

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE), NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

SILVA, Ana Paula Borge¹
SILVA, Cleuni Aparecida²
SANTOS, Margarete S. Fanhani³

RESUMO

Objetivo: Realizar levantamento e proporcionar o estudo, a discussão, o desenvolvimento teórico-prático do protocolo de Escala de Aldrete e Kroulik no cenário da assistência à saúde, e capacitar os profissionais técnicos para o crescimento técnico e prático humanístico na assistência, no pós-operatório imediato, no restabelecimento dos reflexos protetores presentes e a estabilidade dos sinais vitais, prestando assistência das eventuais complicações que podem ocorrer, cardiovasculares, distúrbios pulmonares e renais, hemorragias, trombo, hipotermia, dor, entre outras. Método: Estudo desenvolvido com abordagem quali-quantitativa do tipo exploratória, descritiva, realizado em um Hospital de Oncologia (CEONC), para adultos de uma instituição Particular, no Município de Cascavel-PR, sendo a coleta de dados por meio da aplicação de um questionário, direcionado para a equipe de saúde no período de agosto a setembro de 2015. Foram coletados e analisados os dados referentes a aplicabilidade e resolutividade do protocolo de Escala de Aldrete e Kroulik no cenário da assistência, em pacientes na Sala de Recuperação pós anestésico (SRPA). Resultado: A pesquisa demonstra que a maioria dos profissionais, 99% dos entrevistados, usam com frequência a escala de Aldrete e Kroulik e 74% disseram que deve sim ter uma educação continua para aplicação da escala. Conclusão: Em vista desses resultados obtidos, pode-se aplicar o índice de Aldrete a fim de estabelecer critério de alta da Sala de Recuperação pós-anestésica (SRPA).

PALAVRAS-CHAVE: Escala de Aldrete e Kroulik, Período de Recuperação pós-anestésica, Assistência da Enfermagem, recuperação pós anestésica, intercorrências pós anestesia.

THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE (SAE), AT RECOVERY POST ANESTHESIA.

ABSTRACT

Objective: Accomplish survey and providing the study, the discussion, the development Theoretical and practical of protocol of Scale of Aldrete e Kroulik in the scenario assistance the health and empower technical professionals for technical growth and practical humanistic in assistance, postoperatively immediate, in restoration of reflexes protectors present and stability of Vital Signs, render assistance of possible complications that can occur, cardiovascular, disorders pulmonary and renal, hemorrhage, thrombus, hypothermia, ache, among others. Method: developed study with approach Quali-quantitative the type exploratory, descriptive, held in one Oncology Hospital (CEONC), to adult a private institution, in the city to Cascavel-PR. Gathering the data through of application a questionnaire, directed for the health team in the period of August-September 2015. Were collected and analyzed the data related the applicability and resoluteness of protocol of Scale of Aldrete e Kroulik in the scenario the assistance in patients in the Recovery Room post anesthetic (RRPA). Result: The search demonstrates that most the professionals 99% of respondents, use frequently the scale of Aldrete e Kroulik and 74% spoke it should get an education continues to Scale application. Conclusion: In view these results obtained, can apply the index of Aldrete to establish criterion High Recovery Room post anesthetic (RRPA).

KEYWORDS: Scale of Aldrete e Kroulik, period of Recovery post anesthetic, Nursing assistance, recovery post anesthesia, complications post anesthesia.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Débora Cristina Silva Popov; Aparecida de Cássia Giani Peniche (2009), a equipe multiprofissional atuante neste período tem como objetivo oferecer suporte ao paciente no período de recuperação da anestesia, até que haja estabilidade cardiorrespiratória e recuperação da consciência; prevenir ou tratar possíveis complicações; estabelecer medidas para aliviar a dor pós-operatória. Compõe esta equipe o anestesiologista, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem. Compete ao enfermeiro prestar assistência segura, racional e individualizada, dando suporte ao paciente durante seu retorno ao estado fisiológico normal após anestesia. A intervenção de enfermagem deve ter como enfoque principal a segurança do paciente, para tanto, é necessário que haja um número de enfermeiros suficientes. Para o dimensionamento de recursos humanos, se propõe um cálculo proporcional do número de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes na SRPA. No Brasil, o modelo de cálculo de pessoal de enfermagem é fundamentado no número de leitos de SRPA, sendo: um enfermeiro para cinco leitos, um técnico de enfermagem para três leitos, e um auxiliar de enfermagem para cinco leitos. Uma das finalidades desta proporção é oferecer uma intervenção de enfermagem individualizada, pelo grau de dependência em que se encontra o paciente, ou seja, compatível com as alterações e as necessidades básicas afetadas.

Atualmente Recuperação pós anestésica é um dos fatores que ganha relevância, para a assistência de enfermagem, visto que o cuidado nesse período é de extrema necessidade para a reabilitação do paciente.

Este estudo tem como finalidade a sistematização da assistência de enfermagem, visando identificar complicações que podem acontecer durante a recuperação do paciente submetido a anestesia, na SRPA, bem como identificar os tipos de complicações mais frequentes neste período de recuperação, relacionar quais os cuidados

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem na Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: ana_pauladesigner@hotmail.com

² Acadêmica do curso de Enfermagem na Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: enfcleuni@hotmail.com

³ Professor orientador, docente do Curso de Enfermagem na Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: margaretesimone@fag.edu.br

específicos a cada situação de emergência, as intervenções de enfermagem, embasar a assistência de enfermagem no cuidado dispensado ao paciente em SRPA.

Proporcionar junto com a escala Aldrete e Kroulik, subsídios para ampliar o auxílio para parâmetros assistência ao restabelecimento da saúde.

Segundo Picoli (2004), durante muito tempo já se vê a grande preocupação com a segurança do paciente que surgiu antes da descoberta da anestesia que foi na década de 1840, em Boston, a sala de recuperação surgiu em 1801 na cidade de Newcastle onde ficava uma sala ao lado em que era realizada as cirurgias. Neste local os pacientes eram observados e esperavam até serem avaliados e liberados para a enfermaria.

Conforme mesmo autor, sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), é o local destinado para o restabelecimento da saúde do paciente em pós-operatório imediato, submetidos a anestesia, geral, raque e peridural, onde são prestados cuidados para o restabelecimento, dos reflexos protetores, presentes e a estabilidade dos sinais vitais. Para prestar uma boa assistência é necessária uma equipe, capacitada em recursos técnicos e humanos as primeiras horas do pós-operatório e exigem que a equipe da saúde, tenha uma atenção, redobrada pós o paciente pode apresentar alguns tipos de complicações, como exemplo cardiovasculares, distúrbios pulmonares renais, hemorragias, trombo, hipotermia, dor entre outros.

Investigar a aplicabilidade da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), a fim de obter subsídios que possam contemplar a escala Aldrete e Kroulik, bem como o auxílio para parâmetros assistência ao restabelecimento da saúde.

Identificar os tipos de complicações mais frequentes neste período de recuperação, relacionar quais os cuidados específicos a cada situação de emergência relacionando as intervenções de enfermagem.

Embasar a assistência de enfermagem no cuidado dispensado ao paciente em Sala de Recuperação Pós Anestésica SRPA.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTORICA DO HOSPITAL E HOSPITALIDADE

Segundo Moraes (2004), no início da era crista, a palavra hospitalis, originaria do latin, que significa ser hospitaleiro, que poderia também ser derivado de hospes (hospedes) e daí dar a origem a palavra atual hospital. Na época, havia a relação e a concepção de hospital como sendo um nosocomium, local de doentes, asilo de velhos e enfermos ou mesmo de pessoas desequilibradas. Entre os tipos de local identificado para pessoas necessitadas encontramos a palavra hospitum, da qual derivou hospício, estabelecimentos que abrigavam permanentemente pessoas pobres e enfermos incuráveis com sua sanidade irremediavelmente comprometida.

Ainda para mesmo autor. O surgimento das primeiras instituições hospitalares foi com o Budismo com característica de hospital: local destinado ao tratamento de pessoas doentes. Sidartha Gautama (563-483 a. C) é o verdadeiro nome de Buda; nasceu no Nepal, proveniente de uma família nobre. Foi criado como príncipe confinado em um palácio; na fase adulta, ficou chocado quando tomou consciência acerca das doenças, da velhice, e da morte, ao querer descobrir uma explicação para o sofrimento humano. Crio o budismo conhecido no mundo todo; segundo vários historiadores, crio, em sua época, vários hospitais, instituindo para cada dezena de cidade agraciada com hospitais, um médico com a formação completa conhecida e praticada naquele tempo. O Japão, influenciado pela medicina chinesa, constrói o hospital mais antigo de que se tem registro, criado em 758 d.C., pela imperatriz Komyo.

Conforme MORAES,2004, juntamente com o aparecimento de vários hospitais, conforme muitos autores, anexados a mosteiros budistas, no Ceilão e em diversos lugares, e em diversos lugares, aparecem as primeiras referências a enfermeiros, que, em sua maioria, eram estudantes de medicina, e deveriam ter: "Asseio, habilidade, inteligência, conhecimento da arte culinária e de preparo de medicamento. Moralmente deveriam ser puros, dedicados, cooperadores"(MORAES, 2004).

Hospitalidade ação ou efeito de hospedar, hospedagem característica da pessoa hospitaleira qualidade do local em que há boa acolhida, maneira de tratar que expressa gentileza e amabilidade, nos primórdios da história da humanidade, os doentes, pobres, órfãos, loucos e pessoas necessitadas dispunham de um local específico para tratamento ou acolhimento, pelo menos notícias e relatos não identificam com certeza a existência desses locais com a finalidade de atendimento, como os hospitais modernos. (MORAES, 2004).

Quando se fala em hospedagem, é necessário falar em hospitalidade, que é uma palavra originaria do latin hospitalitate pois nenhuma entidade que deseja hospedar poderá fazê-lo sem que aja hospitalidade; os hospitais na sua nova concepção de praticar uma administração voltada para o bem-estar do paciente, estão empenhados em hospedar antes de internar pessoas. (PAIXÃO, 1960, p.13)

2.2.1 História de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Segundo Padilha (2011), Florence Nightingale foi a personagem marcante na história da saúde e da enfermagem no mundo ocidental, nascida 12 de maio 1820 em Florence na Itália. Falava em diversas línguas estudou artes, matemática, filosofia, história políticas, e economia.

Conforme Padilha (2011), a principal contribuição deixada para a enfermagem, no entanto foi sua atuação após o término da guerra da Criméia. Nessa época, ela poderia ter ocupado qualquer cargo ou ter se aposentado, mais preferiu usar sua influência e promovendo programas educativos e campanhas, e criando também a primeira escola de enfermagem nos moldes da enfermagem moderna.

Existe um vínculo de seu trabalho, suas pesquisas anotações e suas habilidades pessoais com a influência política e econômica de sua família. Em 1854, é deflagrada a guerra da Criméia onde Florence participou no cuidado dos enfermos e feridos, os barcos vieram lotados, conferidos, doentes, moribundos soldados com várias amputações, com disenteria e cólera. A mortalidade durante o percurso era muito alta Nightingale e sua equipe foram encarregados de cuidar de mais de 1,5 mil feridos internados no hospital em Scutari (OGUSSO, 2004, p. 135).

Conforme Padilha (2011), ao retornar da guerra Nihtingale se tornara uma figura popular nacionalmente seu nome era sinônimo de doçura e eficiência e heroísmo. O trabalho que realizara durante a guerra teve um impacto muito maior do que simplesmente reorganizar a enfermagem e salvar vidas. Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1959. Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas.

Para mesmo autor, o curso de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos. Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre em 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem.

Apesar das dificuldades que as pioneiras da Enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas se espalharam pelo mundo, a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos a primeira Escola foi criada em 1873. Em 1877 as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços a domicílio em New York. As escolas deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale. (PATILHA, 2011, p. 10).

Segundo o mesmo autor. Anna Nery aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Ana Justina Ferreira, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antônio Nery, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem, aluno do 6º ano de Medicina, oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros. Anna Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos.

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).

Conforme Giovanini et.al.(2002), década de 40, a escola Anna Nery a universidade do Brasil e, em 1949, o projeto de lei 775 controlou a expansão das escolas e exigiu que a educação em enfermagem fosse centralizada nos centros universitários. Em 1961, a partir da lei 2995/56, todas as escolas passaram a exigir curso secundário completo ou equivalente dos candidatos, mais só no ano seguinte a enfermagem passou a ensino de nível superior.

Segundo Lacerda (2000), a resolução do conselho Federal de Enfermagem, em 2000, toda instituição de saúde deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que consiste em um sistema composto de uma série de passos integrados que guiam as ações da enfermagem vale ressaltar que, nessa mesma resolução, fica claro que cabe ao enfermeiro, com exclusividade, a implantação, o planejamento, a organização, a execução e avaliação do processo de Enfermagem, que compreende os passos descritos.

2.2.2 Contextualização Histórica da Anestesia e seus Tipos

Segundo Scientific American Brasil, nascimento da medicina moderna-especial história da medicina. Nos tempos primitivos, a medicina revestia-se de um caráter mágico sacerdotal, e as doenças eram atribuídas a causas sobrenaturais. Esse quadro só começou a mudar no século V a.C., com a medicina hipocrática na Grécia.

Hipócrates, o pai da medicina, sustentava que as enfermidades não eram causadas por deuses ou demônios, mas que resultavam de fatores naturais ligados ao modo de vida. (Gordan, 2004, p. 31)

Para mesmo autor, as pessoas adoeciam por causa do trabalho que exerciam, do local onde moravam, do alimento ou água que ingeriam. Durante muitos séculos, os dogmas da igreja determinaram que a dor era um justo castigo de Deus e, por isso, deveria ser aceita com submissão enfrentada a sangue frio. Em 1591, Eufane MacAyane, uma jovem mãe escocesa, foi enterrada viva por pedir alívio para a dor no parto. A cirurgia de modo geral era um verdadeiro sofrimento. As enfermeiras, na hora de auxiliarem em um desses procedimentos, já ficavam de prontidão para evitar que o berreiro do paciente assustasse os demais internos. O cirurgião tentava fazer a operação o mais rápido possível, mas na falta de anestesia, o grito era garantido, e o medo também. Durante muitos séculos a cirurgia pôde ser comparada a uma aventura encabeçada por poucos e temida por muitos.

Segundo o mesmo autor, a frente dela estava profissional dotados de conhecimentos teóricos, como os médicos formados nas universidades, e também indivíduos guiados pela experiência prática, os barbeiros-cirurgiões, porém alguns eram meros charlatões. Somente em meados do século XIX, com o advento da anestesia as cirurgias alcançaram um nível de profissionalização e ganharam contornos menos brutais, porém, mais invasivos, já que ausência da dor alargaria as fronteiras das técnicas cirúrgicas.

Em 1772, o químico inglês Joseph Priestley (1733-1804), descobriu o óxido nitroso (N₂O), mas seus poderes anestésicos só foram conhecidos alguns anos depois, e por acaso, quando Humphrey Davy, aprendiz de farmácia da pequena cidade de Penzance, na Inglaterra, inalou o gás e sentiu tamanho bem-estar que caiu na gargalhada. Por conta deste episódio, passou a chamar o óxido de gás do riso. Aos 21 anos, escreveu um livro sobre as propriedades da substância e sugeriu que ela poderia ser usada em cirurgias, mas a medicina oficial menosprezou a sugestão. O único que resolveu acatar foi o médico e cirurgião inglês Henry Hill Hickman. Ele experimentou com sucesso a ação do N₂O em animais. Mas amargou dupla recusa para repetir suas experiências em seres humanos, tanto por parte da Royal Society como pela Associação Médica de Londres. Desiludido, morreu em 1830, com apenas 29 anos, sem conseguir viabilizar a cirurgia sem dor.

Gordan (2004), alguns anos depois, ao estudar a liquefação dos gases e os líquidos voláteis, Michael Faraday (1791-1867), físico inglês, percebeu que os vapores de éter possuíam efeitos inebriantes semelhantes ao do óxido nitroso. A constatação foi notificada no Journal of Art and Sciences, contudo mais uma vez passou despercebida pelos meios médicos. Os cientistas estavam cada vez, desgostoso e amargurado com seu fracasso, suicidou-se em 1848, aos 33 anos, abrindo uma veia do braço e inalando éter ao mesmo tempo. Morton, empobrecido, desacreditado por Jackson, morreu subitamente em uma via pública aos 49 anos. Jackson tornou-se alcoólatra e terminou seus dias em um hospício, onde morreu em 1880, aos 75 anos. Long, por sua vez, morreu aos 63 anos, em 1878, de hemorragia cerebral.

Gordan (2004), como escreveu Fulop Muller, “dir-se-ia que uma estranha maldição pairava sobre todos os que consagravam sua vida e sua obra a lutar contra a dor”. O substituto do éter, o clorofórmio, foi usado pela primeira vez em 1847, por James Simpson, obstetra francês, em um trabalho de parto. Tal fato suscitou diversos debates médicos e religiosos uma vez que a dor no parto era vista como um castigo divino. Livres das culpas cristãs e mais preocupadas com o seu próprio bem-estar, as mulheres acolheram de pronto o clorofórmio. A própria rainha Vitória solicitou os serviços de Simpson, que trouxe ao mundo os príncipes Leopoldo e Beatriz, os dois últimos filhos da soberana da Inglaterra. Ambos nasceram hemofílicos.

Gordan (2004), O termo anestesia foi cunhado em 1846 pelo escritor americano Oliver Wendel Holmes. Porém, a palavra já existia na língua grega, tendo sido empregada no sentido de insensibilidade dolorosa, pela primeira vez, por Diocórides, no século I d.C. A denominação “anestesiologia” só foi criada em 1902, por Seifert. A Inglaterra e os Estados Unidos foram os primeiros países em que a prática passou a ser considerada uma especialidade médica independente da cirurgia.

A anestesia geral por éter chegou ao Brasil em 1847 e foi praticado no Hospital Militar do Rio de Janeiro pelo médico Roberto Jorge Haddock Lobo. No entanto, o éter foi logo substituído pelo clorofórmio, empregado, pela primeira vez, por Manuel Feliciano Pereira de Carvalho.

2.2.3 Caracterização de Anestesia

Segundo Silva (1997). A anestesia geral pode ser entendida como um estado reversível de ausência de percepção dolorosa, relaxamento muscular, de pressão neurovegetativa e inconsciência, resultante da ação de uma ou mais drogas do sistema nervoso.

Segundo Sobecc (2007), Primeiro anestésico inalatório utilizado com sucesso durante uma cirurgia foi o éter dietilico esse agente folatil foi realmente uma contribuição de valia para o desenvolvimento da cirurgia como ciência médica, na atualidade são utilizados 3 agentes inalatórios: Halotano, Enfurano e Isofurano, o Halotano também conhecido como Fluotano, passou a ser usado amplamente a partir da década de 50/60. Enflurano também conhecido como Etrano, foi introduzido uma década após Halotano, Isofurano na década de 80 surgiu o Isofurano, um isômero do enfurano, e também conhecido como forano.

Segundo recuperação anestésica e centro de material e esterilização SOBECC (2007), Bloqueios subaracnóidea (raqueanestesia) e peridural, desde a descoberta do efeito anestésico da cocaína por Carl koller, em 1884, a anestesia de condução, vem sendo utilizada. Descoberta que a cocaína apresentava efeitos anestésicos sobre a superfície conjuntival. No ano de 1885, Leonard Cornig, estudos o efeito da cocaína sobre os gânglios para vertebrais de cães, acidentalmente perfurou o canal raquidiano e promoveu a primeira anestesia subaracnóidea. Entretanto, August Bier é considerado o pai da anestesia subaracnóidea, pois, em 1899, realizou a técnica, demonstrando sua exequibilidade. Em 1899, Tait e Cagliari realizaram a primeira anestesia subaracnóidea para um procedimento cirúrgico nos Estados Unidos. A anestesia peridural teve início com Leonard Corning, Porém, é a Dogliotti, em 1939, que é atribuído o crédito da popularização do técnico e a sua descrição minuciosa.

Segundo Sobecc (2007) a raque-anestesia é realizada pela deposição do medicamento anestésico no espaço subaracnóidea, uma vez que a membrana aracnoide está justaposta à dura-máter. O anestésico neste local bloqueia a condução nervosa, produzindo insensibilidade aos estímulos dolorosos. Anestesia peridural é realizada pela deposição do anestésico no espaço peridural, onde irá se difundir e bloquear a condução nervosa, produzindo a insensibilidade aos estímulos dolorosos. Bloquei de nervos periféricos; uma grande variedade de nervos periféricos pode ser bloqueada eficazmente por meio da injeção de um anestésico local nas proximidades de um plexo nervoso, como o plexo braquial, o plexo cervical, o plexo lombo sacral e o plexo femoral. O início e a duração do bloquei estão relacionados com a droga utilizada – e também com sua concentração e com seu volume, e que é quase sempre associado a um vasoconstritor, exceto quando usada em regiões com irrigação terminal, para evitar isquemia e necrose da extremidade.

Segundo Sobecc (2007), as complicações são causadas pela injeção accidental intravascular ou pela aplicação de uma superdose do anestésico local. Raramente ocorre lesão do nervo por traumatismo ocasionado pela agulha ou por compressão ocasionada pelo volume excessivo de anestesia. A utilização de estimulador elétrico com o objetivo de visualizar a contração muscular ao estímulo é a forma correta de localizar um nervo sem provocar lesão mecânico, prevenindo a neurite traumática.

Máscara laríngea por sua facilidade de uso e manuseio, a máscara laríngea (ML) é um acessório que trouxe um significativo progresso à ventilação do paciente, em comparação ao tubo oro traqueal. Trata-se de um dispositivo supra glótico para a ventilação pulmonar, que tem a forma de um tubo semicílico, iniciando-se em um conector-padrão de 15 mm e terminando em uma pequena máscara com suporte periférico inflável.

2.2.4 Contextualização Histórica do Centro Cirúrgico

Segundo Possari (2009), O centro cirúrgico (C.C) pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse a possibilidade de risco à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos a intervenção cirúrgica. A portaria 400 (1) definiu (CC) como um conjunto de elementos destinados as atividades cirúrgicas, bem como a Recuperação Anestésica, e pode ser considerado uma organização complexa devido as suas características e assistência especializada.

Para mesmo autor, o centro cirúrgico (CC), é constituído de um conjunto de áreas e instalações que permite efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente, e de conforto para a equipe que o assiste. Os primeiros Centros Cirúrgicos (CC), surgiram atrelados à história e evolução da medicina e cirurgia. Na antiguidade o corpo humano era considerado, em toda a sua complexidade, uma incógnita pelos cirurgiões, levando-os a adotar o tratamento clínico como forma no processo de cura, pois os médicos eram temerosos em operar os seus doentes. Os cirurgiões geralmente não passavam por uma academia, mas por uma educação prática, por um aprendizado não universitário. A medicina interna era mais valorizada no meio acadêmico.

Segundo Nocite (1987), a história da sala de recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é anterior à própria descoberta da anestesia. Provavelmente, foi com o plano de expansão da enfermaria de Newcastle que se estabeleceu a necessidade de dispor de um local, ao lado das salas de operações, com leitos destinados à observação dos pacientes críticos ou em pós-operatório. Dessa forma, há mais de 200 anos existe o registro de que é preciso fornecer cuidados especiais aos indivíduos nesse período.

Conforme a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (2002), em 1944, os responsáveis pela sala de observação Pós-Anestésica – como o local era chamado até então – no hospital St. Mary, em Rochester, estabeleceram os objetivos específicos e as estratégias para o funcionamento dessa área, contudo, foi em 1994, com a Portaria MS/GM nº 1.884, de 11 de novembro de 1994, que revogou Portaria MS nº 400/77, publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 1977, que ficou determinada a obrigatoriedade da existência de uma SRPA para atender, no mínimo, dois pacientes simultaneamente e em condições satisfatória

Atualmente, essa unidade é o local onde o paciente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer até que recupere sua consciência e tenha seus sinais vitais estáveis, sempre sob a observação e os cuidados constantes da equipe de Enfermagem que deve prevenir as intercorrências do período pós-anestésico e/ou, no caso delas ocorrerem, dar-lhes pronto-atendimento. Sala de recuperação Pós-Anestésica (SRPA), ainda tem de estar equipada com recursos e aparelhos para suprir as necessidades e demandas de cada paciente, qualquer que seja a situação.

Segundo Silva (2008) como intercorrência sistema respiratório a incidência de complicações referentes ao sistema respiratório esta principalmente relacionada ao tabagismo, a doenças pulmonares anteriores, ao pós-operatório de cirurgias abdominais e pescoço, a pós-operatório de cirurgias de longa duração, ou com anestesia geral, a idade avançada, a obesidade, ao uso de opióides e de bloqueadores neuromusculares. Entre os problemas mais comuns estão a hipoxemia, definida como redução do conteúdo arterial de oxigênio e é diagnosticada por baixos níveis de PaO₂ no sangue arterial (abaixo de 60 mmHg) ou por diminuição da Saturação de oxigênio. Considera-se a hipoxemia como intensa quando a SpO₂ está abaixo de 85%.

O impacto do ato anestésico-cirurgia na função pulmonar do paciente é responsável pelo desenvolvimento de hipoxemia no período pós-operatório imediato. Essa complicações pode ter maior prevalência em algumas situações como transporte para SRPA.

A instabilidade do Sistema cardiovascular, no período pós-operatório imediato é frequente. Estão relacionados às alterações o débito cardíaco diminuição – caracterizado por taquicardia – alterações de ritmo e pulso e variações da pressão arterial. Em relação à volemia, o paciente pode apresentar diminuição de volume de líquidos, causando desidratação vascular, celular ou intracelular.

As complicações cardiovasculares mais comuns são: arritmias cardíacas, hipertensão, e hipotensão que resultam em trombose venosa profunda, infarto agudo do miocárdio e hipoperfusão periférica, arritmia cardíacas, nesse caso, o enfermeiro da SRPA registra e avalia o Eletrocardiograma (ECG), monitoriza a Pressão Arterial (PA), a SpO₂, a ventilação do paciente e colhe amostras sanguíneas para dosagem bioquímica e hematológica, se necessário. Outras complicações no período pós-operatório, que pode ocorrer em relação à perfusão tecidual, é a perda excessiva de sangue. No paciente isso pode ser consequência de uma doença preexistente (anemia, distúrbio de coagulação, uso de ácido acetil salicílico), da idade avançada, de hemorragia no intra-operatório ou de complicações pós-operatória incluem hipotensão postural, taquicardia, taquipneia, diminuição do débito urinário, pele fria e pegajosa e diminuição do nível de consciência. Sistema termorregulador: tem a função de regular e manter a temperatura central apropriada para manutenção das funções metabólicas. A temperatura corporal central é um dos parâmetros fisiológicos mais rigorosamente controlados do organismo. Após o ato anestésico, com a diminuição da concentração de anestésicos no sistema nervoso central (SNC), o organismo é capaz de iniciar novamente as respostas termorreguladoras. A temperatura corporal tende a voltar ao normal. Sistema tegumentar: o paciente submetido a um procedimento anestésico cirúrgico tem a sua integridade tecidual prejudicada ou alterada, ou seja, dano às mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos, decorrentes de fatores mecânicos secundários ao procedimento cirúrgico. Sistemas sensorial: inclui o nível de consciência e sensibilidade dolorosa. É necessário conhecimento de alterações pré-operatórias, para realizar uma avaliação comparativa. Na SRPA, o paciente pode apresentar-se sonolência, confuso, com senso e percepção alterados. Com base na Taxonomia da NANDA, podemos dizer que os fatores relacionados a esses diagnósticos apresentados pelos pacientes decorrem do efeito residual da anestesia, do tipo de anestésico utilizados e do tipo de anestesia. Sistema locomotor: os pacientes podem apresentar força e resistência muscular diminuídas, decorrentes do tipo de anestesia, da dor, ou pelo posicionamento cirúrgico inadequado. No retorno à consciência o paciente pode restringir seus movimentos por causa da dor, restrição impostas pela posição do leito, presença de drenos e cateter, além da diminuição de sensibilidade e movimentos causadas pelos bloqueios espinhais ou peridurais. Entre as intervenções de enfermagem estão: manter o paciente em posição confortável, avaliar retorno das funções motoras, estar atento às necessidades de movimento do paciente, estimular e auxiliar a movimentação do paciente no leito. Sistema urinário: os pacientes recebidos em SRPA sondados, geralmente apresentam desconforto, levando-os, muitas vezes a agitação nem sempre relacionada pela equipe a presença da sonda vesical de demora. A presença do cateter na uretra pode ser o condutor de bactérias à bexiga. As superfícies internas e extremas do mesmo são propícias para a aderência da bactéria. Tem-se constatado, ainda, um aumento em três vezes da taxa de mortalidade nos pacientes hospitalizados que adquirem essas infecções. Sistemas digestório: as náuseas e vômitos ainda são as complicações digestórias mais frequentes, mesmo diante farmacológico existente atualmente. Estado de ansiedade: o paciente ao ser internado para uma cirurgia traz consigo ansiedades, duvidas ao saber que será submetido a um procedimento invasivo e desconhecido, significando uma situação crítica, além de uma indefinição de fatos que iram advir. O ato anestésico cirúrgico desencadeia no paciente alterações hormonais de luta e fuga moduladas pela subjetividade. A conduta da enfermagem, objetivando a diminuição da ansiedade, está relacionada com uma avaliação emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana. Não existe uma lista uma lista padronizada, mas os equipamentos mais comuns no local são: Monitor cardíaco (eletrocardioscópio); Oxímetro de pulso; Capnógrafo; Termômetro; Aparelho para medida de pressão arterial não-invasiva (PAM); Equipamento para medida de pressão venosa central; Desfibrilador para ressuscitação cardiopulmonar; Manta térmica; Ventiladores mecânicos; Bomba de infusão.

Na Sala de recuperação Pós-Anestésica (SRPA), a equipe é composta por Enfermeiro, Técnicos de enfermagem, Anestesiologista, que avaliam as condições do paciente, para o encaminhamento do mesmo para sua unidade de origem e/ou alta domiciliaria.

Mesmo autor, para tanto são necessários não só recursos técnicos como também recursos humanos especializados que deem suporte para prevenção, detecção e implementação precoce dos cuidados específicos.

2.2.5 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), E Acolhimento

Segundo Tannure et.al (2010) os estudos sobre a SAE no Brasil mereceram destaque somente no final de 1980, quando o decreto-lei 94406/97, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, definiu como atividade privativa do enfermeiro, entre outras, a elaboração da prescrição de enfermagem (Brasil 1986). Na literatura do ano de 1980 observaram vários relatos de tentativas de implantar a SAE, em instituições hospitalares e algumas universidades brasileiras inseriram os temas diagnósticos de enfermagem em seus currículos de pós-graduação, iniciando a utilização de terminologias dos diagnósticos de enfermagem NANDA (North American Nursing Association—Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem).

De acordo com (SOBECC, 2007) Recuperação Anestésica e centro cirúrgico recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

- 1 Exame físico; no paciente que deve contemplar a inspeção, a ausculta, a palpação e a percussão, feitas de forma criteriosa, com o levantamento de dados sobre o estado de saúde do indivíduo e a anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.
- 2 Diagnóstico de enfermagem; após ter analisado os dados colhidos no histórico e no exame físico, o enfermeiro consegue identificar os problemas de Enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, podendo fazer um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos problemas e aos processos de vida, vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de Enfermagem da NANDA consistem em julgamentos clínicos das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde, atuais ou potenciais, nos quais o enfermeiro busca, por meio da identificação dos sinais e sintomas, as evidências para a formulação acurada do diagnóstico e seleciona a intervenção mais apropriada para atingir os resultados esperados no planejamento da assistência de Enfermagem (Surino, 2005).
- 3 Prescrição de Enfermagem; é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem de forma individualizada e continua objetivando a prevenção de doenças e a promoção, a proteção, e a recuperação e a manutenção da saúde do paciente.
- 4 Evolução de Enfermagem; consiste no registro, feito pelo enfermeiro, após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro devem constar os problemas identificados – os diagnósticos, os cuidados prescritos e os resultados obtidos nas 24 horas subsequentes, a evolução pode ser constatada por alteração ao exame físico ou pelos próprios diagnósticos de Enfermagem, ou seja, os problemas foram resolvidos ou modificados ou, então, se foram incluídos diagnósticos adicionais, que devem fazer parte de um novo plano de cuidados. A SOBECC considera que a implementação da SAE contribui efetivamente para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem e deve ser aplicada a todos os pacientes, com prioridade, se necessário, para os indivíduos considerados críticos.

Segundo Guimarães (2007). A expressão acolhimento adquire uma dimensão significativa se avaliarmos todas as relações que ocorrem entre os trabalhadores da saúde, as instalações hospitalares e os usuários dos hospitais. Focar esta inter-relação possibilita-nos criar diversos processos capazes de articular vínculos de conquista entre os clientes e os estabelecimentos de saúde. Dessa maneira, acolher funciona como o dispositivo desencadeador da dinâmica de atenção à saúde, onde o cliente é o foco principal desse processo; independentemente do motivo de sua procura por um serviço hospitalar. O objetivo macro é impactar na produção da saúde.

Acolhimento já é palavra usual do Sistema Único de Saúde. Na definição do Programa de Atenção Básica de Saúde, encontramos:

Qualificar todas as portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de riscos, portanto, com mais possibilidade de adoecimento e morte, para, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso. (Portaria nº79, de 15/04/1999).

O conceito acima destacado foca o atendimento ao paciente como um ser biopsicossocial e espiritual propiciando um acolhimento global não focado no limite da patologia. A semântica do acolhimento em nosso contexto adquire uma outra conotação pois os princípios de acessibilidade universal, equidade e integralidade que norteiam a Política do Sistema Único de Saúde não serão a lógica focada nesta discussão, pois apresentaremos experiências coletadas em um hospital privado do Estado de São Paulo. A hospitalidade enquanto acolhimento afetuoso é premissa a ser trabalhada em todas as áreas que possuem interface com os clientes, onde ações são direcionadas no sentido de propiciar “o melhor” atendimento para aquele cliente. (GUIMARÃES, 2007).

Segundo Porter (1989), demonstrou pela análise dos segmentos econômicos que as fontes de vantagens competitivas das empresas advêm dos fatores: custos ou diferenciação nos produtos e/ou serviços. Assim, como os nossos serviços podem propiciar um diferencial competitivo através do acolhimento, estabelecendo com esse princípio uma vantagem competitiva. A relação que se estabelece no momento do acolhimento é elemento básico em todas as ações que beneficiem este momento, propondo situações que ultrapassem as barreiras do atendimento programático. A obtenção deste propósito será conquistada com muita criatividade e conscientização coletiva.

De acordo com SOBEC (2007)

- Fazer balanço hídrico, se necessário.
- Manter e observar infusões venosas e atentar para possíveis infiltrações e irritações cutâneas no local da inserção do cateter venoso periférico.
- Minimizar os fatores de estresse, evitando ruídos desnecessários que possam perturbar o paciente.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem
- Propor as intervenções pertinentes, avaliar os resultados obtidos e registrar-los em impresso próprio.
- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e ao Anestesiologista, a exemplos de alterações no nível de consciência, nos sinais vitais e nos resultados de exames laboratoriais, sangramentos não esperados e queixas dolorosas constantes.
- Implementar intervenções de início imediato, por exemplo, a administração de anestésicos, antibióticos e ante eméticos.
- Observar náuseas e vômitos, mantendo o paciente, quando possível e permitido, com a cabeça de lado e em decúbito elevado.
- Verificar e anotar débitos de drenos e sondas.
- Observar queixas de retenção urinária, realizar manobras para estímulos da diurese espontânea e proceder a cateterismo vesical de alívio ou de demora, conforme prescrição.

Conforme Aldrete (1995) a preocupação com o paciente no período pós-anestésico é uma constante desde 1970, quando Aldrete e Kroulik, inspirados na escala de Apgar para o recém-nascido, propuseram um método de avaliação das condições fisiológicas dos pacientes submetidos a procedimento anestésicos, o qual denominaram índice de Aldrete e Kroulik. Os autores sugeriam uma avaliação dos sistemas cardiovasculares, respiratório, nervoso central e muscular dos pacientes que passassem pela ação das drogas anestésicas, feita por meio de parâmetros clínicos de fácil verificação, como frequência respiratória, pressão arterial, atividade muscular, consciência e saturação de oxigênio.

Dessa forma, estabeleceu-se uma pontuação de 0 a 2 para cada parâmetro clínico avaliado. A soma dos pontos obtidos indica a possibilidade de alta da SRPA. Um total de 8 a 10 significa que o paciente tem condições clínicas e possibilidade de ser transferido para sua unidade de origem, isto é, ele deve estar acordado, responsável, eupnéico, movimentando os quatro membros e com sinais vitais estabilizados. (POSSARI, 2009).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, o tipo exploratório, descritiva com abordagem quantitativa e longitudinal de coorte transversal.

A pesquisa de campo é uma fase que é realizada após o estudo bibliográfico, para que o pesquisador tenha um bom conhecimento sobre o assunto, pois é nesta etapa que ele vai definir os objetivos da pesquisa, as hipóteses, definir qual é o meio de coleta de dados, tamanho da amostra e como os dados serão tabulados e analisados. As pesquisas de campo podem ser dos seguintes tipos (MARCONI & LAKATOS, 1996)

Exploratória: tem como finalidade aprofundar o conhecimento do pesquisador sobre o assunto estudado. Pode ser usada, para facilitar a elaboração de um questionário ou para servir de base a uma futura pesquisa, ajudando a formular hipóteses, ou na formulação mais precisa dos problemas de pesquisa (MATTAR, 1996).

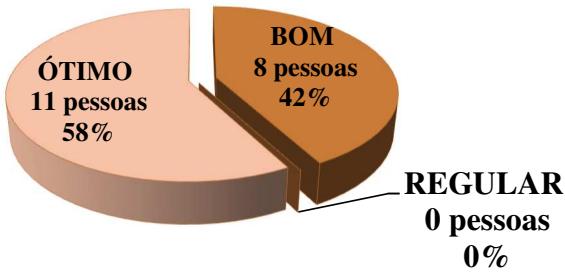
Quantitativas-Descriptivas: investigação empírica, com o objetivo de conferir hipóteses, delineamento de um problema, análise de um fato, avaliação de programa e isolamento de variáveis principais (MARCONI & LAKATOS, 1996). “Os censos são realizados em vez de pesquisas por amostragem quando: A população for pequena, os dados forem facilmente medidos, quando os problemas impõem diretamente sobre cada elemento, por imposição legal” (LANGE, 2007, p. 20).

A pesquisa foi realizada em um Centro Oncológico (CEONC), hospital privado localizado na cidade de Cascavel-pr, nos meses de setembro a outubro. Os colaboradores da pesquisa são profissionais que atuam no período da tarde e da noite desta instituição, foram no total de 19 participantes da pesquisa. Para isso, foi aplicada um questionário a Escala de Aldrete e Kroulik (Aldrete, 1970) a fim de estabelecer se realmente a escala é o principal critério de alta do paciente da Sala de Recuperação pós-anestésica e o nível de conhecimento da avaliação e utilização dessa escala.

4. RESULTADO

De 30 questionários, 19 funcionários do CC responderam 1 funcionária estava de atestado e os outros 10 funcionários se recusaram a responder. Idade entre 20 a 51 anos, tempo de trabalho há mais de 1 ano SRPA.

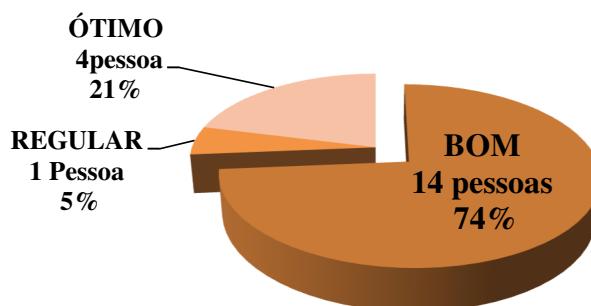
Gráfico 1 – O que você acha sobre a educação continuada para a aplicação da escala de Aldrete e Kroulik



Fonte: Silva e Silva (2015)

Observa-se que foram entregues 19 questionários, á funcionários do CC, 11 pessoas (58%) classifica como ótima e 8 pessoas (42%) classifica como boa a educação continuada para a aplicação da escala de Aldrete e Kroulik. Estes dados nos revelam que a maioria dos funcionários do CC classificam como ótimo a educação continuada a fim de estabelecer os critérios de alta da SRPA somado aos critérios da Escala de Aldrete e Kroulik.

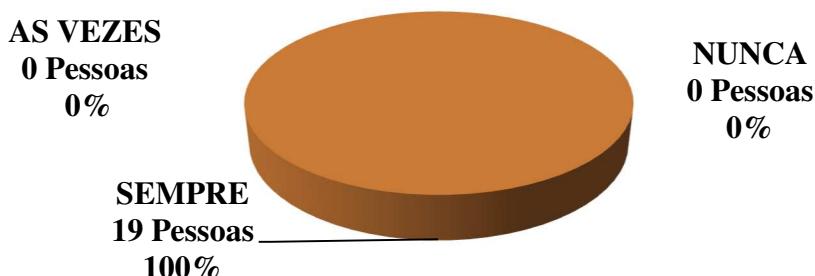
Gráfico 2 – Qual seu conhecimento sobre a aplicação da escala Aldrete e kroulik



Fonte: Autoras (2015)

Observa-se que foram entregues 19 questionários, á funcionários do CC, onde 4 pessoas (21%) classifica como ótima, 14 pessoas (74%) classifica como Bom e 1 pessoa (5%) classifica como regular o seu conhecimento sobre a aplicação da escala de Aldrete e Kroulik. Estes dados nos revelam que a grande maioria dos funcionários do CC possuem um bom conhecimento sobre os critérios de alta da SRPA somado aos critérios da Escala de Aldrete e Kroulik.

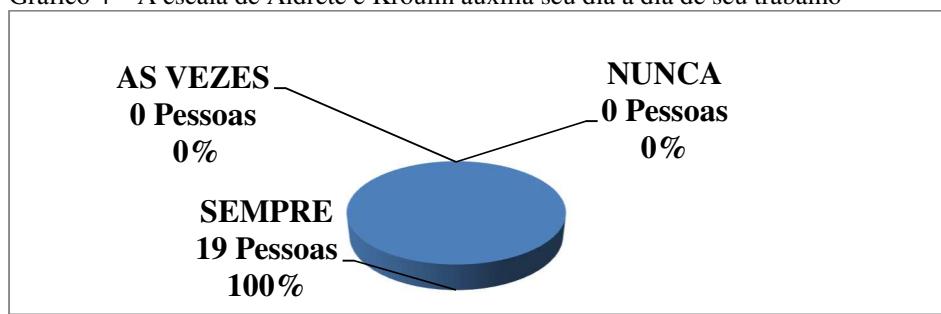
Gráfico 3 – Com que frequência você usa a escala de Aldrete e krolik



Fonte: Autoras (2015)

Observamos neste gráfico que todos os 19 funcionários do CC que responderam o questionário utilizam sempre a escala de Aldrete e Kroulik para somar aos critérios de alta da SRPA.

Gráfico 4 – A escala de Aldrete e Kroulik auxilia seu dia a dia de seu trabalho



Fonte: Autoras (2015)

Observamos neste gráfico que todos os 19 funcionários do CC que responderam o questionário afirmam que os critérios da escala de Aldrete e Kroulik auxilia em seu dia a dia de trabalho para somar aos critérios de alta da SRPA.

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		
Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apnêa	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplementação de oxigênio	0

Segundo Cristina Roichman em um dos seus trabalhos, apresentou uma alteração na escala de Aldrete. A cor que foi implementada como critério para alta dos pacientes submetidos à anestesia.

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		
Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apnêa	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplementação de oxigênio	0
Cor	Rosado	2
	Pálido, com lividez	1
	Cianótico	0

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES	
HIPOSATURAÇÃO	15% (3)
CRISE COMPULSIVA	5% (1)
PLANTAO SEM INTERCORRENCIAS	32% (6)
PARADA RESPIRATORIA	5% (1)
HEMATOMAS	5% (1)
BRONCOASPIRAÇÃO	10%(2)
TAQUICARDIA	5%(1)
HIPOTENSÃO	15%(3)
HIPERTEMIA	5%(1)
PCR	5%(1)
DOR	5%(1)

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De 30 funcionários do CC abordados, somente 19 realizaram os questionários, 1 funcionaria estava de atestado e os outros 10 funcionários se recusaram a responder. A média de idade dos participantes ficou variando entre 20 e 51 anos, todos com tempo de trabalho superior a 1 ano SRPA.

Quando perguntado o que eles acham sobre a educação continuada para a aplicação da escala de Aldrete e Kroulik, observou-se que 58% (11) dos entrevistados classifica como ótimo, e 42% (8) dos entrevistados classifica como bom a educação continuada para a aplicação da escala de Aldrete e Kroulik. Nos revelando que a maioria dos funcionários do CC classifica como ótimo a educação continuada a fim de estabelecer os critérios de alta da SRPA somado aos critérios da Escala de Aldrete e Kroulik. Quando perguntado sobre seu conhecimento na aplicação da escala de Aldrete e Kroulik, observou-se que 21% (4) classifica como ótima, 74% (14) classifica como Bom e 5% (1) classifica como regular o seu conhecimento sobre a aplicação da escala de Aldrete e Kroulik. Nos revelando que a grande maioria dos funcionários do CC possuem um bom conhecimento sobre os critérios de alta da SRPA somado aos critérios da Escala de Aldrete e Kroulik.

Quando perguntado sobre a frequência do uso da escala de Aldrete e Kroulik observou-se que 100% (19) utiliza a escala frequentemente para somar aos critérios de alta da SRPA.

Quando perguntado se a escala de Aldrete e Kroulik auxilia no dia a dia do trabalho dos funcionários do CC observou-se que 100% (19) responderam que sempre auxilia para somar os critérios de alta da SRPA.

Diante do resultado dos questionários observou-se que o uso da escala de Aldrete e Kroulik além de ser muito utilizada, é fundamental para somar os critérios de alta da SRPA.

Também nessa pesquisa foram identificadas algumas complicações durante a permanência na SRPA, tais como: dor 5%(1); hipotensão 15%(3); hiposaturação 15%(3); parada respiratória 5%(1); broncoaspiração 10%(2); crise convulsiva 5%(1); hipertermia 5%(1); PCR 5%(1); hematomas 5%(1); taquicardia 5% (1) e na sua maioria, plantão sem intercorrências 32% (6).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados obtidos, observa-se de que na instituição sede do estudo, os profissionais técnicos cumprem o protocolo de parâmetros clínicos de avaliação o índice de Aldrete e Kroulik como critério de alta do paciente, para transferência a sua unidade de origem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de Trabalhos na Graduação.** Editora Atlas, 7^a Edição, São Paulo 2005.

BARROS, A. J. S. **Fundamentos da Metodologia** Editora Makron Books. 2^a Ed, São Paulo, 2000.

BASSO, RS; PICOLI, Marister - **Unidade de Recuperação Pós-anestésica: Diagnósticos de Enfermagem Fundamentados no Modelo Conceitual de Levine.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br Captado em: 07 maio 2010.

CASTRO, Fernanda Salim Ferreira¹; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani²; MENDOZA, Isabel Yovana Quispe; Andréa Tamancoldi Couto³; **Temperatura corporal, Índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo 2012.

CARNEVALLI, José Antonio; Miguel, Paulo Augusto Cauchick; **Desenvolvimento Da Pesquisa De Campo, Amostra E Questionário Para Realização De Um Estudo Tipo Survey Sobre A Aplicação Do QFD No Brasil**, São Paulo, 2002.

CERVO, AL; BERVIAN, PA. **Metodologia Científica.** Editora Pearson Prentice Hill, 5^a Edição, São Paulo, 2002.

COQUEIRO, NF; VIERA, FRR; FREITAS, MMC. **Arte terapia como dispositivo terapêutico em saúde mental.** Acta paul. enferm. São Paulo, p. 859-862. 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Gestão de Pessoas Enfoque nos Papéis Profissionais.** Editora Atlas S.A. 1^a Edição, São Paulo, 2011.

_____, Como elaborar projetos de pesquisa. Editora Atlas S.A. 10^a Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

GEOVANINI, T. **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**, 3ed. Rio De Janeiro: Revinter, 2010.

GUIMARÃES, NVRR. **Hotelaria Hospitalar: uma visão interdisciplinar** – São Paulo: Atheneu, 2007.

POSSARI, JF. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão.** 4^o Edição. Rev – São Paulo: Látria, 2009.

GIOVANNI, Telma; MOREIRA, Almerinda; SCHOELLER,Soraia Dornelles; MACHADO, Wilian César Alves; **História da Enfermagem. Editora Revinter**, Segunda Edição. Rio De Janeiro, 2002.

LOURENÇO, Mariana Bregion; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani; COSTA, Ana Lucia Siqueira **Unidades De Recuperação Pós-Anestésica De Hospitais Brasileiros: Aspectos organizacionais e assistenciais**, São Paulo, 2013.

LANGE, EPS. **Apostila de Pesquisa Aplicada ás Ciências Empresariais.** Cascavel, 2007.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes Petrópolis. 2001.

PADILHA, MI. Enfermagem: **História de uma Profissão.** São Caíano do Sul-SP: Difusão Editora, 2011.

SILVA, RC. **Processo de Enfermagem em Centro Cirúrgico.** Edição Segunda. Editora EPU, ano 1997.

GORDON, R.A **Assustadora História de Medicina.** 5^oEdição- Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

SIQUEIRRA, S. **O Trabalho e a Científica na Construção do Conhecimento. Governador Valadares.** UNIVALE, 2002.

TANNURE, MC. **SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Editora LAB, 2009.