

REQUISITOS MÍNIMOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NELA PRESTADA

*Estela Regina Ferraz **

FERRAZ, E. R. Requisitos mínimos para a organização da sala de recuperação pós-anestésica e a assistência de enfermagem nela prestada. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14(2):123-131, 1980.

O presente artigo aborda os requisitos mínimos para a organização da sala de recuperação pós-anestésica quanto a conceito, ambiente, trabalho em equipe, seleção dos pacientes e alta e descreve os cuidados de enfermagem nela prestada.

CONCEITO

A sala de recuperação pós-anestésica é o local onde o paciente permanece até que haja a recuperação da consciência, a normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, a fim de prevenir as intercorrências do período pós-anestésico e atender prontamente às mesmas.

Deve-se ressaltar a diferença existente entre recuperação anestésica e recuperação operatória; a primeira é a volta da consciência, sendo mais breve que a segunda que é a volta às condições orgânicas normais, estendendo-se, portanto, por mais tempo⁵.

Em muitos hospitais há associação dos dois setores: recuperação pós-anestésica e unidade de terapia intensiva, pois, assim, há diminuição da duplicação de material e do número de pessoal lotado. Por outro lado, NERO⁶ cita que "em muitos hospitais promovem tanto a vigilância de recém-operado bem como o tratamento intensivo e especializado de qualquer paciente seriamente enfermo, e freqüentemente não têm as facilidades para arcar com a dupla carga".

AMBIENTE

Localização

A sala de recuperação pós-anestésica deve estar próxima ao centro cirúrgico, pois assim há, segundo FRAGOSO²:

a) diminuição dos distúrbios circulatórios provocados pelos transportes dos pacientes (uma pequena distância a percorrer diminui a possibilidade de complicações);

b) facilidade de acesso para cirurgiões e anestesistas principalmente numa situação de emergência.

* Auxiliar de Ensino da disciplina *Enfermagem em Centro Cirúrgico* da EEU SP.

Planta física

- a) forma retangular ou redonda, permitindo a observação constante dos pacientes, tanto a um individuo como a vários;
- b) piso e paredes laváveis, para facilitar a limpeza;
- c) iluminação que permita boa visualização, sem sombras ou mudança de cor, para permitir a observação de presença de palidez e cianose;
- d) ambiente calmo e agradável, sem ruídos desnecessários, para proporcionar bem-estar ao paciente. Os pacientes ali admitidos estão recuperando a sua consciência e o primeiro sentido a se normalizar é a audição.
- e) temperatura adequada para possibilitar o aquecimento do paciente e o bem-estar ao paciente. Os pacientes ali admitidos estão recuperando a sua consciência a temperatura corpórea dos pacientes diminui durante o ato anestésico-cirúrgico e esta queda tem relação com a temperatura ambiente e o tipo e a duração da cirurgia;
- f) portas amplas, que possibilitem a entrada de macas e camas;
- g) facilidade de locomoção de funcionários, para o pronto atendimento de urgências;
- h) instalações hidráulicas que forneçam água quente e fria e escoamento adequado de esgoto;
- i) instalação elétrica com tomadas devidamente isoladas, para 110 e 220v, que permita a utilização de aparelhos como o raio X e aspiradores, monitores, respiradores, e um negatoscópio para uso conforme a necessidade;
- j) sistema de vácuo e oxigênio centralizados;
- l) sistema de comunicação adequado, principalmente para avisar emergências que possam ocorrer; verifica-se, em alguns hospitais, o uso de sinalização luminosa, interfones e mais modernamente o uso de "Ring-master".

Área

A área variará de acordo com:

- número de sala de operações;
- número, tipo e duração média de cirurgia;
- tipo de anestesia;
- critérios utilizados para a admissão e a alta dos pacientes nessas unidades.

O cálculo do número de leitos é feito na proporção de um leito para cada sala de operação e mais 25%. Por exemplo, um hospital com uma a quatro salas de operações necessita, geralmente, de uma cama de recuperação para cada sala cirúrgica mais uma perfazendo um total de cinco; hospitais com cinco a

oito salas cirúrgicas deverão ter uma para cada sala e mais duas, num total de dez².

Para KINNEY, citado por NERO⁶, “a área de cada leito, em uma sala grande, aberta, deve ser de 21,5 a 30,5 m²; de 30,5 a 40 m² em cubículos com parede, e de 40 a 55 m² em salas separadas.”

Elementos da unidade

1. Área de estocagem: local com espaço suficiente para possibilitar distribuição racional do material e equipamento necessários.

2. Sala de utilidades: para despejo de material e limpeza dos utensílios, de modo a diminuir a possibilidade de infecção.

3. Área de preparo de medicação: geralmente é um balcão, onde ficam guardados os medicamentos. Deve estar localizado de tal modo que permita a vista dos pacientes.

4. Área para visitas: geralmente é conjunta com a sala de espera do centro cirúrgico; deve ter condições mínimas de conforto para as visitas ali permanecerem e receberem informações periódicas.

Material e equipamento

Devem ser dispostos de forma sistemática, racional e de fácil acesso pois, o período pós-anestésico imediato é uma fase de transição e há possibilidade de ocorrerem emergências. Podemos dividir em:

1. Material necessário para atendimento de urgências:

a) carro de emergência contendo material para intubação endotraqueal e drogas utilizadas nessa situação;

b) respiradores artificiais (nem sempre existem, pois pacientes que necessitam de respiração artificial são encaminhados à unidade de terapia intensiva);

c) monitores cardíacos, desfibrilador cardíaco;

d) equipamento relacionado com a aspiração de secreção, oxigenoterapia, infusões venosas, acessórios e conexões necessários, tais como extensões de borracha; material de curativo e de traqueostomia.

2. Material e equipamento que deve existir no leito do paciente: esfigmomanômetro, estetoscópio, saída do sistema centralizado de vácuo e oxigênio, tomadas de 110v, termômetro, suportes para frascos coletores e para soro e sangue, extensões de borracha, sondas de aspiração, cateter de oxigênio, seringas e agulhas, coletores, equipos para soro e sangue.

3. Material de consumo: tanto o descartável como equipos, seringas, agulhas, agudas intracardíacas; cateteres; coletores; sondas; assim como material de uso geral como detergentes, material de limpeza, luvas esterilizadas, gases, medicação, coxins, talas para fixação do membro que está recebendo infusão, fita

crepe. Há, ainda necessidade de material de escritório como papel, requisições, relatórios.

O leito deve ser uma cama com grades, para evitar a queda do paciente, com possibilidade de movimentação (para Fowler, Trendelemburg) e com rodas. Deve ser de fácil acesso à cabeceira para facilitar o atendimento a parada cárdio-respiratória.

TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho na sala de recuperação pós-anestésica deve ser feito em equipe, sendo coordenadas as atividades para possibilitar uma assistência harmônica e sincronizada. Para tanto, devem existir um médio-anestésista de plantão na unidade, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e atendentes (principalmente para a manutenção do ambiente limpo, a limpeza de material e o encaminhamento de requisições e exames).

A enfermeira deve ser especializada na área, com conhecimento científico e prático das situações de emergência que possam ocorrer. Ela é a líder da equipe e, de acordo com SMITH & GERMAIN ⁹, a responsável por:

- 1) assegurar a permeabilidade de vias aéreas e ventilação pulmonar adequada;
- 2) ajudar a manter a circulação do paciente adequadamente;
- 3) prevenir o choque e tratar dele, se ocorrer;
- 4) colocar o paciente em posição adequada de acordo com o tipo de cirurgia, drenagens, infusões endovenosas;
- 5) tranquilizar o paciente, orientando-o no tempo e espaço à medida que vai recobrando a consciência;
- 6) aliviar a dor;
- 7) informar à família e amigos do paciente o que está ocorrendo.

Entretanto, são poucas as enfermeiras em sala de recuperação pós-anestésica; geralmente estas funções são delegadas aos auxiliares de enfermagem, ficando as enfermeiras mais diretamente ligadas ao centro cirúrgico, área que a requisita mais. Assim, nos hospitais mais privilegiados, o técnico de enfermagem "assume a chefia" prestando a assistência de enfermagem direta ao paciente.

SELEÇÃO DOS PACIENTES A SEREM ADMITIDOS NA UNIDADE

Para FRAGOSO ², o critério de seleção dos doentes deve ser determinado em reuniões entre médicos e enfermeiras, e levando-se em consideração: tipo e extensão da operação e da anestesia; condição pós-anestésica e operatória do paciente; necessidade de maior ou menor assistência a ser dispensada.

MORAES ⁴ e MACHADO ⁵ estabelecem critérios de admissão na sala de recuperação pós-anestésica de todos os pacientes que :

- a) receberam anestesia geral;

- b) tiveram períodos de hipotensão;
- c) tiveram grandes hemorragias, ou que estejam na iminência de tê-las novamente;
- d) sofreram acidente grave no ato operatório;
- e) foram submetidos a operações demoradas;
- f) outros, que exigem cuidados pós-operatórios imediatos e intensos.

Todas as atividades nesta unidade de cuidado crítico devem ser norteadas por um regimento e pelo manual e procedimentos que assegurem funcionamento adequado. É necessário, então, que estes instrumentos administrativos sejam do conhecimento de todos e sejam acessíveis a qualquer momento.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

A assistência de enfermagem deve ser centrada na pessoa do paciente, sendo ele considerado como um indivíduo dependente da enfermagem devido ao seu estado de inconsciência ou de semi-consciência. Ele merece um atendimento adequado de suas necessidades básicas afetadas, e a prevenção de complicações que, porventura, possam ocorrer. Em alguns hospitais há rotinas pré-estabelecidas, mas deve existir sempre a individualização do paciente e não o tratamento de um “caso cirúrgico”.

O cuidado de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica inicia-se na admissão do paciente e, se houver possibilidade, a enfermeira dessa unidade deverá visitar o paciente no pré-operatório e explicar-lhe o que irá acontecer naquele local estranho para ele. Seria, então, uma oportunidade de conhecer o paciente e delinear um plano individualizado de cuidados. A visita pré-operatória das enfermeiras de centro cirúrgico já sofre obstáculos, estes serão maiores ainda para a enfermeira de sala de recuperação. Se houver comunicação efetiva, por escrito, da unidade de internação para o centro cirúrgico, da sala de operação para a sala de recuperação e desta para a unidade de origem, é possível que sejam diminuídos os problemas decorrentes de informações incorretas ou até da inexistência desses detalhes, que hoje se verificam.

Para prestar cuidado de enfermagem no período pós-anestésico é necessário que a enfermeira receba comunicação sobre o transoperatório, quanto a:

- condição geral do paciente (tanto físico como emocional, incluído-se aqui o nível de ansiedade em que o paciente foi admitido na sala de operação);
- tipo de cirurgia realizada;
- tipo de anestesia realizada;
- problema ou complicação ocorrida nesse período;
- posição do paciente durante o ato cirúrgico;
- local da placa do histuri elétrico;
- local de curativos, sondas, drenos;

- medicações recebidas;
- considerações sobre o pós-operatório.

Além disso, há necessidade de informações da unidade de origem tais como transtornos ortopédicos, problemas nos órgãos dos sentidos, problemas físicos não diretamente relacionados ao problema cirúrgico. Estes dados devem ser sistematizados e escritos numa ficha, que facilitaria o acesso às informações, como exemplifica JOUCLAS³ em sua ficha pré-operatória.

Na admissão, a enfermeira deve após colocar o paciente em posição adequada, observar e anotar os seguintes aspectos:

1. permeabilidade de vias aéreas e se há presença de cânula de Guedel que impeça o deslocamento da língua para obstruir a orofaringe;
2. nível de consciência: responde a estímulos tácteis ou dolorosos? responde a comandos verbais simples?; há movimentos voluntários?
3. sinais vitais, comparando-os aos dados do pré-operatório;
4. coloração da pele: presença ou não de cianose de extremidade e peribial;
5. condições do curativo: presença ou não de sangramento, de secreção;
6. presença de tubulações e drenagens: devem permanecer abertos ou fechados? com aspiração contínua ou não?
7. presença de infusão endovenosa: local de inserção do cateter; verificar tipo e quantidade de solução que está sendo administrada.

Os cuidados de enfermagem ao paciente no período pós-anestésico devem ser prestados visando a segurança, o conforto e o bem-estar do paciente. Para tanto, há áreas em que se devem prestar maiores cuidados a seguir descritos.

1. Função cardiovascular e perfusão tissular

Para observação constante da função cardíaca e, como consequência da perfusão tissular, é necessária a monitorização de sinais vitais (pressão arterial, pulso e respiração) cuja finalidade é facilitar a avaliação das condições do paciente. Podem, assim, ser prevenidas complicações como: insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca e choque. A avaliação dos parâmetros obtidos não deve ser feita isoladamente; estes devem ser comparados com os dados pré-operatórios, associados com a condição anestésica a que o paciente foi submetido e com o estudo da condição física geral do paciente.

Há também necessidade de se manter o balanço hídrico e eletrolítico dos pacientes, principalmente aqueles com história pré-cirúrgica de complicações cardiovasculares. Para tanto, há o controle das infusões e dos líquidos eliminados, seja por vômito, diurese, drenagens ou perdas, como sudorese intensa.

A observação das características do curativo e da secreção drenada é importante, pois uma grande perda sanguínea já é sinal de hemorragia.

2. *Função respiratória*

Devido à agressão da anestesia há possibilidade do paciente ter dificuldade respiratória, problema este que aumenta se houver incisão abdominal. Pode existir obstrução brônquica devido ao acúmulo de muco (“rolha”); dificuldade de manutenção do movimento respiratório por diminuição do movimento muscular ou por laringoespasma. A dificuldade respiratória repercutirá tanto na homeostase corporal como também no conforto do paciente, pois pode provocar agitação e levar ao aumento da dor.

O decúbito do paciente é importante; sempre que possível, é preciso mantê-lo em posição lateral; caso isto não seja possível colocá-lo em posição dorsal, com a cabeça voltada para um dos lados, a fim de facilitar a drenagem de secreção da boca e orofaringe.

A administração de oxigênio umidificado, quando necessária, pode ser feita por meio de máscaras ou catéteres.

3. *Função de homeostase*

O desequilíbrio hidroeletrólítico no pós-anestésico pode acarretar problemas como: retenção de escórias metabólicas, problemas cardíacos e neurológicos, “hiper ou hipo” hidratação.

Para superar o problema de homeostase, há necessidade da enfermeira estar atenta ao balanço hídrico (volume de entrada e saída) e administrar as infusões prescritas, verificando dosagem e quantidade.

O desequilíbrio hidroeletrólítico influencia diretamente a função renal, seja pelo volume de sangue que atinge o glomérulo renal para ser filtrado, seja pela quantidade de eletrólitos que ali são filtrados. Além disso, a função renal é influenciada por outros fatores tais como: efeitos anestésicos, dor, medo e tensão emocional, colocação de catéteres.

4. *Conforto, higiene e alívio da dor*

Para o paciente que já foi submetido ao estresse da cirurgia, é necessário, no pós-anestésico, mantê-lo em ambiente confortável e aquecido, pois, como demonstrou SALZANO⁸, os pacientes no pós-operatório apresentam hipotermia.

A enfermeira deve promover a higiene corporal do paciente, verificar o local de inserção de sondas e drenos, principalmente sonda naso-gástrica, e certificar-se se é necessário mantê-la aberta ou fechada; verificar e anotar as características e quantidade das secreções drenadas; se, durante a cirurgia, foi utilizado o bisturi elétrico, verificar o local onde foi colocada a placa, assim como, sinais de queimadura conseqüentes ao inadequado isolamento do paciente durante a utilização desse equipamento.

Devido à manipulação cirúrgica, a palidez é um sintoma esperado, que pode ser agravado pela falta de preparo psicológico no pré-operatório, tensão emocional, estresse, má posição durante a cirurgia (CASTELLANOS & FERRAZ¹). Sempre que necessário, a enfermeira administra a medicação prescrita, mas pre-

cisa verificar o nível de consciência e a resposta fisiológica à droga, para tentar diminuir a possibilidade de depressão de reflexos e movimentos respiratórios. A enfermeira deve colocar o paciente em posição confortável, desde que a mudança de decúbito não seja contra-indicada tanto pelo tipo de cirurgia, como pela instabilidade dos sinais vitais.

Outra responsabilidade de enfermeira é observar as condições do curativo: tipo de secreção, condições locais de aderência, se está impossibilitando movimentos, principalmente torácicos, o que influenciará na respiração; como consequência, o paciente se apresentará agitado, o que aumenta seu desconforto no pós-anestésico.

O paciente poderá apresentar desconforto gastro-intestinal (náuseas e vômitos), o que acarretará distúrbio hidro-eletrolítico, desconforto físico e aumento do estresse.

ALTA DO PACIENTE

Em alguns hospitais, a alta do paciente da sala de recuperação pós-anestésica é dada pelo médico-anestésista, logo que os sinais vitais estiverem estáveis. Entretanto, para aumentar a segurança do paciente não se devem considerar unicamente estes parâmetros.

Como preconiza POSSO⁷, deveria existir um instrumento para o controle das condições dos pacientes nas salas de recuperação pós-anestésica, que possibilitasse determinar o tempo de permanência dos pacientes para que não fosse exageradamente curto ou longo, além da observação sistematizada de sinais vitais, curativo, mobilidade, nível de consciência, comportamento, coloração de mucosas e extremidades. Seria então, uma "avaliação racionalizada das condições físicas dos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica, podendo ser adotado de forma sistematizada".

Para a continuidade da assistência de enfermagem prestada nesse período, é necessário conhecimento do relatório das informações do período transoperatório, com anotações completas, e também dos cuidados de enfermagem prestados no período pós-anestésico.

Para atender adequadamente às necessidades do paciente é necessário ter-se em mente ser ele um indivíduo que está em instabilidade tanto física como emocional e que necessita de vigilância constante. O papel do enfermeiro é de vital importância para a assistência de enfermagem ao paciente durante este período.

FERRAZ, E. R. Minimal requirements for the organization of the recovery room and nursing care due to its patients. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14(2):123-131, 1980.

This article describes the minimal requirements for the organization of a recovery room, focusing concept, environment, team work, selection of patients and their discharge, as well as the nursing care given to them.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTELLANOS, B. E. P. & FERRAZ, E. R. Posição do paciente cirúrgico e implicações na assistência de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14(1): 73-82, abr. 1980.
2. FRAGOSO, E. B. Centro de recuperação — organização e equipamento. *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 18(4): 43-6, abr. 1970.
3. JOUCLAS, V. M. G. Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de enfermagem no transoperatório. São Paulo, 1977. (Dissertação de mestrado — Escola de Enfermagem da USP).
4. MORAES, I. N. Padrões mínimos para centro de recuperação. *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 11(4): 13-5, abr. 1963.
5. MACHADO, O. Anestesia. *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 18(11): 28-34, nov. 1970.
6. NERO, R. R. D. Salas de recuperação (S.R.). *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 26(4): 170-5, abr. 1976.
7. POSSO, M. B. S. Avaliação das condições dos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 9(3): 9-23, dez. 1975.
8. SALZANO, S. D. T. Estudo da variação de temperatura corpórea no paciente anestésico-cirúrgico. São Paulo, 1972. (Tese de doutoramento — Escola de Enfermagem da USP).
9. SMITH, D. W. & GERMAIN, C. P. H. *Enfermeria medicoquirúrgica*. México, Interamericana, 1978. p. 193-5.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- CUNHA, A. M. P. Análise da rotina de verificação dos sinais vitais no pós-operatório imediato, em um centro de recuperação anestésico. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 3(2): 114-20, mar./abr. 1977.
- GOMES, M. T. & FARIAS, V. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. *Enfoque*, São Paulo, 5(1): 4-5, dez. 1976.
- GOMES, A. M. et alii. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1978.
- PARADIS, C. P. Nursing in the recovery room. *JORN J.*, Denver, 18(6): 1117-32, Dec. 1973.
- SMITH, B. J. After anaesthesia. *Nursing*, Jenkintown, 4(2): 28-32, Dec. 1974.