



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Marina Prearo

**Construção de um instrumento de registro da sistematização da
assistência de enfermagem em recuperação pós-anestésica**

Botucatu

2019

Marina Prearo

**Construção de um instrumento de registro da sistematização da
assistência de enfermagem em recuperação pós-anestésica**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Prearo, Marina.

Construção de um instrumento de registro da
sistematização da assistência de enfermagem em recuperação
pós-anestésica / Marina Prearo. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Capes: 40400000

1. Enfermagem em pós-anestésico. 2. Processo de
enfermagem. 3. Registros de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem em Pós-Anestésico; Processo de
Enfermagem; Registro de Enfermagem.

Marina Prearo

Construção de um instrumento de registro da sistematização da assistência de enfermagem em recuperação pós-anestésica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Comissão examinadora:

Prof(a). Dr(a).....
Universidade.....

Prof(a). Dr(a).....
Universidade.....

Prof(a). Dr(a).....
Universidade.....

Botucatu, _____ de _____ de _____.

Dedicatória

Primeiramente a Deus, por ser essencial
em minha vida, autor de meu destino,
meu guia e socorro presente nas horas de
angústia. O que seria de mim sem a fé
que eu tenho nele?

Aos meus pais, irmãos, sobrinho e toda
minha família que, com muito carinho e
apoio, não mediram esforços para que eu
chegasse até esta etapa de minha vida.
Sem vocês este trabalho e muitos dos
meus sonhos não se realizariam.

Ao meu namorado, pessoa com quem amo
partilhar a vida, pelo companheirismo,
força, compreensão, carinho e
principalmente por acreditar em mim.

À minha sogra, sogro, cunhado e
cunhadas pelo incentivo e apoio
constante.

Agradecimentos

Ao apoio do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Acordo Capes/Cofen Edital nº 27/2016 - Apoio a Programas de Pós-graduação da Área de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional, o qual contemplou, com recursos financeiros, o projeto “Tecnologias de apoio à sistematização da assistência de enfermagem: contribuições de curso de mestrado profissional da região centro-sul paulista”, do qual o presente estudo faz parte.

À Professora e Orientadora Dr^a Cassiana, por seus ensinamentos, paciência, confiança, compreensão e pela amizade ao longo das supervisões. Obrigada pelos dias em que me acolheu em sua casa, com tanta dedicação e carinho. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem sua presença.

Agradeço a UNESP, na figura das pessoas que cruzaram meu caminho durante o mestrado.

Agradeço o Professor Dr. Rodrigo Jensen e a Dr^a Patrícia Ribeiro Mattar Damiance que gentilmente participaram tanto da banca do Exame Geral de Qualificação, quanto da banca de defesa dessa dissertação. Obrigada pelas valiosas considerações que engrandeceram esse estudo.

Ao Hospital Amaral Carvalho, instituição que me acolheu como enfermeira e pesquisadora com a aprovação da realização desse estudo.

Aos colegas de profissão do Bloco Cirúrgico, obrigada pela colaboração e apoio.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta pesquisa fosse concluída. Meus sinceros agradecimentos!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

PREARO, M. **Construção de um instrumento de registro da sistematização da assistência de enfermagem em recuperação pós-anestésica.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Resumo

Objetivo Geral: Elaborar um instrumento de registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) com Diagnóstico de Enfermagem (DE), Intervenções de Enfermagem (IE) e Resultados de Enfermagem (RE). **Objetivos específicos:** Realizar o mapeamento cruzado entre a classificação de DE da NANDA-International (NANDA-I) e o conteúdo do registro de enfermagem utilizado na SRPA; Elencar os DE após o mapeamento cruzado; Propor para cada DE eleito as IE e respectivas atividades de enfermagem (AE) e RE e respectivos indicadores de resultados (IR) da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo de análise documental, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das instituições participantes, para a construção de um instrumento de registro manual do enfermeiro em uma SRPA de um hospital de referência em tratamento oncológico e realização de transplante de medula óssea no interior do Estado de São Paulo. O universo foi composto por 264 fichas pertencentes aos prontuários físicos com os dados: sinais vitais, necessidades afetas, prescrição médica e anotações de enfermagem. Os critérios de inclusão foram às fichas completas e preenchidas na SRPA entre 06h e 12h, de segunda-feira a sábado. A amostra constituiu-se por 187 fichas. A pesquisadora coletou os dados de junho a julho de 2018. A análise dos dados constituiu-se de três etapas: na primeira etapa, foram transcritos os dados das fichas analisadas que representavam os sinais e/ou sintomas significativos das necessidades e cuidados de enfermagem. Na segunda etapa foram eleitos os DE de risco e respectivos fatores de risco, e os DE com foco no problema e respectivas características definidoras e fatores relacionados, após o mapeamento cruzado entre os dados não padronizados coletados na primeira etapa e as classificações de DE da NANDA-I. Na terceira etapa, foram elaboradas listagens com o auxílio das classificações de enfermagem, NIC e NOC, e proposto IE e respectivas AE e RE e respectivos IR, para cada um dos DE identificados na segunda etapa, o que subsidiou o produto final. **Resultados:** Foram analisadas 187 fichas. Dos 13 Domínios da NANDA-I, cinco estão representados nesse estudo, sendo cinco DE de risco e 11 DE com foco no problema. Esses DE representam o perfil das necessidades de cuidados a partir do mapeamento cruzado entre o registro nas fichas e a classificação diagnóstica. Diante disso, foi construído um banco de dados com os DE, IE, AE, RE e IR. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo contribuíram para a elaboração do produto final, como proposta de um instrumento de registro manual para a SAE na SRPA, priorizando a segurança e a qualidade prestada, com objetivo de prevenir as complicações e os riscos inerentes ao paciente, bem como, nortear a prática clínica e atribuir ao enfermeiro maior autonomia.

Palavras-chave: Enfermagem em Pós-Anestésico; Processo de Enfermagem; Registro de Enfermagem.

PREARO, M. **Construction of a registry instrument for the systematization of nursing care in post-anesthetic recovery.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Abstract

General Objective: To elaborate a registry of the Systematization of Nursing Assistance (SAE) for the Post-Anesthesia Recovery Room (SRPA) with Nursing Diagnosis (DE), Nursing Interventions (IE) and Nursing Results (RE). **Specific Objectives:** Carry out the cross-mapping between the NANDA-International classification of ED (NANDA-I) and the content of the nursing record used in the PACU; List EDs after cross-mapping; To propose for each ED elected IH and respective nursing activities (AE) and RE and respective outcome indicators (IR) of the Nursing Interventions Classification (NIC) and the Nursing Results Classification (NOC). **Methods:** This is a descriptive, exploratory and retrospective study of documentary analysis, approved by the Ethics and Research Committee of the participating institutions, for the construction of a manual registry of nurses in a PACU of a reference hospital in cancer treatment and bone marrow transplantation in the interior of the State of São Paulo. The universe consisted of 264 records belonging to the physical records with the data: vital signs, needs, medical prescription and nursing notes. The inclusion criteria were the complete files completed in the PACU between 06h to 12h from Monday to Saturday. The sample was 187 files. The researcher collected the data from June to July 2018. Data analysis consisted of three steps: The first step was to transcribe data from the files analyzed that represented the signs and/or significant symptoms of nursing needs and care. In the second stage, risk SDs and respective risk factors were selected, and EDs with a focus on the problem and their defining characteristics and related factors, after cross-mapping between the non-standard data collected in the first stage and the NANDA ED scores -I. In the third stage, lists were prepared with the help of the nursing classifications, NIC and NOC, and proposed IE and respective AE and RE and respective IR, for each of the ED identified in the second stage, which subsidized the final product. **Results:** 187 chips were analyzed. Of the 13 NANDA-I domains, five are represented in this study, with five SD at risk and SD 11 focusing on the problem. These EDs represent the profile of care needs from the cross-mapping between the record in the records and the diagnostic classification. Given this, a database was built with the DE, IE, AE, RE and IR. **Conclusion:** The results of the present study contributed to the elaboration of the final product, as a proposal of a manual registry instrument for SAE in the PACU, prioritizing the safety and quality provided, in order to prevent complications and risks inherent to the patient, as well as guiding clinical practice and assigning nurses greater autonomy.

Keywords: Post-Anesthetic Nursing; Nursing Process; Nursing Registry.

Lista de ilustrações

Quadro 1 - Caracterização da estratégia PICO. Botucatu, 2019	19
Quadro 2 - Classificação dos níveis de evidências. Botucatu, 2019	21
Figura 1 - Processo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2019	22
Quadro 3 - Caracterização, análise e síntese dos artigos inclusos. Botucatu, 2019	23
Quadro 4 - Frequência absoluta dos Domínios e Diagnósticos de Enfermagem identificados nas fichas. Botucatu, 2019	34
Quadro 5 - Diagnósticos de Enfermagem de Risco e respectivas Intervenções, Atividades, Resultados e Indicadores. Botucatu, 2019	36
Quadro 6 - Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema e respectivas Intervenções, Atividades, Resultados e Indicadores. Botucatu, 2019 .	38

Lista de tabelas

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos Domínios e respectivos Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificado nas fichas. Botucatu, 2019	35
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos Domínios e respectivos Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema identificado nas fichas. Botucatu, 2019	35

Lista de abreviaturas

AE	Atividades de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Centro Cirúrgico
CD	Características Definidoras
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
FR	Fator Relacionado
FRi	Fator de Risco
HAC	Hospital Amaral Carvalho
IE	Intervenções de Enfermagem
IR	Indicador de Resultado
NANDA-I	NANDA - International
NEAD-TISS	Núcleo de Ensino a Distância – Tecnologia de Informação de Sistema e Serviços
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
POI	Pós-operatório Imediato
POM	Pós-operatório Mediato
RE	Resultados de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SIS-HAC	Sistema de Informação do Hospital Amaral Carvalho
SNG	Sonda Nasogástrica
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SVD	Sonda Vesical de Demora

Sumário

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Caracterização da instituição do estudo	17
1.2	Registro de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-anestésica....	18
1.3	Revisão Integrativa da Literatura	19
1.4	Justificativa do estudo	26
2	REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO ESTUDO.....	27
3	OBJETIVOS	29
3.1	Objetivo geral.....	29
3.2	Objetivos específicos	29
4	MÉTODOS.....	30
4.1	Tipo e local do estudo	30
4.2	Seleção da amostra do estudo	30
4.3	Procedimentos de coleta dos dados	31
4.4	Procedimentos de análise dos dados.....	31
5	RESULTADOS	34
5.1	Frequência dos Domínios e Diagnósticos de Enfermagem.....	34
5.2	Intervenções e Resultados para os Diagnósticos de Risco	36
5.3	Intervenções e Resultados para os Diagnósticos com Foco no Problema	38
5.4	Instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Sala de Recuperação Pós-anestésica.....	42
6	DISCUSSÃO	44
6.1	Domínios e respectivos Diagnósticos de Enfermagem	44
6.2	Diagnósticos de Enfermagem de Risco	46
6.3	Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema.....	50

6.4	Proposta do Instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Sala de Recuperação Pós-anestésica	61
7	CONCLUSÃO.....	64
	REFERÊNCIAS	65
	ANEXOS	68
	APÊNDICES.....	71

APRESENTAÇÃO

Atuando há cinco anos como enfermeira de Centro Cirúrgico do Hospital Amaral Carvalho, localizado na cidade de Jaú - SP, tive a oportunidade de trabalhar na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) por alguns anos. Em 2016, fui convidada a participar da implantação do protocolo de cirurgia segura no Bloco Cirúrgico. Após implantação, foram evidenciadas as falhas do registro da assistência de enfermagem prestada, principalmente na SRPA onde o cuidado de enfermagem está voltado para observação da evolução da consciência do paciente, retorno de seus reflexos protetores e da estabilidade dos sinais vitais. Devido experiência na unidade, notei que a assistência de enfermagem era realizada com excelência, porém não estava sendo registrada de forma correta. Propus-me a estudar e pesquisar mais sobre o processo de enfermagem (PE) e não demorou muito tempo para surgirem inúmeras dúvidas. Questionava-me diariamente sobre como realizar a assistência de enfermagem de forma sistematizada diante de tantas dificuldades e possibilidades dentro da SRPA. Enquanto enfermeira reconhecia a expressividade do PE na profissão, e a importância de sistematizar o cuidado prestado em uma unidade complexa e com características e rotinas peculiares. Enfim, no ano de 2017, surgiu a oportunidade de ingressar no mestrado profissional, em especial no Edital Nº 013/2017 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), vinculado ao projeto “Tecnologias de apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem: contribuições de curso de mestrado profissional da região centro-sul paulista”. Foi uma realização pessoal e profissional, onde pude me aprofundar e desenvolver a proposta de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na SRPA do Centro Cirúrgico do hospital em questão.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como finalidade a construção de um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para a Sala de Recuperação Anestésica Pós-anestésica (SRPA) de um hospital oncológico do interior do estado de São Paulo.

A utilização da SAE configura-se como uma metodologia organizacional embasada em princípios científicos, permitindo ao enfermeiro detectar as prioridades de cada paciente quanto as suas necessidades, fornecendo ações que modifiquem o estado do processo da vida e de saúde/doença, com a finalidade de aplicar seus conhecimentos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional¹.

Segundo Lima, Chianca e Tannure², a SAE proporciona a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, direciona a atuação da equipe e promove a implantação do Processo de Enfermagem (PE). Dessa maneira, a SAE é uma forma de organizar e executar o PE à luz de um referencial teórico, do raciocínio e julgamento clínico que subsidiam a tomada de decisão do enfermeiro³.

Santos *et al.*⁴ menciona que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e deve ser implementada em todos os campos da prática e do atendimento ao ser humano.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) tem o propósito de promover uma assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada para o paciente cirúrgico⁵. Segundo Pinho, Viegas e Caregnato⁶, a SAEP é um instrumento de trabalho imprescindível para a assistência de enfermagem individualizada, envolvendo a promoção, manutenção e recuperação da saúde do paciente.

A SAEP compreende cinco fases: visita pré-operatória de enfermagem; planejamento da assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação da assistência pela visita pós-operatória de enfermagem e reformulação da assistência a ser planejada⁷.

Compreende-se como período Perioperatório aquele que abrange os momentos entre o pré-operatório, transoperatório e o pós-operatório⁶.

O período pré-operatório inicia-se as 24 horas que antecedem o procedimento cirúrgico, estendendo-se até o encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico (CC). O transoperatório é compreendido desde o momento em que o paciente é

admitido no CC até a saída da sala operatória. O pós-operatório compreende todo o período após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico, e se divide em três momentos⁸:

- Recuperação anestésica, que se inicia na admissão do paciente na SRPA até a sua alta para a unidade de origem;
- Pós-operatório imediato (POI), definido como as primeiras 24 horas após a intervenção anestésico-cirúrgica;
- Pós-operatório mediano (POM), iniciando após as primeiras 24 horas que se seguem à cirurgia e se estendendo até a alta do paciente.

No Brasil, a promoção, a divulgação e as recomendações das práticas de enfermagem perioperatória são norteadas pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), que recomenda aos enfermeiros a utilização de um instrumento de registro específico para realização da SAEF na SRPA⁹.

A SRPA é uma unidade destinada à pacientes em POI. Tem como objetivos e vantagens, a prevenção e detecção precoce das complicações pós-anestésicas e cirúrgicas, e requer assistência de enfermagem especializada¹⁰.

O cuidado de enfermagem nesse período de instabilidade é fundamental, e está voltado para a observação da evolução da consciência do paciente, retorno de seus reflexos protetores e da estabilidade dos sinais vitais. A SAE deve ser planejada desde a admissão até a alta do paciente da SRPA¹⁰.

Dessa maneira, a implementação de uma sistemática de assistência de enfermagem, baseada nas evidências de qualidade e cultura de segurança, deve ser encorajada.

Com o intuito de possibilitar a redução de erros e identificar os fatores contribuintes para as principais causas de eventos adversos no ambiente de cuidado, a cultura de segurança é uma ferramenta importante para o enfermeiro, devendo ser estimulada e conhecida. A prioridade no contexto da cultura de segurança é para o relato dos erros, sem cultura de punição. O olhar do profissional deve ser direcionado para as situações que ofereçam risco, com o objetivo de resolver o problema e consequentemente proporcionar uma assistência segura e de qualidade¹¹.

Em 2004, sobre a segurança do paciente cirúrgico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha "Cirurgias seguras salvam vidas", visando

despertar a consciência do profissional para a melhoria da segurança na assistência à saúde, indução de boas práticas assistências e apoio ao desenvolvimento de políticas públicas¹².

A qualidade da assistência de enfermagem perioperatória interfere diretamente nos resultados do procedimento realizado. Nesse contexto, a qualidade, por se tratar de um diferencial técnico e social necessário, deve ser entendida como uma atitude coletiva, que envolve não somente o usuário do sistema, mas também os seus gestores¹³.

É enfatizado por Paranaguá, Bezerra e Moreira¹⁴, que os profissionais de saúde devem assumir um processo de trabalho com foco na melhoria contínua do trabalho prestado, favorecendo a identificação constante dos fatores intervenientes da assistência e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar, sistematicamente, os níveis da qualidade prestada.

A mesma autora menciona a importância do registro da assistência de enfermagem prestada, o que respalda ética e legalmente o profissional que o assiste, além de estabelecer uma comunicação mais efetiva entre a equipe, facilitando a avaliação da qualidade dos serviços. Nota-se que quando o registro é escasso e inadequado, pode comprometer o planejamento das ações para a prestação do cuidado individualizado de qualidade e seguro, além de se tornar uma barreira para a mensuração dos resultados assistências¹⁴.

Nas diretrizes preconizadas pela SOBECC, a SAEP deve sustentar as ações de enfermagem no CC, além de promover interação da assistência perioperatória. Ainda as diretrizes citam que o modelo mais difundido no Brasil que fundamenta a SAE, é o das Necessidades Humanas Básicas e que o PE é o estruturado por Wanda de Aguiar Horta⁹.

Diante disso, a SAE contribui para o processo de cuidar na SRPA, sendo considerada uma das estratégias para obtenção de um processo seguro, devendo ser planejada com qualidade, respeitando a individualidade, a fim de diminuir possíveis riscos, promovendo o cuidado e o restabelecimento do paciente cirúrgico.

1.1 Caracterização da instituição do estudo

O estudo em questão foi realizado no CC, especificamente na SRPA do Hospital Amaral Carvalho (HAC), localizado na cidade de Jaú - SP. O HAC tem como missão promover a saúde, o tratamento e o bem-estar de adultos, jovens e crianças nas diferentes especialidades, principalmente em oncologia.

O CC é constituído por um prédio central e apresenta em sua planta física oito salas cirúrgicas destinadas à realização de cirurgias de pequeno, médio e grande porte; uma sala pré-operatória; uma sala de indução anestésica; uma SRPA; uma sala de pequenas cirurgias; uma sala de exames endoscópicos; uma sala de preparo para exames e uma sala de recuperação de exames.

Essa estrutura física ainda contempla uma sala para armazenamento de anátomo patológicos, expurgo, arsenal para guarda de materiais esterilizados, central de kits cirúrgicos, salas administrativas, uma unidade externa para realização de procedimentos urológicos; uma sala para armazenamento de equipamentos, como: carrinho de videolaparoscopia, bombas de infusão, mesas cirúrgicas e outros.

A média mensal de cirurgias e procedimentos realizados nesse complexo é de 1400/mês, incluindo cirurgias de pequeno, médio e grande porte, cirurgias ambulatoriais e procedimentos urológicos. As cirurgias de pequeno, médio e grande porte, realizadas nas oito salas cirúrgicas, equivalem a um total aproximado de 700/mês.

As especialidades cirúrgicas mais frequentes são: urologia, cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, gastroenterologia, ginecologia, proctologia, oftalmologia, peles e partes moles, transplante de medula óssea, mastologia, ortopedia, plástica, neurologia, vascular e pneumologia.

Protocolos institucionais direcionam e dão suporte aos processos de trabalho da equipe de profissionais atuantes: cirurgia segura, cuidados específicos a pacientes hipertensos, diabéticos, analgesia e prevenção de náusea.

Atualmente o sistema de informação hospitalar utilizado na instituição é o MV, onde se hospedam os registros relativos aos momentos perioperatórios no prontuário eletrônico do paciente (PEP). O MV se constitui em uma plataforma para automação de processos e integração das áreas hospitalares, operadoras, clínicas, serviços de saúde de estado, municípios e centro de medicinas diagnósticas. Tem a missão de tornar a saúde mais eficiente, humanizada e sustentável e a visão de ser

a escolha natural em tecnologia e gestão para a saúde, reconhecida como uma empresa global¹⁵.

Atualmente todos os registros realizados pelos profissionais no CC são de forma eletrônica no PEP. Apenas na SRPA todos os registros são realizados de forma manual.

1.2 Registro de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica

A SRPA possui 10 leitos, oito deles equipados com ventiladores mecânicos, para atender pacientes provenientes das salas operatórias, submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos. A equipe de saúde responsável por assistir esses pacientes é constituída por médicos anesthesiologists, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Os registros na SRPA são realizados pela equipe de enfermagem de forma manual, em impresso próprio, e não contemplam as denominações dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), Intervenções de Enfermagem (IE) e Resultados de Enfermagem (RE).

O conteúdo dos registros relaciona-se às condições do paciente, da admissão até a alta, e não é de uso exclusivo da enfermagem, por possuir campos de preenchimento destinados à prescrição e anotações dos médicos anesthesiologists. Após o seu preenchimento o documento é arquivado em prontuário físico.

Dessa maneira não existe no CC uma SAE realizada de forma sistematizada. A proposta do presente estudo é desenvolver a SAE para a SRPA do CC do HAC com objetivo de planejar e registrar a assistência de enfermagem de qualidade e assegurar o exercício profissional.

A elaboração de uma rigorosa revisão integrativa de literatura sobre o tema fez-se necessária, e a seguir apresentam-se as evidências identificadas em busca bibliográfica sistematizada.

1.3 Revisão Integrativa da Literatura

A presente revisão integrativa da literatura tem como finalidade buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com desenvolvimento do tema proposto. O objetivo foi descrever e analisar os artigos científicos que oferecessem subsídios para a construção de um instrumento da SAE na SRPA.

Para ser considerada uma pesquisa com rigor metodológico, elaborou-se a presente revisão seguindo um processo de elaboração de pesquisa, descritos sucintamente em seis etapas¹⁶:

- 1ª etapa: elaboração da questão norteadora;
- 2ª etapa: busca de literatura/ estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos;
- 3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
- 4ª etapa: análise crítica dos estudos incluídos;
- 5ª etapa: interpretação dos resultados;
- 6ª etapa: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento em quadro resumo.

A revisão integrativa da literatura inicia-se com a definição da questão norteadora, sendo considerada uma fase de extrema importância, pois determina quais estudos serão incluídos na pesquisa, com auxílio do acrônimo PICO, descrito no Quadro 1:

Quadro 1. Caracterização da estratégia PICO. Botucatu, 2019

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Problema	Modelos de registros
I	Interesse	Sistematização da assistência de enfermagem
CO	Contexto	Sala de recuperação pós-anestésica

Fonte: Elaborado pelo autor

Nesse sentido, o presente estudo buscou responder ao seguinte questionamento: existem modelos de registro de SAE na SRPA?

A busca foi realizada no mês de maio de 2019 nas seguintes bases de dados: US National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Scopus, Web of Science e nos portais da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Durante a busca nas bases de dados, os seguintes descritores foram utilizados: “enfermagem em pós-anestésico”, “processo de enfermagem” e “registros de enfermagem”. A partir disso, foram elaboradas três estratégias com termos dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) controlados e combinados por operadores booleanos.

Estratégia 1 para BVS: (Postanesthesia Nursing OR Enfermería Posanestésica OR Enfermagem em Pós-Anestésico OR Enfermagem Pós-Cirúrgica OR Enfermagem em Sala de Recuperação) AND (Nursing Process OR Processo de Enfermería OR Processo de Enfermagem OR Processos de Enfermagem) AND (Nursing Records OR Registros de Enfermería OR Registros de Enfermagem OR Anotações de Enfermagem OR Registro de Enfermagem).

Estratégia 2 para CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE E PUBMED: (Postanesthesia Nursing OR Nursing, Post-Surgical OR Nursing, Post-Surgical OR Post-Anesthesia Nursing OR Post Anesthesia Nursing OR Nursing, Recovery Room OR Recovery Room Nursing OR Nursing, Post-Anesthesia OR Nursing, Post Anesthesia OR Nursing, Postanesthesia OR Post-Surgical Nursing OR Post-Surgical Nursing) AND (Nursing Process OR Process, Nursing OR Nursing Processes OR Processes, Nursing) AND (Nursing Records OR Records, Nursing OR Nursing Record OR Record, Nursing).

Estratégia 3 para EMBASE: (Postanesthesia Nursing) OR (Nursing, Post-Surgical) OR (Nursing, Post-Surgical) OR (Post-Anesthesia Nursing) OR (Post Anesthesia Nursing) OR (Nursing, Recovery Room) OR (Recovery Room Nursing) OR (Nursing, Post-Anesthesia) OR (Nursing, Post Anesthesia) OR (Nursing, Postanesthesia) OR (Post-Surgical Nursing) OR (Post-Surgical Nursing)) AND (Nursing Process) OR (Process, Nursing) OR (Nursing Processes) OR (Processes, Nursing) AND (Nursing Records) OR (Records, Nursing) OR (Nursing Record) OR (Record, Nursing).

Foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: estar publicado em periódicos acadêmicos indexados nas bases de dados, no período de 2014 a maio de 2019, com acesso aberto a resumo e texto na íntegra, nos idiomas

inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão dos artigos foram: duplicidade nas bases, não disponíveis na íntegra e aqueles que não responderam a questão norteadora da revisão.

O instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) foi utilizado com o propósito de oferecer recomendações sobre como relatar estudos observacionais de forma mais precisa e completa^{17,18}.

O STROBE é formado por uma lista de verificação composta por 22 itens assim subdivididos: título e resumo, introdução, métodos, resultados, discussão e outras informações. Os 22 critérios recebe uma pontuação de zero (não atende) a 1 (atende). Após a análise e somatória dos critérios, o artigo recebe uma nota de 0 a 22¹⁹.

Para a análise dos níveis de evidências dos artigos selecionados, utilizou-se a classificação descrita no Quadro 2²⁰:

Quadro 2. Classificação dos níveis de evidências de acordo com o tipo de estudo. Botucatu, 2019

Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Definição
Revisão sistemática ou metanálise	Nível I	Evidências de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes
Ensaio randomizado controlado	Nível II	Evidências obtidas de um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado
Ensaio controlado sem randomização	Nível III	Evidências são provenientes de um estudo controlado sem randomização
Estudo de caso controle ou coorte	Nível IV	Evidências provenientes de um bem desenhado estudo caso controle ou coorte
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	Nível V	Evidências provenientes de estudos qualitativos ou descritivos para responder a uma questão clínica
Estudo qualitativo ou descritivo	Nível VI	Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo
Opinião ou consenso	Nível VII	Evidências provenientes da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas

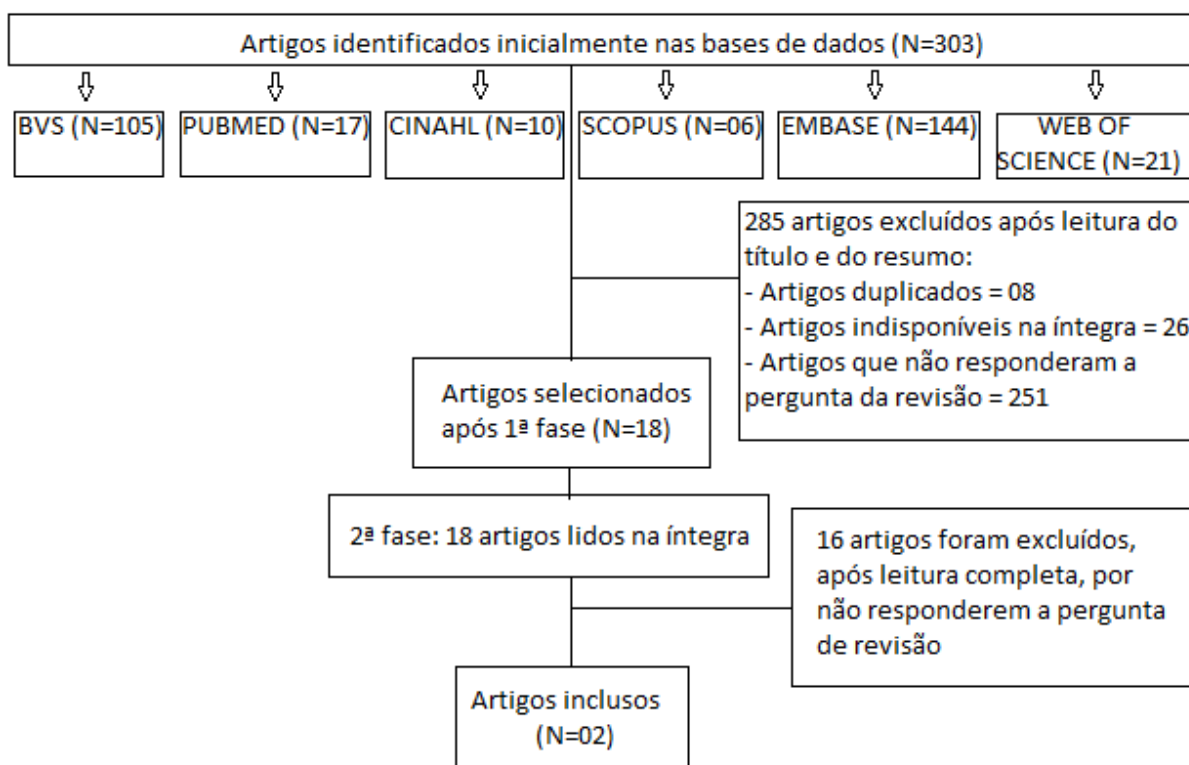
Fonte: Adaptado de Pinho et al²⁰

Os resultados da busca constatarem 303 publicações nas bases de dados e no portal de periódicos selecionados. A seleção dos artigos foi realizada em duas fases:

- 1ª fase - Leitura inicial do título e do resumo: após leitura inicial do título e do resumo, 285 artigos foram eliminados. A eliminação procedeu porque 26 artigos não se encontravam disponíveis na íntegra, oito apresentavam publicações em mais de uma base de dados e 251 não respondiam a pergunta da revisão. Dessa forma, foram selecionados 18 artigos para segunda fase.

- 2ª fase - Leitura na íntegra dos artigos, que mesmo após a leitura do título e do resumo, questionava-se a inclusão: após proceder a leitura na íntegra dos 18 artigos, foram excluídos 16 por não responderem a pergunta de revisão. Dois artigos foram inclusos (Figura 1).

Figura 1. Processo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2019



Fonte: Elaborada pelo autor

Para a caracterização, análise e síntese dos dois artigos inclusos, foi elaborado um quadro desenvolvido no programa *Microsoft Word* (Quadro 3). Incluíram-se no quadro, para cada artigo, as seguintes características: título, ano,

local de publicação e base de dados, tipo de estudo e nível de evidência, objetivos, resumo dos resultados e pontuação, se aplicável, STROBE.

Quadro 3. Caracterização, análise e síntese dos artigos inclusos. Botucatu, 2019

Título/ Ano/ Local de publicação/ Base de dados	Tipo de estudo/Nível de evidência	Objetivo	Resultados	Pontuação STROBE
- “Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica” - 2016 - Brasil - BVS	Artigo Quantitativo, retrospectivo - VI	Descrever os DE em uma SRPA e propor os resultados e intervenções para os cinco mais frequentes.	Foram identificados 623 DE (67 categorias diagnósticas) em 10 Domínios da NANDA-I. Os cinco DE mais frequentes foram: dor aguda (100%); risco de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%); risco de infecção (68,8%); mobilidade no leito prejudicada (60,7%) e ansiedade (34,3%). O conhecimento dos DE mais frequentes, contribui para uma melhor aplicabilidade do PE de forma individual e holística para que possam ser implementadas as intervenções com resultados mais específicos e direcionados às necessidades prioritárias.	18
- “Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de risco e intervenções de enfermagem: revisão integrativa” - 2017 - Brasil - BVS	Artigo de Revisão integrativa - V	Identificar as complicações e os riscos inerentes a pacientes no pós-operatório imediato e propor um instrumento com as complicações, os riscos e as intervenções de enfermagem individualizadas.	A estratégia de busca permitiu a análise de 15 artigos. As complicações, riscos e intervenções foram identificadas e assim categorizadas: hipotermia, hipoxemia, apneia; edema agudo de pulmão, tremores, náuseas e vômitos; retenção urinária, grau de dependência de cuidados; disritmias cardíacas, complicações gerais; complicações com idosos e posicionamento cirúrgico. As complicações e riscos levantados, assim como as intervenções, foram à base para a construção do instrumento.	Não se aplica

Fonte: Elaborado pelo autor

Com a análise dos dois artigos inclusos, observou-se que ambas as publicações foram extraídas da BVS, e que apenas uma delas foi pontuada pelo instrumento STROBE, com preenchimento de 18 dos 22 itens do instrumento. Um

dos artigos inclusos é uma revisão integrativa e por esse motivo, não se pontuou o STROBE.

Os dois artigos inclusos possuem conceitos e informações que responderam a questão norteadora da revisão e embasaram a construção do produto.

Silva, Souza e Silva¹, em 2016, utilizou NANDA-International (NANDA-I) para realizar seleção dos DE, das IE e dos RE mais frequentes, embasado nas classificações dessas linguagens, analisou retrospectivamente registros de prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgias gastrointestinais e que permaneceram na SRPA. O objetivo do trabalho foi descrever os DE em uma SRPA e propor os resultados e intervenções para os cinco mais frequentes.

Para essa coleta os autores construíram um instrumento fundamentado no modelo de Horta e nas necessidades Básicas, ou seja, não havia um instrumento pré-definido na literatura para a coleta dos dados desse estudo. Foram identificados 623 DE (67 categorias diagnósticas) em 10 Domínios da NANDA-I. Os cinco DE mais frequentes foram: dor aguda (100%); ricos de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%); rico de infecção (68,8%); mobilidade no leito prejudicada (60,7%) e ansiedade (34,3%)¹.

Ainda sobre o primeiro artigo incluso, Silva, Souza e Silva¹, propuseram para os DE mais frequentes, IE, atividades de enfermagem (AE) e RE, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Para cada DE eleito, os autores atribuíram IE com AE a serem realizadas e RE com metas a serem atingidas. O conhecimento dos DE mais frequentes contribui para melhor aplicabilidade do PE e para a implementação das IE e respectivos RE direcionados às necessidades prioritárias do paciente na SRPA.

O segundo artigo incluso, revisão integrativa de Ribeiro, Peniche e Silva¹⁰, não contempla um instrumento que atenda as necessidades dos cuidados de enfermagem na SRPA, porém, os objetivos foram: identificar as complicações e os riscos inerentes a pacientes no POI e propor um instrumento com as complicações, os riscos e as IE individualizadas. A estratégia de busca utilizada permitiu a análise de 15 artigos, a partir da seguinte pergunta norteadora: “Quais as complicações e riscos encontrados na literatura envolvendo os pacientes na sala de recuperação anestésica?”.

Ainda sobre a revisão integrativa de Ribeiro, Peniche e Silva¹⁰, os artigos

inclusos foram classificados de acordo com seis níveis de evidências. Os resultados foram apresentados na forma de fluxograma, e um quadro com a síntese dos estudos que respondiam a pergunta de revisão. As complicações, os riscos e as IE, a seguir citados, foram categorizados e embasaram a proposta de instrumento para avaliação dos pacientes na SRPA: hipotermia, hipoxemia, apneia; edema agudo de pulmão, tremores, náuseas e vômitos; retenção urinária, grau de dependência de cuidados; disritmias cardíacas, complicações gerais; complicações com idosos e posicionamento cirúrgico. O instrumento é composto por uma escala de complicações e um questionário para classificar o nível dos riscos e as IE.

A composição do instrumento, proposto na revisão integrativa inclusa possui uma organização: perguntas simples e curtas com as opções “sim” equivalentes ao número 1 e “não” ao número 0; o grau de risco é identificado em baixo, médio e alto de acordo com a somatória das respostas “sim” dadas ao questionário; a soma dos fatores de risco varia de 0 a 9, e para a classificação do grau de risco, os autores adotaram uma escala numérica, colorida, de acordo com: 0 a 3, considerado baixo risco e atribuído cor verde; 4 a 6, médio risco, atribuído cor amarela; 7 a 9, alto risco, atribuído cor vermelha. As IE e RE estão de acordo com os DE propostos¹⁰.

Após a análise dos artigos inclusos, a presente revisão integrativa demonstrou uma escassez de estudos que proponham instrumentos de SAE para ser utilizado especificamente em SRPA, e isso limita as possibilidades de identificar evidências. Foram incluídos dois estudos, com níveis de evidência V e VI, e que de certa forma responderam a pergunta norteadora.

Os resultados de busca nas bases internacionais demonstraram que a maioria dos artigos está direcionada para a utilização de fármacos e equipamentos na SRPA, dessa forma, detectamos a ausência de estudos descritivos sobre a assistência de enfermagem individualizada e o planejamento do cuidado.

Existe fragilidade nos estudos incluídos, porém, serviram de base para a construção de um produto final que contribua para a implementação da SAE na SRPA. O produto final desse estudo constituir-se-á de um impresso unicamente destinado ao registro de enfermagem da equipe da SRPA, em formato impresso com os DE, IE, AE, RE e respectivos indicadores de resultado (IR) pertinentes à assistência de enfermagem.

1.4 Justificativa do estudo

Acredita-se que a construção de um instrumento de registro é imprescindível para o processo do cuidar na SRPA. Esse instrumento deve ser baseado nos fenômenos pelos quais o enfermeiro é responsável, os DE, IE e RE. Para tal consecução, são necessários referenciais teóricos e metodológicos que proporcionem subsídios e garantia de registro da assistência ao paciente cirúrgico.

A finalidade desse estudo é propor um instrumento de SAE na SRPA. Entretanto, a implementação e validação não está contemplada no prazo de execução dessa proposta.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO ESTUDO

No Brasil, a partir da década de 1970, Wanda de Aguiar Horta apesar de reconhecer diversas formas de prestar assistência, baseado nas Teorias das Necessidades Humanas Básicas, desenvolveu um modelo de assistência de enfermagem individualizada, sistematizada e de qualidade. Desse modo, a inserção das teorias foi organizada por meio de Processos de Enfermagem (PE), abrangendo seis etapas inter-relacionadas: o histórico de enfermagem, DE, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem^{21,22}.

Atualmente a concepção de PE possui características como: considerar o contexto do paciente em relação ao cuidado de enfermagem, assim como o da equipe de saúde, complementando-se ao planejamento interdisciplinar; assegurar o cuidado holístico ao indivíduo e não somente a doença; focar nas necessidades do corpo, da mente e do espírito maximizando a independência; considerar como que o processo saúde-doença afeta a vida das pessoas; priorizar a segurança do paciente em qualquer contexto e local¹¹.

Neste estudo optou-se por utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, como referencial teórico para subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem na SRPA devido ser a Teoria mais utilizada em projetos de implementação de SAE no Brasil¹. É importante enfatizar que o referencial para a SAEP também é preconizado por Horta⁹.

Utilizou-se a estrutura de taxonomias como referenciais, sendo definida como um sistema de nomear e organizar coisas, compartilhando qualidades similares. Dessa forma, em uma taxonomia incluem-se os Domínios, que se constitui em uma área de interesse, e as classes, que são um grupo cuja estrutura é similar²³.

O referencial utilizado para definir os DE é a Taxonomia II da NANDA-I, composta por três níveis: Domínios, classes e DE. A Classificação da NANDA-I reúne DE validados por pesquisadores e colaboradores voluntários, sendo o seu conteúdo, revisados bienalmente²³.

O DE é estabelecido pela NANDA-I como: “um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família ou comunidade”. Um enunciado diagnóstico denomina uma necessidade de cuidado de enfermagem e é formado por características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR) ou fatores de risco

(FRi)²³.

De acordo com a NANDA-I, as CD são indicadores/inferências (evidências clínicas, sinais ou sintomas) observadas que se agrupam como manifestações de um DE focado em problema, bem estar ou síndrome. Os FR são condições ou circunstâncias que podem anteceder, estarem associados ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico. Já os FRi são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento insalubre²³.

O arcabouço teórico-metodológico da Classificação de DE da NANDA-I será utilizado para mapear as necessidades de cuidados dos pacientes atendidos na SRPA, especificamente determinar quais os fenômenos mais frequentes e inserir as CD e os FR ou FRi no instrumento a ser construído.

Os enfermeiros utilizam a nomeação dos DE na segunda etapa do PE. Os DE são classificados como: DE com foco no problema, DE de risco e DE de promoção da saúde. Pode ocorrer o DE de Síndrome, relativos a um conjunto de DE que ocorrem juntos, por exemplo, Síndrome da Dor Crônica.

Para a elaboração do planejamento de enfermagem com as prescrições de enfermagem no impresso da SAEP da SRPA, utiliza-se o conjunto de IE e respectivas AE preconizadas pela NIC. As IE são formuladas a partir da identificação do DE²⁴.

Frente às respostas do paciente às IE, a avaliação do enfermeiro deve ser direcionada para os RE e respectivos IR a serem atingidos ou esperados a partir das atividades ou ações implementadas pelo enfermeiro na SRPA. Os registros dessas etapas devem ser garantidos de forma sistemática e contínua, a partir do referencial preconizado pela NOC²⁵.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

❖ Elaborar um instrumento de registro da SAE para a SRPA à luz das classificações de enfermagem.

3.2 Objetivos específicos

- ❖ Realizar o mapeamento cruzado entre a classificação de DE da NANDA-I e os registros de enfermagem na SRPA;
- ❖ Elencar os DE após o mapeamento cruzado;
- ❖ Propor para cada DE eleito as IE e AE, e os RE e IR das classificações NIC e NOC.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo e local do estudo

O projeto de pesquisa foi aprovado em 28 de maio de 2018, com CAEE na Plataforma Brasil, número 88199518.0.0000.5411; número de parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): 2.678.773.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo de análise documental, de dados secundários hospedados no prontuário da instituição, local do estudo, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a construção de um instrumento de registro da SAE em SRPA de um hospital de referência em tratamento oncológico e realização de transplante de medula óssea no interior do Estado de São Paulo.

4.2 Seleção da amostra do estudo

A amostra foi composta por fichas denominadas “Registro da assistência prestada da Sala de Recuperação Pós-anestésica”, identificadas nos prontuários físicos. O mês definido para a coleta dos dados foi abril de 2018.

A ficha é composta por campos de preenchimento da assistência de enfermagem prestada, sendo eles: identificação do paciente; sinais vitais; necessidades afetadas em forma de *check-list*; prescrição médica; e anotação de enfermagem (ANEXO A).

Primeiramente foi solicitado um “Relatório de Estatística – Sala de Recuperação”, aos responsáveis pelo Sistema de Informação do Hospital Amaral Carvalho (SIS – HAC). Esse relatório referiu-se ao mês de abril de 2018, com os dados a seguir: horários da admissão, de alta, tempo total de permanência e o destino final do paciente.

Mediante ao relatório de estatística impresso, a pesquisadora identificou os números dos prontuários de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram as fichas de prontuários que compreenderam admissão na SRPA entre 6:00 e 12:00, de segunda-feira a sábado, devido ser o período com maior fluxo de pacientes.

Os critérios de exclusão foram as fichas incompletas e não localizadas nos prontuários. Os itens que caracterizaram a incompletude das fichas estão relacionados aos campos das necessidades afetadas: gastrointestinal; dor; curativo; cardiovascular; tegumentar; incisão cirúrgica; extubação; renal; e respiratória. Algumas poucas fichas não foram localizadas dentro dos prontuários físico dos pacientes por motivo desconhecido.

4.3 Procedimentos de coleta dos dados

O início da coleta dos dados deu-se após a aprovação do projeto pelo CEP das instituições proponente e coparticipante e na Plataforma Brasil. O período de coleta compreendeu de junho a julho de 2018, mês de referência: abril 2018, e foi realizado pela pesquisadora principal. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados, Instrumento A: Impresso para coleta de dados (APÊNDICE A) e Instrumento B: Impresso para realização do mapeamento cruzado (APÊNDICE B).

Foram identificadas no período retrospectivo proposto pelo estudo 264 fichas, e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão 72 estavam incompletas e cinco não foram localizadas, resultando em 187 fichas analisadas.

4.4 Procedimentos de análise dos dados

Os dados representavam termos, sinais e/ou sintomas significativos das necessidades e cuidados de enfermagem ao paciente na SRPA.

Necessidade é um termo entendido como “qualidade ou exigência ou o que não se pode dispensar; indica uma contingência, ou algo que é necessário de forma incondicional”²⁶. A necessidade pode expressar diferentes fenômenos, Wanda de Aguiar Horta²¹, pressupõe que as necessidades são universais e que a formas de sua manifestação e satisfação varia de um individuo para outro, conforme: idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, ciclo saúde-enfermidade, ambiente, entre outros.

Assim, Wanda de Aguiar Horta²¹ adotou a denominação de João Mohana (1964) e classificou as necessidades em: psicossociais, psicoespirituais e

psicobiológicas.

A análise dos dados constituiu-se em três etapas descritas a seguir.

Na **primeira etapa**, foram coletados e analisados os dados objetivos e subjetivos das 187 fichas analisadas, que foram transcritos para o instrumento A, composto por quatro colunas: número da ficha; dados objetivos; dados subjetivos e anotações de enfermagem (APÊNDICE A).

Os dados objetivos representaram informações do exame físico, sinais vitais, anotação de enfermagem e prescrição médica, que se referiram às condições de saúde ou a processos relacionados e contribuíram para validar e ampliar a visão sobre as necessidades de cuidados de enfermagem²⁷.

Os dados subjetivos representaram informações advindas da perspectiva do profissional de enfermagem que elaborou o registro constituindo uma fonte de informação importante para a interpretação dos pesquisadores sobre as necessidades dos cuidados de enfermagem²⁷.

A **segunda etapa** foi constituída a partir do mapeamento cruzado. Segundo Tannure, Salgado e Chianca²⁸, mapeamento cruzado é utilizado para comparar dados não padronizados com classificações de enfermagem e assim adaptá-los a uma linguagem padronizada. É definido como processo realizado para explicar ou expressar termos a partir de uma linguagem padronizada²⁸.

Nessa etapa foi utilizado o instrumento B (APÊNDICE B) para elaboração de listagens com os DE, CD, FR e/ou FRi, construídos em consenso entre a pesquisadora e a orientadora, a partir dos dados do instrumento A (APÊNDICE A).

A nomeação dos DE deu-se a partir do mapeamento cruzado com a classificação de DE da NANDA-I. O mapeamento consistiu em identificar termos ou palavras contidos no instrumento A (APÊNDICE A) e que tinham semelhança de significado com as CD, FR e FRi dos DE postulados pela linguagem taxonômica²³.

Para cada uma das 187 fichas analisadas, foram elaborados dois bancos de dados, em documento de *Microsoft Word*®. O primeiro com o perfil dos DE de risco e o segundo o perfil dos DE com foco no problema, sendo ambos inseridos no *Google Drive*®, com apoio de um profissional da área de tecnologia de informação, do Núcleo de Ensino a Distância – Tecnologia de Informação de Sistema e Serviços (NEAD-TISS), da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu.

Na **terceira etapa** foram elaboradas listagens a partir dos DE risco e DE com

foco no problema, identificados na segunda etapa, para a proposição e atribuição de IE e de RE, para cada DE.

Para a seleção das IE utilizou-se a NIC²⁴, sendo selecionadas a partir do título diagnóstico as IE que pudessem propor AE pertinentes. A seleção das AE foi construída baseando-se também na experiência da pesquisadora como enfermeira em SRPA.

Através da NOC, foram identificados os títulos dos diagnósticos selecionados a partir do mapeamento cruzado, bem como, as listagens dos RE a serem atingidos²⁵. Dessa maneira, foram escolhidos os RE pertinentes à prática diária e os respectivos IR correspondentes que pudessem colaborar na solução ou minimização do DE.

Os IR podem ser apontados por meio de escala Likert de cinco pontos, a partir da qual um indica gravemente comprometido, dois, substancialmente comprometido, três, moderadamente comprometido, quatro, levemente comprometido, e cinco, sem comprometimento²⁵.

Assim sendo, foi construído um banco de dados, representado em planilha com os DE, IE, RE e IR. Esse banco de dados forneceu subsídios para a elaboração do produto final, constituindo-se na proposta da SAE em SRPA.

O produto final, denominado “Sistematização da assistência de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica”, foi formatado no programa *Microsoft Word* para ser impresso e utilizado especificamente pelos enfermeiros da SRPA do HAC, de Jaú-SP.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados a partir das três etapas descritas, com a utilização dos referenciais NANDA-I²³, NIC²⁴ E NOC²⁵.

5.1 Frequência dos Domínios e Diagnósticos de Enfermagem

Demonstram-se em quadros e tabelas os DE de risco e DE com foco no problema, bem como os respectivos Domínios.

Dos 13 Domínios da NANDA-I, cinco estão representados no Quadro 1, que demonstra a frequência absoluta dos Domínios da NANDA-I, e os respectivos DE de risco e DE com foco no problema, obtidos após o mapeamento cruzado entre a classificação de DE da NANDA-I e os sinais e/ou sintomas significativos das necessidades e cuidados de enfermagem na SRPA.

Quadro 4 - Frequência absoluta dos Domínios e Diagnósticos de Enfermagem identificados nas fichas. Botucatu, 2019

Domínio	Diagnóstico de Risco	Diagnóstico com Foco no Problema
Domínio 2 – Nutrição	1	0
Domínio 4 - Atividade/repouso	0	3
Domínio 5 - Percepção/cognição	0	1
Domínio 11 - Segurança/proteção	4	4
Domínio 12 – Conforto	0	3

Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se que dos 13 Domínios da NANDA-I, cinco estão representados, sendo cinco DE de risco, enquanto 11 DE com foco no problema. Esses DE representam o perfil das necessidades de cuidados a partir do mapeamento cruzado entre o registro nas fichas e a classificação diagnóstica.

Apresentam-se na Tabela 1 os DE de Risco e os Domínios aos quais pertencem.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos Domínios e respectivos Diagnósticos
Enfermagem de Risco identificado nas fichas. Botucatu, 2019

Domínio	Diagnóstico de Risco	N	%
Domínio 2	Risco de glicemia instável	17	9
Domínio 11	Risco de aspiração	187	100
Domínio 11	Risco de infecção	187	100
Domínio 11	Risco de queda	187	100
Domínio 11	Risco de hipotermia perioperatória	87	47

Fonte: Elaborada pelo autor

O perfil dos DE de risco e respectivos FRi identificados nas fichas analisadas constituem um banco de dados com 89 páginas, disponível em: <https://drive.google.com/open?id=1iAloh3-DpZmQtJZOfDnpRoYy82O3cPkW>

Apresentam-se na Tabela 2 os DE com Foco no Problema e os Domínios aos quais pertencem.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos Domínios e respectivos Diagnósticos
de Enfermagem com Foco no Problema identificado nas fichas. Botucatu, 2019

Domínio	Diagnóstico com Foco no Problema	N	%
Domínio 4	Capacidade de transferência prejudicada	187	100
Domínio 4	Mobilidade no leito prejudicada	187	100
Domínio 4	Ventilação espontânea prejudicada	9	5
Domínio 5	Confusão aguda	3	2
Domínio 11	Integridade da pele prejudicada	187	100
Domínio 11	Integridade tissular prejudicada	187	100
Domínio 11	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	115	61
Domínio 11	Hipotermia	100	53
Domínio 12	Conforto prejudicado	187	100
Domínio 12	Dor aguda	62	33
Domínio 12	Náusea	7	4

Fonte: Elaborada pelo autor

O perfil dos DE com foco no problema e respectivos CD e FR identificados nas fichas analisadas constituem um banco de dados com 180 páginas, disponível em: <https://drive.google.com/open?id=1a1DQluD1JRI5b2IHEyjba4fvHKO74Czt>

Os DE apresentados nas Tabelas 1 e 2 proporcionaram a confecção de um banco de dados representado em planilha contendo os DE e suas respectivas IE,

AE, RE e IR.

5.2 Intervenções e Resultados para os Diagnósticos de Enfermagem de Risco

Apresentam-se no Quadro 5 os DE de Risco e suas respectivas IE, AE, RE e IR.

Quadro 5 - Diagnósticos de Enfermagem de Risco e respectivas Intervenções de Enfermagem, Atividades de Enfermagem, Resultados de Enfermagem e Indicadores de Resultado. Botucatu, 2019

DE	IE	AE
Risco de Glicemia Instável	Controle da hiperglicemia/hipoglicemia	Monitorar os níveis de glicose sanguínea
		Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia/hipoglicemia
	RE	IR
	Nível de glicose no sangue	Glicose no sangue
	Nível de estresse	Sudorese nas palmas das mãos
		Inquietação
	Estado nutricional	Hidratação
DE	IE	AE
Risco de Aspiração	Controle de vias aéreas	Encorajar respiração lenta e profunda
		Verificar a necessidade de realizar aspiração
		Administrar oxigênio, conforme apropriado
		Posicionar para aliviar dispneia e prevenir aspiração
		Monitorar estado respiratório e a oxigenação
	Controle do vômito	Identificar fatores que possam causar ou contribuir para episódios de vômitos
		Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenção vômitos, quando possível
		Monitorar quanto à sensação de plenitude, náuseas e vômitos
	Monitoração neurológica	Monitorar nível de consciência
	Cuidados com sondas: gastrointestinais	Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito nasogástrico
Risco de Aspiração	RE	IR
	Recuperação Pós-procedimento	Vias aéreas pervias
		SPO2 a 92%-94% em ar ambiente
		Totalmente acordado
		Náusea e/ou Vômito
	Estado da deglutição	Mantém posição neutra da cabeça e do tronco
		Controle das secreções orais
		Tosse
		Engasgo
DE	IE	AE
Risco de Infecção	Cuidados com local da incisão	Inspecionar o local da incisão para detecção de anormalidades
		Observar as características de qualquer secreção
		Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem

	Cuidados com lesões	Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão
		Posicionar paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado
		Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão
	Supervisão da pele	Inspecionar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem
	RE	IR
	Integridade tissular: pele e mucosas	Integridade tecidual Lesão na pele e/ou mucosas
DE	IE	AE
Risco de Queda	Prevenção contra quedas	Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas
		Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama
	Transferência	Determinar o nível de consciência e a capacidade de cooperar
		Planejar o tipo e o método de movimentação
		Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária
		Ajustar o equipamento conforme necessário para a altura que facilite o trabalho e travar todas as rodas
		Transferir o paciente a partir da cama para a maca, usando um lençol
		Avaliar o paciente no final da transferência quanto a alinhamento adequado do corpo, pele exposta desnecessariamente e grades laterais levantadas
	RE	IR
	Mobilidade	Desempenho no posicionamento do corpo
	Desempenho na transferência	Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado
	Nível de delírio	Agitação
DE	IE	AE
Risco de Hipotermia Perioperatória	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, temperatura e estado respiratório
	Regulação da temperatura perioperatória	Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia
		Utilizar cobertores e ambiente quente para elevar temperatura corpo
		Administrar conforme prescrição, medicamento adequado para prevenir e controlar tremores
		Ajustar a temperatura do ambiente para minimizar o risco de hipotermia
		Garantir temperatura corporal adequada até o paciente estar acordado e alerta
		Observar mudanças na sensibilidade periférica, tais como falta de sensibilidade e tremores
	Supervisão da pele	Monitorar cor e temperatura da pele
	Monitoração de eletrólitos	Aquecer líquidos endovenosos, conforme apropriado
	Oxigenoterapia	Administrar oxigênio através de um sistema aquecido e umidificado
	RE	IR
	Controle de riscos: hipotermia	Identifica fatores de risco para hipotermia
		identifica sinais e sintomas de hipotermia
		Monitora o ambiente para detectar fatores que diminuem a temperatura corporal
	Termorregulação	Tremores quando frio
		Conforto térmico relatado
		Temperatura da pele diminuída

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3 Intervenções e Resultados para os Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema

Apresentam-se no Quadro 6 os DE com foco no problema e seus respectivos IE, AE, RE e IR.

Quadro 6 - Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema e respectivas Intervenções de Enfermagem, Atividades de Enfermagem, Resultados de Enfermagem e Indicadores de Resultado. Botucatu, 2019

DE	IE	AE
Capacidade de Transferência Prejudicada	Assistência no autocuidado: transferência	Determinar a capacidade atual do paciente de auto transferência
		Selecionar a técnica de transferência apropriada para o paciente
		Identificar métodos para prevenir lesões durante a transferência
		Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária
		Manter o corpo do paciente corretamente alinhado durante os movimentos
		Avaliar o paciente no final da transferência quanto a alinhamento adequado do corpo, pele exposta desnecessariamente e grades laterais levantadas
	RE	IR
	Desempenho na transferência	Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado
	Nível de desconforto	Ansiedade
		Náusea
Mobilidade no Leito Prejudicada	Cuidados com o repouso no leito	Mau posicionamento do corpo
		Dor relatada e/ou expressão facial de dor
		Esfrega a área afetada
	Controle da dor	AE
		Explicar as razões da exigência do repouso no leito
		Posicionar em alinhamento corporal adequado
		Elevar grades laterais
		Assegurar cuidados analgésicos para o paciente
	Controle de medicamentos	Reduzir o eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor
		Verificar o nível de desconforto com o paciente, registrar as alterações no prontuário
	RE	Monitorar efeitos adversos do fármaco
		Monitorar efeito terapêutico do medicamento
	IR	IR
	Posicionamento do Corpo Auto iniciado	Mova-se de um lado para o outro quando deitado
	Nível de Desconforto	Ansiedade
		Tensão facial
		Mau posicionamento do corpo
		Náusea
	Nível de Dor	Dor relatada e/ou expressão facial de dor

		Esfrega a área afetada
	Resposta ao Medicamento	Efeitos terapêuticos esperados
Ventilação espontânea prejudicada	Assistência ventilatória	Manter via aérea pérvia
		Encorajar respiração profunda, mudança de posição e tosse
		Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar
		Monitorar estado respiratório e de oxigenação
	Aspiração de vias aéreas	Verificar a necessidade de aspiração
	Monitoração de sinais vitais	Monitorar oximetria de pulso
		Monitorar sons respiratórios anormais
		Monitorar quanto à cianose central e periférica
	Apoio emocional	Ficar com o paciente e proporcionar a garantia de segurança e proteção durante períodos de ansiedade
	RE	IR
	Estado respiratório	Frequência respiratória
		Permeabilidade de vias aéreas
		Saturação de oxigênio
		Uso de músculos acessórios
		Cianose
		Dispneia em repouso
		Respiração difícil
		Batimento da asa do nariz
		Inquietação
		Tosse
	Nível de fadiga	Exaustão
	Recuperação cirúrgica: pós operatório imediato	Nível de consciência
		Orientação cognitiva
DE	IE	AE
Confusão aguda	Contenção física	Providenciar equipe de enfermagem suficiente para auxiliar na aplicação segura de equipamentos de restrição física ou manuais
		Remover gradualmente a restrição do paciente, conforme o autocontrole aumentar
		Documentar o motivo do uso de intervenções restritiva, resposta do paciente à intervenção, Condições físicas do paciente, cuidados de Enfermagem durante a intervenção e motivo para o término da intervenção
	Controle da dor	Assegurar cuidados analgésicos para o paciente
		Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor
	Estimulação cognitiva	Orientar no tempo, espaço e pessoa
		Conversar com o paciente
	Controle do delírio	Administrar medicamentos prescritos para ansiedade ou agitação
	RE	IR
	Estado neurológico: consciência	Abertura dos olhos mediante estímulos externos
		Orientação cognitiva
		Obediência a comandos
	Nível de agitação	Inquietação
		Debate-se na cama
		Puxa cateteres\ tubos
DE	IE	AE

Integridade da pele prejudicada	Cuidados com local da incisão	Inspecionar o local da incisão para detecção de anormalidades
		Observar as características de qualquer secreção
	Cuidados com lesões	Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem
		Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão
		Posicionar paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado
		Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão
	Controle do prurido	Administrar antialérgicos prescritos
	Supervisão da pele	Inspecionar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem
		Registrar as alterações observadas na pele ou mucosas
	RE	IR
	Integridade tissular: pele e mucosa	Integridade tecidual
		Lesões na pele e/ou mucosas
Resposta alérgica: localizada	Prurido localizado	
	Eritema localizado	
	Edema localizado	
DE	IE	AE
Integridade Tissular Prejudicada	Manutenção da saúde oral	Umedecer lábios e mucosa oral conforme necessário
		Consultar o médico se houver persistência de boca seca, irritação e desconforto
	Supervisão da pele	Monitorar cor, temperatura da pele e registrar
	RE	IR
	Saúde oral	Hidratação dos lábios
		Hidratação da mucosa oral e da língua
		Cor das mucosas
		Integridade da mucosa oral
		Halitose
	Controle de riscos: olho seco	Pisca em intervalos frequentes
		Fecha as pálpebras completamente
		Produce lágrimas adequadas
	Integridade tissular: pele e mucosas	Pigmentação anormal
		Empalidecimento
		Perfusão tecidual
DE	IE	AE
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Controle de vias aéreas	Identificar paciente que necessite de inserção de via aérea artificial
		Remover secreções, estimulando tosse e/ou aspirando
		Encorajar respiração lenta e profunda
		Administrar ar ou oxigênio umidificado
		Posicionar para aliviar dispneia
		Monitorar o estado respiratório e a oxigenação
	Monitoração de sinais vitais	Monitorar a oximetria de pulso
		Monitorar sons respiratórios anormais
		Monitorar quanto a cianose central e periférica
	RE	IR
	Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas	Capacidade de eliminar secreções
Sinais vitais	Frequência respiratória	

		Profundidade da inspiração
	Estado respiratório	Saturação de oxigênio
		Dispneia em repouso
		Inquietação
		Permeabilidade de vias aéreas
DE	IE	AE
Hipotermia	Monitoração de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, temperatura e estado respiratório
		Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia
	Supervisão da pele	Monitorar cor e temperatura da pele
	Regulação da temperatura	Utilizar cobertores e ambiente quente para elevar temperatura corpo
		Administrar conforme prescrição, medicamento adequado para prevenir e controlar tremores
	Regulação da temperatura perioperatória	Aquecer líquidos endovenosos, conforme apropriado
		Garantir temperatura corporal adequada até o paciente estar acordado e alerta
	Oxigenoterapia	Administrar oxigênio através de um sistema aquecido e umidificado
	RE	IR
	Sinais vitais	Temperatura corporal
	Termorregulação	Tremores quando frio
		Mudança no cor da pele
		Conforto térmico relatado
	Gravidade da hipertensão	Aumento da pressão sistólica do sangue
		Aumento da pressão diastólica do sangue
DE	IE	AE
Conforto prejudicado	Controle do ambiente: conforto	Proporcionar um ambiente limpo, seguro e calmo
		Ajustar a temperatura da sala
		Fornecer ou remover cobertores para conforto térmico
		Posicionar paciente para facilitar o conforto
	Redução da ansiedade	Permanece com o paciente para promover segurança e diminuir o medo
	Controle da dor	Assegurar cuidados analgésicos para o paciente
		Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor e do desconforto
	RE	IR
	Estado de conforto: ambiente	Temperatura do ambiente
		Cama confortável
	Estado de conforto: físico	Posição confortável
		Dificuldade respiratória
	Estado de conforto: psicossocial	Ansiedade
		Medo
	Nível de dor	Dor relatada
		Inquietação
	Nível de fadiga	Humor deprimido
DE	IE	AE
Dor aguda	Administração de analgésicos	Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar
		Verificar prescrição médica quanto ao medicamentos, dose do analgésico prescrito
		Verificar históricos de alergias a medicamentos
		Monitorar sinais vitais antes e pós administração de analgésicos
		Documentar a resposta aos analgésicos e todos os efeitos colaterais

	Controle da dor	Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor
		Selecionar e implementar medidas não farmacológicas para facilitar o alívio da dor
	RE	IR
	Nível de dor	Dor relatada e/ou expressão facial de dor
		Inquietação
	Controle da dor	Usa medidas de alívio não analgésicas
DE	IE	AE
Náusea	Controle náusea	Identificar fatores que possam causar ou contribuir para náusea
		Reduzir ou eliminar fatores individuais que precipitam ou aumentam a náusea
	Controle do vômito	Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenção vômitos, quando possível
		Posicionar paciente para prevenir aspiração
		Manter via aérea oral
	RE	IR
	Estado da deglutição	Controle das secreções orais
		Produção de saliva
		Capacidade de esvaziar a cavidade oral
		Reflexo de deglutição adequado
		Mantém posição neutra da cabeça e do tronco
		Engasgo
		Tosse
	Nível de desconforto	Ansiedade
	Estado de conforto: físico	Náusea
		Vômito

Fonte: Elaborado pelo autor

O conteúdo apresentado nos Quadros 5 e 6, foram utilizados na construção do produto final, denominado Instrumento Impresso para a “Sistematização da assistência de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica” do HAC. (APENDICE C)

5.4 Instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Sala de Recuperação Pós-anestésica

O impresso denominado “Sistematização da assistência de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica” (APÊNDICE C), foi desenvolvido no formato de registro manual, para ser aplicado a todos os pacientes como planejamento da SAE na SRPA.

O planejamento da SAE na SRPA é de inteira responsabilidade do enfermeiro,

porém, a execução das AE é responsabilidade de todos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

O instrumento contém três partes: a primeira com campos para a identificação do paciente e do procedimento cirúrgico, como: nome, data, registro paciente (RGP), registro de atendimento (RA), data de nascimento (DN), cirurgião, procedimento e unidade de internação/leito.

A segunda parte é composta por colunas que contemplam: as listagens dos DE de risco e DE com foco no problema, identificados pelo mapeamento cruzado; as intervenções, atividades, resultados e respectivos indicadores propostos pela pesquisadora; colunas para o aprazamento e frequência das atividades sugeridas, assim como, a pontuação dos scores tipo “Likert” de cinco pontos, referentes aos indicadores.

Na terceira parte encontra-se o campo de evolução de enfermagem, em que o registro deve ser realizado exclusivamente pelo enfermeiro, após avaliação do paciente, mediante as mudanças ocorridas em um determinado período. Deve proceder de forma sistemática e contínua, verificando-se se as intervenções alcançaram os resultados esperados.

Para o preenchimento do instrumento, foi necessário descrever “passo a passo” como o enfermeiro deve proceder. Dessa maneira, é imprescindível elaborar essa orientação em forma Procedimento Operacional Padrão (POP), (APÊNDICE D).

6 DISCUSSÃO

Apresentam-se a seguir considerações acerca dos resultados obtidos e analisados de acordo com os referenciais metodológicos das Classificações de Enfermagem, NANDA-I²³, NIC²⁴ e NOC²⁵.

6.1 Domínios e respectivos Diagnósticos de Enfermagem

Dentre os 13 Domínios da NANDA – I²³, cinco estão representados nesse estudo pelos DE de risco e DE com foco no problema identificados após o mapeamento cruzado.

Diante disso, foram identificados DE pertencentes aos seguintes Domínios da Taxonomia II da NANDA-I²³:

- Domínio 2 – Nutrição: “Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação dos tecidos e produção de energia”;
- Domínio 4 – Atividade/repouso: “Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos”;
- Domínio 5 – Percepção/ cognição: “Sistema humano de processamento que inclui atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação”;
- Domínio 11 – Segurança/ proteção: “Estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e da ausência de perigos”;
- Domínio 12 – Conforto: “Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social”.

Foram identificados cinco DE de risco: um pertencente ao Domínios 2, “Risco de Glicemia Instável”; e quatro ao Domínio 11, “Risco de aspiração”, “Risco de Infecção”, “Risco de Queda” e “Risco de Hipotermia Perioperatória”.

Identificaram-se 11 DE com foco no problema: três pertencentes ao Domínio 4, “Capacidade de Transferência Prejudicada”, “Mobilidade no Leito Prejudicada”, e “Ventilação Espontânea Prejudicada”; um DE referente ao Domínio 5, “Confusão Aguda”; quatro DE do Domínio 11, “Integridade da Pele Prejudicada”, “Integridade Tissular Prejudicada”, “Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas”, “Hipotermia”; e três

DE pertencentes ao Domínio 12, “Conforto Prejudicado”, “Dor Aguda” e “Náusea”.

Nota-se que o Domínio com maior representatividade de DE foi o Domínio 11, “Segurança e Proteção”. Segundo Cruz *et al.*²⁹ a SRPA é um ambiente crítico, pois compreende o período em que o paciente pode apresentar instabilidade de sinais vitais e diminuição do nível de consciência, das atividades motora e dos reflexos protetores.

Diante disso, o paciente que permanece na SRPA possui necessidades de cuidados de enfermagem até a normalização das funções vitais, para prevenir complicações pós-operatória relacionadas ao ato cirúrgico, à anestesia e minimizar os riscos inerentes²⁹.

A cultura de segurança deve estar presente na maioria das instituições de saúde de alta credibilidade. O processo de trabalho em ambientes complexos e de risco, como a SRPA, deve valorizar os aspectos educativos de cada membro da equipe e corroborar para minimização de erros³⁰.

A partir das considerações sobre a importância da segurança do paciente na SRPA, e embasando-se nos históricos clínicos descritos nas fichas analisadas, priorizam-se a necessidade de identificar as complicações e os riscos aos quais os pacientes estão sujeitos, e propor IE, AE, RE e IR de acordo com as Classificações de enfermagem, NANDA – I²³, NIC²⁴ e NOC²⁵.

Estudo realizado para identificar DE e propor IE no POI de pacientes de cirurgia eletiva, de um Hospital Universitário da região Sul do Brasil, demonstrou resultados semelhante ao presente estudo: 12 DE com Foco no Problema e seis DE de Risco³¹.

Os autores ainda mencionaram os DE com frequência igual ou superior a 50%: Dor Aguda, Integridade da Pele Prejudicada, Mobilidade Física Prejudicada, Déficit no Auto Cuidado para Banho, Déficit no Auto Cuidado para Higiene Íntima, Déficit no Auto Cuidado para Vestir-se e Constipação³¹.

Dessa maneira, discute-se a seguir, os DE identificados após o mapeamento cruzado entre o registro das fichas e a classificação diagnóstica.

6.2 Diagnósticos de Enfermagem de risco

Risco de Glicemia Instável

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Risco de Glicemia Instável como “Suscetibilidade a variações dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal que pode comprometer a saúde”.

O Risco de Glicemia Instável foi o DE de risco identificado com menor frequência, 17 (9%) das 187 fichas analisadas e mapeadas. Como FRi foi encontrado o estresse excessivo, e como condição associada, o jejum pré-operatório.

Compreende-se a baixa frequência desse DE no presente estudo, devido a presença de protocolos de verificação do nível de glicemia no pré-operatório a pacientes diabéticos, e na SRPA a quaisquer pacientes quando observa-se sinais e/ou sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia.

Diante disso, foi proposto como IE na SRPA o controle da hiperglicemia/ hipoglicemia e como AE monitorar os níveis de glicose sanguínea, bem como os sinais e sintomas de hiperglicemia/ hipoglicemia.

Em estudos que descreveram os DE mais frequentes em ambiente crítico, relacionados à pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificou-se uma alta frequência do DE de Risco de Glicemia Instável³²⁻³³.

Já em um estudo descritivo realizado em um hospital público de Recife-PE, que identificou DE em SRPA, mostrou que o DE de Risco de Glicemia Instável apareceu 21 vezes em 63 prontuários analisados¹.

Dessa forma, considera-se a importância da criação de protocolos específicos ao atendimento de enfermagem, a partir do reconhecimento dos principais fenômenos e necessidades de cuidados.

Risco de Aspiração

No presente estudo o DE de Risco de Aspiração representou a totalidade dos registros de enfermagem a partir do mapeamento cruzado, ou seja, esteve presente nas 187 (100%) das fichas analisadas.

NANDA-I²³ define Risco de Aspiração como “Suscetibilidade à entrada de

secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde”.

Na SRPA da instituição do presente estudo se estabelece como procedimento rotineiro receber os pacientes provenientes das salas cirúrgicas em ventilação mecânica invasiva. Essa condição favorece o Risco de Aspiração. Assim a equipe de enfermagem deve estar preparada para intervir com o objetivo de minimizar os FRI existentes.

Os FRI evidenciados foram: tosse ineficaz, barreira à elevação superior do corpo, capacidade prejudicada para deglutir, cirurgia de cabeça/pescoço, nível de consciência diminuído, reflexo de engasgo deprimido e presença de sonda nasogástrica (SNG).

Sabe-se que o Risco de Aspiração causa danos ao sistema respiratório³⁴. Dessa maneira, intervenções prioritárias são direcionadas a minimizar os riscos e a exposição aos fatores que possam levar a uma hipoxemia potencializada pelo efeito residual das drogas anestésicas, utilizadas no transoperatório, principalmente pela condição clínica de pacientes debilitados, como os oncológicos¹⁰.

Existem outros fatores que podem levar o paciente a indicar hipoxemia, como: estado físico, idade acima de 55 anos, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, saturação de oxigênio no pré-operatório menor que 95%, déficit nutricional, pacientes do sexo feminino e anestesia geral¹⁰.

O enfermeiro atuante na SRPA necessita ser capacitado para o planejamento da SAE e a execução das AE que corroboram para diminuição das complicações, prevenção de eventos adversos e minimização de riscos³⁴.

Risco de Infecção

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Risco de Infecção como “Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde”.

Encontramos a prevalência de 100% desse DE nas fichas analisadas. O FRI identificado foi: Alteração na integridade da pele, como condição associada, o procedimento invasivo.

As alterações na integridade da pele encontradas foram relacionadas com a presença de: acesso venoso periférico e central, incisão cirúrgica, drenos (sucção,

silicone e de tórax), sonda vesical de demora (SVD), presença de via aérea artificial, cistostomia, nefrostomia e gastrostomia.

O estudo de Silva, Souza e Silvana¹, também demonstrou uma maior prevalência (68,8%) do diagnóstico de Risco de Infecção, sendo nesse estudo o DE que apareceu com maior frequência, e como FRi a exposição ambiental aumentada, agentes farmacêuticos, defesa secundária inadequada e doença crônica.

Estudos que descreveram DE e IE em pacientes de POI de cirurgia eletiva, não relacionaram o DE Risco de Infecção³¹. Porém em uma revisão integrativa, que identificou artigos relacionados à assistência de enfermagem a pacientes críticos na SRPA, os autores consideraram quem a incidência de infecção do sítio cirúrgico pode estar associada como complicações frequentes³⁵.

É imprescindível conhecer o perfil das necessidades de cuidados de pacientes em POI por que subsidia o preparo e a qualificação da equipe de enfermagem frente às demandas de cuidado³².

Muitos fatores interferem na recuperação do paciente, porém a assistência de enfermagem na SRPA deve prever IE e AE que assegurem e garantam a qualidade no que se refere a infecção²⁹.

Risco de Queda

O DE Risco de Queda é definido pela NANDA – I²³, como “Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde”.

No presente estudo 100% das fichas analisadas apresentam esse DE, isso se deve ao fato dos FRi serem comuns aos pacientes admitidos na SRPA.

Os FRi associados a esse DE foram: mobilidade prejudicada utilização de drogas anestésicas no intraoperatório, permanência do paciente na SRPA e alteração na função cognitiva. Esses fatores associado ao nível de consciência diminuído representam risco de queda.

Um estudo qualitativo realizado com profissionais de enfermagem que investigou as dificuldades vivenciadas, as ações de melhoria para a assistência de enfermagem ao paciente em SRPA e a percepção do ambiente cirúrgico, apontaram a superlotação, o fluxo aumentado de cirurgias e dificuldades de adesão ao protocolo de cirurgia segura, como insatisfação da equipe, porém o reconhecimento do cuidado individualizado, ao mesmo tempo em que o processo de trabalho nesse

ambiente mantém-se técnico e mecânico³⁶.

Nesse contexto, percebemos que esses fatores, associados ao nível de consciência diminuída dos pacientes admitidos na SRPA, corroboram para incidência de erros, e aumento do DE Risco de Queda.

Para minimização dos FRI desse DE, elegemos como IE a prevenção contra quedas e transferências, e como principais AE, determinar nível de consciência e a capacidade de cooperar, identificar comportamento e fatores que afetam o risco de queda e planejar tipo e método de movimentação.

Risco de Hipotermia Perioperatória

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Risco de Hipotermia Perioperatória como “Suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36 °C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde”.

Encontramos aproximadamente 50% das fichas analisadas com esse DE. Os FRI identificados foram: baixa temperatura do ambiente climatizado, o procedimento cirúrgico que expõe a superfície corpórea, a ausência de tecnologia de aquecimento corporal na instituição e utilização de líquidos para lavar cavidades.

A hipotermia não intencional é considerada uma consequência do procedimento anestésico-cirúrgico, devido ao comprometimento de fármacos anestésicos que levam a depressão no centro regulador da temperatura²⁹.

Estudos mencionam que quando combinadas as anestésias geral e regional, há maior risco de desenvolvimento de hipotermia não intencional perioperatória³⁷⁻³⁸.

Fato também constatado por Ribeiro, Peniche e Silva¹⁰, onde relatam que a quantidade de tecido adiposo do paciente, o uso de medicações anestésicas e o tipo de anestesia, geral ou geral associada com bloqueio, podem ser FRI para hipotermia, pois alteram a temperatura central periférica.

Ainda o mesmo autor elege os principais FRI para hipotermia como: cirurgia de médio e grande porte, infusão de líquidos não aquecidos, tempo cirúrgico prolongado, cirurgias abdominais nas quais ocorre maior perda de calor, idade avançada e retenção de gás carbônico¹⁰.

Segundo Campos *et al.*³⁴, Para a prevenção da hipotermia, é necessário à utilização de ações preventivas como: infusão venosa aquecida e utilização de

manta térmica para o aquecimento do paciente.

A prática de infusão venosa aquecida isoladamente, sem a utilização de tecnologias para o aquecimento corporal, não previne as complicações relacionadas à hipotermia no ambiente cirúrgico³⁸.

No local do presente estudo, sabe-se que os líquidos para infusão venosa são aquecidos, nos períodos: pré-operatório, intraoperatório e na SRPA, porém, não existe manta térmica e/ou aparelhos de aquecimento corporal. Diante do exposto, existe a necessidade de investir nesse tipo de tecnologia para prevenir eventos adversos ao paciente.

6.3 Diagnósticos de Enfermagem com Foco no Problema

Capacidade de Transferência Prejudicada

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Capacidade de Transferência Prejudicada como “Limitação de movimento independente entre duas superfícies próximas”.

As CD apontadas foram: capacidade de transferir-se da cama para maca de transporte e capacidade de transferir-se da maca de transporte para a cama. Os FR associam-se: a dor, ao equilíbrio prejudicado, a força muscular insuficiente, a alteração na função cognitiva e ao prejuízo neuromuscular e musculoesquelético.

No local do presente estudo, assim que termina a cirurgia proposta, o circulante retira a cama da SRPA e leva até a sala operatória, para a transferência do paciente. Os pacientes provenientes das salas operatórias e admitidos na SRPA permanecem na cama para receber os cuidados.

A equipe de enfermagem da SRPA transfere o paciente da cama para maca somente no momento da alta para a unidade de destino.

Diante dessa rotina, esse DE esteve presente em 100% das fichas analisadas. Destacam-se dois aspectos importantes referentes a essa necessidade de cuidado: aquele que se refere ao paciente, e o que se refere à equipe de enfermagem.

O aspecto que se refere ao paciente consideram-se os fatores farmacológicos, como os anestésicos e sedativos no intraoperatório, responsáveis

por diminuir a resposta motora e sensitiva, bem como, o nível de consciência.

Associado a esses fatores, o paciente apresenta um nível alto de dependência da equipe de enfermagem para a transferência, devido esta ter que acontecer em bloco, com auxílio de no mínimo dois profissionais de enfermagem, por conta da limitação de movimentos e também quanto à identificação dos FRi para queda do leito, sinais verbais e não verbais de dor, alterações nos sinais vitais e atenção para dispositivos médicos, sondas, cateteres, drenos.

Mobilidade no Leito Prejudicada

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Mobilidade no Leito Prejudicada como “Limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito”.

Encontramos a prevalência desses DE nas 187 (100%) fichas analisadas. A CD apontada foi: capacidade prejudicada de se posicionar na cama. Os FR identificados foram: dor; força muscular insuficiente, associada a agentes farmacêuticos; prejuízo neuromuscular e musculoesquelético.

A SOBECC elege como um dos principais DE em SRPA, a Mobilidade no leito prejudicada⁹. Na prática diária, esse DE está relacionado com a restrição no leito e restrição na movimentação corporal do paciente devido ao procedimento cirúrgico, presença de cateteres, de drenos, sondas e dor.

No estudo de Silva, Souza e Silva¹, a Mobilidade no leito prejudicada também é discutida como um dos DE mais frequentes. Os FR são evidenciados pela condição operatória e pelo uso de sedativos. Apresentam-se como IE a relevância da orientação e monitorização da mecânica corporal para prevenção de lesões em decorrência da limitação de movimento do paciente.

Dessa forma, o grau de complexidade e de dependência da enfermagem, decresce à medida que o paciente apresenta retorno aos padrões normais do nível de consciência, do reflexo protetor e da resposta motora.

Ventilação Espontânea Prejudicada

De acordo com NANDA – I²³ define-se Ventilação Espontânea Prejudicada como “Incapacidade de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida”.

Esse DE foi identificado em nove (5%) das 187 fichas analisadas. A CD apontada foi à diminuição na saturação arterial de oxigênio. Como FR, foi selecionada a fadiga muscular respiratória, associada à alteração do metabolismo e nova intubação orotraqueal.

Quando o paciente é admitido na SRPA, ainda está sobre efeito de fármacos anestésicos e analgésicos e pode apresentar sonolência, depressão respiratória e motora, refletindo no índice de Aldrete e Kroulik²⁹.

A escala de Aldrete Kroulik foi desenvolvida em 1970, para avaliação musculatória, respiratória, circulatória, avaliação da consciência e da saturação de oxigênio dos pacientes em SRPA. A sua pontuação varia de zero a dois pontos para cada parâmetro citado acima, onde zero é a condição de maior gravidade, um o nível intermediário e dois representa as funções restabelecidas²⁹.

A aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik é uma prática recomendada pela SOBECC a adultos e crianças, e deve ser aplicada a cada 15 minutos na primeira hora na SRPA; a cada 30 minutos na segunda hora e a partir da terceira hora, de hora em hora⁹.

A utilização na SRPA da Escala de Aldrete e Kroulik oferece segurança ao planejamento de enfermagem e direcionam as IE relativas às necessidades de cuidados dos pacientes cirúrgicos.

Segundo Ribeiro, Peniche e Silva¹⁰, devido ao efeito residual de drogas anestésicas, os pacientes que receberam anestesia geral são os que apresentam maior incidência de hipoxemia no pós-operatório.

A hipoxemia é definida como redução do conteúdo arterial do oxigênio e indicada pela saturação de oxigênio. Na SRPA a monitorização desse parâmetro é indispensável no controle da ventilação do paciente³⁸.

Alguns fatores pré-existent em pacientes cirúrgicos contribuem para a hipoxemia, como: pacientes idosos, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, valor de saturação de oxigênio pré-operatório menor que 95%, déficit nutricional e obesidade ou excesso de peso^{10,39}.

As cirurgias em pacientes oncológicos nas especialidades cardiorácicas, gastroproctológicas e de cabeça e pescoço, associadas à debilidade nutricional, também podem levar a hipoxemia¹⁰.

As complicações respiratórias identificadas em um estudo de revisão integrativa de literatura foram: dessaturação de oxigênio, hipoxemia, hipóxia,

dificuldade para respirar profundamente, dispneia, obstrução de vias aéreas superiores e taquipnéia³⁴.

Assim as IE e as AE estão direcionadas a assistência ventilatória, durante e após a extubação, com objetivo de manter as vias aéreas pervias, livre de secreções e a estabilidade da saturação de oxigênio, assim como a monitorização dos sinais vitais, monitorização dos sons respiratórios e monitorização quanto à fadiga da musculatura respiratória²⁴.

Confusão Aguda

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Confusão Aguda como “Distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a três meses”.

Esse DE foi identificado em três (2%) das 187 fichas analisadas. As CD apontadas foram: agitação na função psicomotora, alteração do nível de consciência, inquietação e alteração na função psicomotora. Os FR identificados foram: dor e mobilidade prejudicada. As condições associadas estão relacionadas ao agente farmacêutico e a alteração na função cognitiva.

Esse DE obteve frequência baixa. Isso pode ser explicado como fator positivo do local do estudo, que corrobora com a utilização de protocolos institucionais da equipe de anestesiologia.

Essa mentalidade direciona para utilização de drogas anestésicas e agentes farmacológicos que minimizem efeitos adversos e interações medicamentosas para o aparecimento do DE Confusão Aguda.

A SOBECC destaca o DE de Confusão Aguda entre os DE mais comuns relacionados ao desconfortos e complicações na SRPA. Alinhado a isso, elege sinais e/ou sintomas mais frequentes: dor, hipotermia, hipertermia, delírio e demora na recuperação da consciência⁹.

Integridade da Pele/Tissular Prejudicada

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Integridade da Pele Prejudicada como “Epiderme e/ou derme alterada” e Integridade Tissular Prejudicada como “Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular,

músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento”.

Encontramos a prevalência desses dois DE nas 187 (100%) fichas analisadas.

Respectivamente as CD e os FR para o DE Integridade da Pele Prejudicada, foram: alteração na Integridade da pele e matéria estranha perfurando a pele. Como FR foram identificados: hidratação, incisão cirúrgica, secreções e excreções. E como condições associadas à alteração do metabolismo.

Para o DE de Integridade Tissular Prejudicada as CD apontadas foram: dano tecidual, sangramento e dor aguda. Os FR foram relacionados à hidratação, incisão cirúrgica, secreções e excreções. E como condição associada afirma-se o procedimento cirúrgico.

No estudo de Bertoncello *et al.*³¹, os DE e as proposta de IE em POI de cirurgias eletivas, de um hospital universitário do Sul do Brasil, caracteriza o DE de Integridade da Pele Prejudicada, pelo rompimento da superfície da pele e invasão das estruturas do corpo, relacionada a fatores mecânicos, ou seja, procedimento cirúrgico e inserção de dispositivos.

As IE para esse DE, visam não só o tratamento de tecidos prejudicados, mas também a prevenção de novas lesões em um tecido já prejudicado, além de promover cuidados para reparação do mesmo³¹.

A SOBECC apresenta o DE Integridade da Pele Prejudicada, como um dos principais em SRPA, e o relaciona a imobilidade e ao procedimento cirúrgico com rompimento dos tecidos. Traz como IE a supervisão da pele, através do monitoramento de sinais e/ou sintomas, bem como avaliação de curativo, secreções e condições da pele⁹.

Em relação aos RE esperados, a SOBECC cita a termorregulação e cicatrização de feridas como fatores importantes⁹.

No presente estudo as IE para o DE Integridade da Pele Prejudicada foram: cuidados com local da incisão e com as lesões, controle do prurido, que muitas vezes está relacionado a drogas administrado durante o ato anestésico e supervisão da pele, quanto a sinais de inflamação e de infecção.

Quanto ao DE Integridade Tissular Prejudicada, identificaram-se como IE a supervisão da pele e a manutenção da saúde oral, quanto à inspeção da mucosa, assim como sinais de boca seca, irritação e desconforto.

Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas

De acordo com a NANDA – I²³, define-se Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas como “Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída”.

Esse DE foi identificado em 115 (61%) das 187 fichas analisadas. As CD apontadas foram: escarro em excesso, tosse ineficaz e alteração no padrão respiratório. O FR identificado foi, às secreções retidas, e como condições associadas, a presença de via aérea artificial e o prejuízo neuromuscular.

Considera-se que as condições respiratórias dos pacientes em SRPA podem ser afetadas devido a agentes farmacológicos utilizados durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Os acúmulos de secreções orofaríngeas e pulmonares também podem prejudicar a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

As IE relacionadas a esse DE evidenciam: manutenção das vias aéreas permeáveis, controle e remoção de secreções, avaliação da capacidade do paciente em remover secreções sozinho, monitorização dos sons respiratórios e administração de medicamentos conforme prescrição médica.

A monitorização respiratória por IR como a frequência, profundidade, saturação de oxigênio, inquietação e presença de tosse, são critérios importantes para a avaliação do paciente em SRPA.

Corroboram com os nossos resultados, um estudo de revisão integrativa que identificou sete artigos relacionados à assistência de enfermagem na SRPA. Dos sete artigos, cinco apontam como principais focos do cuidado de enfermagem: observar, avaliar e reconhecer indicadores do padrão respiratório; monitorização da oximetria de pulso; análise de resultado de gasometria; padrão hemodinâmico, por meio da monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca; coloração da pele³⁵.

A mesma revisão integrativa, cita o manejo da via aérea incluindo atividades para a desobstrução e a promoção de suas permeabilidades. Para tanto são necessários procedimento de manutenção de posicionamento adequado como: hiperextensão e/ ou lateralizarão da cabeça, elevação do mento, para promover ventilação adequada³⁵.

A SOBECC relata que algumas complicações podem advir desse DE, entre elas estão: obstrução de vias aéreas, hipoventilação, aspiração de conteúdo

gástrico, atelectasia, bronco espasmo, hipoxemia e apneia pós-operatória⁹.

Hipotermia

De acordo com a NANDA – I²³, define-se Hipotermia como “Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação”.

Esse DE foi identificado em 100 (53%) das 187 fichas analisadas. As CD apontadas foram: temperatura axilar menor 35°C, pele fria, aumento do consumo de oxigenioterapia e hipertensão. Os FR selecionados foram: baixa temperatura ambiental, roupa insuficiente e inatividade. Encontramos como condições associadas: agente farmacêutico, procedimento cirúrgico e diminuição da taxa metabólica.

Considerou-se nesse estudo que a Hipotermia perioperatória não intencional, compreende a temperatura corporal menor que 35°C⁹.

Em uma revisão integrativa, com objetivo de identificar as complicações e os riscos que os pacientes podem desenvolver em SRPA, os autores citam que a ausência em sala operatória de métodos preventivos de hipotermia, foi à causa diagnosticada de temperatura abaixo de 35° nos pacientes durante período transoperatório, fato que após admissão em SRPA ainda por 30 minutos esses pacientes mantiveram-se hipotérmicos¹⁰.

A mesma revisão integrativa ainda relata que a hipotermia interfere no aumento de infecção do sítio cirúrgico, e no aparecimento de arritmias por alterar o ritmo e a condução do coração¹⁰.

No presente estudo, a frequência obtida por esse DE representou a metade das necessidades de cuidado de enfermagem na SRPA.

Resultados de um estudo piloto, prospectivo e multicêntrico, com pacientes pós-operatórios de cirurgias eletivas e de emergência, identificou que a hipotermia é um problema prevalente na prática anestésica e esteve presente em mais da metade dos pacientes analisados³⁷.

Compreende-se a presença do DE de Hipotermia sobre dois aspectos: o ambiental e o paciente, pois a temperatura corporal é determinada pelo equilíbrio entre a produção de calor proveniente do metabolismo corporal e a sua perda para o meio ambiente.

A temperatura ambiental do CC relatada pela SOBECC varia entre 18°C e 23°C, e o tempo de estadia em SRPA, está ligado diretamente com a hipotermia⁹.

Em relação ao paciente, estudos identificaram complicações em idosos na SRPA, por possuírem menor capacidade de recuperação da hipotermia em comparação a pacientes jovens. A combinação da anestesia geral com a regional associa-se a taxas mais altas de hipotermia³⁷⁻³⁸.

Autores relatam que a queda da temperatura é inerente ao processo cirúrgico, e decorrente da alteração do sistema termorregulador, da administração de drogas anestésicas e farmacológicas, do posicionamento cirúrgico, da infusão de soluções frias em cavidades ou por via endovenosa, da exposição de cavidades, do tempo e tipo de cirurgia e da ventilação com gases não aquecidos^{29, 37, 38}.

A presença desse DE em pacientes na SRPA, pode contribuir para incidência de eventos adversos do miocárdicos, Risco de Infecção no sítio cirúrgico, sangramentos, bem como, aumento do tempo de permanência hospitalar e custos de saúde³⁸.

Quanto as IE para esse DE, é eficaz a utilização de equipamento para aquecimento perioperatório, monitorização dos sinais vitais, monitorização dos eletrólitos, regulação da temperatura corporal e oxigenioterapia. Os RE estão ligados a termorregulação, aos sinais vitais e a gravidade da hipertensão.

A ausência de tecnologias de equipamentos de aquecimento corporal corrobora como causa do fenômeno identificado. Acrescenta-se a isso a alta frequência do DE de Risco de Hipotermia, já discutido anteriormente.

Conforto Prejudicado

Define-se como Conforto prejudicado, de acordo com a NANDA – I²³, “Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social”.

Encontramos a prevalência desse DE nas 187 (100%) fichas analisadas. As CD apontadas foram: sensação de desconforto, desconforto com a situação, descontentamento com a situação, lamento e inquietação.

O FR evidenciado foi o controle situacional insuficiente. As condições associadas ao regime de tratamento estão relacionadas com a presença de: acesso venoso periférico e central, incisão cirúrgica, drenos (sucção, silicone e de tórax),

SVD, SNG, presença de via aérea artificial, cistostomia, nefrostomia e gastrostomia.

As condições perioperatórias relacionadas ao conforto prejudicado incluem os dispositivos médicos, bem como procedimentos realizados tanto no ato cirúrgico, como na SRPA. Como exemplos podemos citar as condições associadas desse DE.

Com isso, esse estudo contribui para a nomeação de um DE do Domínio de Conforto, segundo NANDA-I, e que não foi identificado em estudos similares.

As IE compreendem o controle do ambiente e da dor do paciente, assim como a redução da ansiedade. Como RE evidenciamos a obtenção de um estado de conforto ambiental, físico e psíquicoespiritual, avaliados pelos IR.

Os IR identificados foram: temperatura do ambiente, posição confortável, dificuldade respiratória, ansiedade, medo, dor relata e não relatada (suspiros, choros, inquietação) e humor deprimido.

O conforto do paciente nesse estudo foi definido como foco do cuidado de enfermagem por abranger as condições do tratamento cirúrgico propriamente dito.

Dor Aguda

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Dor Aguda como “Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for the Study of Pain*); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses”.

O DE de Dor Aguda foi identificado em 62 (33%) das 187 fichas analisadas. As CD apontadas foram: autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor, expressão facial de dor, comportamento expressivo e posição para aliviar a dor. O FR selecionado foi o agente físico lesivo.

Em um estudo que identificou variáveis clínicas e cirúrgicas que contribuíram para os escores do Índice de Aldrete Kroulik, demonstrou em regressão linear múltipla que o tipo de anestesia e a dor, exercem influência no valor dos escores desse instrumento. Esse instrumento revelou também que existe correlação significativa para a variável dor e porte cirúrgico, ou seja, quanto maior o porte cirúrgico maior é a dor²⁹.

O mesmo autor relata que pacientes submetidos a cirurgias eletivas em relação ao tempo médio de dor, nos cinco momentos avaliados na SRPA, a incisão

cirúrgica abdominal representou maior frequência²⁹.

No local do presente estudo, a equipe de anesthesiologistas utiliza um esquema multimodal preconizado por protocolos institucionais, que leva em consideração o tipo e porte cirúrgico para a administração de fármacos analgésicos no intraoperatório, além da associação de mais de um tipo de anestesia quando aplicável.

Consequentemente, o nível de dor do paciente na SRPA apresenta-se com intensidade diminuída, à medida que o paciente permanece na SRPA²⁹. Não se concebe atualmente um paciente apresentar intensidade de dor em SRPA devido às inúmeras drogas analgésicas disponíveis no mercado.

Em um estudo de revisão integrativa, as IE realizadas na ocorrência da dor como complicação pós-operatória da SRPA, foram: administração de oxigenoterapia, administração de analgésicos, troca de curativos, administração de ansiolíticos para agitação e ansiedade³⁴.

Outra revisão integrativa de literatura que analisou publicações e descreveram DE e IE mais comuns no pós-operatório de revascularização do miocárdio, apresentou como AE a realização de uma avaliação completa da dor sobre suas características, duração, frequência, qualidade, intensidade, gravidade, e que devem ser implementadas além da verificação de fatores precipitadores da dor³².

Os IR não verbais de desconforto, devem ser priorizados principalmente nos pacientes incapazes de se comunicar verbalmente, assim como, utilizar estratégias terapêuticas para reconhecer a experiência de dor e investigar os fatores que aliviam e pioram a dor. Também devem ser utilizado como AE o controle de fatores ambientais que podem influenciar a piora da dor e/ou reduzir/eliminar esses fatores³².

A instituição do presente estudo possui um perfil assistencial ao paciente oncológico, que através de experiências prévias apresenta limiar de dor individualizada. A dor é investigada pela equipe de enfermagem assim que o paciente é admitido na SRPA e se possuir condições de respostas verbais, são classificadas como ausente, fraca, moderada, forte ou insuportável.

Para o DE Dor Aguda, em relação ao plano assistencial, as IE estão relacionadas com: administração de analgésicos e controle da dor. As AE direcionam-se a verificação das características da dor, bem como, a prescrição

médica, antecedentes de alergia medicamentosa, monitorização dos sinais vitais, identificação da eficácia dos analgésicos utilizados e controle dos fatores ambientais que possam aumentar a experiência da dor.

Os RE referem-se ao nível e controle da dor e como IR para a avaliação, identificaram-se: dor relatada, expressão não verbal de dor, suspiros, choros inquietação e alívio da dor após intervenções não analgésicas.

Náusea

De acordo com a NANDA – I²³ define-se Náusea como “Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito”.

Esse DE foi identificado em sete (4%) das 187 fichas analisadas. As CD apontadas foram: deglutição aumentada, salivação aumentada e ânsia de vômito. Entre os FR identificados estão: a ansiedade, os estímulos ambientais nocivos e a exposição a toxinas. Em relação às condições associadas evidenciam-se a irritação gastrointestinal e o regime de tratamento: POI.

Estudos apontam que a presença do DE náusea e vômito são complicações frequentes na SRPA, e que mesmo com novos agentes antieméticos e anestésicos cerca de 30% dos pacientes apresentam esse DE^{9, 34}.

O estudo que analisou complicações referentes a 50 idosos na SRPA, identificou que dois idosos apresentaram como complicações o sintoma de náusea³⁷. Esse dado corrobora com o presente estudo que identificou sete registros com o DE de Náusea, dentre as 187 fichas analisadas e que compreenderam todas as faixas etárias.

Como complicações pós-operatória, uma revisão integrativa identificou o perfil do grupo de risco que podem apresentar náuseas e vômitos com maior prevalência: sexo feminino, ausência de tabagismo, antecedentes de náuseas e vômitos, anestésicos inalatórios, óxido nitroso, utilização de opióides intraoperatório e pós-operatório, tempo cirúrgico superior a 30 minutos, neurocirurgia, cirurgia para correção de estrabismo, cirurgia plástica e laparotomia¹⁰.

As IE propostas para esse DE compreendem o controle da náusea e do vômito com AE referentes à: identificar, reduzir e eliminar fatores individuais que contribuam para a ocorrência de náuseas e vômitos; assegurar administração a

administração antieméticas se necessário; posicionar paciente para prevenção de aspiração; manter via aérea oral.

Como RE, foi encontrado o estado de deglutição com IR que demonstram o controle das secreções orais, quantidade de produção de saliva, capacidade de esvaziar a cavidade oral, reflexo de deglutição adequado, manutenção da posição neutra da cabeça e do tronco, engasgo e tosse.

O nível de desconforto é indicado pela ansiedade demonstrada pelo paciente, e o estado de conforto físico, indicado pela presença ou ausência de náusea e/ou vômito.

No hospital do local de estudo existe um protocolo medicamentoso realizado pela equipe de anesthesiologistas para prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório, com agentes farmacológicos padronizados pela instituição e administrados na indução anestésica. Ao ser admitido na SRPA, o paciente é avaliado e monitorado durante o tempo permanência até a alta para a unidade de destino.

6.4 Proposta do Instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Sala de Recuperação Pós-anestésica

A proposta da SAE para SRPA consistiu na configuração de alguns fatores imprescindíveis na busca da qualidade da assistência e na segurança do paciente cirúrgico para à enfermagem perioperatória.

Compreende-se que a prática baseada em evidência inclui conhecimento científico extraído de estudos que apontem à expertise do enfermeiro, assim como, a utilização de métodos científicos validados que demonstrem a prática assistencial²⁸.

O referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas utilizadas por Wanda Aguiar Horta proporcionou um arcabouço de conceitos e pressupostos que colaboraram na identificação das necessidades de cuidados, assim como, na proposição das ações de enfermagem²¹.

A construção do conhecimento de enfermagem sobre o perfil de DE a luz de linguagens padronizadas de enfermagem, auxiliam na organização das ações gerenciais e assistências⁴⁰.

O conhecimento teórico e científico das classificações de enfermagem,

possibilitam e viabilizam ao enfermeiro proporcionar assistência qualificada e contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem³².

A classificação da NANDA-I estimula a realização de pesquisas para a validação e aperfeiçoamento dos DE, além de descrever o perfil de DE em populações específicas, constituindo-se em uma linguagem padronizada que pode auxiliar na eficiência e qualidade assistencial²⁸.

O presente estudo utilizou as classificações de DE, IE e RE como referenciais teóricos e metodológicos para a construção do instrumento de SAE.

A relação entre as classificações de DE, IE, e RE, podem facilitar a fundamentação e a tomada de decisão clínica do enfermeiro sobre os RE e IR que deseja alcançar, por meio das IE e AE propostas¹.

O enfermeiro especialista em assistência perioperatória, é capaz de estabelecer ligações entre os DE, IE e RE de maneira a obter uma base teórica consistente²⁸⁻²⁹.

Percebe-se que quando o enfermeiro possui uma maior familiaridade com os DE, maior é a sua habilidade e agilidade em identificar os fenômenos de enfermagem de sua responsabilidade e isso resulta em maior visibilidade do campo de prática³².

A NIC possui designações de AE para uma determinada IE requerida para tomada de decisão do enfermeiro, dessa maneira a proposição de IE estão ligadas diretamente aos DE identificados no estudo²⁴.

Considerou-se a expertise da pesquisadora na escolha das IE e AE pertinentes ao cuidado em SRPA, assim como a escolha do RE e os IR, de acordo com a NOC²⁵.

Considera-se que a abordagem da temática realizada nesse estudo, é restrita principalmente quando abrange o tema de SAE³¹. Dessa maneira, a proposta formulada em forma de produto final contribui para o corpo de conhecimento da implementação do PE na prática perioperatória brasileira.

A proposta de instrumento de SAE para a SRPA, é um ponto de partida para futuros estudos de implementação e validação dos DE, IE e RE. Essa contribuição também permeia a equipe de enfermagem, pois beneficia todo processo assistencial do paciente, assim como os componentes das categorias de enfermagem¹.

O produto final caracteriza-se e foi formatado em três partes: identificação do paciente; colunas com os DE de risco e DE com foco no problema e as respectivas

IE, AE, RE e IR; evolução de enfermagem.

A listagem das categorias dos DE de risco e dos DE com foco no problema foram elencadas, e a partir delas, foram propostas as IE com as respectivas AE, e os RE com os respectivos IR.

A contribuição do instrumento no ensino da graduação e da pós-graduação de enfermagem sustenta-se nas características e propriedades advindas dos referenciais teóricos utilizados para sua elaboração. A aplicabilidade de um instrumento como o do presente estudo demonstra-se como uma fortaleza para a construção do conhecimento de enfermagem e para a prática profissional do enfermeiro.

Uma limitação do encontrada foi o número reduzido de produções científicas que propunham instrumentos de SAE para serem utilizados especificamente em SRPA.

O instrumento elaborado a partir da presente investigação para compor a SAE na SRPA poderá ser inserido no PEP da instituição futuramente. A inserção no PEP contribuirá com a avaliação da qualidade a assistência e dos registro de enfermagem.

Como enfermeira atuante em SRPA, a pesquisadora adquiriu conhecimentos, assim como construiu, a partir dos dados levantados, uma base teórica sobre linguagens padronizadas de enfermagem que permitem aprimorar a sua prática assistencial.

7 CONCLUSÃO

Foi elaborado um instrumento de registro manual da SAE para a SRPA de um Hospital especializado em tratamento oncológico do interior do estado de São Paulo.

O mapeamento cruzado realizado entre o registro de enfermagem das 187 fichas analisadas e a classificação da NANDA-I originou uma listagem com cinco DE de risco, e 11 DE com foco no problema, elencados no instrumento de registro da SAE elaborado.

As IE e respectivas AE, bem como os RE e os respectivos IR foram propostos para cada DE identificado e dispostos em forma de quadro no instrumento. A média para cada DE de Risco identificado foi de três IE, sete AE, dois RE e cinco IR. Já para cada DE com foco no problema identificado, a média foi de três IE, sete AE, três RE e oito IR.

Os resultados de busca nas bases internacionais demonstraram que a maioria dos artigos está direcionada para a utilização de fármacos e equipamentos na SRPA, e não para a assistência de enfermagem prestada.

Contudo, acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para implantação de uma assistência de enfermagem em SRPA sistematizada, priorizando a segurança e a qualidade, com objetivo de prevenir as complicações e os riscos inerentes ao paciente, bem como nortear a prática clínica e atribuir ao enfermeiro maior autonomia.

REFERÊNCIAS

1. Silva HVC, Souza VP, Silva PCV. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(10):3760-7.
2. Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(2):234-41.
3. Martins NA, Romera DS, Silva DVB, Alampi FF, Gomes JJ, Silva D. Teoria de Betty Neuman na abordagem de pessoas com Gangrena de Fournier. *Arq Ciênc Saúde*. 2016;23(2):92-9.
4. Santos BP, Sá FM, Pessan JE, Criveralo LR, Bergamo LN, Gimenez VCA, et al. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):593-7.
5. Ascari RA. Reflexão sobre o cuidado dispensado ao paciente cirúrgico no perioperatório. *Rev UNINGÁ*. 2014;19(2):33-6.
6. Pinho NG, Viegas K, Caregnato RCA. Papel do enfermeiro no período perioperatório para prevenção da trombose venosa profunda. *Rev SOBECC*. 2016;21(1):28-36.
7. Bianchi ERF, Caregnato RCA, Leite RCBO. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2a ed. Barueri: Manole; 2016. p. 33-52.
8. Carvalho R, Moraes MW. A inserção do centro cirúrgico no contexto hospitalar. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2a ed. Barueri: Manole; 2016. p. 1-18.
9. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde*. 7a ed. São Paulo: SOBECC; 2017. 487 p.
10. Ribeiro MB, Peniche ACG, Silva SCF. Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de risco e intervenções de enfermagem: revisão integrativa. *Rev SOBECC*. 2017;22(4):218-29.
11. Alfaro-Lefevre R. *Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico*. 8a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 6:2940-7.

13. Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC*. 2017;22(1):42-51.
14. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Moreira IA, Tobias GC, Silva AEBC. Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. *Enferm Glob*. 2016;15(43):228-39.
15. MV Informática do Nordeste Ltda [Internet]. Quem somos? Fortaleza; 2015 [citado 17 Maio 2019]. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/>
16. Sousa LMM, Vieira CMAM, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Invest Enferm*. 2017:17-26.
17. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65.
18. Galvão TF, Silva MT, Garcia LP. Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):427-36.
19. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;4(10):1495-9.
20. Pinho FM, Sell BT, Sell CT, Senna CVA, Martins T, Fonseca ES, et al. Cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: revisão integrativa. *Rev Bras Queimaduras*. 2017;16(3):1-7.
21. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
22. Kirchesch CL. A sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de ensino superior brasileiras. *Rev Saúde*. 2016;12(4):727-36.
23. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
24. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
25. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem: (NOC). 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
26. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnostico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia; 1998.
27. Ralph SS, Taylor CM. Manual de diagnostico de enfermagem. Revisão técnica Cruz ICF. Tradução Figueiredo JEF. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

28. Tannure MC, Salgado PO, Chianca TCM. Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE[®] versus diagnósticos de NANDA Internacional. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):972-8.
29. Cruz LF, Felix MMS, Ferreira MBG, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e cirúrgicas no Índice de Aldrete Kroulik. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):3189-95.
30. Riegel F, Oliveira Junior NJ. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm.* 2017;22(4):1-5.
31. Bertoncello KCG, Sávio B, Ferreira JM, Amante LN, Nascimento ERP. Diagnósticos e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Cogitare Enferm.* 2014;19(3):582-9.
32. Ribeiro KRA, Gonçalves FAF, Borges MM, Loreto RGO, Amaral MS. Pós-operatório de revascularização do miocárdio: possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Rev Fund Care Online.* 2019;11(3):801-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.801-808>.
33. Ribeiro CP, Silveira CO, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Rene.* 2015;16(2):159-67.
34. Campos MPA, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão integrativa. *Rev SOBECC.* 2018;23(3):160-8.
35. Saraiva EL, Sousa CS. Pacientes críticos na unidade de recuperação pós-anestésica: revisão integrativa. *Rev SOBECC.* 2015;20(2):104-12.
36. Bonetti AEB, Girardello DTF, Coneglian ALA, Egevardt D, Batista J, Cruz EDA. Assistência da equipe de enfermagem ao paciente em sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Enferm UFSM.* 2017;7(2):193-205.
37. Mendonça FT, Lucena MC, Quirino RS, Govêia CS, Guimarães GMN. Fatores de risco para hipotermia pós-operatória em sala de recuperação pós-anestésica: estudo piloto prospectivo de prognóstico. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019;69(2):122-30.
38. Nascimento PDFS, Bredes AC, Mattia AL. Complicações em idosos em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). *Rev SOBECC.* 2015;20(2):64-72.
39. Mendonça J, Pereira H, Xará D, Santos A, Abelha FJ. Doentes obesos: complicações respiratórias na unidade pós-anestésica. *Rev Port Pneumol.* 2014;20(1):12-9.
40. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e taxonomia da NANDA-I. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):307-15.

ANEXOS

ANEXO A

CENTRO CIRÚRGICO – SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
REGISTRO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

Nome: _____ Data: ____/____/____
 RGP: _____ RA: _____ DN: ____/____/____ Unidade _____ de
 Internação/Leito: _____ Cirurgião: _____
 Procedimento: _____ Tipo de anestesia: _____

SINAIS VITAIS							HGT		LÍQUIDOS ELIMINADOS	
HORA	PA	PULSO	FR	T°	Sat c/O ²	Sat s/O ²	HORA	VALOR	DESCRIÇÃO	VOLUME
0'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %			DIURESE	
15'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %			EVACUAÇÃO	
30'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %			SUCO GÁSTRICO	
45'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %			DRENO	
60'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %				
75'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %				
90'	___X___	___ bpm	___ rpm	___ °C	___ %	___ %				
PACIENTE RECEBE ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA ÀS: ____:____:____ HS										
NECESSIDADE NEUROLÓGICA		() IOT () INT () T () Sedado () Acordado () Sonolência () Agitado () Com tremores () Não responde a estímulo () Desperta quando estimulado								
NECESSIDADE RESPIRATÓRIA		() Ventilação mecânica () Ar ambiente () Traqueostomia () O2 em máscara de venturi () O2 cateter tipo óculos () Dreno de tórax								
NECESSIDADE CARDIOVASCULAR		RITMO: () Sinusal () Arritmia () Bradicardia ___ bpm () Taquicardia ___ bpm								
NECESSIDADE RENAL		() Espontânea () SVD _____ () Bricker () Cistostomia () Irrigação contínua () Nefrostomia _____ DIURESE: () Presente () Ausente								
NECESSIDADE TEGUMENTAR		() Corado () Descorado () Ictérico () Cianótico LESÃO CUTÂNEA: () NÃO () SIM _____ () Acesso Venoso Central _____ VÔMITO: () Presente () Ausente () Punção periférica _____ () Venoclise () Transfusão () P.A.I. _____, _____ X _____								
INCISÃO CIRÚRGICA		() Não se aplica () Limpa () Seca () Parcialmente embebida de sangue () Totalmente embebida de sangue DRENOS: () Sucção () Siliconado () Biliar () Blake								
CURATIVO		() Não se aplica () Oclusivo () Simples () Compressivo () Tampão vaginal () Tampão nasal () Dissector de amígdala () Brown								
EXTUBAÇÃO		() Não se aplica () Presente, hs ____:____:____ () Ausente								
NECESSIDADE GASTROINTESTINAL		() SNE () SNG _____ () Gastrostomia _____ () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia NÁUSEA: () Presente () Ausente VÔMITO: () Presente () Ausente								
DOR		() Ausente () Fraca () Moderada () Forte () Insuportável								
PRESCRIÇÃO MÉDICA										
1- () ____ RL 500ML EV _____										
2- () ____ SF 0,9% 1000ML PARA IRRIGAÇÃO _____										
3- () ____ PLASMA LYTE 500ML EV _____										
4- () ____ AMP. ATROPINA EV _____										
5- () ____ AMP. PROSTIGMINE EV _____										
6- () ____ AMP TRAMAL _____ MG SC _____										
7- () ____ AMP DOLANTINA 50MG EV → ADMINISTRAR _____ MG _____										
8- () ____ AMP MORFINA 10MG EV → ADMINISTRAR _____ MG _____										
9- () ____ HGT _____										

Médico Anestesiologista – CRM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:**MATERIAIS UTILIZADOS:**

() Sonda Suga Nº14 para aspirar VAS ____ Uni () Compressa Algodoadas ____ Uni () Coletor Sistema Aberto
 () Sonda foley Nº ____ Vias () Cânula de metal para traqueostomia Nº ____ () Equipo simples () Equipo de irrigação

() PUNÇÃO VENOSA: Jelco nº ____, local da punção: ____ Por quem: ____
 Demais jelcos utilizados/Motivo: ____

PACIENTE RECEBE ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA ÀS: ____:____ HS	
NECESSIDADE NEUROLÓGICA	() IOT () INT () T () Sedado () Acordado () Sonolência () Agitado () Com tremores () Não responde a estímulo () Desperta quando estimulado
NECESSIDADE RESPIRATÓRIA	() Ventilação mecânica () Ar ambiente () Traqueostomia () O2 em máscara de venturi () O2 cateter tipo óculos () Dreno de tórax
NECESSIDADE CARDIOVASCULAR	RITMO: () Sinusal () Arritmia () Bradicardia ____ bpm () Taquicardia ____ bpm
NECESSIDADE RENAL	() Espontânea () SVD ____ () Bricker () Cistostomia () Irrigação contínua () Nefrostomia ____ DIURESE: () Presente () Ausente
NECESSIDADE TEGUMENTAR	() Corado () Descorado () Ictérico () Cianótico LESÃO CUTÂNEA: () NÃO () SIM ____ () Acesso Venoso Central ____ () Punção periférica ____ () Venóclise () Transfusão () P.A.I. ____, ____ X ____
INCISÃO CIRÚRGICA	() Não se aplica () Limpa () Seca () Parcialmente embebida de sangue () Totalmente embebida de sangue DRENOS: () Sucção () Siliconado () Biliar () Blake
CURATIVO	() Não se aplica () Oclusivo () Simples () Compressivo () Tampão vaginal () Tampão nasal () Dissecador de amígdala () Brown
NECESSIDADE GASTROINTESTINAL	() SNE () SNG ____ () Gastrostomia ____ () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia NÁUSEA: () Presente () Ausente VÔMITO: () Presente () Ausente
DOR	() Ausente () Fraca () Moderada () Forte () Insuportável

Enfermeiro/Técnico Enfermagem - COREN

CRITÉRIOS DE ALTA:		ADMISSÃO	ALTA
ATIVIDADE MUSCULAR	(2) Movimenta os quatro membros (1) Movimenta os dois membros (0) É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		
RESPIRAÇÃO	(2) Capaz de respirar profundamente e tossir (1) Apresenta dispneia ou limitação da respiração (0) Apneia		
CIRCULAÇÃO	(2) PA em 20% do nível pré-anestésico (1) PA em 21% - 49% do nível pré-anestésico (0) PA em 50% do nível pré-anestésico		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	(2) Lúcido e orientado tempo/espaço (1) Desperta quando é chamado (0) Não responde		
SATURAÇÃO DE O2	(2) Capaz de manter a Sat O ₂ > 92% em ar ambiente (1) Necessidade de O ₂ para manter Sat > 90% (0) Sat O ₂ < 90% mesmo com complemento de O ₂		
TOTAL			

ANOTAÇÕES DA ANESTESIA

SINAIS VITAIS	PA: ____ X ____	FC: ____ bpm	SatO ₂ : ____ %
ALTA DA ANESTESIA PARA:	() UTI	() ENFERMARIA	() RESIDÊNCIA

Médico Anestesiologista – CRM

APÊNDICES

APÊNDICE A**Instrumento A: Impresso para coleta de dados**

NÚMERO DA FICHA	DADOS OBJETIVOS	DADOS SUBJETIVOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

APÊNDICE B**Instrumento B: Impresso para realização do mapeamento cruzado**

Nº FICHA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE)	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS (CD)	FATOR RELACIONADO (FR)	FATOR DE RISCO (FRi)

	RE	IR	ENTRADA SRPA						SAÍDA SRPA				
			1	2	3	4	5	NA	1	3	4	5	NA
	Recuperação Pós-procedimento	Vias aéreas pervias											
		SPO2 a 92%-94% em ar ambiente											
		Totalmente acordado											
		Náusea e/ou Vômito											
	Estado da deglutição	Mantém posição neutra da cabeça e do tronco											
		Controle das secreções orais											
		Tosse											
		Engasgo											

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA						HORÁRIO(S)				
○ Risco de Infecção	Cuidados com local da incisão	Inspecionar o local da incisão para detecção de anormalidades											
		Observar as características de qualquer secreção											
		Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem											
	Cuidados com lesões	Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão											
		Posicionar paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado											
		Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão											
	Supervisão da pele	Inspecionar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem											
	RESULTADOS	INDICADORES	ENTRADA SRPA						SAÍDA SRPA				
			1	2	3	4	5	NA	1	3	4	5	NA
		Integridade tecidual											
	Integridade tissular: pele e mucosas	Lesão na pele e/ou mucosas											

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA						HORÁRIO(S)				
○ Risco de Queda	Prevenção contra quedas	Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas											
		Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama											
	Transferência	Determinar o nível de consciência e a capacidade de cooperar											
		Planejar o tipo e o método de movimentação											
		Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária											
		Ajustar o equipamento conforme necessário para a altura que facilite o trabalho e travar todas as rodas											
		Transferir o paciente a partir da cama para a maca, usando um lençol											
		Avaliar o paciente no final da transferência quanto a alinhamento adequado do corpo, pele exposta desnecessariamente e grades laterais levantadas											
	RE	IR	ENTRADA SRPA						SAÍDA SRPA				

			1	2	3	4	5	NA	1	3	4	5	NA
	Mobilidade	Desempenho no posicionamento do corpo											
	Desempenho na transferência	Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado											
	Nível de delírio	Agitação											

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA						HORÁRIO(S)					
○ Risco de Hipotermia Perioperatória	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, temperatura e estado respiratório												
	Regulação da temperatura perioperatória	Monitorar, informar e relatar sinais e sintomas de hipotermia												
		Administrar conforme prescrição, medicamento adequado para prevenir e controlar tremores												
		Ajustar a temperatura do ambiente para minimizar o risco de hipotermia												
		Garantir temperatura corporal adequada até o paciente estar acordado e alerta												
		Observar mudanças na sensibilidade periférica, tais como falta de sensibilidade e tremores												
	Supervisão da pele	Monitorar cor e temperatura da pele												
	Monitoração de eletrólitos	Aquecer líquidos endovenosos, conforme apropriado												
	Oxigenoterapia	Administrar oxigênio através de um sistema aquecido e umidificado												
	RE	IR	ENTRADA SRPA						SAÍDA SRPA					
			1	2	3	4	5	NA	1	3	4	5	NA	
	Controle de riscos: hipotermia	Identifica fatores de risco para hipotermia												
		identifica sinais e sintomas de hipotermia												
		Monitora o ambiente para detectar fatores que diminuem a temperatura corporal												
	Termorregulação	Tremores quando frio												
		Conforto térmico relatado												
		Temperatura da pele diminuída												

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA						HORÁRIO(S)					
○ Capacidade de Transferência Prejudicada	Assistência no autocuidado: transferência	Determinar a capacidade atual do paciente de auto transferência												
		Selecionar a técnica de transferência apropriada para o paciente												
		Identificar métodos para prevenir lesões durante a transferência												
		Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária												
		Manter o corpo do paciente corretamente alinhado durante os movimentos												
		Avaliar o paciente no final da transferência quanto a alinhamento adequado do corpo, pele exposta desnecessariamente e grades laterais levantadas												
	RE	IR	ENTRADA						SAÍDA					
			1	2	3	4	5	NA	1	3	4	5	NA	

[illegible][illegible]

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA	HORÁRIO(S)
○ Ventilação espontânea prejudicada	Assistência ventilatória	Manter via aérea pérvia		
		Encorajar respiração profunda lenta, mudança de posição e tosse		
		Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar		
		Monitorar estado respiratório e de oxigenação		
	Aspiração de vias aéreas	Verificar a necessidade de realizar aspiração		
	Monitoração de sinais vitais	Monitorar oximetria de pulso		
		Monitorar sons respiratórios anormais		
		Monitorar quanto a cianose central e periférica		
	Apoio	Ficar com o paciente e proporcionar a		

[illegible]

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA	HORÁRIO(S)
○ Integridade da pele prejudicada	Cuidados com local da incisão	Inspecionar o local da incisão para detecção de anormalidades		
		Observar as características de qualquer secreção		
	Cuidados com lesões	Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem		
		Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão		
		Posicionar paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado		
		Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão		
	Controle do prurido	Administrar antialérgicos prescritos		
	Supervisão da pele	Inspecionar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem		
		Registrar as alterações observadas na pele ou mucosas		
	RE	IR	ENTRADA	SAÍDA
			1 2 3 4 5 NA	1 3 4 5 NA
	Integridade tissular: pele e mucosa	Integridade tecidual		
		Lesões na pele e/ou mucosa		
	Resposta alérgica: localizada	Prurido localizado		
		Eritema localizado		
		Edema localizado		

DE	IE	AE	FREQUÊNCIA	HORÁRIO(S)
○ Integridade Tissular Prejudicada	Manutenção da saúde oral	Umedecer lábios e mucosa oral conforme necessário		
		Consultar o médico se houver persistência de boca seca, irritação e desconforto		
	Supervisão da pele	Monitorar cor e temperatura da pele e registrar alterações		
	RE	IR	ENTRADA	SAÍDA
			1 2 3 4 5 NA	1 3 4 5 NA
	Saúde oral	Hidratação dos lábios		
		Hidratação da mucosa oral e da língua		
		Cor das mucosas		
		Integridade da mucosa oral		
		Halitose		
	Controle de riscos: olho seco	Pisca em intervalos frequentes		
		Fecha as pálpebras completamente		
		Produz lágrimas adequadas		
	Integridade tissular: pele e mucosas	Pigmentação anormal		
		Empalidecimento		
		Perfusão tecidual		

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE D

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

OBJETIVO: Padronizar e estabelecer regras de preenchimento do instrumento para registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Sala de recuperação Pós-anestésica (SRPA) do Centro Cirúrgico (CC) do Hospital Amaral Carvalho (HAC) - Jaú.

APLICABILIDADE: Deverá ser aplicado em todos os pacientes que receberem cuidado de enfermagem na SRPA.

RESPONSABILIDADE: Enfermeiros.

EXECUTANTES: Equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros).

MATERIAL: Instrumento para a realização da SAE na SRPA do HAC-Jaú; Caneta azul ou preta.

DESCRIÇÃO DOS PASSOS:

1. Selecionar o Enfermeiro responsável para preencher o instrumento de realização da SAE na SRPA. O mesmo deverá:
2. Preencher os dados de identificação do paciente: NOME, DATA, REGISTRO DO PACIENTE, REGISTRO DE ATENDIMENTO, DATA DE NASCIMENTO, MÉDICO CIRURGIÃO, PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO E UNIDADE DE INTERNAÇÃO/LEITO;
3. Selecionar os diagnósticos de enfermagem (DE), de risco e os DE com foco no problema, que julgar adequado ao paciente avaliado por ele;
4. Indicar para cada DE selecionado a frequência com que ele deseja que sejam realizadas as atividades de enfermagem (AE) pertencentes;

5. Pontuar na escala de 1 a 5 o grau de comprometimento dos indicadores de resultado (IR) expostos no instrumento, de acordo com os resultados de enfermagem (RE), tanto na entrada da SRPA quanto na saída (alta da SRPA). Se algum IR não se aplicar para o paciente avaliado, será necessário pontuar não se aplica (NA), tanto no campo entrada da SRPA quanto saída SRPA;
6. Evolução dos pacientes, no campo evolução de enfermagem;
7. Após término do preenchimento, o enfermeiro deverá assinar e carimbar o instrumento;
8. A execução das AE deverá ser realizada pela equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) sendo necessário, no campo horário, a checagem (horário, rubrica e carimbo) de acordo com a frequência estipulada pelo enfermeiro;
9. Após alta do paciente da SRPA, o instrumento deverá ser anexado ao prontuário físico do mesmo.

Legenda:			
Para coluna de Frequência		Para coluna de IR	
AD	Ao despertar	1	Gravemente comprometido
cont	Contínuo	2	Substancialmente comprometido
Agora	ag	3	Moderadamente comprometido
Aex	Após extubação	4	Levemente comprometido
S/N	Se necessário	5	Sem comprometimento
-	-	NA	Não se aplica