.

A prevenção do vômito é prioritária, devendo ser feita na sala de operações. A enfermeira na URPA avaliará a oportunidade de instalar a terapêutica médica adicional nesse sentido. Drogas como o droperidol, clorpromazina e metoclopramida podem auxiliar essa tarefa. A presença de sonda nasogástrica, distensão gástrica e o efeito residual dos anestésicos contribuem para a ocorrência de vômitos pós-operatório, devendo ser agilizada a sua prevenção.

Para RATTO et al(1981), a aspiração do volume gástrico determina lesão tanto das vias aéreas e dos alvéolos (ventilação) como da circulação pulmonar (perfusão) e esses danos manifestam-se de forma progressiva nas



primeiras 24h. A intubação precoce e a aeração artificial pulmonar devem ser consideradas e indicadas antes que ocorra uma insuficiência respiratória aguda, reduzindo as complicações pulmonares e as alterações na relação ventilação/perfusão.

A atelectasia é considerada a complicação pulmonar mais observada no paciente cirúrgico. A enfermeira da URPA, deverá estar atenta para reconhecer a atelectasia e proceder imediatamente a profilaxia dessa morbidade, que começará pelo anestesiológico no trans-operatório com o uso de ventiladores ajustados, tubos traqueais adequados, frequências e volumes específicos para cada caso. Essa profissional continuará esse trabalho profilático através da observação contínua do paciente, estimulando a tosse, dispensando respiração orientada, tratando-lhe a dor sem abolir seus reflexos e seu estado de consciência.

Com a instalação da atelectasia a enfermeira aplicará os procedimentos de enfermagem para efetivar a terapêutica médica, a qual consiste em administrar oxigênio sob cateter nasal, ajustando-se a  $FiO_2$ , para manter a  $PaO_2$  entre 100 e 150mmHg, umidificar a secreção respiratória e eventualmente, acrescentar mucolíticos ao líquido nebulizado (água destilada).

Outro problema que ocorre no transoperatório e se reflete na recuperação é o pneumotórax. Define-se pneumotórax como a presença de ar no espaço pleural, que por ser virtual, tende a afastar-se rapidamente uma da outra e, como a tendência do pulmão é o colapso e a da caixa torácica, é a expansão, geralmente associa-se uma atelectasia.

Para SAMPAIO FILHO (1987), essa condição acontece espontaneamente por rotura de bolhas subpleurais, perfuração traumática (politraumatizados, fratura de clavícula, de costelas, etc.) e de modo inadvertido, durante bloqueios anestésicos (plexo braquial ou intercostal) ou no momento da

ventilação artificial por defeito de válvulas, altos volumes ou pressões exageradas, rompendo bolhas enfisematosas subpleurais ou parenquimatosas.

A drenagem contínua com dreno sob selo d'água é suficiente. De qualquer modo a observação desses pacientes pela enfermeira é soberana.

O broncoespasmo traduz resposta à presença de secreções ou material gástrico de regurgitação que estimulam a faringe e ganham a árvore traqueo-brônquica ou pode resultar de reações alérgicas agudas por consequência da administração de drogas liberadoras de histamina. (SAMPAIO FILHO, 1987).

Outros fatores, citados por esse autor, podem desencadear crise num paciente cirúrgico, como: o stress, agentes anestésicos, manipulação das vias aéreas, produção aumentada, eliminação prejudicada das secreções do aparelho respiratório e ventilação inadequada. Drogas broncodilatadoras descontínuas ou doses insuficientes podem provocar o broncoespasmo, assim como o ato da extubação.

Todos esses problemas respiratórios apresentados, têm sua importância, no sentido de fundamentar o cuidado de enfermagem na recuperação anestésica, mantendo níveis adequados de oxigenação ao paciente nesta fase crítica do despertar da anestesia. A não observância constante da enfermeira nessa área trará certamente, transtornos respiratórios, nos quais a hipóxia tem um lugar especial. Dentre as alterações respiratórias provocadas pela anestesia, a hipóxia ainda é uma das principais causas de morte ou de seqüela neurológica grave. Muitas delas poderiam ser evitadas, se a hipóxia tivesse sido detectada em tempo, afirma HUTTON (1998).

A maioria dos incidentes hipóxicos menores, como os associados com a apnéia ou obstrução da via aérea, são de curta duração e facilmente reconhecidos, especialmente nas ocasiões em que a enfermeira está consciente

de que podem ocorrer, como nas cirurgias pulmonares ou da via aérea em que há um maior risco de hipóxia.

No entanto, outras causas de hipóxia, incluindo falhas do equipamento, desconexões e ajustes incorretos no fluxo dos gases, ocorrerão se nessas circunstâncias não houver uma prévia identificação. A detecção clínica da hipóxia não é confiável, HUTTON(1998), confirma que muitas vezes a hipóxia não será percebida antes que surjam a bradicardia ou a hipotensão. Acrescenta que há também uma enorme variação individual dos observadores na identificação da hipóxia que já é conhecida há mais de 40 anos .

Como vimos, as anestésias podem comprometer a função respiratória pela depressão do sistema nervoso, pelo relaxamento muscular, pela diminuição dos reflexos de proteção e também pelo aumento de secreção na árvore respiratória, causando hipoxemia, hiper carbia e eventualmente parada respiratória.

### **Alterações do Sistema Termorregulador**

A anestesia geral, o tempo prolongado de cirurgia, a temperatura fria da sala de cirurgia, a exposição exagerada do paciente levam a uma perda acentuada de calor corporal e alterações da sua capacidade termorreguladora. A hipotermia é freqüentemente encontrada no período pós-anestésico devido aos fatores acima expostos e à depressão do sistema nervoso.

A maioria desses pacientes apresentam hipotermia, e logo que o efeito dos anestésicos são eliminados surgem os tremores. Essa atividade muscular intensa, tem a finalidade de produzir calor e aumentar a temperatura do corpo, gerando também, a necessidade de melhor oxigenação.

Segundo GUYTON(1984), as alterações da temperatura, apresentam-se nos períodos per e pós-operatório, e a principal causa de mortalidade em hipotérmicos é a cardíaca, que acontecem pelo desconhecimento da hipotermia.

Os estudos relacionados com a hipotermia identificaram que ela acarreta efeitos cardíacos, sobre a função respiratória, sobre o sistema nervoso central e diversos órgãos.

Os efeitos cardíacos iniciam-se com a taquicardia, abaixando-se a temperatura até 34°C ocorrendo assim a bradicardia não reversível a atropina, por um efeito depressor direto do nó sinusal. Há uma queda no consumo de oxigênio de 7% por °C.

O aumento da excitabilidade miocárdica promove aparecimento de extrassístoles, podendo acontecer qualquer tipo de ritmo, até fibrilação ventricular, que permanece refratária ao choque cardioversor enquanto persistir a temperatura baixa.

Após uma fase inicial de estímulo, a hipotermia deprime a respiração em frequência e volume minuto, cessando-a totalmente a 24°C. A resposta ventilatória à hipóxia e hipercapnia é deprimida. Há um aumento de risco de pneumopatia por abolição dos reflexos da tosse, broncorréia, diminuição da função ciliar e alteração do epitélio brônquico.

O tempo de indução e da recuperação anestésica é aumentado pela maior solubilidade do anestésico inalatório.

De um modo geral, ocorre depressão do Sistema nervoso central. Após 32° C cessam os tremores que produzem calor, e o paciente passa a ser poiquilotérmico, ou seja, é regulado pela temperatura ambiente. Outros efeitos são: narcose a 30°C, efeito protetor cerebral - temperatura a 34°C, disfunção da memória recente - temperatura 35°C, há redução no fluxo sanguíneo cerebral, menor que a queda na demanda metabólica, criando um balanço positivo de oxigênio.

Os efeitos da hipotermia também atingem os diversos órgãos vitais. O fluxo sanguíneo hepático é diminuído e há baixa na insulinemia, com conseqüente

hiperglicemia. O fluxo renal é diminuído em proporção maior que a queda no débito cardíaco. A função tubular renal é diminuída, com redução da reabsorção do filtrado renal, aumentando a diurese e contribuindo ainda mais para o aumento da hipovolemia.

A abordagem pós - operatória do paciente hipotérmico é ditada por sua temperatura central e categoria de risco. De uma forma geral, 60% dos pacientes chegam a URPA em hipotermia. Com temperatura de 33-36°C. Um paciente hígido pode ser extubado, mas devemos considerar de maior risco especificamente o idoso e àquele com disfunções cardíaca e respiratória.

Quando o paciente se recupera da anestesia, o hipotálamo começa a ativar processos de produção de calor, como já observamos, aumentando o metabolismo celular, atividade muscular e processos de conservação de calor (vasoconstricção).

MORRISON *apud* OLIVEIRA(1992), contribuindo, diz que a hipotermia desvia a curva de dissociação de oxihemoglobina para a esquerda, e os tremores podem aumentar o consumo de oxigênio de 300 a 800%. A única forma do organismo aumentar o aporte de oxigênio é pelo aumento do débito cardíaco. Se houver alguma insuficiência da resposta ocorre acidose metabólica.

A vasoconstricção pelo frio aumenta o volume sanguíneo da periferia para o centro, elevando o trabalho cardíaco, conseqüentemente originando disritmias e isquemia miocárdica. O despertar é retardado pela solubilidade aumentada do anestésico. SLOTMAN et al *apud* OLIVEIRA (1992), consideram a hipotermia prolongada na recuperação como um importante fator de risco, assinalando aumento da mortalidade no grupo estudado, que permanecia hipotérmico por períodos superiores a 8 horas.

A hipotermia é causa de mal estar e hipoxemia no período pós-operatório, devendo ser imediatamente identificada e corrigida. A hipertermia é

menos freqüente, porém não menos deletéria, devendo também ter sua etiologia determinada e tratada com drogas antitérmicas e meios físicos que facilitem a eliminação do calor.

### **Alterações do Comportamento hemodinâmico**

O aumento do trabalho muscular, do metabolismo basal, e a ação vasomotora das substâncias anestésicas ocasionam alterações no comportamento hemodinâmico do paciente na fase do despertar da anestesia. Quando ele é monitorizado eletronicamente é possível observarmos a presença de arritmias cardíacas. Variações na pressão arterial e perfusão periférica são constantemente detectadas durante o período de recuperação.

Os sangramentos são habitualmente conseqüência do ato cirúrgico. Devem ser identificados e devidamente avaliada a perda sanguínea e as suas repercussões hemodinâmicas. A avaliação da equipe cirúrgica é fundamental, assim como a reposição do sangue perdido.

Também pela ação das drogas anestésicas e pela reposição de líquidos por via parenteral, identificamos uma alteração do volume urinário. As alterações renais podem ser funcionais, devido a hipotensão e desidratação e sua identificação é feita na URPA pelo controle da diurese. A enfermeira da URPA deve estabelecer um sistema preciso de controle sobre os ganhos e perdas do paciente.

Dentre as alterações metabólicas e hidroeletrolíticas, as acidoses são mais freqüentes frente ao ato anestésico cirúrgico e para sua correção é necessário o concurso do laboratório de análises clínicas, as alterações das concentrações iônicas do sangue também podem ser graves e após diagnóstico pelos exames laboratoriais necessitam de rápida correção.(POSSO, 1987)

As alterações neurológicas podem ocorrer em consequência dos anestésicos, tanto a excitação como a depressão podem conduzir a hipoxemia, a qual sobrevem convulsão ou parada cardio-circulatória.

### **Alterações do Comportamento de dor**

A dor é uma consequência natural do ato cirúrgico e que pode repercutir negativamente na evolução do paciente. Ela deve ser detectada e combatida precocemente para que o paciente tenha melhores condições de conforto. Em algumas cirurgias abdominais e nas torácicas, a analgesia proporciona melhor ventilação, ao facilitar a tosse, a expectoração, e os exercícios respiratórios.

Lembramos que alguns pacientes não estão conscientes para expressar a dor, porém reagem com um comportamento inquieto e gemente. Nesses casos, após a administração das soluções analgésicas prescritas pelo anestesiolegista, a enfermeira deve estar alerta para que não ocorra depressão respiratória.

Em consequência das manifestações e complicações previsíveis já descritas e dos riscos imprevisíveis, aos quais o paciente em pós-operatório está vulnerável, a enfermeira da URPA deve utilizar um instrumento de cuidados de enfermagem que garanta a segurança, a individualidade, e qualidade dos procedimentos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

Nesse capítulo exporemos o referencial teórico que fundamentou o desenvolvimento do instrumento destinado ao planejamento da assistência de enfermagem oferecida ao paciente na fase do despertar da anestesia de emergência, criado para ser validado pelas enfermeiras da URPA, assim como, o processo metodológico que nos possibilitou apreender o objeto de estudo e alcançar os objetivos propostos.

#### 3.1 Referencial Teórico

Considerando a URPA como um local onde são realizados procedimentos que visam a segurança do paciente durante o despertar da anestesia, a enfermeira desse setor deve estar fundamentada em conceitos teóricos que a direcionem para o paciente no sentido de manter seu equilíbrio e/ou recuperar sua homeostase.

Os principais conceitos teóricos de ORLANDO (1978) que podem fundamentar os objetivos da assistência de enfermagem ao paciente na fase de recuperação anestésica são *necessidade de ajuda e melhora do comportamento imediato do paciente* porque eles delineiam a função da enfermeira para descobrir e satisfazer a imediata necessidade de ajuda do paciente, tendo como produto ou resultado a melhora do seu imediato comportamento verbal e/ou não verbal.

Para ORLANDO (1978, p.8), necessidade de ajuda "*é um estado de carência do paciente que, quando suprida, alivia ou diminui o seu problema imediato ou aumenta o seu sentido de adequação e bem estar.*" A enfermeira trata do indivíduo, onde quer que haja necessidade de ajuda. Ela confirma que o paciente necessita de ajuda, expressando e explorando com ele suas reações e comportamentos. Nessa concepção, a enfermagem é singular e independente,



porque se preocupa com uma necessidade de ajuda do indivíduo, real ou potencial, numa situação imediata. O processo pelo qual a enfermeira soluciona esse desamparo é interativo.

A necessidade de ajuda do paciente no período do despertar da anestesia de emergência é detectada pela enfermeira com o conhecimento biológico e individual através dos momentos de observação e diálogo com as respostas não verbais do paciente e a verificação freqüente de suas funções vitais.

*A melhora do comportamento imediato do paciente* é o resultado da ação da enfermeira. Orlando considera que existe uma correlação positiva entre o tempo durante o qual o paciente experimenta a insatisfação de suas necessidades e o grau de sofrimento. Se a enfermeira demorar para atendê-lo seu estado poderá agravar-se, ratificando-se assim a importância do imediatismo nessa teoria.

Esses conceitos direcionam a enfermeira para o encontro imediato com o paciente, ou seja, no momento presente, “aqui e agora”, com rapidez e prontidão. Essa situação imediata não contempla planejamento a médio e longo prazo, condizente com a situação específica de uma URPA, cujo planejamento de enfermagem é feito a curto prazo, somente para um período de tempo que o paciente necessita para despertar da anestesia, em média duas horas.

Orlando afirma que ocorre uma melhora no comportamento do paciente se houver uma troca de orientação positiva após a enfermeira determinar e satisfazer sua necessidade imediata de ajuda. A existência ou ausência de melhora poderá ser determinada, comparando-se o comportamento imediato verbal ou não verbal com àquele observado no início do processo, o que proporcionará os parâmetros para determinar se a necessidade de ajuda foi satisfeita.

Esses conceitos direcionam a atenção da enfermeira para o paciente, conduzindo-a para observar, partilhar e explorar, constantemente, sua reação com

ele, com o objetivo de confirmar sua necessidade e satisfazê-la. Desse modo, a enfermeira exerce a sua real função profissional.

Acreditamos que esses conceitos poderão assegurar a prestação de cuidados de enfermagem na URPA de maneira reflexível e criativa, se forem observados, analisados e incorporados à prática quotidiana, resultando numa maneira diferente de cuidar, ampliando a competência assistencial .

Encontramos ressonância com os conceitos de Orlando ao identificar a sua preocupação em desenvolver nas enfermeiras, a capacidade de atuarem como seres pensantes, cujas ações, resultam de reações lógicas a partir de suas percepções sobre o comportamento do paciente. Para a teórica, as enfermeiras deverão basear sua prática no raciocínio lógico mais do que na intuição ou no seguimento de ordens prescritas por outros profissionais e/ou exigências institucionais.

Essa posição forte de Orlando em defesa da autonomia da enfermagem como profissão, tocou nossos intrínsecos desejos de desenvolver uma prática profissional autônoma. Como ela e nós acreditamos, para que esse projeto profissional se consolide, será imprescindível que a enfermeira esteja fundamentada numa sólida estrutura teórica.

Optamos ainda pelos conceitos teóricos de Orlando, por identificar nas suas entrelinhas, uma maneira simples, de compreender e realizar todas as práticas de enfermagem. Para LEONARD & CRANE (1993), a teoria permanece simples pelo fato de desenrolar-se em torno da interação enfermeira paciente, a unidade básica da enfermagem, na qual é aplicável, seja qual for o local do atendimento de enfermagem ou o tipo de paciente a recebê-lo.

SCHMIEDING (1984), ao testar a teoria de Orlando, argumentou que ela possui uma linguagem de fácil entendimento, podendo ser aplicada em qualquer área, inclusive em nosso entender na URPA.

Orlando utiliza o conceito de humano à medida que enfatiza a individualidade e a natureza dinâmica da relação enfermeira-paciente. Na URPA, a enfermeira para proteger a vida deverá dispensar apoio e cuidado ao paciente que está despertando da anestesia de emergência, numa concepção holística, respeitando sua individualidade e sua cidadania visando a adaptação e o equilíbrio homeodinâmico à situação emergencial a que está atrelado. monitorando seus parâmetros vitais para manter sua vida e regular sua homeostase e seu restabelecimento psíquico num momento diferenciado e imediato.

**O processo de enfermagem de Orlando**, compreende três elementos básicos: *o comportamento do paciente, a reação da enfermeira e as ações de enfermagem* que são destinadas em benefício do paciente. Ele é desenvolvido de forma deliberada e reflexiva, para evitar o automatismo das ações de enfermagem.

**O comportamento do paciente:** É definido por ORLANDO (1978), como toda e qualquer manifestação do paciente observada pela enfermeira no contato imediato enfermeira/paciente, podendo ser percebido pelas expressões verbais e não verbais, isoladas ou simultâneas. O comportamento verbal poderá assumir forma de queixas, solicitações, perguntas, recusas, exigências e comentários. O comportamento não verbal, inclui qualquer revelação fisiológica.

O comportamento inicial do paciente em recuperação pós-anestésica, independentemente de estar impedido de comunicar-se verbalmente, em suas expressões, sinais e sintomas poderão transparecer sua necessidade de ajuda, impossível de ser satisfeita por si mesmo. Uma ajuda mal administrada, desenvolverá nesse paciente, dor, sofrimento que serão refletidas no seu semblante com a degradação física.

Incorporando as concepções de Orlando para o paciente em recuperação anestésica, podemos conceituá-lo como um ser humano que tem necessidade real ou potencial de ajuda, numa situação imediata. É focalizado como ser individualizado e único, que necessita ser compreendido como alguém diferente, dentro da sua individualidade. LEONARD & CRANE (1993 p.136), referem que:

*...ações adequadas de enfermagem para dois pacientes, com comportamento idêntico no mesmo momento, devem ser individualizadas. Para Orlando as enfermeiras não podem agir automaticamente, com base apenas em princípios, experiências anteriores ou ordens médicas. Elas precisam, primeiramente, certificar-se de que suas ações satisfarão à necessidade específica de ajuda do paciente.*

O paciente despertando da anestesia de emergência é alguém vivenciando uma situação imediata, problemática, vulnerável aos aspectos bio-psíquico do ato a que fora submetido. Deverá ser visto como um ser humano cuja manutenção e integridade vital encontram-se afetadas. À medida que vai despertando da anestesia, vivencia temores, por encontrar-se na sala de recuperação, num ambiente fechado, sem saber o porque, onde está e para onde irá, perdido no tempo e no espaço entre o desconhecido e a dor.

A **reação da enfermeira**, é o segundo componente do processo. ORLANDO(1978), afirma que o comportamento do paciente estimula uma reação da enfermeira iniciando assim, o processo de enfermagem. Essa reação compõe-se de três partes seqüenciais: primeiramente a enfermeira percebe o comportamento, em segundo lugar, a percepção conduz à razão, e finalmente, o pensamento produz um sentimento automático. Todavia, a enfermeira precisa, inicialmente, partilhar sua reação com o paciente, para garantir-se que identificou corretamente a necessidade de ajuda e que sua ação seria a mais apropriada para solucioná-la.

MILLS & SAUTER (1989), consideram a reação da enfermeira um dos elementos de maior importância na teoria de Orlando, porque refere-se à exploração do comportamento do paciente, por parte da enfermeira a fim de obter correções e verificações.

Orlando orienta as enfermeiras no processo e recomenda que não afirmem que qualquer aspecto de suas reações ao paciente seja correto, de valia ou apropriado, até que chequem sua validade, na investigação com o paciente.

A percepção, raciocínio e sentimento ocorrem automaticamente e quase simultaneamente. Em conseqüência, a enfermeira, precisa aprender a identificar cada parte de sua reação, como um referencial para analisá-la e determinar a razão pela qual ela agiu e como o fez. Dessa forma, o processo tornar-se-á mais lógico do que intuitivo.

A identificação adequada dos três aspectos - percepção, raciocínio e sentimento - da reação da enfermeira ajuda a solucionar sentimentos externos que poderão interferir no atendimento ao paciente, configurando-se ao que se verifica no exemplo de LEONARD & CRANE (1993p.139) ao afirmarem que:

*...A enfermeira pode achar que seus sentimentos decorrem de sua crença pessoal acerca da maneira como as pessoas devam agir, ou de estresses no ambiente organizacional. Tais sentimentos ou estresses não têm relação com o atendimento à necessidade do paciente. Se eles não são solucionados, o comportamento verbal e não-verbal da enfermeira, uma vez mais, será incompatível. Esse mesmo processo deveria ser empregado com enfermeiras ou outros profissionais, no local de trabalho, para solucionar quaisquer conflitos que interfiram com a realização da função profissional da enfermeira para com o paciente. ..*

Na URPA a função da enfermeira será avaliar, identificar e confirmar as necessidades de ajuda do paciente até o seu completo despertar anestésico. A confirmação da interpretação feita pela enfermeira ocorre na segunda fase do

processo de Orlando, a partir de sua reação ao comportamento clínico do paciente. No instrumento de assistência de enfermagem, utilizamos o índice preconizado por Aldrete & Kroulik para confirmar a necessidade de ajuda do paciente.

Ainda que, alguns autores critiquem esse método como única forma de avaliação, nós o consideramos como um referencial auxiliar na confirmação da necessidade de ajuda do paciente durante o período do despertar da anestesia, por sua oferta de parâmetros concretos para avaliar a respiração, circulação, consciência, atividade e a coloração.

Na teoria de Orlando a melhora do comportamento do paciente é o seu ponto centralizador. Ao avaliarmos o paciente segundo essa concepção teórica e adequando-a ao índice de Aldrete & Kroulik, identificaremos a evolução do comportamento desse paciente que vai despertando da anestesia através de cinco parâmetros. Assim o paciente irá evoluir de uma pontuação que pode variar de zero a dez pontos nessa escala.

Ele pode ser um paciente que ao ser admitido na URPA apresente-se sem nenhuma atividade, obterá então, pontuação zero nesse parâmetro, e se evoluir após alguns minutos para motilidade parcial - pontuação 01 e quando estiver apto a mover as quatro extremidades obterá a pontuação 2, demonstrando uma significativa melhora do seu comportamento.

O mesmo processar-se-á em relação à respiração, circulação, consciência e coloração. À medida que o paciente for apresentando esses parâmetros, evoluindo de zero a dois, nessa última pontuação a melhora do seu comportamento clínico será constatada. E em cada fase a enfermeira terá a confirmação de sua interpretação sobre a evolução do paciente até o seu despertar seguro, determinando ações adequadas de enfermagem para atender a individualidade do paciente.

**A ação da enfermeira:** para ORLANDO(1978), é qualquer coisa que a enfermeira diga ou faça. No contexto da relação enfermeira-paciente, a observação de condutas, idéias, emoções e ações de cada indivíduo transformam-se em uma interação dinâmica. O conceito de ação da enfermeira não limita-se ao contato enfermeira-paciente, mas estende-se a outras relações com outras enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem, qualquer integrante da equipe de saúde, envolvido com a recuperação do paciente.

Uma vez que a enfermeira confirmou sua interpretação ou corrigiu sua reação ao comportamento do paciente, através de uma investigação com ele, ela poderá completar o processo com a ação de enfermagem. ORLANDO(1978, p.71), orienta que essas ações podem ser decididas com ou sem a participação do paciente e são essencialmente de dois tipos:

*(1) ações decididas deliberadamente \_ as que identificam ou satisfazem a necessidade imediata do paciente; e (2) atividades automáticas - as decididas de acordo com outras razões que não a necessidade imediata do paciente. Algumas atividades automáticas são determinadas pelo médico, outras dizem respeito a rotinas de cuidado de pacientes e outras ainda são baseadas em princípios pertinentes à proteção e promoção da saúde das pessoas em geral.*

A ação deliberada da enfermeira é aquela que interessa para esse estudo, as atividades automáticas nós as conhecemos, mas as primeiras deverão ser desenvolvidas e ou aprendidas porque elas são necessárias para que a prática deixe de ser intuitiva para tornar-se lógica.

A ação deliberada exige reflexão e exploração com o paciente, havendo uma diferença entre o propósito e uma ação que realmente atende e sua intenção de ajudar o paciente. LEONARD & CRANE (1993, p.141), exemplificam essa ação referindo que:

*...Uma enfermeira dá um comprimido para dormir, porque o médico recomendou. A execução da determinação do médico é o propósito da ação. Todavia, a enfermeira não determinou que o paciente está enfrentando dificuldades para dormir ou que o medicamento é a melhor maneira de ajudá-lo a dormir. Assim, a ação é automática, não voluntária, e a necessidade de ajuda do paciente, provavelmente, não será satisfeita...*

Orlando identifica quatro critérios para as ações deliberadas e/ou profissionais, a saber:

- ações deliberadas decorrem da identificação correta das necessidades do paciente, através da validação da reação da enfermeira ao seu comportamento;
- a enfermeira explora o significado da ação para o paciente, bem como sua relevância para a satisfação de suas necessidades.
- assegura a eficácia da ação, imediatamente após executá-la;
- está livre de estímulos não relacionados à necessidade do paciente; quando ela age.

LEONARD & CRANE (1993, p. 141), explicam que as atividades automáticas fracassam no atendimento de um ou mais desses critérios e alertam:

*... Essas ações têm mais probabilidade de serem executadas por enfermeiras que estão, essencialmente preocupadas com a execução das ordens médicas, com as rotinas de cuidado ao paciente ou com princípios gerais de proteção à saúde, ou , ainda, por enfermeiras que não validam suas reações aos comportamentos do paciente...*

Portanto, se uma enfermeira automaticamente, faz agir sobre o cliente quaisquer percepções, idéias ou sentimentos sem explorá-los, a atividade poderá ser ineficaz do ponto de vista de alcançar o seu objetivo ou de ajudar ao paciente. Por outro lado, se a enfermeira checa suas idéias e explora suas reações com o



paciente antes de decidir que ação praticar, o que ela faz, alcança mais, provavelmente, o seu objetivo que é ajudá-lo.

O processo de enfermagem de Orlando tem como propósito satisfazer as necessidades de ajuda do paciente, melhorar o seu comportamento, indicar soluções para atender as suas necessidades e constituir resultados.

### **3.2 Processo metodológico**

Neste estudo procuramos seguir os pressupostos da pesquisa qualitativa, cuja finalidade é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, onde pesquisador e pesquisados assumem, voluntariamente, uma posição reativa. (CHIZZOTTI, 1995, p.89)

Optamos pelo tipo exploratório-descritivo, porque, segundo GIL (1994), pesquisas descritivas são juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores preocupados com a atuação prática. Ou seja, esse tipo de pesquisa tem como principal finalidade proporcionar visão geral de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Considerando a problemática da assistência de enfermagem na URPA, um tema por demais amplo, fizemos um recorte passível de investigação, tendo como objeto de estudo um instrumento norteador da assistência de enfermagem, criado para ser validado mediante a opinião das enfermeiras. Esse Instrumento foi construído com base nos três elementos do processo de Orlando, anteriormente descritos.

O primeiro elemento foi denominado no instrumento como **Comportamento Clínico do Paciente na Fase Pós-Anestésica**, onde as necessidades do paciente são identificadas a partir do seu comportamento clínico como ser anestesiado, cujas condições psíquicas e hemodinâmicas estão alteradas pelas ações de substâncias anestésicas, pelo trauma cirúrgico e pela situação determinante da causa que propiciou a cirurgia. Através da comunicação não verbal expressa pelas manifestações fisiológicas dos pacientes efetivou-se a interação enfermeira-paciente preconizada por ORLANDO (1978).

O segundo, denominado **Confirmação da Necessidade de Ajuda do Paciente**, a qual efetivou-se com o conhecimento biológico e individual do paciente, nos momentos de observação às suas respostas não verbais e verificações freqüentes dos indicadores de avaliação preconizados por Aldrete & Kroulik.

O terceiro, a **ação da enfermeira**, contempla as ações para satisfazer as necessidades do paciente em recuperação anestésica. Nesta fase as ações foram preliminarmente prescritas, cabendo a enfermeira deliberar sem perda de tempo que ações devem ser efetuadas para melhorar imediatamente a condição do paciente.

O estudo foi desenvolvido com a ajuda das enfermeiras que trabalham com pacientes em recuperação anestésica, numa unidade selecionada para aplicar o instrumento.

A URPA, cenário desse estudo, é parte integrante do bloco cirúrgico de um hospital público de emergência, localizado na cidade de Fortaleza. Esse setor foi estruturado com 11 leitos para receber pacientes em pós-operatório, mas a demanda supera a sua capacidade instalada exigindo o acréscimo de leitos/macas extra.

Na trajetória desse estudo destacamos três procedimentos que consideramos essenciais para o seu desenvolvimento: 1º. a construção do instrumento pela autora, subsidiada pelo referencial teórico disposto na literatura de enfermagem que trata desta temática e a sua experiência profissional; 2º. a aplicação do instrumento com as enfermeiras que atuam na URPA selecionada para o estudo; 3º. a entrevista com as enfermeiras que aplicaram o instrumento no sentido de validá-lo a partir de suas opiniões.

Em cumprimento aos preceitos éticos determinados para este tipo de estudo, entramos em contato com a diretora da divisão de enfermagem do hospital onde ele foi desenvolvido, inicialmente, para apresentar a nossa proposta e pedir permissão para desenvolvê-la.

Fez-se também necessária a autorização da chefe de enfermagem do bloco cirúrgico e das enfermeiras da URPA. As enfermeiras nos apoiaram, mostraram-se curiosas e, embora temerosas sobre o desenvolvimento do trabalho, uma vez que ainda não havia referências na prática diária desse setor, sobre a sistematização do processo de enfermagem.

Tínhamos consciência que a caminhada seria difícil, tanto pela complexidade de unir teoria e prática à situação apresentada, como para desenvolver o trabalho, mas principalmente por constituir-se para nós um desafio, buscar mudanças assistências coerente com os novos conceitos.

O período de aplicação do instrumento nos possibilitou observar o uso da metodologia assistencial pelas enfermeiras e uma oportunidade ímpar de vivenciar com elas, a experiência de desenvolver a enfermagem planejada.

Presenciamos de modo específico, o fato acontecido, os conflitos, as dificuldades, os avanços, diálogos e atitudes da equipe da URPA envolvida com o cuidado ao paciente em recuperação anestésica, registrando num diário de

campo o desenrolar das atividades, as situações vividas, e tudo o que fosse relevante para o alcance do objetivo proposto.

A nossa atitude como observadora, procurou estar caracterizada por uma partilha completa, presente e intensiva, espectadora, vivenciando todos os aspectos possíveis da prática de enfermagem na URPA, as ações e seus significados.

A nossa participação processou-se com interação constante em todas as situações, espontâneas e formais, acompanhando ações habituais e eventuais, repassando para as enfermeiras os conceitos de Orlando, orientando-as para a operacionalização do instrumento norteador de assistência de enfermagem e interrogando-as sobre as razões e significados dos seus atos.

Nesse processo, para facilitar a compreensão das enfermeiras que nos ajudaram na aplicação do instrumento de metodologia assistencial, e para que o mesmo se tornasse operacional no contexto do cotidiano da URPA, procuramos seguir os seguintes passos:

- 1) Mestranda, assistindo diretamente os pacientes em recuperação da anestesia geral de emergência, vivenciando seus comportamentos, identificando suas necessidades e adquirindo subsídios para a elaboração do instrumento assistencial.

- 2) Mestranda, orientando as enfermeiras da URPA, para a aplicação do instrumento assistencial. O preparo das enfermeiras envolveu reuniões, conversas, leituras e reflexões.

- 3) Mestranda e enfermeiras, aplicando individualmente, no seu cotidiano, o instrumento assistencial construído.

- 4) Mestranda e enfermeiras avaliando e reformulando o instrumento assistencial, adaptando-o à realidade, às necessidades e aos objetivos propostos.

Foram aplicados pelas enfermeiras 138 exemplares nos pacientes em fase do despertar da anestesia geral no período de maio a outubro de 1998. Quando encerramos a aplicação do instrumento, passamos a proceder as entrevistas com as enfermeiras partícipes do estudo, procedimento esse complementar para definição da análise.

A entrevista com as enfermeiras objetivou extrair de seus depoimentos, subsídios para validar o instrumento proposto. Para conduzir os passos dessa entrevista, utilizamos um roteiro contendo quatro questionamentos descritos a seguir:

1. esse instrumento facilitou a sua atuação como enfermeira?
2. quais as dificuldades encontradas para o preenchimento do instrumento?
3. o que você considerou importante nesse instrumento?
4. na sua concepção, quais as possibilidades de sua implementação?

De acordo com TRIVIÑOS (1992), a entrevista é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados, porque esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Cada enfermeira dispôs-nos um momento dentro de seu horário de trabalho na URPA, aceitando o uso do gravador, como auxílio tecnológico para o registro dos seus depoimentos, sendo-lhes assegurado no ato, o anonimato e a utilização de suas falas única e exclusivamente para fins desse estudo.

Após cada entrevista, procedemos às transcrições das fitas, seguida de leituras e agrupamento das respostas por cada questão apresentada. Realizamos uma leitura aprofundada para extrairmos das falas, os mais significativos

depoimentos. Por último, efetuamos a análise, considerando cada depoimento como um instrumento canalizador das inferências das profissionais de enfermagem, observado em cada fase do processo de ORLANDO(1978).

Nessa fase, também, analisamos os registros contidos nos instrumentos aplicados pelas enfermeiras e no diário de campo, a fim de podermos formular conceitos sobre a validade do instrumento norteador de assistência de enfermagem proposto.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo será apresentado em três momentos: a elaboração do instrumento norteador da assistência de enfermagem, sua operacionalização e a opinião das enfermeiras sobre a validação.

### 4.1 A elaboração do instrumento norteador da assistência de enfermagem

O instrumento norteador da assistência de enfermagem, foi elaborado na forma de um roteiro para instrumentalizar a enfermeira na detecção e confirmação da necessidade de ajuda do paciente direcionando-a para a tomada de decisão através das ações de enfermagem.

Para atingir sua forma ideal no limite do nosso entendimento, foram necessárias algumas modificações, resultantes de nossa observação e vivência como profissional dessa unidade, enriquecido pelo amplo referencial teórico disposto na literatura de enfermagem que trata desta temática.

Esse instrumento é constituído por cinco partes distintas, assim denominadas:

- I. Identificação do paciente;
- II. Comportamento clínico do paciente na fase pós-anestésica;
- III. Confirmação da necessidade de ajuda do paciente através do índice de Aldrete & kroulik;
- IV. Ações de enfermagem;
- V. Evolução, condição de alta e destino do paciente.

Apresentaremos cada parte do instrumento, comentando os diversos itens, no que diz respeito aos aspectos técnicos e específicos que justificaram e/ou fundamentaram a sua elaboração.

A primeira parte traz em sua composição os dados de **identificação do paciente**, os quais permitem de princípio, a obtenção de informações que

orientem a assistência de enfermagem no transcorrer da permanência do paciente no setor. Eles permitem também, centrar a assistência de enfermagem na individualidade do paciente. Haja vista a sua identidade física e a particularização do seu estado biológico. Os itens que integram esta parte estão assim especificados :

INSTRUMENTO NORTEADOR DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome: _____	Leito: _____	Registro: _____
Entrada na URPA- Data: _____	Hora: _____	sexo: _____ idade: _____
Cirurgia: _____	Tipo de anestesia _____	

A segunda parte do instrumento é denominada **Comportamento clínico do paciente na fase pós-anestésica**, e tem por objetivo identificar as necessidades imediatas do paciente logo após sua entrada na URPA.

Consta nessa parte tópicos sobre o comportamento do paciente em recuperação anestésica, o qual deverá ser percebido pelas expressões não verbais, isto é pelas manifestações fisiológicas dos seus sistemas orgânicos. Vejamos essa parte no instrumento:

II. Comportamento clínico do paciente na fase pós-anestésica	
1) Comportamento Respiratório: Frequência respiratória _____ saturação de oxigênio _____	
<input type="checkbox"/> Entubado (TOT)	<input type="checkbox"/> eupneico
<input type="checkbox"/> Traqueostomizado	<input type="checkbox"/> dispneico
<input type="checkbox"/> Em ventilação artificial	<input type="checkbox"/> taquipneico
Vias aéreas: <input type="checkbox"/> limpas <input type="checkbox"/> com secreção	
2) Comportamento Hemodinâmico FC: _____ PA: _____ PVC: _____ PAM: _____ T: _____ Enchimento capilar _____	
Arritmias cardíacas <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Função renal: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anúria <input type="checkbox"/> oligúria <input type="checkbox"/> poliúria
3) Nível de Consciência: .....	<input type="checkbox"/> Em Narcose <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> agressivo
	<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Agitado
4) Aspecto da pele: .....	<input type="checkbox"/> Escoriações _____
	<input type="checkbox"/> Lacerações _____
	<input type="checkbox"/> Incisão cirúrgica _____
5) Acesso Venoso: .....	<input type="checkbox"/> Scalp _____
	<input type="checkbox"/> Venocath _____
	<input type="checkbox"/> Cateter Subclávia _____
	<input type="checkbox"/> Veia dissecada _____
6) Sistema de Drenagem: .....	<input type="checkbox"/> Torácica Selada <input type="checkbox"/> Biliar <input type="checkbox"/> Vesical
	<input type="checkbox"/> Gátrica em sinfonagem <input type="checkbox"/> Gátrica clampada
	<input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> colostomia
7) Imobilização: .....	<input type="checkbox"/> Tração Cervical <input type="checkbox"/> Tala de gesso <input type="checkbox"/> aparelho de gesso



É vital a observação do *comportamento respiratório* do paciente anestesiado, ao dar entrada na URPA, devendo ser a primeira preocupação da enfermeira. Ela deverá acompanhar sistematicamente a frequência respiratória, identificando a presença de eupnéia, dispnéia, entubação ou traqueostomia, se as vias aéreas estão limpas ou contendo secreções mucosas, catarrais ou sanguinolenta; se a respiração é espontânea ou se precisa de suporte ventilatório artificial. O aporte tecnológico, como o oxímetro de pulso para verificar saturação do oxigênio e identificar a hipóxia, se faz necessário.

O paciente será cuidadosamente observado quanto à permeabilidade das vias aéreas e à ventilação pulmonar, em frequência, amplitude e ruídos. Também será observado a presença ou não de desconforto respiratório, verificado pela tiragem intercostal, cornagem, batimentos de asa de nariz e uso da musculatura acessória. Uma criteriosa percursão e ausculta dos ruídos pulmonares, deve ser realizada com o objetivo de detectar as complicações respiratórias o mais precocemente possível.

As complicações respiratórias estão entre as mais comuns e podem ser causadas por vários fatores, tais como: doença respiratória prévia, efeitos depressivos dos anestésicos, broncoaspiração, imobilidade prolongada na mesa cirúrgica, tubo endotraqueal, oxigênio e aumento da secreção na árvore brônquica. (BARRETO,1988).

Os problemas respiratórios mais frequentes no pós-operatórios são: atelectasia (colapso dos alvéolos em porções do pulmão), pneumonia ( infecção aguda que causa inflamação no tecido pulmonar ) e embolia pulmonar ( causada por coágulos de sangue ou êmbolos de gordura ).

Os sinais e sintomas de complicações pulmonares incluem: aumento da temperatura, agitação, dispnéia, taquicardia, hemoptise, edema pulmonar, alteração do murmúrio vesicular, secreção orotraqueal viscosa e espessa.

O enfermeiro avalia a cânula oro / nasotraqueal ou de traqueostomia, observando se há vazamento de ar pela cânula em virtude do “cuff” insuflado inadequadamente e ainda, se há secreções em excesso na cavidade oral e fossas nasais.

Permeando os conceitos de Orlando, no compromisso profissional nenhuma enfermeira, deixará de identificar as necessidades do paciente durante o despertar da anestesia. As alterações do comportamento nessa fase, são imprevisíveis e inesperadas, ocorrências que merecem a atenção especial no acompanhamento contínuo do paciente anestesiado, dispensando-lhe cuidados e segurança para um despertar tranquilo.

O *comportamento hemodinâmico*, como parte integrante do instrumento, propicia a enfermeira observar no paciente - frequência cardíaca (FC), níveis pressóricos (PA), Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Arterial Média (PAM), temperatura corpórea (T) e enchimento capilar.

O aumento do esforço muscular, o aumento do metabolismo basal e a ação vasomotora das substâncias anestésicas ocasionam alterações no comportamento hemodinâmico do paciente na fase pós-anestésica. Variações na pressão arterial e perfusão periférica são constantemente detectadas durante este período.

A hipertensão não é uma ocorrência incomum no pós-operatório imediato. O diagnóstico de hipertensão arterial pode ser considerado num contexto de elevação da pressão arterial; comparada aos níveis pressóricos do paciente no pré-operatório e durante o intra-operatório. Mais comumente a hipertensão pós-operatória está relacionada à sobrecarga de fluidos, aumento da atividade do sistema nervoso simpático ou hipertensão preexistente. Pode aparecer como um episódio transitório, levando à conseqüências cardiovasculares e intracranianas significantes.

A hipotensão pós-operatória é atribuída por BARBOSA (1992), a uma redução da pré-carga, à contractilidade do miocárdio e à resistência vascular sistêmica. O diagnóstico e tratamento são urgentes, porque a hipotensão prolongada pode resultar em hipoperfusão de órgãos vitais e danos isquêmicos. Pode ter como causas a ventilação inadequada, efeitos de agentes anestésicos ou medicamentos pré-operatórios, mudança rápida de posição, dor, perda de sangue ou líquido e seqüestro de sangue na circulação periférica.

Uma queda significativa da pressão arterial, abaixo do valor básico pré-operatório do paciente, acompanhada de aumento ou diminuição da frequência cardíaca, pode indicar hemorragia, insuficiência circulatória ou desvio de líquidos. Outros sinais que incluem: pulso fraco e filiforme, pele fria, úmida, pálida ou cianótica, aumento da agitação e apreensão associados com hipotensão caracterizam o choque.

Outra complicação pós-operatória, que pode ocorrer em relação à perfusão tecidual, é a perda excessiva de sangue. A maioria dos paciente de emergência cirúrgica geralmente perdem muito sangue ao ser atingido por lesões perfuro-cortantes ou traumatismos de órgãos, outros podem apresentar por consequência de outros fatores citados por BARRETO (1988): anemia, distúrbio de coagulação, uso de aspirina, idade avançada ou complicações pós-operatórias. Os sinais e sintomas incluem hipotensão, taquicardia, taquipnéia, diminuição do débito urinário, pele fria e pegajosa e diminuição do nível de consciência.

O cuidado básico na análise das condições hemodinâmicas é a monitoração do paciente em relação aos sinais de choque e hemorragia. O paciente em pós-operatório deverá ser avaliado quanto aos sinais vitais, coloração da pele e mucosas, temperatura e grau de umidade, tempo de enchimento capilar (perfusão).

Incluimos ainda nesse item, dados referentes a arritmias cardíacas, por serem considerados importantes na avaliação do comportamento hemodinâmico. HOFFER (1997), aponta como fatores predisponentes comuns das arritmias nessa fase, as doenças cardíacas preexistentes, dor, hipotermia, disfunção respiratória, resultando em hipóxia, hipercarbia, ou acidose e desequilíbrio hidreletrolítico ou ácido-básico.

Outros dados, importantes conotados foram relacionados com a função renal: as alterações do volume urinário, causadas pela ação das drogas anestésicas e pela reposição de líquidos por via parenteral. Observamos com freqüência, oligúria ou anúria nos pacientes politraumatizados e em choque hipovolêmico decorrente de hemorragias maciças.

As alterações da função renal e do equilíbrio hidroeletrolítico estão relacionadas com o procedimento cirúrgico e a anestesia, os quais estimulam a secreção de hormônio antidiurético(HAD) e da aldosterona, causando retenção hídrica. O volume urinário diminui, independentemente da ingestão de líquidos. HOFFER (1997),estima que o paciente em pós-operatório, com função renal normal, apresente um débito urinário de aproximadamente 50 a 60 ml por hora.

Os desequilíbrios pós-operatórios podem levar a uma retenção dos produtos catabólicos, a problemas neurológicos, cardíacos, de hiper/hipohidratação (administração excessiva de líquido ou função renal inadequada; reposição inadequada intra e pós- operatória, perdas excessivas por sudorese, hiperventilação, drenagem de feridas e fluidos corporais).

O terceiro item do comportamento clínico do paciente na fase pós-anestésica, diz respeito ao *nível de consciência*. No qual a enfermeira observa o paciente identificando se ele está em narcose, sonolento, alerta, agitado ou agressivo.

Para HOFFER (1997), é comum uma alteração da função neurológica na primeira hora após a anestesia. Agitação, tremores, hiperreflexia, hipertonicidade e clônus são observados com frequência. As causas mais comuns incluem dor, disfunção respiratória, distensão gástrica ou urinária, medicamentos peri-operatórios, técnica anestésica, desequilíbrio eletrolítico, abuso de drogas e fatores psicológicos preexistentes.

O nível de consciência está muito relacionado com os efeitos de drogas depressoras do sistema nervoso central, dentre os quais, destacam-se os anestésicos em geral. BARRETO (1988), afirma que a duração dos efeitos residuais dos anestésicos inalatórios depende da concentração alveolar desse produto. Assim, quanto menos solúvel o anestésico no sangue, mais prolongado será seu efeito. Mas se ele for mais diluível sua concentração alveolar no pós-operatório será menor e rapidamente o paciente despertará.

Na fase pós-anestésica, o nível de consciência do paciente modifica-se paulatinamente. Ele poderá ficar desorientado, sonolento, confuso ou delirante. Mas a enfermeira desenvolverá nesse momento, com grande eficiência, seu papel, dispensando-lhe condições para um despertar seguro e satisfatório.

O *aspecto da pele*, direciona a enfermeira para uma avaliação sobre escoriações e lacerações, alterações essas freqüentes em pacientes de emergência, além de conduzi-la a observar a incisão cirúrgica, notadamente se houve no local presença de sangramento.

Segundo GUYTON (1984), o sangramento pós-operatório pode ter como causa: a não-reversão da atividade da heparina pela protamina ao término da cirurgia; trombocitopenia, devido à lesão traumática das plaquetas ou hemostasia inadequada.

O sangramento arterial é raro e exige tratamento emergencial. Normalmente resulta de rompimento das linhas de sutura. O sangue é vermelho

vivo e o frasco-drenagem se enche em minutos; o paciente se torna hipovolêmico e rapidamente hipotenso. O sangramento venoso é mais comum que o arterial. É causado por problemas cirúrgicos ou coagulopatias.

O *acesso venoso* é um importante recurso de caráter invasivo, primordial para a reposição volêmica e administração da terapêutica medicamentosa de urgência ou de rotina na fase de recuperação anestésica. Consideramos no instrumento o tipo de acesso venoso, isto é, se o paciente apresenta punção de subclávia, veia dissecada ou punção venosa simples por scalp ou venocath, assim como o local do acesso.

O cuidado com a manutenção do acesso venoso é uma responsabilidade da enfermagem, que deverá mantê-lo permeável e protegido, prevenir obstrução, pinçamento, desligamento e invasão bacteriana, uma vez, que se trata de um procedimento invasivo direto na corrente sangüínea do paciente.

O *sistema de drenagem* apresenta uma relação de diversos tipos, freqüentemente utilizados pelo paciente em pós operatório de cirurgia de emergência, como as drenagens torácica selada, gástrica em sifonagem e clampada, biliar, vesical e intestinal ( colostomia, ileostomia, jejunostomia), que deverá ser monitorado com muita atenção pela enfermagem da URPA.

Embora o sangramento através dos drenos ( do mediastino, toráx ou pericárdio) seja esperado, a enfermeira deve diferenciar entre o normal e excessivo. A coloração normal da drenagem é vermelho-escura, diluída, serrossanguinolenta e sem coágulos por causa da ação da heparina. Usualmente a drenagem é de aproximadamente 100ml por hora na primeira ou segunda hora, diminuindo subseqüentemente.

O item *imobilização*, foi introduzida no instrumento para identificar as condições dos pacientes, relacionadas com alterações ortopédicas, comuns em pacientes de pós-operatório de cirurgia de emergência. Dentre muitas, incluímos

a tração cervical, tala ou aparelho de gesso que deverão ser observadas pela enfermeira, para prevenir alterações da perfusão tissular, habituais quando elas apresentam-se desajustadas no paciente.

A parte três do instrumento é a **confirmação da necessidade de ajuda do paciente através do índice de Aldrete & Kroulik**. É o momento de confirmar a interpretação da enfermeira, com relação ao comportamento clínico do ser humano anestesiado Segundo ORLANDO (1978), esta fase processa-se através da reação da enfermeira ao comportamento do indivíduo. Nesta proposta, adaptamos os parâmetros de avaliação anestésica para efetivar essa confirmação. Vejamos na apresentação:

III. Confirmação da necessidade de ajuda do paciente através do Índice de Aldrete & Kroulik								
ÍNDICE DE ALDRETE & KROULIK (IAK)		entra da	15'	30'	60'	90'	120'	saída
<b>Atividade</b>	2 - apto a mover 4 extremidades 1 - apto a mover 2 extremidades 0 - apto a mover 0 extremidades							
<b>Respiração</b>	2 - apto a respirar profundamente e tossir 1 - dispnéia ou respiração limitada 0 - apnéia							
<b>Circulação</b>	2 - PA até 20% do valor habitual 1 - PA varia de 20 a 50% do valor habitual 0 - PA varia + do que 50% do valor habitual							
<b>Consciência</b>	2- desperto totalmente 1- desperto ao chamar 0 - não responde							
<b>Coloração</b>	2 - rosado 1 - pálido, terroso, icterico 0 - cianótico							

Nesta fase, o instrumento proporciona a enfermeira reagir ao comportamento do paciente checando com ele a atividade motora, a respiração, a circulação, a consciência e a coloração da pele, em intervalos de tempos definidos, ou seja, na admissão, de quinze em quinze minutos na primeira meia

hora, e de trinta em trinta minutos nas horas subseqüentes até obter o escore de 10 pontos. Momento em que será suprida sua necessidade de ajuda como ser anestesiado.

Para Orlando, a ação deliberada exige reflexão sobre o comportamento do paciente, por isso, a enfermeira deverá realizar uma avaliação que confirme a necessidade de ajuda, daí termos incluímos o índice de Aldrete & Kroulik, por considerá-lo de fundamental importância como indicador de avaliação do comportamento do paciente em recuperação anestésica.

Confirmando a necessidade de ajuda do paciente pelo índice de Aldrete & Kroulik, as ações de enfermagem serão planejadas a partir das necessidades individuais do paciente e não apenas por rotina ou automatismo, mas se constituirão em ação efetivamente profissional ou deliberada como preconiza Orlando.

A quarta parte do instrumento contempla as **ações de enfermagem**, título que reúne as intervenções planejadas pela enfermeira para produzirem as satisfações possíveis aos pacientes em recuperação anestésica, com o suprimento de suas necessidades individuais e vitais, onde estão prescritas ações que indicam fazer, manter, supervisionar e solicitar.

Deliberadamente, a enfermeira deverá aprazar essas ações na proporção que julgá-las importantes ao atendimento das necessidades de ajuda do paciente. E nos espaços em branco, prescrever aquelas que não estiverem inseridas no instrumento.

A finalidade principal das ações de enfermagem na URPA, é efetuar um criterioso cuidado ao paciente, para que ele consiga se recuperar com segurança do efeito anestésico e, ser encaminhado a unidade de pós-operatório mediato mais adequada às suas necessidades.





Dando continuidade a apresentação do instrumento, exporemos a seguir a quinta parte, que diz respeito a evolução, condição de alta e destino do paciente. Esta parte foi destinada às anotações de enfermagem relativas a evolução do paciente durante sua permanência na URPA, bem como, apresentar uma descrição sumária, para subsidiar a continuidade da assistência de enfermagem na unidade para o qual se destina, após a alta anestésica.

<b>V. Evolução, condição de alta e destino do paciente:</b>	
<b>Assinatura da enfermeira:</b>	<b>COREN:</b>

A evolução do paciente na URPA determinará o local para onde deverá o paciente ser encaminhado após a alta. Segundo GATTO (1990), se tivermos um paciente que após duas horas de permanência em URPA, mantiver a estabilidade dos parâmetros vitais, permanecer consciente, e sem riscos previsíveis de complicações pós-operatória, seu destino poderá ser a unidade de internação.

Ao contrário, se tivermos um paciente que após aproximadamente seis horas de permanência em URPA, ainda mantém a instabilidade nos parâmetros vitais, e alto risco de complicações, necessitará de assistência de enfermagem constante, complexa e por um período de tempo maior, de preferência numa Unidade de Terapia Intensiva.

Esta parte do instrumento é de fundamental importância para a comunicação entre enfermeira da URPA e da unidade à qual o paciente é encaminhado. Este entrosamento possibilita a troca de informações necessárias para a continuidade da assistência.

Antes de iniciarmos os comentários da aplicação do instrumento, o apresentaremos em sua íntegra, para melhor compreensão.

### INSTRUMENTO NORTEADOR DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

#### I. Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ registro: \_\_\_\_\_  
 Entrada na URPA: Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_ Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

#### II. Comportamento clínico do paciente na fase pós-anestésica

- 1) **Comportamento Respiratório:** Frequência respiratória \_\_\_\_\_ saturação de oxigênio \_\_\_\_\_  
 Entubado (TOT)  eupneico  
 Traqueostomizado  dispneico  
 Em ventilação artificial  taquipneico  
 Vias aéreas:  limpas  com secreção
- 2) **Comportamento Hemodinâmico:** FC: \_\_\_\_ PA: \_\_\_\_ PVC: \_\_\_\_ PAM: \_\_\_\_ T: \_\_\_\_ Enchimento capilar \_\_\_\_\_  
 Arritmias cardíacas  sim  não Função renal:  normal  anúria  oligúria  poliúria
- 3) **Nível de Consciência:** .....  Em Narcose  Sonolento  agressivo  
 Alerta  Agitado
- 4) **Aspecto da pele:** .....  Escoriações \_\_\_\_\_  
 lacerações \_\_\_\_\_  
 incisão cirúrgica \_\_\_\_\_
- 5) **Acesso Venoso:** .....  Scalp \_\_\_\_\_  
 Venocath \_\_\_\_\_  
 Cateter Subclávia \_\_\_\_\_  
 Veia dissecada \_\_\_\_\_
- 6) **Sistema de Drenagem:** .....  Torácica Selada  Biliar  Vesical  
 Gástrica em Sinfonagem  Gástrica clampada  
 Colostomia  Ileostomia  Jejunostomia
- 7) **Imobilização:** .....  Tração Cervical  Tala de gesso  Aparelho de gesso  
 outra: \_\_\_\_\_

#### III. Confirmação da necessidade de ajuda do paciente através do índice de Aldrete & Kroulik

ÍNDICE DE ALDRETE & KROULIK		entra da	15'	30'	60'	90'	120'	saída
<b>Atividade</b>	2 - apto a mover 4 extremidades 1 - apto a mover 2 extremidades 0 - apto a mover 0 extremidades							
<b>Respiração</b>	2 - apto a respirar profundamente e tossir 1 - dispnéia ou respiração limitada 0 - apnéia							
<b>Circulação</b>	2 - PA até 20% do valor habitual 1 - PA varia de 20 a 50% do valor habitual 0 - PA varia + do que 50% do valor habitual							
<b>Consciência</b>	2- desperto totalmente 1- desperto ao chamar 0 - não responde							
<b>Coloração</b>	2 - rosado 1 - pálido, terroso, ictérico 0 - cianótico							



#### 4.2 A Operacionalização do instrumento proposto

A inexperiência de trabalhar com enfermagem planejada, fez com que as enfermeiras iniciassem a utilização do instrumento somente em pacientes selecionados por interesse.

No ensejo de nossas observações, a enfermeira **Luciana**, assim se expressou: “... *O instrumento é bastante objetivo, no entanto, nós não temos experiência de trabalhar com o processo de enfermagem, isso leva mais tempo para determinar as ações...*”

As enfermeiras também, consideraram a aplicação do instrumento um acréscimo às suas atividades de registro. Isto deveu-se ao fato dele não ser um impresso integrante do prontuário, tratava-se de uma proposta a ser testada, no cotidiano da unidade selecionada para o estudo.

Sobre isso a enfermeira **Graciete**, referiu: “*Seria bom se nós utilizássemos apenas esse instrumento..., melhor seria se ele substituísse o prontuário do paciente.*”

O fato desse instrumento não integrar o prontuário do paciente, tornou mais difícil a sua operacionalização, pois o escasso tempo que as enfermeiras dispunham para proceder seus registros, elas o faziam primeiro no prontuário, para em seguida fazê-lo no instrumento e isto significou no nosso entendimento um trabalho duplicado.

A aplicação do instrumento iniciava com o momento da entrada do paciente na unidade. Nessa ocasião a enfermeira recebia o paciente e iniciava a identificação do seu comportamento clínico, confirmava sua necessidade de ajuda e indicava as ações de enfermagem.

A operacionalização das diversas fases do instrumento ocorria simultaneamente para atender o imediatismo da situação do paciente ao dar entrada na URPA.

A confirmação da necessidade de ajuda do paciente pelo índice de Aldrete & Kroulik foi utilizado em todos os pacientes no momento de sua entrada na unidade. Em apenas 55 (39,8%) pacientes foi feito nos intervalos subsequentes estipulados no instrumento, na maioria dos pacientes, 83 (60,2%), as enfermeiras fizeram a confirmação pelos parâmetros de Aldrete & Kroulik em apenas dois ou três momentos para cada paciente. As enfermeiras alegaram falta de tempo e excesso de demanda para realizar as sete avaliações nas primeiras duas horas de permanência de cada paciente na unidade.

Constatamos um número insuficiente de profissionais para atender os pacientes nessa URPA. Verificamos por diversas vezes, a enfermeira, atender simultaneamente vários pacientes. Uns que estavam entrando no recinto e outros, que estavam sendo transferidos para outras unidades, situações essas que dependiam da avaliação da enfermeira.

Apesar desse problema, verificamos que durante a aplicação do instrumento norteador da assistência de enfermagem, as enfermeiras efetivamente participaram do pós-anestésico dos 138 pacientes selecionados para a operacionalização e nesse período elas observaram os seus comportamentos, confirmaram suas necessidades de ajuda utilizando o índice de Aldrete & Kroulik em pelo menos três dos sete intervalos de tempo estipulados no desenho do instrumento, com isso foi possível elas elaborarem um plano de cuidados individualizado, ao deliberarem ações para assisti-los durante a fase da recuperação anestésica.

Os objetivos da enfermagem durante este período foram: atender as necessidades dos pacientes identificadas como a manutenção do equilíbrio de seus sistemas orgânicos, alívio da dor e do desconforto e prevenção de complicações, individualizando-os em cada fase do instrumento.

A maioria dos pacientes que evoluíram com estabilidade hemodinâmica na URPA, não puderam voltar à enfermaria para completar sua recuperação por falta de vaga. Permaneciam na URPA dividindo o espaço físico e a atenção da equipe de enfermagem com outros pacientes sob efeito anestésico.

Em meio a essas dificuldades aplicamos o instrumento norteador da assistência de enfermagem procurando não despersonalizar nenhum paciente, mas considerá-lo um ser singular, respeitando sua individualidade, sua condição biológica que dependia de nossa atenção. Desse modo os conceitos de Orlando nos impulsionaram para a promoção de uma enfermagem condizente com os avanços científicos, tecnológicos e humanitários.

#### **4.3 Buscando a validação do Instrumento norteador da assistência de enfermagem a partir da opinião das enfermeiras.**

Para direcionarmos a apresentação e análise dos resultados desta parte faz-se necessário lembrar os objetivos da enfermagem, propostos por ORLANDO (1978), que consistem em suprir a ajuda que o paciente requer para satisfazer suas necessidades.

Assim as enfermeiras da URPA ao explorar esse instrumento, aplicando-o em pacientes que foram submetidos a cirurgia de emergência sob ação da anestesia geral, perceberam o início de um processo que poderá assinalar problemas e formas de ajudar a satisfazer direta ou indiretamente a necessidade do paciente. Na forma direta quando o paciente encontra-se incapacitado para satisfazer a sua própria necessidade, e, indiretamente, quando é ajudado pela enfermeira.(ORLANDO,1978).

Entendemos que o referencial teórico utilizado nesse estudo, tem seu valor intrínseco, levando em consideração, o contexto em que foi elaborado com noções conceituais, priorizando a comunicação não verbal na relação de ajuda.

Apresentamos a seguir os resultados, considerando os depoimentos das enfermeiras entrevistadas, após a operacionalização do instrumento proposto para a assistência de enfermagem ao paciente no período pós - anestésico.

O instrumento foi aplicado por oito enfermeiras que compõem o quadro de pessoal da URPA, sendo sete na qualidade de participantes do estudo e a mestrandia como autora. Após recebermos de cada enfermeira os exemplares aplicados, e, para melhor organizarmos a análise, e resguardarmos o anonimato, cognominamos cada partícipe com nomes fictícios: **Graciete, Luciana, Mariana, Tatiana, Trifina Rinaldina, Rufina e Nazaré.**

Foi possível extrair dos depoimentos das enfermeiras emitidos com relação a primeira pergunta que o instrumento facilitou as ações de **enfermagem**, o que pode ser evidenciado por suas falas:

*...Direcionou nossa atenção ao paciente...*

**Luciana**

*...Tornou nosso trabalho objetivo e prático...*

**Rufina**

*Facilitou, porque é um roteiro conciso aplicável ao paciente em recuperação pós-anestésica...*

**Mariana**

*Facilitou, porque o modelo é fácil de preencher, era só marcar as opções..*

**Tatiana**

*...Ajudou na oferta de cuidado individualizado ao paciente.*

**Graciete**

*Ajudou a nortear a assistência...*

**Trifina**

Pelo exposto podemos afirmar que as enfermeiras, após a aplicação do instrumento na sua prática cotidiana, consideraram o instrumento, um elemento facilitador para sua prática assistencial.



Suas concepções sobre esta característica do instrumento evidenciaram que ele direcionou a atenção da enfermeira ao paciente. A enfermeira da URPA, deverá assumir a responsabilidade de estar sempre direcionada ao paciente para detectar e suprir as necessidades que ele solicita, a fim de desenvolver e manter um caráter profissional em seu trabalho.

Do ponto de vista de **Luciana**, o instrumento de assistência de enfermagem possibilitou direcionar a atenção da enfermeira ao paciente. O que mais se espera de uma enfermeira na URPA é sua atenção voltada ao paciente, pois ele encontra-se na fase de recuperação anestésica e requer mais atenção pelo risco sempre presente a que estar exposto, decorrente de sua vulnerabilidade aos efeitos do ato a que foi submetido.

Portanto a atenção sempre presente são requisitos para a enfermeira que trabalha neste setor e o paciente tem todo o direito de esperar por eles. Se o instrumento proposto contribuiu para a enfermeira direcionar sua atenção ao paciente acreditamos que ele pode ser validado.

FERRAZ (1980); DRAIN & SHIPLEY (1981); POSSO (1987), também citam que o criterioso acompanhamento dos pacientes submetidos ao ato anestésico-cirúrgico, é de vital importância pois neste período a consciência e os mecanismos de proteção do doente habitualmente estão deprimidos. Os pacientes devem permanecer sob a atenção da enfermeira até que haja a estabilidade dos sinais vitais, dos reflexos protetores e o retorno da consciência.

A enfermeira **Rufina** citou que o instrumento tornou o trabalho objetivo e prático. A importância do trabalho da enfermeira na URPA está vinculado à sua objetividade e praticidade, através de sua capacidade de observação, avaliação e destreza no domínio da fundamentação científica atendendo em tempo útil as necessidades de ajuda do paciente. Quando um

instrumento de assistência de enfermagem sistematiza e organiza o trabalho da enfermeira dotando-a de objetividade e praticidade ele atende seus objetivos.

As falas das enfermeiras **Mariana** e **Tatiana** enfatizam que o instrumento facilitou suas atuações como enfermeira, considerando-o um roteiro conciso aplicável ao paciente em recuperação pós-anestésica e a facilidade de preenchimento.

Segundo PENICHE (1998), a avaliação do paciente e os cuidados especializados que lhes são oferecido na URPA diminuem de modo significativo as complicações e a mortalidade no período de recuperação anestésica. Todos os procedimentos realizados e os dados coletados por enfermeiras devem ser anotados imediatamente em instrumentos elaborados especialmente para serem usados nessa unidade.

Na fala da enfermeira **Graciete** evidenciamos que o instrumento facilitou sua atuação ajudando-a na oferta de assistência individualizada ao paciente. Segundo PENICHE (1998), atualmente as enfermeiras têm vivenciado uma constante busca para individualizar o cuidado ao paciente, com maior exatidão e prontidão na detecção de problemas a que está exposto.

No nosso entendimento a enfermeira que segue os princípios de Orlando, consegue individualizar a assistência porque o processo exige a reação da enfermeira ao comportamento do paciente para identificar a necessidade de ajuda e a ação adequada. A ação adequada para o paciente que está despertando da anestesia está relacionada com sua individualidade à medida que a enfermeira monitora seus parâmetros vitais para manter sua vida e regular sua homeostase e seu restabelecimento físico e psíquico num momento imediato.

Para a enfermeira **Trifina** o instrumento foi um elemento facilitador norteando-a na assistência. Esse depoimento confirma que o instrumento

proposto traçou para a enfermeira uma diretriz segmentando a definição de seu papel e de seu espaço de atuação.

LEONARD & CRANE (1993), referem que o processo de enfermagem de Orlando exige apenas que a enfermeira siga os princípios por ela propostos para orientar o cuidado de enfermagem.

Na segunda questão, trata-se das **dificuldades que as enfermeiras encontraram para a aplicação do instrumento**. Nesse momento da entrevista, as enfermeiras deixam claro seus depoimentos sobre a operacionalização. Vejamos as falas:

*No começo eu senti apenas um pouco de dificuldade nesse índice de Aldrete & Kroulik, os outros itens estão bem claros, não tive nenhuma dificuldade...*

**Rinaldina**

*Nós conhecemos o processo na teoria mas não aplicamos normalmente, por conta disso fica difícil. Mas esse instrumento clareia o que normalmente fazemos. Ao pô-lo em prática sabemos o que devemos avaliar primeiro...*

**Luciana**

*A dificuldade, que eu vejo realmente, é o número de paciente em relação ao tempo disponível do profissional...*

**Rufina**

*O instrumento em si é de fácil aplicação, mas para executá-lo é difícil pelo tempo e a quantidade dos pacientes, que são muitos...*

**Tatiana**

*A superlotação do setor, a grande demanda de pacientes, impossibilita-nos de chegar a cada paciente e se dedicar totalmente a ele...*

**Graciete**

*Não tive nenhuma dificuldade.*

**Trifina**

*A dificuldade é que a letrinha é muito pequena. Com a claridade das lâmpadas, para mim ficou difícil, ficar observando.*

**Mariana**

Nesse último depoimento de **Mariana** ficou bastante claro que a dificuldade maior prendia-se a operacionalização de aspectos pessoais, administrativos e institucionais não a parte técnica.

As demais enfermeiras enfatizaram que o aspecto operacional do instrumento foi uma técnica fácil. Ressaltamos o depoimento da enfermeira **Rinaldina** expondo que sentiu no começo um pouco de dificuldade quanto ao índice de Aldrete & Kroulik. Dificuldade essa relacionada ao desconhecimento do indicador, evidenciando assim desinformação a cerca desse parâmetro de avaliação para o período pós-anestésico, abordado pela literatura desde 1970. Tal dificuldade foi superada pelas orientações da mestrandia e o interesse efetivo de **Rinaldina** mediante leitura de material bibliográfico colocado à sua disposição no decorrer da operacionalização.

A resposta de **Luciana** demonstra a dificuldade de unir teoria e prática, ela conhece o processo na teoria, mas pelo fato de não aplicá-lo no seu cotidiano ele torna-se difícil.

As demais respondentes evidenciaram que as dificuldades para a aplicação do instrumento dizem respeito a problemas administrativos e institucionais não relacionados com o nosso objeto de estudo. Limitamo-nos em avaliar o instrumento quanto a sua adequação ao cuidado de enfermagem para o paciente no período pós-anestésico.

Respondendo a terceira questão sobre o que consideraram importante no instrumento, todas as enfermeiras esboçaram sua opinião atribuindo-lhe diversos aspectos de importância, dentre os quais, foi dado ênfase

à capacidade oferecida pelo instrumento de melhor avaliação do paciente , como pode ser observado em suas falas:

*...Quando nós trabalhamos sem um método tendemos a esquecer dados importantes do cuidado ou observamos e não registramos, usando o instrumento isso não acontece(...) se nós pudéssemos fazer com todos os pacientes a assistência seria melhor...*

**Rinaldina**

*...Eu aprendi observando este processo a ver o paciente como um todo...*

**Luciana**

*...Achei o instrumento objetivo, e dá uma visão do estado geral do paciente...*

**Rufina**

*...O instrumento proporcionou um contato maior com o paciente e uma observação, além da que nós temos, mais rigorosa com ele...*

**Mariana**

*...Ele nos conduz a trabalhar diretamente com o paciente, e conhecê-lo como um todo, inclusive sua necessidade. Esse instrumento que nós elaboramos com o paciente é um elo que juntos constituímos. A assistência seria sempre mais adequada se nós pudéssemos aplicar sempre esse instrumento...*

**Graciete**

*...O instrumento oferece um roteiro para avaliar todas as condições necessárias em um paciente num Pós-operatório imediato...*

**Trifina**

Pela análise dessas respostas, percebemos que as enfermeiras, unanimemente, manifestaram a importância do instrumento assistencial de enfermagem para a sua prática na URPA. Vale ressaltar, que essa visão das enfermeiras, ao identificar a importância do instrumento, para uma melhor

avaliação do paciente no despertar da anestesia de emergência ratifica a utilidade do mesmo.

Segundo LEONARD & CRANE (1993, p.139), no processo de Orlando qualquer *observação partilhada e investigada com o paciente, é imediatamente útil para confirmar sua necessidade e satisfazê-la.*

Portanto, a utilização do instrumento pelas enfermeiras da URPA, veio despertar o início de uma prática voltada para um método norteador da assistência de enfermagem, aplicável em paciente anestesiado.

Os pacientes despertando da anestesia de emergência são vítimas de situações de emergência com risco de vida iminente, cujas necessidades devem ser identificadas e satisfeitas sem perda de tempo.

Pelos depoimentos expostos, ficou evidenciado também, que o instrumento direcionou as enfermeiras a um contato mais direto com o paciente. Na fala de Graciete, isto ficou bem patente:

*...Quando eu comecei a utilizar o instrumento eu me senti mais preparada para trabalhar com o paciente. E mais, esqueci um pouquinho da burocracia que a gente faz todo dia e voltei-me mais para a assistência ao paciente...*

Este depoimento, parece indicar que o instrumento transportou as enfermeiras para a sua real função, que é a de identificar e solucionar as necessidades de ajuda do paciente, condição essa, que só é possível se sua atenção estiver direcionada para esse paciente.

*...Enfermeiras comumente trabalham em organizações com outros profissionais e estão sujeitas à autoridade da organização que as emprega. É inevitável, então, que, por vezes, surjam conflitos entre as ações adequadas à profissão de enfermeiro e aquelas exigidas pelo emprego. Ações não profissionais podem evitar que a enfermeira execute sua função profissional e isso pode conduzir a um atendimento inadequado ao paciente. Uma função bem definida da profissão pode auxiliar a evitar e a solucionar*

*tal conflito...* LEONARD & CRANE in GEORGE (1993, P.141).

A utilização do instrumento, contribuiu portanto, para uma função definida da enfermeira na URPA, aproximando-a do paciente, fazendo-a atuar em situação imediata de enfermagem, de modo a ajudá-lo na recuperação pós-anestésica. Desse modo concordamos com a afirmativa de Orlando:

*...O enfermeiro primeiramente tenta compreender o sentido que tem para o paciente, num contexto de tempo e lugar, o que ele observa e como ele pode exercer a sua função profissional em relação a isso.* ORLANDO(1978,p.3).

Apesar da totalidade das enfermeiras considerarem importante o instrumento aplicado, quando responderam sobre a **possibilidade de implementação** seus depoimentos apresentam-se desestimulantes, conforme denotam as falas a seguir:

*Inviável, por causa da demanda. Aplicar em todos os pacientes é quase inviável devido a quantidade de pacientes. Tem plantão que chega a ter 35 pacientes. Se tivesse uma quantidade fixa de paciente, seria ótimo esse instrumento, mas devido as condições da URPA eu acho quase que impossível fazer.*

**Rinaldina**

*Eu acho que se fosse revisto o instrumento, quanto ao índice de avaliação, nós poderíamos aplicá-lo. Mas, tinha que ver também, a realidade da URPA, que a nossa não funciona como uma URPA, mas se funcionasse, se nós tivéssemos leitos limitados, com certeza nós aplicaríamos o instrumento. Mas a gente funciona com 11 leitos e inúmeras macas, então fica inviável dizermos que observaremos cada doente e aplicaremos o instrumento, quando na realidade, nos detemos aos doentes graves.*

**Luciana**

*Para a realidade atual a dificuldade existe, mas poderíamos escolher alguns pacientes para aplicar...*

**Tatiana**

*Eu sinceramente, acho que não tem a mínima possibilidade, porque nós já lidamos com muita burocracia, o que nos afasta muito do paciente. Só se nos voltássemos mais para a assistência, ao paciente, utilizando só o instrumento, quer dizer o instrumento valeria como um todo, como o prontuário todo, porque são muitos itens do prontuário, só que eu acho inviável que isso seja feito na URPA.*

**Graciete**

*Nenhuma, porque é impossível você trabalhar com três funcionárias e 30 pacientes.*

**Trifina**

*Aqui no nosso setor tem muitos pacientes, tem dia que você pode implementar em um, em dois ou três, mas tem dia que não dá para implementar em nenhum. Porque a demanda é muito grande e não tem condição de fazer. Pelo paciente poderia ser feito em todos, mas tem dia que não é possível.*

**Mariana**

*No momento eu vejo quase que nenhuma, porque, é como eu falei, sempre a mesma tecla: a falta de tempo do profissional que trabalha na URPA. Pelo número exagerado de cirurgia, tanto eletiva como da urgência. Muitas vezes chegam oito pacientes de uma vez, e você não tem condição, mal de colocar o nome e o que foi feito no paciente no livro e ver as condições do paciente para prestar a assistência de enfermagem...*

**Rufina**

Por estes depoimentos verificamos que diversos obstáculos de ordem administrativa e institucional foram apontados para a implementação do instrumento. Dentre os quais a alta demanda de pacientes na URPA, foi o mais apontado. Por serem os leitos equipados com canalizadores fixos de oxigênio, ar comprimido e vácuo, monitores cardíacos, oxímetros de pulso, dentre outros



equipamentos, a inclusão de leitos/macac extras, causa transtornos e dificulta a assistência de enfermagem prestada ao paciente.

A alta demanda gera problemas de espaço físico e impede a circulação entre os leitos. Observamos que em alguns plantões faltou local para colocar leitos/macac extra, situação que colocou a unidade totalmente fora do padrão mínimo preconizado por DUKIN & ANDREWES apud TAGLIETA et al(1994), que delimita 9,5m<sup>2</sup> o espaço mínimo para cada leito.

A deficiência de recursos humanos também foi citada como fator impeditivo. Há de convir que a alta complexidade de desempenho da equipe de enfermagem para desenvolver a assistência de qualidade para o paciente em recuperação anestésica necessita de um quadro de funcionários em termos não apenas quantitativos mas principalmente, em termos qualitativos.

DRAIN & SHIPLEY (1981) propõe para a URPA uma enfermeira para dois e meio leito, quantitativo esse diferente de nossa realidade onde temos somente uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem para atender trinta ou mais pacientes.

Alta demanda e número reduzido de pessoal não constituiu novidade pois na literatura de enfermagem consultada sobre implementação de novas maneiras de cuidar constatamos a confirmação desse fato. PAIM & TRENTINI(1993), apontaram como uma dificuldade dos serviços que são estruturalmente organizados para manter o estabelecido, citando a sobrecarga de atividades como um dos meios a desviar o processo de cuidar do contexto científico.

Portanto, as dificuldades enfrentadas pela enfermagem da URPA para diminuir a demanda desse setor, é algo que deve ser mais questionado, pois ele é parte integrante de um sistema de saúde que sofre também as conseqüências desse universo. Isso porque os escassos recursos destinado às políticas de saúde

em nosso país são insuficientes para atender às necessidades da população, contribuindo para que os serviços públicos de saúde executem suas ações em meio à superlotação, acarretando assim, prejuízos à qualidade da assistência que deveria ser prestada.

Entendemos portanto, que o principal objetivo deste estudo - validação do instrumento, foi alcançado, quando as enfermeiras o consideraram um elemento facilitador para suas ações atribuindo-lhe diversos aspectos de importância dentre os quais melhor avaliação do paciente. Porém sua implementação nessa URPA, carece de uma política institucional referente a demanda de pacientes e recursos humanos apropriados.

Acreditamos que, enquanto as enfermeiras ficarem esperando condição ideal para implementar novas maneiras de cuidar, com certeza nunca abandonarão os velhos paradigmas. É necessário abrir fronteiras para que a enfermagem possa sair de uma prática ultrapassada, burocratizada e acreditar na força de profissionais que sonham e acreditam em algo novo, na tentativa de transformar.

Foi pensando assim, que procuramos vislumbrar alguma esperança, em meio às adversidades de respostas apresentadas nos depoimentos em **negrito**. podemos transformá-los em sugestões para subsidiar as enfermeiras a encontrar os caminhos para a implementação da assistência de enfermagem planejada e, conseqüentemente, servir de condutor para melhorar o cuidado oferecido ao paciente em recuperação pós-anestésica.

Refletindo sobre as opiniões das enfermeiras percebemos que elas reconheceram a importância do instrumento para a sua prática profissional na URPA. E, até o ano 2.000, esperamos que venha delinear-se como o impresso n.º 13 do prontuário do paciente desse hospital.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Delineamos ao longo desse estudo uma trajetória de desafios e de buscas. Procuramos remover as incertezas e obstáculos que emperraram o início de nossa caminhada para superarmos as dificuldades na certeza que conseguiríamos atingir nosso propósito - a construção e validação de um processo que não se esgota aqui. Precisamos de mais alguns resgates que possam configurar a nossa trajetória na URPA, e que possa também, responder com mais acertos os ensinamentos de Orlando, o crescimento da equipe, a humanização da assistência prestada ao paciente em recuperação pós - anestésica.

Após desenharmos o instrumento para subsidiar a assistência e aplicá-lo nos pacientes em recuperação pós- anestésica que foram submetidos a cirurgia de emergência sob ação da anestesia geral, percebemos a sua viabilidade aos demais pacientes na URPA, que não se limita apenas aos pacientes de cirurgia de emergência e urgência, mas, também, àqueles submetidos a cirurgias eletivas que podem ser beneficiados por uma assistência planejada a curto prazo, direcionada aos cuidados pós-anestésicos.

As enfermeiras da URPA ao participarem ativamente nas etapas definidas para a operacionalização e validação do instrumento, sem dúvida demonstraram interesse e espírito de equipe no decurso dos procedimentos.

A construção do instrumento passou por diversas modificações até chegar a sua forma final, resultado de nossa experiência, e, principalmente, o respaldo da literatura que definiu todos os nossos passos.

Procuramos entender as críticas e os questionamentos, apresentados pelas participantes, discutindo e complementando lacunas do instrumento, observando os critérios que fecundaram a elaboração do instrumento, por vezes

até negando, mas atrelando-nos a reflexões e começando um agir diferente com o desejo de transformá-lo na prática.

O referencial teórico de ORLANDO(1978), adotado para fundamentar esse estudo, no nosso entender foi adequado, contribuiu para informar e aclarar o significado dinâmico da gama de informações que infiltraram-se nas respostas que buscávamos naquele cenário de estudo. Incorporamos conceitos dessa teoria e paulatinamente o fizemos ao longo da construção e operacionalização desse estudo, por considerarmos que, a absorção de uma teoria leva tempo e suas dosagens de incorporação deverão ser sempre homeopáticas.

O instrumento proposto para subsidiar a assistência, fundamentado no marco conceitual que escolhemos, foi um suporte determinante para atender nossas expectativas, pela possibilidade de ser implementado, embora, de forma condicional conforme foi dito pelas enfermeiras participantes, não deixando dúvidas quanto a sua validade.

Verificamos a opinião das enfermeiras sobre a experiência vivenciada, nas respostas aos nossos questionamentos, buscando subsídios para validar o instrumento proposto. Constatamos nas suas falas que o instrumento utilizado facilitou suas atuações, como enfermeiras assistenciais responsáveis pela recuperação do paciente no despertar da anestesia geral em cirurgias de emergência.

Ficou evidenciado também, que essas profissionais, por unanimidade, manifestaram a importância do instrumento para a sua prática na URPA e que sua utilização, contribuiu para a definição de suas funções nesse setor.

Apesar do reconhecimento da importância desse instrumento pela totalidade das enfermeiras participantes, seus depoimentos foram desestimulantes quanto à possibilidade de implementação na URPA. Enfocaram a alta demanda de pacientes no setor e a falta de tempo como os principais obstáculos à

implementação. Entretanto, nas entrelinhas, foram filtradas algumas esperanças para possíveis operações do instrumento, resgatadas no desejo e nas aspirações dessas profissionais de mudarem para melhor sua prática cotidiana.

As constatações que fazemos ultrapassaram o nosso nível de reflexão, ou das discussões com as enfermeiras que aplicaram o instrumento, testando-o ao vivo, na prática, não apenas com o envolvimento solicitado, mas principalmente, com um compromisso profissional, foram no nosso entender suficientes para confirmação do produto desejado, isto é, a validade do instrumento.

Consideramos que autora e enfermeiras não são as mesmas do início deste processo, possivelmente, ou com certeza, cada momento vivido, questionamentos de valores e reflexões, mobilizaram suas crenças para uma nova postura em relação ao emprego de uma assistência planejada a curto prazo, documentada e individualizada.

Acreditamos que este estudo elaborado para cuidar do paciente que está despertando da anestesia de emergência, atingiu os objetivos propostos, assim como, contribuiu para despertar nas enfermeiras a vontade para o desenvolvimento de uma nova maneira de praticar a enfermagem.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, M.S.M. et al. Análise crítica da escala de Aldrete - Kroulik como critério de alta na recuperação pós-anestésica. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 40, supl. 12, p. 172, 1990.
- ALDRETE, J. A ., KROULIK, O . apud PENICHE, A . C. G. et al. Ficha de registro em sala de recuperação anestésica: utilização após reestruturação. **Rev. Paul. Enfermagem**, p. 25-29, julho,1991.
- ALDRETE, J. A ., KROULIK, O . apud PENICHE, A . C. G. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. **Rev . Esc. Enferm.USP**,v.32,n.1,p.27-32, 1998.
- ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**, 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 127p.
- ARAÚJO NETO, J. P., OLIVA FILHO, A . L. Morbidade e mortalidade em anesthesiologia. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v.41,n1,Janeiro-Fevereiro,1991,
- ARAÚJO NETO, J. P. Monitorização em anestesia. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, supl. 12, v.42, n.1, p.1, 1992.
- AVELAR, M. C. Q. et al. Validação dos padrões de assistência de enfermagem em recuperação anestésico. **Rev. Paul. de Enfermagem**, Ed. Especial, São Paulo, p. 11-18, jul. 1991.
- AVELAR, M. C. Q. et al. Avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem em recuperação anestésica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO,1., São Paulo, 1993. **Anais...** São Paulo, Grid Projetos Editoriais,1994. p.15-27.
- BARBOSA, H. **Controle clínico do paciente cirúrgico**.6. ed. Rio de Janriro.São Paulo:Atheneu, 1992.764p.

- BARRETO, A. L.B.P. Avaliação pré e pós-anestésica. **Rev. de comunicação médica continuada**. v.3,n.1,p.6-8,1988.
- BRASIL, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, p. 9.273 - 9.275, 26 jun. 1986 Seção I.
- BRUNNER, L. S., SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1.
- CASTAÑOS, C. C. Índice de recuperação. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.32, n.6, p.441-442, 1982.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.164p.
- COLLINS, V.J.. **Princípios de anestesiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- DANIEL, L.F. **A enfermagem planejada**. 3. ed. São Paulo: EPU, 1981. 136p.
- DRAIN, C. B., SHIPLEY, S. B. **Enfermagem na sala de recuperação**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
- DURKIN & ANDREWES *apud* TAGLIETA, M. et al. A assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica dentro do contexto hospital governamental de ensino. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 1., São Paulo, 1993. **Anais...** São Paulo, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico,1994. p. 1-9.
- ELTRINGHAN, R. et alli. **Recuperação pós-anestésica**. Rio de Janeiro:Colina,1983. 184 p.

- FERRAZ, E. R. Requisitos mínimos para a organização da sala de recuperação pós-anestésica e a assistência nela prestada. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 14, n. 2, p. 123 - 134, 1980.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1832 p.
- FERREIRA, N.M.L.A. .Sistematização da assistência de enfermagem - importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta Paul. Enfermagem,** v.3, n.3, p.78-84, 1990.
- FISCHER, T. L. apud NOCITE, J. R. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. **Revista Bras. Anesthesiol.,** v. 37, n. 3, p.161-167,1987.
- GATTO, M. A . F. **Trabalho do enfermeiro na sala de recuperação anestésica.** In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, São José do Rio Preto, 1990.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.
- GUYTON, A. C. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças.** 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p. 470-480.
- HOFFER, J. L. Anestesia In: MEEKER, M. H., ROTHROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, pt.1,cap.6, p.134-166.
- HOLLEY, H.,CARROLL, J. anaesthesia equipment malfunction. **Anaesthesia,** v.40, p.62-65. 1985;
- HUTTON, P. Monitorização em anestesia. [on line] disponível na internet via URL: <http://www.upf.tche.br/medicina/1998>.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979. 99p.



- LEONARD, M. K., CRANE, M. D. Ida Jean Orlando. In: GEORGE, J. B. (Orgs) **Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap. 10.
- LEOPARDI, M. T. **Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto, 1991. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. 1991.
- MANGANNO, D. Perioperative cardiac morbidity. **Anesthesiology**. v.72, p.153-184, 1990;
- MERIN, R. G. A função do coração. Efeitos das drogas anestésicas e adjuvantes. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.31, n.6, p.445-452, 1981.
- MILANEZ, H. Apud GUIMARÃES, S. M. Et alli. Elaboração do software para prescrição de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Enfoque**, v. 18, n. 1, p. 11-16, 1990.
- MILLS, D. I., SAUTER, M. K. Ida Jean Orlando (Pelletier). Teoria de la respuesta profesional disciplinada. In: MARRINER, A. (Orgs.) **Modelos y teorías de enfermería**. Madri: Ediciones ROL, 1989. cap. 18.
- MORRISON, R. C. Apud OLIVEIRA, C. H. S. Monitorização da temperatura. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.42. n.1, p.79-84, 1992.
- NOCITE, J. R. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 37, n. 3, p.161-167, 1987.
- ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente: função, processo e princípio**. São Paulo: EPU, 1978. 110 p.
- PAIM, L. Plano assistencial e prescrição de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 29, n.3, p. 66-82, 1976.
- PAIM, L., TRENTINI, M. Indo além do modelo médico - Uma experiência de ligação teoria - prática na Assistência de Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.2, n.1, p.13-32, 1993.

- PAIM, R.C.N., et alli. **Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente**. Rio de Janeiro: União dos Cursos Cariocas, 1978.
- PENICHE, A. C. G. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.32, n.1, p.27-32, 1998.
- PENICHE, A. C. G., ARCURI, E. A. Medida indireta da pressão arterial em função da largura do manguito, em pacientes nas fases pré-operatória imediata, recepção no centro cirúrgico e pós-anestésico. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.26, n.2, p.243-256, 1992.
- POSSO, M. B. S. Avaliação das condições dos pacientes em sala de recuperação anestésica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.9, n.3, p.9-23, 1975.
- POSSO, I. P. Sala de Recuperação Pós-Anestésica Estrutura e Organização. **HAES**, v. 8, n.5, p. 76-79, junho-julho, 1987.
- RATTO, O.R. et al. **Insuficiência respiratória**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.
- SAMPAIO FILHO, A. A. Complicações respiratórias e seu tratamento. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.37, n.3, p.181-191, 1987.
- SCHIMIDT, S. R. G. Recuperação pós-anestésica. In: MANICA, J. T. et al. **Anestesiologia, princípios e técnicas**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992. 527p. p. 462-470.
- SCHMIEDING, N. J. Putting Orlando's theory into practice. **Am. J. Nurs.** v. 41, p. 759-761, 1984.
- SILVA, F. M., POTENZA, M. M. Motivos que levam as enfermeiras de centro cirúrgico a não realizarem uma assistência de enfermagem de forma sistematizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 1., 1993, São Paulo. **Anais...** São Paulo, Grid Projetos Editoriais, 1994, p. 101-105.

- SLOTMAN, G. J. et al. Apud OLIVEIRA, C.H.S. Monitorização da temperatura. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v.42, n.1, p.79-84,1992
- SMITH, D. W., GERMAIN, C.P.H. **Enfermeria mediocoquiarúrgica**. Mexico: Interamericana, 1978. p.193-195.
- TRIVIÑOS, Augusto, N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987,175p.
- UTTING, J. E. et al. Apud NOCITE, J.R. Mortalidade associada à anestesia: estudos epidemiológicos. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v.41, n.1, p. 3-7, 1991.
- WYLIE, W.D., CHURCHILL-DAVIDSON, H.C. **A Practise of anesthesia**. 4th, Ed. London: Lloyd-Luke Med Book, 1978. p.294-296.