



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA - UNIFAEMA

REGIALISSON SOUZA SANTOS

**IMPACTO DA DESASSISTÊNCIA QUANDO HÁ FALTA DA SALA DE
RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.**

Assinado digitalmente por: Katia
Regina Gomes Bruno
O tempo: 13-12-2022 21:31:46

ARIQUEMES - RO
2022

Assinado digitalmente por: Thays Dutra
Barato Verissimo
Razão: Coordenadora de Curso
Localização: Ariquemes/FAEMA

REGIALISSON SOUZA SANTOS

**IMPACTO DA DESASSISTÊNCIA QUANDO HÁ FALTA DA SALA DE
RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Grau em ENFERMAGEM
apresentado ao Centro Universitário
FAEMA - UNIFAEMA.

Orientador (a): Prof. (a) Ms. (a)

Thays Dutra Chiarato Verissimo

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237i Santos, Regialisson Souza.
Impacto da desassistência quando há falta da sala de recuperação pós anestésica. / Regialisson Souza Santos. Ariquemes, RO: Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, 2022. 25 f. ; il.

Orientador: Prof. Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo.
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Enfermagem – Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2022.

1. Centro Cirúrgico. 2. Complicações Pós-operatórias. 3. Enfermagem Pós-anestésica. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Sala de Recuperação. I. Título. II. Veríssimo, Thays Dutra Chiarato.

CDD 610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

REGIALISSON SOUZA SANTOS

**IMPACTO DA DESASSISTÊNCIA QUANDO HÁ FALTA DA SALA DE
RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Grau em ENFERMAGEM
apresentado ao Centro Universitário
UNIFAEMA.

Banca examinadora

Prof. Ms. Thays Dutra Chiarato Verissimo
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Prof. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Assinado digitalmente por: Jaqueline Cordeiro Branti
O tempo: 13-12-2022 21:16:25

Prof. Esp. Jaqueline Cordeiro Branti
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Dedico a Deus, à minha mãe
por sempre me apoiar, e as
minhas amigas e professoras
que sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus por me conceder chegar até aqui, pois apesar de todas as dificuldades não me abandonou...

Agradecer a minha mãe e meus irmãos que me ajudaram nas aulas práticas que me deram forças quando quis desistir e que sempre tiveram ao meu lado me apoiando e me fazendo sentir uma pessoa importante para eles.

Minhas professoras que tem uma bagagem incrível de conhecimento, Professora Milena Ramos muito obrigado por me escutar quando estava aflito e me aconselhar, nunca irei esquecer você, professora Thays Chiarato só tenho agradecer a senhora por me fazer sentir acolhido, por me desafiar e acreditar que eu ia vencer. Professora Katia muito obrigado pelas broncas que fizeram eu me tornar um profissional melhor a senhora e um ser iluminado, professora Sonia Carvalho que sempre levava a turma em ações para o desenvolvimento pessoal, profissional e o bem a comunidade e por último, mais não menos importante a senhora professora Jaqueline Cordeiro sendo a mais nova docente, sempre buscou entender as aflições dos alunos, conversando e nos incentivando a ir às ações extracurriculares.

Agora meu trio, Nayara minha duplinha só tenho te agradecer por ser minha amiga nessa jornada e está comigo a todos os momentos, passamos por muitas coisas juntos até os procedimentos individuais vamos juntos, te amo. Geisiane! Nossa conhecer você foi muito bom, dividimos os mesmos sonhos e um dia vai ser uma honra trabalhar com você. A você Maria que apesar de nós conhecermos no final da caminhada você se tornou uma pessoa importante para mim sendo alegre e extrovertida em todas as situações.

Muito obrigados a todos vocês.

*“Se não tiver Enfermagem, Qualquer área
de atuação em saúde não acontece”*
PAULINA KURCGANT

RESUMO

A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é um local destinado aos cuidados específicos do paciente pós-cirúrgico cuja função principal é a recuperação segura da anestesia. Seus cuidados destinam-se a garantir a segurança do paciente até sua alta do bloco cirúrgico, trazendo a recuperação da consciência, a estabilidade dos sinais vitais e a segura eliminação dos anestésicos. O presente estudo possui como objetivo primário demonstrar o impacto da desassistência quando não há sala de recuperação pós-anestésica em centro cirúrgico. Diante do exposto utilizou-se como processo metodológico, a revisão de literatura sistemática descritiva com caráter exploratório e analítico. As fontes de pesquisas foram as bases de dados da Associação Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), foram realizadas buscas também nos portais da Lilac's e SciELO – Scientific Electronic Library Online, Ministério da Saúde, Repositório da Biblioteca Júlio Bordignon do Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA, além de teses, resoluções e manuais afins. Após análise dos dados levantados, observou-se que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatório é o método de escolha para cuidar desse indivíduo, e que dentro desse método existem ferramentas como o processo de enfermagem e a escala de Aldrete e Kroulik. Dessa forma fica claro a necessidade da individualização do cuidado através da equipe multiprofissional de atendimento (médico anesthesiologista e enfermeiro), no que tange a assistência crítica do período Pós Operatório Imediato.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Complicações Pós-Operatórias; Enfermagem Pós-Anestésica; Cuidados de Enfermagem; Intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

The post-anesthetic recovery room (PACU) is a place intended for the specific care of the post-surgical patient whose main function is the safe recovery from anesthesia. Their care is intended to ensure the patient's safety until their discharge from the operating room, bringing the recovery of consciousness, stability of vital signs and the safe elimination of anesthetics. The present study has as its primary objective to demonstrate the impact of lack of assistance when there is no post-anesthetic recovery room in the operating room. In view of the above, a descriptive systematic literature review with an exploratory and analytical character was used as a methodological process. The research sources were the databases of the Brazilian Association of Surgical Center Nursing, Anesthetic Recovery and Material and Sterilization Center (SOBECC), searches were also carried out on the portals of Lilac's and SciELO - Scientific Electronic Library Online, Ministry of Health , Repository of the Júlio Bordignon Library of the FAEMA University Center - UNIFAEMA, in addition to theses, resolutions and related manuals. After analyzing the data collected, it was observed that the systematization of perioperative nursing care is the method of choice to care for this individual, and that within this method there are tools such as the nursing process and the Aldrete and Kroulik scale. Thus, the need for individualization of care through the multiprofessional team of care (anesthesiologist and nurse) is clear, regarding critical care in the Immediate Post Operative period.

Keywords: Surgical Center; Postoperative Complications; Post-Anesthetic Nursing; Nursing care; Nursing interventions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
METODOLOGIA	13
O CENTRO CIRÚRGICO E O TEMPO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO	14
APLICABILIDADE DA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	16
SÍNTESE DA DESASSISTÊNCIA	19
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	21

INTRODUÇÃO

Segundo Possari (2011) o centro cirúrgico foi e ainda é, um local com intensas evoluções. Historicamente podemos dizer que as mesmas iniciaram em 1974 com Louis Pasteur e o advento da esterilização, dando continuidade em 1881 com Willim S. Haltiesd com a iniciativa de utilização das luvas e findadas na década de 90, quando se fala do século passado, com um plano audacioso ocorrido na Inglaterra, onde na enfermaria de Newcastle optou por dispor de Salas de Operações (SO) com leitos, para observar os pacientes no pós-cirúrgico, pode-se dizer que neste contexto inicia-se a história da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

Contudo Peniche (2015) afirma que somente após quase 100 anos desse audacioso plano, já em 1994, o Brasil através do Ministério da Saúde com a portaria (MS) n. 1.884/GM, de 11 de novembro de 1992, torna obrigatório a necessidade de atender os pacientes cirúrgicos nos períodos transoperatório e pós-cirúrgicos imediatos, de forma simultânea, qualitativa e segura, culminando na necessidade de criação de um local específico para os cuidados pós-operatórios imediatos, ou seja, a necessidade de se incluir a SRPA anexa ao bloco operatório.

Segundo Gonçalves o enfermeiro é visto como o profissional que tem maior contato com o paciente, não sendo diferente quando o contexto é a enfermagem perioperatório, de forma que o mesmo é responsável por toda a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, tendo como uma de suas funções o processo de enfermagem, que se inicia com o estabelecimento de vínculo através da visita pré-operatória e conduzida pelo estabelecimento de condutas, avaliação e evolução, resultando em uma assistência de enfermagem humanizada e centrada no paciente.

Dessa forma Araújo (2011) retrata a SAEP como algo imprescindível e traz que as etapas anestésicas cirúrgicas devem ser acompanhadas de forma direta pelo enfermeiro, trazendo consigo a questão dos cuidados pós-operatórios imediatos realizados na Sala de Recuperação Pós Anestésica, como algo de responsabilidade para a enfermagem.

Contudo, quando abordado os cuidados e as atribuições e responsabilidades do pós-operatório imediato, podemos afirmar segundo a SOBECC 2017, que as responsabilidades técnicas entre enfermeiro e médico anesthesiologista são compartilhadas, sendo reforçada pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios que diz que incorre em negligência o anestesista que, após iniciada a cirurgia, ausenta-se do centro cirúrgico por tempo razoável, deixando o paciente de receber os cuidados necessários e exigidos, originando assim o problema de pesquisa que trata a ausência de sala de recuperação pós-anestésica em instituições hospitalares de pequeno porte e o não atendimento da legislação vigente, bem como as demais recomendações das entidades pertinentes.

Hipoteticamente, acredita-se que essa falha no não cumprimento da legislação esteja justificada pelo não conhecimento dos reais benefícios da SRPA, ao fato de recursos humanos escassos em alguns locais dos nossos pais, principalmente o interior de estados que fogem do eixo sul/sudeste a até mesmo o desinteresse da gestão em investir em “setores” que não ficam aos olhos do paciente, como a hotelaria hospitalar.

Sobretudo nosso objetivo primário é demonstrar o impacto da desassistência quando não há sala de recuperação pós-anestésica em centro cirúrgico, afim de demonstrar as necessidades, os benefícios para o cliente da SRPA, diminuindo erros que pacientes ficam com deficiência ou ate mesmo levando-o a óbito. Assim este trabalho vai motivar e gerar conhecimentos para o desenvolvimento e necessidades da SRPA que contribuirá para a politica adequada e as reais necessidades da SRPA.

Concomitantemente, os objetivos secundários visa a descrição da unidade de centro cirúrgico em relação ao seu porte dimensional, bem como todos os elementos de apoio técnico-administrativo. O trabalho traz ainda uma discussão sobre sistematização da assistência Perioperatório e um demonstrativo de aplicação da escala de Aldrete e Kroulik na SRPA. Por fim, acrescentou-se uma sugestão sobre como o enfermeiro da SRPA pode contribuir na recuperação do paciente em pós-operatório imediato.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura sistemática quantitativa e descritiva, de caráter exploratório e analítico pesquisado nas bases de dados da Associação Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), Ministério da Saúde, Repositório da Biblioteca Júlio Bordignon do CENTRO UNIVERSITARIO FAEMA - UNIFAEMA, além de teses, resoluções e manuais afins.

A pesquisa foi delimitada nos últimos dez anos, isto é, entre os anos de 2011 e 2021, usando como busca os seguintes descritores em saúde: “centro cirúrgico”; “sala de pós-operatório”; e “complicações no pós-operatório”. As publicações neste estudo com datas entre 2011 a 2021 foram selecionadas por serem os últimos arquivos da SOBECC que recentemente publicou a 8ª edição de suas práticas recomendadas em ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, LANÇADA DURANTE O 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO as publicações com datas inferiores aos últimos dez anos foram necessárias porque se tratam de protocolos e adaptados por outros estudos e instituições hospitalares, porque se tratam de evolução ao centro cirúrgico.

Os critérios de exclusão foram os trabalhos publicados em anos anteriores a 2010, materiais incompletos, de língua estrangeira os quais não apresenta a temática proposta ou sem a coerência necessária para o assunto. Os critérios de inclusão utilizados foram obras publicadas entre os anos de 2010 a 2021, DE língua portuguesa os que se encontraram dentro do tema da pesquisa. Dessa forma, foram utilizadas 34 obras e descartadas 0. Das 34 obras, 10 foram identificadas por leitura exploratória e 24 por leitura analítica, estas últimas, exclusivamente estudos transversais, publicadas entre os anos de 2015 e 2021.

O CENTRO CIRÚRGICO E O TEMPO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO

Os primeiros atos cirúrgicos, segundo Amato (2020) denotam a antiguidade, sendo identificados em descrições dos povos indianos, mas também no Egito antigo, na América pré-colombiana e Europa mediterrânea, onde foram encontrados vestígios de procedimentos invasivos como a trepanação para o alívio da pressão craniana, provavelmente associados à rituais religiosos e não terapêuticos, fazendo-os sem conhecimento e com técnicas rudimentares.

Segundo Picoli (2004), o surgimento da sala de recuperação pós-anestésica aconteceu no ano de 1801 em Newcastle, onde existia uma sala ao lado da sala de cirurgia onde os pacientes que passavam por procedimentos ficavam em observação até receberem alta das enfermeiras no pós-operatório imediato.

É preciso enfatizar que nesta mesma época, Florence Nightingale (a Dama da Lamparina), fazia sua participação voluntária na guerra da Crimeia marcando historicamente o surgimento da enfermagem, através de seus cuidados ambientalistas, que trouxeram redução da mortalidade de 60% para 15% em 1855, distinguindo este momento como um importante acontecimento na história da saúde.

De acordo com Turrini (2012) o surgimento da enfermagem em centro cirúrgico está conectado com as técnicas assépticas trazidas por Florence, reforçadas por Lister e Pauster, ficando ela responsável pelos cuidados com a esterilização dos materiais, bem como com o cuidado com o ambiente, impulsionando a alvorecer da enfermagem.

Outra figura importância para enfermagem e SRPA, que Conforme Padilha (2011), foi Anna Nery não conformada em ser separação dos seus dois filhos que foram convocados para a guerra do Paraguai, alistar-se para atender os feridos e improvisar hospitais partindo para a guerra em 15 de agosto sem medir esforços para ajudar.

Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal. O governo imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880. A primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome.

Anna Nery que, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar. (GIOVANI, 2010, p. 26).

O processo evolutivo da enfermagem no centro cirúrgico como sendo uma especialidade, hoje conhecida como “Enfermagem Perioperatória” possui como ferramenta de trabalho a SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória) que segundo Santo (2019) é exclusivo do enfermeiro e requer responsabilidade, compreensão e holismo para o Peri operatório.

Para melhor detalhamento desta ferramenta, se faz necessário definirmos, as fases do processo anestésico cirúrgico, para assim compreendermos a aplicação da SAEP que são utilizadas no processo de enfermagem de acordo com a SOBECC durante o período Peri operatório que possui as 24 horas antes do procedimento cirúrgico ate 48 horas apos o procedimento com a recuperação anestésica do paciente. Contudo temos as fases do pré-operatória - mediata e imediata: mediata é aquela que corresponde a um preparo de semanas ou meses antes da cirurgia.

Assim a imediata entra no período de Peri operatória tem início há 24 horas antes da cirurgia como podemos citar alguns exemplos: jejum, tricotomia, remoção de adornos. Assim compreendemos que o período transoperatório é a chegada do paciente no Centro Cirúrgico até a sua transferência para o SRPA. Sobretudo o pós-operatório imediato e possível chegar ate as 48 horas após a cirurgia desde o momento da saída do paciente da sala cirúrgica até a sua recuperação anestésica, e o mediato são os demais 7 dias do pós-operatório após a alta hospitalar.

Para que seja possível o atendimento dos tempos anestésico cirúrgicos, bem como a devida sistematização individualizada da assistência ao paciente cirúrgico, algumas normativas devem ser seguidas quanto à estrutura física.

Vamos iniciar falando do nosso objeto de estudo, que é a SRPA, segundo a AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) Resolução RDC N° 307, de 14 de novembro de 2002, informa que a sala de recuperação pós-anestésica deve ter uma relação número de sala X leitos, de 2 leitos para cada sala cirúrgica. Tendo uma dimensão de no mínimo 8.5m² por leito, com distância entre estes e as paredes de 1 metro. No que tange o tamanho da sala cirúrgica uma sala de pequena precisa ter 20,0 m² com dimensão mínima = 4.0 m, já a sala cirúrgica média, de 25,0

m² com dimensão mínima = 4.7 m, finalizando, com a sala cirúrgica grande com 36.0 m² com dimensão mínima = 5.0m.

Dando continuidade a descrição mínima da estrutura física do bloco cirúrgico, a área de escovação (degermação cirúrgica dos braços) também necessita de certos cuidados sendo elas: 2 torneiras para cada sala cirúrgica com distância mínima de 1,0 metro entre elas.

Observando então que existe um dimensionamento para cada estrutura, assim a sala de guarda e preparo de anestésicos também possui dimensionamento mínimo de 4.0m² e o posto de enfermagem / prescrição médica dimensionamento mínimo de 6.0m². Contudo além da estrutura física assistência direta do bloco operatório ainda se faz necessário o esqueleto mínimo de áreas de apoio, sendo elas: Vestiário feminino e masculino; Conforto; Sala de material de limpeza, Sala para guarda os equipamentos, Sala de armazenamento de matérias esterilizado; Sala para depósitos de gases medicinais; Sala de expurgo e Elementos de apoio técnico-administrativo.

Assim toda estrutura física e de apoio ao CC deve ser projetada e planejada conforma a norma vigente, pois apenas dessa forma teremos a satisfação de atender as necessidades que aparecerem diariamente, bem como ter qualidade no processo assistencial, deixando mais uma vez claro que a SRPA é parte obrigatória não apenas da assistência, mas também da estrutura física.

APLICABILIDADE DA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Para dar sequencia a pesquisa e após dizer que dentro da exigência estrutural legislativa, a SRPA é obrigatória, se faz necessário dizer de que forma a enfermagem pode atuar neste setor, bem como podemos contribuir para a qualidade da recuperação do indivíduo.

Ao decorrer do tempo Ribeiro (2017) relata o enriquecimento da enfermagem em diversas áreas, assim o processo de Enfermagem é um instrumento onde o profissional age com humanização seguindo uma estrutura de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e

avaliação, visto que o mesmo está incluso a SAE (sistematização da assistência de enfermagem) que é uma metodologia de trabalho de caráter científico que proporciona ao enfermeiro o planejamento e a sistematização de suas ações, assim com ela sendo implantada a eficiência e a eficácia do trabalho é garantida.

A SAE por sua vez, dentro do bloco operatório recebe o nome de Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) aplicável ao paciente cirúrgico que segundo Oliveira (2014) é dividido em: visita pré-operatória de enfermagem; planejamento da assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação da assistência (visita pós-operatória de enfermagem) e reformulação da assistência a ser planejada.

Além da SAE, outra metodologia de trabalho é a linha de cuidado que segundo Werneck (2009) caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais, descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde e viabiliza a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial.

Assim no centro cirúrgico não é diferente a linha de cuidado segundo Perroud (2016) deverá ser de responsabilidade de multiprofissionais de vários níveis hierárquicos como médicos, enfermeiros, administradores, fisioterapeutas, farmacêuticos, auxiliares administrativos para que assim haja uma assistência qualitativa, centralizada, individualizada e de efeito positivo. Pois os profissionais traçaram indicadores de cuidados um exemplo é o tempo cirúrgico, reduzindo o período de internação, evitando infecção ao paciente que possa surgir e disponibilizando leitos para mais cirurgias.

Dessa forma fica estabelecido a forma com que o paciente cirúrgico será cuidado, levando sempre em consideração os tempos anestésicos cirúrgicos.

Para Gritten (2007) A visita pré-operatória de enfermagem consiste em garantir a individualidade e satisfação do cliente, para que o profissional conheça os seus traumas, suas emoções e suas necessidades físicas, contribuindo assim para melhorar o seu bem estar e a sua recuperação mais rápida, estabelecendo um importante relacionamento de confiança entre o enfermeiro e o cliente, assim

havendo a possibilidade do paciente se sentir seguro, respeitando seus valores, suas experiências e seus medos.

Silva (1997, p. 139-140) reforça que é no momento da visita pré-operatória no período pré-operatório imediato tem a finalidade logo na admissão do paciente a realização de exames físicos e laboratoriais, investigar antecedentes como alergias ou qualquer problema negativo para o ato anestésico, planejando assim a implementação da SAEP no período transoperatório.

Outro ato importante iniciado na visita pré-operatória é a integração da equipe multidisciplinar, pois nesse momento o médico anestesista faz também sua anamnese e orientações sobre a anestesia, juntos, enfermagem e anestesia são capazes de acalmar o paciente e diminuir seus medos, explicando o trajeto e as sensações do pós operatório que podem ocorrer como náuseas, lipotimia, sangramentos, dor, além de esclarecer as dúvidas da família como tempo anestésico cirúrgico e cuidados pós operatórios de modo geral.

Dando sequência na SAEP, Miranda (2016) reforça que no período transoperatório o enfermeiro, executa os cuidados prescritos ao paciente durante a visita pré-operatória, reconhecendo principalmente os fatores de risco ligados ao posicionamento cirúrgico.

Já Fonseca (2009) Destaca o início dos cuidados na SRPA, lembrando que neste momento se faz necessário uma nova avaliação do paciente, e uma nova prescrição de cuidados, que devem estar correlacionadas aos diagnósticos de enfermagem e utilização da escala Aldrete e kroulik.

Barreto (2009) descreve o papel assistencial com uma importância primordial, já que o enfermeiro e toda sua equipe devem ter habilidades técnicas e conhecimentos específicos para sala de SRPA do menor ao maior nível de complexidade dos procedimentos que serão realizados, assim sabendo lidar com as urgências e emergências que acontecerão para garantir a assistência adequada e de qualidade ao cliente, para a maior segurança e garantia dos profissionais multidisciplinar foram criados protocolos assistenciais, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós Anestésica, orienta como base a utilização da SAEP e a Escala de Aldrete e Kroulik na SRPA.

Em 1970 segundo (REIS et. Al., 2013) a escala de Aldrete e Kroulik foi criada para a avaliação pós-anestésica com o sistema numérico, para avaliar alguns parâmetros dos clientes e suas condições fisiológicas. Dessa maneira com o passar

do tempo e seus avanços, hoje é de suma importância sua utilização nas SRPA. Contudo só em 1995 segundo (SOUZA et al., 2019) houve a criação do IAK (Índice de Aldrete e Kroulik) para a avaliação motora, respiratória, circulatória, estado de consciência e saturação de oxigênio, devendo o paciente só receber alta quanto tivesse uma pontuação maior que 8, assim a equipe de enfermagem deveria obter o conhecimento necessário para a aplicabilidade do IAK na assistência do seu paciente.

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA									
Atividade Motora	Score	Respiração	Score	Consciência	Score	Circulação (P.A.)	Score	Saturação de O ₂	Score
Capaz de mover os 4 membros voluntariamente ou sob comando	2	Capaz de Respirar profundamente ou tossir livremente	2	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	±20% do nível pré-anestésico	2	Capaz de manter SatO ₂ >92% respirando em ar ambiente	2
Capaz de mover 2 membros voluntariamente ou sob comando	1	Dispnéia ou limitação da respiração	1	Desperta, se solicitado	1	±21% a 49% do nível pré-anestésico	1	Necessita de O ₂ para manter SatO ₂ >90%	1
Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	Apnéia	0	Não responde	0	±50% do nível pré-anestésico	0	SatO ₂ <90% com O ₂ suplementar	0

Fonte: <https://www.conahp.org.br/2015/assets/files/posteres/128.pdf>

A SOBECC (2017) reforça que esta monitorização é de suma importância não apenas para assistir o paciente na SRPA, mas também para embasar a enfermagem na liberação do mesmo desses cuidados intensivos aos quais são dispensados no pós-operatório imediato dentro do bloco operatório, para evitar complicações pós anestésicas. Pois, dessa forma o indivíduo operado está sob a juízo de um ambiente com rotinas específicas de cuidados críticos destinados aos pacientes que são submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos.

SÍNTESE DA DESASSISTÊNCIA

Levando em consideração todos os aspectos que descrevem o processo anestésico cirúrgico, no que tange a parte estrutural, legislativa e assistencial, não há possibilidade de discutir a não recuperação do paciente na Sala de Recuperação Pós Anestésica, porem neste capítulo sintetizaremos e reforçaremos mais alguns

itens da obrigatoriedade dessa sala, haja vista que nenhum artigo fora encontrado com menos de 10 anos de publicação elencando os malefícios dessa falta.

O primeiro reforçador diz que “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”. Podemos então reverberar que a não existência da SRPA faz com que o estabelecimento de saúde esteja ilegal quanto as resoluções.

Por se tratar de um ambiente multiprofissional, onde a responsabilidade do paciente se faz dividida entre anestesiológico e enfermagem, traz-se a citação do COFEN que diz que o trabalho profissional de Enfermagem integrante da equipe de saúde é fundamental nesta unidade em acordo com a complexidade dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos realizados, no que tange ao perioperatório. E, ainda nesta perspectiva as intercorrências inerentes ao processo de recuperação pós-anestésica, como problemas respiratórios, neurológicos entre outros. A comunicação, registros fidedignos e o controle/observação constante e condutas competentes adotadas previnem as complicações inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Neste sentido, a comunicação e a assistência efetiva favorecem a informação aos demais profissionais de saúde os quais em interdependência definem a alta do paciente da sala de recuperação anestésica.

Dessa forma, fica claro a obrigatoriedade da SRPA, bem como da equipe a qual deve ser composta para seu atendimento, a SOBECC ainda reforça bem como Preado et al (2019) a implantação da SRPA deve ser sistematizada, para que os pacientes tenham prioridade, segurança e qualidade individualizada, sempre com o objetivo de minimizar ou prevenir complicações e riscos inerentes ao processo anestésico cirúrgico.

Apenas a fim de exemplificar, Mattia (2010) relata que os pacientes de POI (Pós Operatório Imediato) podem apresentar diversas, tais como, hipoxia, hipercardia e dispneia, alterações cardiovasculares ou dos sistemas renais e neurológicos bem como dor, portanto a falta da SRPA pode gerar severas complicações ou até mesmo ao óbito do paciente, pois a anestesia causa alteração no equilíbrio hemodinâmico do indivíduo impactando de forma significativa sua recuperação/sobrevida.

CONCLUSÃO

Na revisão de literatura foi possível compreender e demonstrar o impacto da desassistência quando não há a SRPA as consequências para o paciente, os cuidados individualizados e possíveis complicações que podem ocorrer no pré e pós-cirúrgico, assim seja o enfermeiro deverá está apto para a solução da mesma.

Visto que o enfermeiro e de suma importância para a SRPA, ele deverá conhecer a escala de Aldrete e Kroulik e estuda-la pois através dela que será possível o paciente ganhará alta da SRPA, quando os sinais vitais estiverem estáveis e sua consciência recuperada.

O decreto federal nº 44045 de julho de 1958, relata a obrigatoriedade de um SRPA, então hipoteticamente a não criação da mesma nos estabelecimentos que tenha centro cirúrgico esteja sendo ilegal, Sendo assim justificado o descumprimento da legislação por não conhecer os benefícios e a real necessidade da SRPA.

REFERÊNCIAS

AMATO, Alexandre Campos Moraes. **Breve História da Cirurgia**. Ed. Clube de Autores, 2020.

BASTOS, Alana Queiroz et al. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá**, v. 12, n. 2, p. 382-390, 2013.

BARRETO, R. A. B. A. P. Conhecimento e promoção de assistência humanizada no centro cirúrgico. **Rev SOBECC**, v. 14, n. 1, p.42-50, 2009.

BIOJONE, Carlos Roberto. **Estrutura do centro cirúrgico da Policlínica Médica do CBMDF**: caracterização, planejamento e desafios. 2020. Disponível: <https://biblioteca.cbm.df.gov.br/jspui/bitstream/123456789/173/1/TC_Biojone__Monografia_CAEO.pdf>. Acesso em 21/abril/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde-ANVISA. RESOLUÇÃO-RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0307_14_11_2002.html.

_____. Resolução Nº 51, de 9 de agosto de 2018. Altera a Resolução CREMEC nº 44/2012, que define e regulamenta as atividades da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Disponível em <https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/38535945/do1-2018-08-28-resolucao-n-51-de-9-de-agosto-de-2018-38535641>._Acesso dia 21/ abril/ 2022

_____. A evolução da cirurgia. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).,2021. Disponível em: <https://cbc.org.br/o-cbc/a-historia/a-evolucao-da-cirurgia/>. Acesso em: 30mar. 2021.

_____. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer técnico nº 017/2021 COREN-SP. Sobre Aplicação da Escala ou Índice de Aldrete e Kroulik pela equipe de enfermagem. São Paulo: Coren-SP, 2021.Disponível em: https://portal.corensp.gov.br/wpcontent/uploads/2021/09/PARECER_017_2021_Escala-de-Aldrete-e-Kroulik.pdf. Acesso em: 01/06/2022.

_____. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174/2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>>. Acessado em 04/11/2022.

CASSIMIRO, Grasiene Cristine Lins; IÓRIO, Luiz Roberto Madureira. **CENTRO CIRÚRGICO**: uma abordagem sobre a sua estrutura física, rotina e a importância da manutenção nos equipamentos envolvidos. <<http://fatecbauru.edu.br/mtg/source/Centro%20cir%C3%BAArgico.pdf>>. acesso em 27/10/2022.

DE MATTIA, A. L. et al. **Diagnósticos de enfermagem nas complicações em sala de recuperação anestésica**. Enfermería Global, v. 18, 2010. Disponível em:

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=diagn%C3%B3sticos+de+enfermagem+nas+complica%C3%A7%C3%B5es+em+sala+de+recupera%C3%A7%C3%A3o+anestésica&btnG=Acessado em 10/11/2022.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 213-219, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MbZtTx43DzGsMFyz4RyMGC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso 21/04/2022

FEU, Regina Maria da Silva; MACIEL, Alexandrina Aparecida. A visita sistematizada de enfermagem pré e pós-operatória no atendimento das necessidades do paciente. **Rev SOBECC** 2008; 13 (2): 24-31. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/109/pdf>>. Acesso em 06/10/2022.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. **Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, p. 428-433, 2009. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/89/78>. Acesso em: 01/06/2022

FREIBERGER, Mônica Fernandes; MUDREY, Ericléa Schamber. **A Importância Da Visita Pré-Operatória para Sistematização Da Assistência De Enfermagem Perioperatória**. 2011.

GONÇALVES, Thiago Franco; DE MEDEIROS, Veronica Cecilia Calbo. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016. Disponível: <https://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2951/1/ERIC-%20TCC%20FINAL%20-%20ENFERMAGEM%20EM%20CENTRO%20CIRU%cc%81RGICO%20DESAFIOS%20ENCONTROS%20NA%20SAEP_assinado%20%281%29_assinado_assinado.pdf>. Acesso: 28/abril/2022

GUTIERRES, Larissa de Siqueira et al. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2775-2782, 2018.

GRITTEM L. **Sistematização Da Assistência Perioperatória: uma tecnologia de enfermagem** dissertação Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2007. <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLucianaGrittem.pdf>>. acesso em 02/11/2022.

MIRANDA, Amanda Braz et al. Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 1, p. 52-58, 2016. Disponível: <https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/42/17>. 21/abril/2022.

NASCIMENTO, Rômulo Egídio Rodrigues et al. CUIDADOS PÓS-ANÉSTESICOS: ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. RECISATEC-**REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA**-ISSN 2763-8405, v. 2, n. 2, p. e2289-e2289, 2022

NUNES, Fiana Chagas. Oxigenoterapia relacionada à Escala de Aldrete e Kroulik e sinais vitais em pacientes em período de recuperação anestésica: ensaio clínico randomizado. **Rev. SOBECC**. 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882689/sobecc-v23n1_pt_21-27.pdf acesso em 06/10/2022

OLIVEIRA, Marly Maria; MENDONÇA, Katiane Martins. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Sobecc**, v. 19, n. 3, p. 164-172, 2014. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20180602150519id_/http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/sobecc.2014.025>. Acesso dia 01/ junho/ 2022

PEREIRA, Emanuela Batista Ferreira et al. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos. **Rev. SOBECC**, p. 21-27, 2018. Disponível em: <<http://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1171/1203>>. Acesso em 06/10/2022.

Possari, Joao Francisco. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão** / Joao Francisco Possari. 5. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

PREARO, Marina; FONTES, Cassiana Mendes Bertencello. sistematização da assistência de enfermagem na sala de recuperação pósanestésica: **revisão integrativa**. Enfermagem em Foco, v. 10, n. 7, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2470/562> Acessado em 10/11/2022

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva, v. 18, n.7, p. 2029-2036, 2013

RIBEIRO, Elaine; FERRAZ, Keny Michelly Camargos; DURAN, Erika Christiane Marocco. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Rev SOBECC**, v. 22, n. 4, p. 201-7, 2017. disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876627/sobecc-v22n4_pt_201-207.pdf.. Acesso dia 01/ junho/ 2022

SANTO, Ilana Maria Brasil Espírito; et al. Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 25, p. e559-e559, 2019. Disponível: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/559/474> acesso: 21/abril/2022.

SANTO, Ilana Maria Brasil Santo; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da aplicabilidade no processo de cuidar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. e2945-e2945, 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9018/5003>>.

Acesso dia 01/ junho/ 2022

SOUZA, C.F.Q.; FÉLIX, L.K.C.L.; SILVA, K.R.A.; MOURA, L.R.; ALMEIDA, M.E.P.; NÓBREGA, L.P.O.; MENDES, L.G.C. Uso do índice de Aldrete e Kroulik na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão sistemática. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 4, n. 1, jan./jun.2019

SILVA, M.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. São Paulo: EPU; 1997, ed. 2, p. 129-158.

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5581341/mod_resource/content/1/Livro%20Enfermagem%20em%20Centro%20Cir%C3%BArgico%20e%20Recupera%C3%A7%C3%A3o.pdf>. acesso em: 27/10/2022.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa et al . Ensino de enfermagem em centro cirúrgico: transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP (Brasil). **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1268-1273, Oct. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/99Txs895M5stTtXHPDYDPyG/abstract/?lang=pt>. Acesso dia 21/abril/2022.

VALE, Nilton; SOUSA, Norma Barbosa. Assepsia e Antissepsia na Raquianestesia: Aspectos Históricos. **Revista potiguar de anesthesiologia**, v. 59056, p. 94.

Disponível: <https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Vale-4/publication/332228884_Plantao_Noturno_e_determinante_da_Insonia_Cronica_do_Anestesiologista__Abordagem_Cronobiologica/links/5ca74db1a6fdcca26dff61a1/Plantao-Noturno-e-determinante-da-Insonia-Cronica-do-Anestesiologista-Abordagem-Cronobiologica.pdf#page=95>.

Acesso dia 21 abril. 2022.

Volquind D, Fellini RT, Schnor OH, Flores RPG, Londero BB. Influência da escala de Aldrete e Kroulik nas estratégias de gestão da sala de recuperação pós-anestésica. **Rev Adm Hosp** [Internet]. 2014. Disponível

em:<<http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v11i1.1987>>.

Acesso em 06/10/2022.

ANEXO: Relatório de verificação de plágio



DISCENTE: Regialisson Souza Santos

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 14.11.2022

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **5,17%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠️

Suspeitas confirmadas: **5,04%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠️

Texto analisado: **96,04%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.8.5
segunda-feira, 14 de novembro de 2022 18:33

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho do discente **REGIALISSON SOUZA SANTOS**, n. de matrícula **22049**, do curso de Enfermagem, foi aprovado na verificação de plágio, com percentagem conferida em 5,17%. Devendo o aluno fazer as correções necessárias.

Assinado digitalmente por: Herta Maria
de Açuena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio
Ambiente - FAEMA

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA