



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-
ANESTESICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**Fernanda Souza Marques
Juliana Borges de Souza**

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos

Trindade - GO
2015



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-
ANESTESICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Fernanda Souza Marques

Juliana Borges de Souza

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos

Trindade - GO

2015

Fernanda Souza Marques

Juliana Borges de Souza

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-
ANESTESICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos (Orientador)

Faculdade União de Goyazes

Prof.^a Esp. Telma Maria de Barros Gonçalves (Avaliadora Interna)

Faculdade União de Goyazes

Prof.^a Esp. Ana Carolina Oliveira de Castro (Avaliadora Externa)

Hospital São Francisco de Assis

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus segundo a nossa família, que soube compreender os momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos sinceramente, a todos aqueles que de um modo ou de outro contribuíram para a realização deste trabalho.

A Deus pelos momentos em que nós deu forças para continuarmos apesar das dificuldades. A nossa família que de forma direta e indireta sempre esteve ao nosso lado, compreendendo os momentos de ausência.

Não nos esquecendo do nosso orientador que nos acompanhou com paciência e serenidade, passando para nós confiança e tranquilidade para prosseguirmos com determinação.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fernanda Souza Marques¹

Juliana Borges de Souza¹

Osmar Pereira dos Santos²

RESUMO

A preocupação com o bem estar do paciente pós-cirúrgico é antecedente à descoberta da anestesia, atentando-se para a observação dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgicos, teve-se como objetivo ressaltar a importância da presença do enfermeiro na Sala de Recuperação pós-anestésica (SRPA), realizando atividades de assistência e intervenções que evitam sequelas. Por meio de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva analisou-se tal importância, demonstrando as funções de avaliação e monitorização que permite ao profissional realizar procedimentos que minimize as complicações que os pacientes possam vir a ter em decorrência da cirurgia. Conclui-se então que as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro tornam-se essencial na SRPA, no que se refere à prevenção e manutenção do cuidado para recuperação sem sequelas.

PALAVRAS-CHAVE: Recuperação. Pós-anestésico. Enfermeiro. Cuidados.

NURSING WORK AT THE POST-ANESTHETIC RECOVERY ROOM: A BIBLIOGRAPHIC REVISION

ABSTRACT

The worry about the post-surgical patient welfare is prior than the anesthesia discovery, paying attention to the patients observation who were submitted to surgical procedures, was taken as objective to point out how important is the presence of nurses at the post-anesthetic Recovery Room (PARR), realizing assistance activities and interventions that avoid the sequels. By means of a bibliographic research descriptive was analyzed this importance, showing the evaluation functions and monitoring that allows to the professional performs procedures that minimize complications that the patient could have as result of surgery. So conclude that the activities developed by the nurses are essential in the PARR, referring to prevention and maintenance of care to the recuperation without sequels.

KEYWORDS: Recovery. Post-anesthetic. Nurse. Care.

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

²Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos, Faculdade União de Goyazes; SES/DF.

1. INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC), é uma organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico, equipamentos e aparelhagem com tecnologias modernas. O relacionamento destas partes é importante, tendo em vista que o seu funcionamento só ocorre de forma adequada quando os critérios destas relações estiverem bem integrados e os limites de atuação bem definidos. Isto posto, torna-se prioritária a identificação da estrutura organizacional e da posição da equipe de enfermagem no contexto administrativo geral do hospital como primeiro passo na análise da situação administrativa de um centro cirúrgico, considerando os papéis da equipe no funcionamento da unidade cirúrgica (GOMES, 2009).

Por se tratar de uma área complexa e restrita, o Centro Cirúrgico conta com suas particularidades – características próprias do setor, uma delas é a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), local onde deve atuar uma equipe multiprofissional com funções bem definidas, a fim de reduzir os conflitos e para maximizar a qualidade da assistência a nela internado.

Para melhor compreender a importância da organização do CC e da SRPA, buscou-se na história registros importantes sobre a origem do CC e da descoberta da anestesia. Segundo Popov & Peniche (2009), a preocupação com o bem estar do paciente cirúrgico é antecedente a descoberta da anestesia, em 1801 teve-se a iniciativa de ao lado das salas de cirurgias, tivesse um local onde os pacientes pudessem ser observados.

Anestesia é um termo que tem origem do latim e que quer dizer sem sensação. Com o surgimento da agulha e da seringa e, posteriormente dos anestésicos, em 1885 James Leoanard Corning deu os primeiros passos para criação dos anestésicos espinais. Em 1898 Bier criou à anestesia subaracnóidea. Em 1901 Cathelin e Tuffier criaram a anestesia peridural sacra. No período de 1911 a 1973 foram iniciadas e desenvolvidas outros tipos de anestesia como anestésias regionais (REIS JUNIOR, 2008).

A anestesia geral compreende um estado de hipnose, analgesia, relaxamento muscular, bloqueio neurovegetativo, manipulação específica de funções e sistemas fisiológicos. Dividida em inalatória e intravenosa. Compreende a fase de indução, período entre a administração de agentes anestésicos até o início do procedimento anestésico; fase da manutenção corresponde ao período entre o início e o fim do procedimento cirúrgico; na maioria das vezes o paciente é mantido em ventilação mecânica (AULER JUNIOR, 2011).

A anestesia local refere-se à administração de um agente anestésico para uma parte do corpo através da infiltração local. A anestesia local é administrada no tecido subcutâneo, no espaço subdural ou subaracnóidea sendo assim sua absorção ocorre basicamente pela vascularização do local de injeção (AULER JUNIOR, 2011).

Ainda para o autor, a anestesia subaracnóidea é regional realizada por meio da introdução de anestésico local no espaço subaracnóideo, utilizada na intervenção em membros inferiores, regiões perineal e abdome. Já a anestesia peridural consiste na administração de anestésico local no espaço peridural da coluna vertebral, podendo ser utilizadas para cirurgias de membros inferiores, regiões perineal, abdome e tórax.

Atualmente com a preocupação com a segurança do paciente, o enfermeiro que recebe o paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), deve se informar sobre o diagnóstico médico e o tipo de cirurgia realizada, os anestésicos utilizados, histórico, alergias pregressas, idade condições gerais do paciente, permeabilidade das vias aéreas e sinais vitais.

Na década de 40, já se tinha algumas características estabelecidas, como a atuação de enfermagem especializada, podendo assim reconhecer alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes.

Com passar dos anos foram surgindo novas tecnologias que proporcionavam um melhor acompanhamento dos pacientes.

Nas opções para se elaborar o tema para a nossa pesquisa, percebemos o quanto que a assistência de enfermagem no período de pós-anestésico é importante, pois são vários os riscos que se corre após a submissão a um procedimento que necessite deste meio, onde podem ocorrer reações que deixam sequelas se não houver uma interferência adequada.

Os autores dessa pesquisa chegaram a esse assunto por meio da leitura de artigos, pelos quais, foi possível perceber a importância da presença da equipe de enfermagem acompanhando o paciente nesse momento de recuperação, que compreende o período do pós-operatório imediato (POI). Podendo realizar todas as medidas cabíveis para que ocorra a melhor recuperação.

Por esse motivo, propor-se por meio de uma revisão ressaltar a importância do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), tendo como objetivo a análise da assistência prestada aos pacientes que passaram por um procedimento, onde se utilizou algum tipo de anestesia.

2. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa de forma descritiva. Segundo Pereira (2012), a pesquisa bibliográfica descritiva baseia-se no estudo que visa analisar um dado na íntegra ou diferenciá-lo de outro. Segundo o autor, deve-se fazer um levantamento histórico sobre o tema e encontrar resposta para este, evitar repetição de trabalhos já realizados, constituindo um caminho para conhecer verdades ou verdades parciais.

Para fundamentação da revisão teórica as publicações selecionadas para o trabalho foram artigos científicos publicados acerca do tema abordado no banco de dados eletrônicos (SciELO, Lilacs, Google acadêmico e periódicos e BIREME), fez-se a leitura de cinquenta artigos e como critérios de inclusão foram utilizados vinte artigos publicados no período de 2002 a 2015, todos apresentaram relação direta com os seguintes descritores: enfermeiro, assistência e sala de recuperação pós-anestésica.

Como critério de exclusão optou-se pelos artigos com data inferior ao ano de 2002 e os que não apresentaram relação com o assunto de nossa pesquisa após leitura integral do artigo e os que não abordavam a temática de forma clara e precisa.

Como fonte suplementar usou-se o acervo da biblioteca da Faculdade União de Goyazes e publicações do Ministério da Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sala de recuperação anestésica é um ambiente hospitalar, junto à unidade de Centro Cirúrgico, de caráter obrigatório estabelecido por Decreto Federal nº 44045 de julho de 1958, pela Resolução CFM nº 1363/93 e na Resolução 1802/2006, esta última dispõe sobre a prática do ato anestésico. As unidades de recuperação anestésicas necessitam de equipes de saúde multidisciplinares para o seu funcionamento (COREN-SC, 2010).

A SRPA é destinada ao paciente que será submetido à intervenção cirúrgica, o qual será admitido na unidade de internação cirúrgica para receber assistência no preparo da cirurgia – pré-operatório, ser encaminhado ao centro cirúrgico – trans e intraoperatório e, posteriormente, receber assistência para sua recuperação – recuperação anestésica e pós-operatório (DUALIBE, et al, 2014).

A SRPA é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato submetido às anestésias geral e ou locorregional, onde são implementados cuidados intensivos, até o momento em que o paciente esteja consciente, com reflexos protetores presentes e com estabilidade de sinais vitais. Para tanto, são necessários recursos técnicos e recursos humanos especializados que deem suporte para prevenção, detecção e implementação precoce dos cuidados específicos (POPOV, PENICH, p.2, 2008).

Desde o momento da alta do paciente da sala de cirurgia até as primeiras 12 a 24 horas ocorre o período conhecido como pós-operatório imediato (POI). Contudo, é nas primeiras horas após o procedimento cirúrgico que o paciente apresenta as principais complicações, sendo indispensável observação contínua e cuidados específicos, embasando a necessidade de acompanhamento na sala de recuperação anestésica (ATZINGEN; SCHMIDT; NONINO, 2008).

Na SRPA os enfermeiros mantêm a monitorização do pulso, eletrocardiograma, frequência respiratória, pressão arterial e saturação de oxigênio do paciente. Prevenindo e tratando possíveis complicações, que possam ocorrer nessas primeiras horas como hipotensão e hipertensão, choque, complicações ventilatórias, dor, náuseas, vômitos e hipotermia (ROCHA & MORAES, 2010).

Compõem a equipe da SRPA o anestesista, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, além, de receber apoio nas diversas áreas da medicina, do

nutricionista, farmacêuticos, administrativo e entre outros. Compete ao enfermeiro e sua equipe prestar assistência segura, permitindo ao cliente voltar ao seu estado fisiológico normal (POPOV & PENICHE, 2009).

A avaliação da assistência do enfermeiro no pós-operatório permite mostrar a importância deste profissional e ressaltar o seu papel na SRPA, que é contribuir para a melhora na recuperação anestésica do cliente, sendo uma preocupação constante a qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao cliente cirúrgico.

Figura 01- Quadro 01: Principais cuidados de enfermagem ao cliente na SRPA.

01	Manter monitorização cardíaca Contínua
02	Verificação de Sinais vitais
03	Cuidados com cateteres, dreno e sondas
04	Fazer avaliação neurológica
05	Realização de gasometria
06	Cuidados para prevenção de quedas
07	Observar Mapa de salas cirúrgicas
08	Encaminhamento de clientes para as clínica

Fonte: Os autores.

Sabe-se que o atendimento do enfermeiro na SRPA é inerente à vida como mostra o quadro acima é possível observar algumas atribuições como manter monitorização cardíaca que permite uma monitorização continua, com rodizio do local dos eletrodos. No qual é possível observar alterações de ritmos cardíacos, e eventual aparecimento de arritmias, saturação de oxigênio, e parâmetros dos sinais vitais (POPOV & PENICHE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), os sinais vitais (SSVV) são aqueles que indicam a existência de vida. São reflexos ou indícios que permitem concluir sobre o estado geral de uma pessoa. Os sinais vitais são compreendidos e conhecidos como: Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e Temperatura (T). Na SRPA os sinais vitais são verificados assim que o paciente chega, em seguida inicia-se com a verificação de 15 em 15 minutos,

depois de 30 em 30 minutos, de 1 em 1 hora, até chegar o momento de verificar de 2 em 2 horas.

Deste modo na atuação do enfermeiro veem-se os cuidados com drenos e sondas vesicais e nasogástricas, pois sempre há a necessidade de realização de sondagem vesical (cateterização) no trans ou pós-operatório, bem como existe a sondagem nasogástrica para drenagem de secreção em determinados tipos de cirurgias. Os cateteres são tubos de diversos materiais e calibres inseridos no organismo, tendo como função a infusão de líquidos ou a sua retirada. Os drenos são tubos ou materiais colocados no interior de uma ferida ou cavidade, visando permitir a saída de fluído ou ar. A cateterização urinária é um procedimento invasivo em que é inserido um cateter uretral até a bexiga com a finalidade, dentre outras, de drenagem da urina em pacientes com problema de eliminação urinária. Já as sondas nasogástricas são fabricadas em poliuretano e silicone, materiais que não sofrem alteração física na presença de pH ácido, conservam flexibilidade, maleabilidade e durabilidade, não irritam a mucosa digestiva (ALBUQUERQUE, 2012; ERCOLE, et al., 2013; UNAMUNO & MARCHINI, 2002). Conhecer a composição, as funções destes materiais e quais são os cuidados de enfermagem destinados a eles, faz do enfermeiro um profissional indispensável na equipe multidisciplinar da SRPA.

Na avaliação neurológica o enfermeiro deve ficar atento aos seguintes parâmetros: nível de consciência; resposta à estimulação verbal e/ou a dor; tamanho das pupilas e se estão fotoreagentes; padrão de motricidade e mobilidade dos membros; efeitos remanescentes da anestesia. Além, da avaliação neurológica existe outro cuidado importante que é a realização de gasometria, que é um exame de sangue, normalmente, arterial que visa avaliar a distribuição de gases presentes na corrente sanguínea (oxigênio e gás carbônico), do pH e do equilíbrio ácido-básico. E assim, acompanhar possíveis distúrbios que possam ocorrer com a alteração laboratorial destes exames.

Quando se pensa em assistência de enfermagem pensa-se que esta assistência deve ser de forma segura. Sendo assim, Luzia et al. (2014) afirma que a segurança do cliente é uma questão prioritária para a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em outubro de 2004 lançou a Aliança Mundial para a Segurança do cliente, com o objetivo de despertar a consciência para a melhoria da segurança na assistência em saúde. Isto posto, uma das proporções da equipe de enfermagem que atua na SRPA é evitar as quedas dos clientes admitidos nestas salas, devido

estarem ainda sob efeito de anestésias e com isso pode aumentar o número de queda.

Dentre estes cuidados inerentes a equipe enfermagem, acrescenta-se algumas atribuições do enfermeiro na unidade de Centro Cirúrgico e na SRPA: Planejar e coordenar mapas cirúrgicos e as cirurgias de emergências; Supervisionar e administrar a equipe de enfermagem; Controle de matérias essenciais para o bom funcionamento do Centro Cirúrgico e SRPA; Controlar carrinho de emergência; Colher materiais para exames e encaminhá-los; Prestar assistências de enfermagem direta ao cliente grave. Além disso, o enfermeiro é responsável pelo encaminhamento dos clientes para as clínicas, logo após a alta anestésica. Tudo isso, a fim de zelar pela segurança do cliente e evitar complicações que este possa vir a apresentar.

Figura 02 - Quadro 02: As principais complicações que o cliente admitido na SRPA pode apresentar.

01	Dor
02	Agitação/ansiedade
03	Hipotensão
04	Hipertensão
05	Tremor e calafrios
06	Náuseas e vômito
07	Sangramento
08	Hipoxemia
09	Hipotermia

Fonte: Os autores.

São várias as complicações que um paciente submetido a algum tipo de anestesia pode apresentar conforme mostra o quadro acima, segundo Miranda et al. (2010), a dor ocorre devido lesões teciduais agudas, que pode interferir na qualidade de vida, pois causam alterações fisiológicas, problemas orgânicos e psicológicos, interferindo negativamente no estilo de vida do indivíduo. Já Popov & Peniche (2009), afirma que a dor no pós-anestésico muitas das vezes relaciona-se com a oxigenioterapia, levando em conta que os pacientes que queixam de dor consomem

mais oxigênio, ocorrendo também a relação dor e curativo, onde a constrição causada pelo curativo oclusivo, aumenta a dor e a necessidade de refazer o mesmo.

A agitação e ansiedade que o paciente pode apresentar conforme afirma o autor muitas vezes são ocasionadas por dor, urgência urinária, distensão abdominal, frio e não somente relacionada ao torpor e ao acordar da anestesia. A intervenção de enfermagem primordial nesse caso é a avaliação do estado mental e nível de consciência.

Pode ser observados também casos de hipotensão e hipertensão, no qual o primeiro caso de acordo com Popov & Peniche (2009), ocorre muitas vezes quando é administrada hidratação endovenosa, pode ser também perceber que de forma indireta a perda de sangue no decorrer da cirurgia e a vasoconstrição causada pelas drogas anestésicas, desencadeia esse fenômeno. Já no segundo caso há alguns pacientes que apresentam maior risco de flutuação da pressão sanguínea e da frequência cardíaca na indução anestésica, ocorrendo também na intubação e na extubação até o despertar. Para Torрати & Dantas (2011), a hipertensão está associada a patologia que o paciente apresenta, e até mesmo com o tipo de cirurgia realizada, causando alterações como arritmias, fibrilação atrial e bradicardia.

Popov & Peniche (2009) relaciona tremor e calafrios com à desinibição de reflexos medulares, dor, menor atividade simpática, entre outros, em alguns casos pode ser decorrente da diminuição do conteúdo de O₂. No caso de náuseas e vômito são mais ocorrentes na SRPA, decorrente da anestesia utilizada.

Conforme autor acima o sangramento pode ocorrer devido vários fatores desde problemas de hemostasia até decorrente de coagulopatias.

Diversas são as causas que expõem os pacientes a desenvolverem maior sangramento. Dentre os fatores preditores de necessidade de hemotransfusão podemos relacionar: 1. Cirurgia de urgência; 2 Choque cardiogênico; 3. Baixo IMC (Índice de Massa Corpórea); 4. Disfunção grave de ventrículo esquerdo (FE<30%); 5. Idade superior a 74 anos; 6. Sexo feminino; 7. Hematócrito e hemoglobina baixos no pré-operatório; 8. comorbidades como diabetes milito dependente de insulina e doença vascular periférica; 9. Creatinina > 1,8mg/dl; albumina < 4g/dl; 10. reoperações; 11. TP baixo no pré-operatório; 12. Tempo de Circulação Extra Corpórea (CEC). (SOUZA & MOITINHO 2008, p.54):

São complicações também ocorrentes na SRPA a hipoxemia que conforme o Popov & Peniche (2009), na maioria das vezes está relacionada à anestesia, decorrente de depressão respiratória.

A hipotermia pode ocorrer por vários fatores, um deles é a infecção de ferida operatória, isquemia do miocárdio, arritmias entre outros.

Gotardo & Galvão (2009, p. 114), já afirmam que:

A hipotermia é um evento comum, no perioperatório, que acomete cerca de 60% a 90% dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, a qual pode acarretar complicações relevantes. Dentre as complicações destacamos o aumento da morbidade, da incidência de infecção do sítio cirúrgico, o aumento na demanda de oxigenação acarretando distúrbios no sistema cardíaco e prejuízos da função plaquetária.

Observa-se que todas essas complicações podem ser identificadas, pela forma de diagnósticos de enfermagem no pós-operatório, daí a importância do acompanhamento do enfermeiro neste momento de recuperação, no qual possibilita uma intervenção adequada e imediata.

Conforme a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que utiliza-se de um formulário que segue o modelo de Wanda de Aguiar Horta, na SRPA, no qual descreve os sinais vitais na primeira tabela, na segunda tabela o exame físico que não é avaliado por escore, mas pelos índices de avaliação que são: bom, regular e ruim. Para avaliação da consciência o critério bom refere-se ao cliente que está orientado/tempo/espço/dorme a intervalos, o regular é referente ao que obedece comandos e o ruim ao que não obedece aos estímulos (inconsciente). Para avaliação da atividade motora o critério bom diz respeito ao cliente que movimenta as extremidades voluntariamente ou sob comandos, o regular ao que flexiona apenas pés/mãos, não dobra joelho e o ruim ao que apresenta paralisia total. Para avaliação da respiração o critério bom corresponde ao paciente que apresenta respiração espontânea/reflexo da tosse, o regular ao que a respiração está arritmica e o ruim ao que está em ventilação mecânica. Para avaliação da pele o critério bom refere-se ao aspecto rosada/aquecida, o regular ao que está pálido/ictérico/fria ao toque e o ruim ao que está cianótico/pegajosa ao toque. Para avaliação da perfusão o critério bom refere-se ao retorno satisfatório, o regular ao retorno dificultado e o ruim para a ausência de retorno. Para avaliação do aspecto do curativo o critério bom corresponde ao que está limpo/seco, o regular ao que apresenta pequena quantidade de sangue e o ruim ao que apresenta grande quantidade de sangue.

Ainda neste formulário existe espaço para avaliação de drenos são eles sonda vesical de demora (SVD), sonda nasogástrica (SNG), dreno de tórax, dreno de sucção, dreno de penrose, dreno de Kehr, pleurostomia, esofagostomia, gastrostomia, jejunostomia e ileostomia, registra-se no formulário o horário, o volume, o aspecto e características do dreno.

Logo abaixo no formulário há o espaço para evolução de enfermagem local onde o profissional pode anotar suas observações e intervenções.

No espaço para encaminhamentos registra-se o destino do cliente, seja clínica de origem, UTI, ambulatório ou outro.

No final do formulário há o espaço para assinatura do responsável o qual deve colocar o Registro do COREN e ou matrícula.

Corroborando com o nosso estudo, Albuquerque (2012), com a apresentação dos principais diagnósticos de enfermagem relacionado ao cliente na SRPA, em POI, são eles a saber: Dor aguda relacionada com a incisão cirúrgica; Débito cardíaco diminuído relacionado com o choque ou hemorragia; Risco de intolerância à atividade relacionada com fraqueza generalizada secundária a cirurgia; Integridade da pele prejudicada relacionada com a incisão cirúrgica e drenos; Termorregulação ineficaz relacionada com o ambiente cirúrgico e agentes anestésicos; Risco de nutrição alterada, menor que as demandas corporais, relacionado com a ingestão diminuída e necessidade aumentada de nutrientes secundários à cirurgia; Risco de constipação relacionado com os efeitos dos medicamentos, cirurgia, mudança na dieta e imobilidade; Risco de retenção urinária relacionado com os agentes anestésicos; Risco de lesão relacionado com o posicionamento/procedimento cirúrgico ou com os agentes anestésicos; Ansiedade relacionada com o procedimento cirúrgico; Risco de tratamento ineficaz do regime terapêutico relacionado com o cuidado da ferida, restrições nutricionais, recomendações de atividade, medicamentos, cuidados de acompanhamento ou sinais e sintomas de complicações.

5. CONCLUSÃO

A relevância da atuação do enfermeiro na SRPA seja na prevenção como na intervenção no período em que o paciente se recupera de um procedimento cirúrgico submetido à anestesia, demonstra-se primordial para a recuperação sem sequelas do cliente.

Nos primeiros momentos após o procedimento cirúrgico o paciente pode vir a apresentar diversas complicações, sendo imprescindível observação contínua e cuidados, tornando fundamental a presença do enfermeiro.

Na SRPA o enfermeiro exerce papel primordial no que se refere a monitorização cardíaca, dos sinais vitais, cuidados com drenos, avaliação neurológica, análise de gasometria, observa mapa de sala mantendo o controle da dinâmica da equipe, encaminhamento do paciente para clínica. Promovendo assim por meio eficaz a assistência, manutenção e prevenção da vida.

As diversas complicações que o paciente possa vir a ter após a submissão a uma cirurgia que se utilizou anestésicos são diversas e o atendimento do enfermeiro no momento da dor, da agitação, da ansiedade, da hipóxia, dos tremores, calafrios, náuseas, vômitos, sangramento dentre outros, proporciona ao paciente uma intervenção imediata que evite que ele possa vir ter sequelas.

É necessário que a equipe de enfermagem trabalhe de forma conjunta com a equipe multidisciplinar, promovendo um atendimento ágil e eficaz.

Com a falta de estudos para cuidados de enfermagem na atuação do enfermeiro na SRPA, busca-se esclarecer muitas dúvidas e mostrar a atuação do profissional de enfermagem nesta área.

Teve-se como intuito também tornar este trabalho fonte de pesquisa, para o meio acadêmico, para aqueles que se interessem pelo assunto.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Roberto. **Estágio em Clínica Cirúrgica**. Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes Centro de Ciências Biológicas da Saúde – CCBS. Curso de Graduação de Enfermagem. Montes Claros 2012.

AULER JUNIOR, José Otavio Costa et. al. **Anestesiologia básica: manual da anestesiologia, dor e terapia intensiva**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

ATZINGEN, Marisa Dias Von; SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; NONINO Eleine Aparecida Penha Martins. **Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Suport**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a13v21n4.pdf>> Acesso em: 29 de set. de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio. **Manual de Primeiros Socorros**. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p.

COREN - SC, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Parecer COREN/SC nº. 001/CT/2010**. Santa Catarina. 2010. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/PARECER-001-2010-CT-Sala-Recupera%C3%A7%C3%A3o-P%C3%B3s-Anest%C3%A9sica.pdf>. Acesso em: 22/10/2015.

DUALIBE, F. T.; OLIVEIRA, E. A. R.; MOREIRA, M. R. C.; LIMA, L. H. O.; FORMIGA, L. M. F. Intervenções de enfermagem na recuperação pós-anestésica de pacientes cirúrgicos. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, 3(1):107-12, jan-mar, 2014.

ERCOLE FE, MACIEIRA TGR, WENCESLAU LCC, MARTINS AR, CAMPOS CC, CHIANCA TCM. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 21(1): [10 telas] jan.-fev. 2013.

GOMES, M. C. S. M. A. **Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de Um Hospital Universitário de Belo Horizonte**. Universidade Federal de Minas Gerais Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. Minas Gerais. 2009.

GORTARDO, Juliana Mara, GALVÃO, Cristina Maria. Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 113-121, abr./jun.2009.

Luzia M.F.; Almeida M.A.; Lucena A.F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Rev Esc Enferm**. USP 2014; 48(4):632-9.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisas bibliográficas, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7.ed. 5 reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

MIRANDA, Adriana de Fátima Alencar; SILVA, Lúcia de Fátima da; CAETANO, Joselany Áfio; SOUZA, Ana Cláudia de; ALMEIDA, Paulo César. **Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a03>>. Acesso em 01 de out. de 2015.

PEREIRA, José Matias. **Manual de Metodologia da pesquisa científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

POPOV, D. C. S.; PENICHE, A.C. G. **As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4.pdf>> Acesso em: 20 Abr. 2015.

REIS JUNIOR, Almiro dos. **Anestesia regional intravenosa primeiro centenário (1908-2008). Início, desenvolvimento e estado atual**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942008000300013> Acesso em: 02 Mai. 2015>. Acesso em: 25 de Abr. 2015

REIS, Vanda dos Santos; RIBEIRO Flávia Alves; GAGLIAZZI Maria Teresa. **Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em 15 mai. 2015.

ROCHA, Luana de Souza, MORAES Márcia Wanderley de. **Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1472.pdf>>. Acesso em 22 abr. 2015.

SOUZA, Helmgton José Brito de; MOITINHO Rilson Fraga. **Estratégias para redução do uso de hemoderivados em cirurgia cardiovascular**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v23n1/v23n1a10.pdf>> Acesso em 04 de out. 2015.

TORRATI, Fernanda Gaspar; DANTAS, Rosana Ap. Spadoti. **Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a04.pdf>> Acesso em: 01 de out. 2015.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. **SONDA NASOGASTRICA/NASOENTERICA: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações**. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.