

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ -
FACENE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOSÉ WAGNER ESTEVAM NOGUEIRA

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK EM PACIENTES
NO PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO
DE MOSSORÓ E SUA IMPORTÂNCIA PARA ENFERMAGEM**

MOSSORÓ

2012

JOSÉ WAGNER ESTEVAM NOGUEIRA

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK EM PACIENTES
NO PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO
DE MOSSORÓ E SUA IMPORTÂNCIA PARA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Ma. Ivone Ferreira Borges

MOSSORÓ

2012

JOSÉ WAGNER ESTEVAM NOGUEIRA

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK EM PACIENTES
NO PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO
DE MOSSORÓ E SUA IMPORTÂNCIA PARA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada pelo aluno José Wagner Estevam Nogueira, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ma. Ivone Ferreira Borges
ORIENTADORA (FACENE-RN)

Prof^ª. Esp. Joseline Pereira Lima
MEMBRO (FACENE-RN)

Prof^ª. Ma. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
MEMBRO (FACENE-RN)

Dedico a DEUS a quem me deu o dom para realizar este trabalho, pois Ele ajudou e continua me ajudando nessa missão e a minha esposa Karla Silderlânia pelo incentivo, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, um ser superior a todos nós, por ter me dado tanta força e coragem para concluir esse curso durante esses quatro anos, sem ele não teria conseguido;

A minha esposa e companheira **Karla Silderlânia** pela paciência, compreensão, cumplicidade, pelo seu amor, sei que essa conquista é sua também, pelos momentos que passamos de lutas e vitórias;

A minha orientadora **Ivone Ferreira Borges**, pelo profissionalismo, competência, dedicação e pela orientação amiga e generosa, contribuindo para o meu aprimoramento intelectual, profissional e pessoal, adquiridos através da realização desta monografia;

A **Joseline Pereira Lima** e **Patrícia Josefa Fernandes Beserra** que juntamente com Ivone Borges compuseram minha banca examinadora, compartilhando sua sabedoria e pelos acréscimos tão valiosos, que contribuíram imensamente para este trabalho;

Aos meus pais **Eliene Estevam** (In Memoriam), pelo exemplo de vida e por ter me ensinado que vale a pena sonhar, mesmo que este sonho pareça impossível aos olhos do homem e **Francisco Sales** que mesmo distante eu sei que torce por mim. A vocês agradeço, pela educação e amor que recebi durante toda minha vida;

A minha sogra **Elielma Maia** amiga-mãe, sempre presente, como é maravilhoso poder contar com você;

Aos meus irmãos **Mônica e Júnior** pela confiança em mim depositada e por fazerem parte da minha vida e estar presente em minhas alegrias esta conquista também são de vocês;

Aos meus **tios, tias, primos e primas** que torceram por mim, o meu muito obrigado.

A **todos** que contribuíram direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho;

A todos os **colegas** de estágio que juntamente a mim passaram durante os últimos 4 anos.

A bibliotecária **Vanessa Camilo**, pelo incentivo e apoio durante a realização deste trabalho.

As **enfermeiras** do Centro Cirúrgico que concordaram na participação desta pesquisa.

“Inspiração vem dos outros. Motivação vem de dentro de nós.”
(Junior Montalvão).

RESUMO

O centro cirúrgico é um ambiente fechado, assistencial que ocupa lugar de destaque no hospital e onde são realizadas intervenções cirúrgicas visando o atendimento tanto de caráter eletivo, quanto de urgência e/ou emergência. Fazendo-se necessário o uso da escala de Aldrete, que é um importante instrumento de avaliação do paciente em pós-operatório imediato e na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), desde a saída do paciente da sala cirúrgica até sua alta. Teve como objetivo principal analisar a utilização da escala de Aldrete como instrumento de avaliação ao paciente em pós-operatório imediato e sua importância para a enfermagem e, como específicos: Caracterizar a situação social e profissional dos enfermeiros entrevistados; Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a Escala de Aldrete na SRPA; Investigar acerca da utilização da Escala de Aldrete na SRPA; Identificar, na opinião dos enfermeiros entrevistados, as dificuldades na utilização e aplicação da escala de Aldrete na SRPA; Averiguar, na visão dos enfermeiros, a importância da Escala de Aldrete no centro cirúrgico (CC). É uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. O referido estudo foi realizado no CC do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM). Foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por perguntas abertas e fechadas. A coleta de dados ocorreu mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa. A coleta dos dados deu-se mediante entrevista realizada no mês de setembro e outubro de 2012. A análise dos dados foi feita em duas etapas. A primeira refere à caracterização dos indivíduos, analisado com base no enfoque do método quantitativo. Os dados foram dispostos em forma de gráficos, a outra etapa da entrevista foi analisada enfocando o método qualitativo, através do Discurso do Sujeito Coletivo. A amostra foi constituída por 5 enfermeiras do HRTVM. Dentre estas 40% com idade entre 25 a 35 anos e 60% com idade maior que 40 anos. Em relação ao tempo de atuação no CC 60% trabalham na área entre 1 a 4 anos e 40% entre 5 a 9 anos e no que se refere à maior titulação 80% das participantes possuem especialização e 20% não possui pós-graduação. Quanto aos dados qualitativos, apesar das enfermeiras relatarem conhecimento sobre a Escala, grande parte não a utiliza, e as que utilizam, não avalia todos os parâmetros, com relação às dificuldades na utilização da escala, a pesquisa mostrou que a não utilização está relacionada à quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda excessiva, sobrecarregando os profissionais. As pesquisadas mostraram ter conhecimento sobre a importância da utilização da mesma, no pós-operatório imediato, sendo assim, é importante não só para se atentar ao fato da necessidade da utilização escala, mas para identificar as falhas que acontecem na assistência do pós-operatório imediato. Para isto é necessário que se dê continuidade a esse trabalho, visto que estamos deixando em aberto uma proposta para implementação da utilização da escala de Aldrete, promovendo uma assistência de enfermagem com qualidade na SRPA.

Palavras-Chave: Enfermagem Cirúrgica. Recuperação Pós-Anestésica. Cuidados Pós-Operatórios.

ABSTRACT

The surgical center is a closed and care environment, that occupies a prominent place in the hospital and where surgeries are performed, aiming to meet both elective, as urgent and / or emergency. Making it necessary to use the Aldrete scale, which is an important tool for patient assessment in the immediate postoperative in the Post-Anesthesia Recovery Room (PARR), since the departure of the patient from the operating room until the discharge. It had as principal objective analyzing the use of Aldrete scale as an evaluation tool to the patient in the immediate postoperative and its importance to nursing and specific: Characterize the social and professional situation of the nurses interviewed; Analyze the knowledge of the nurses interviewed about the Aldrete scale in the PARR; Investigating about the use the Aldrete scale in the PARR; Identify, in the opinion of the nurses interviewed, difficulties in the use and application of the Aldrete scale in the PARR; Investigate, in view of nurses, the importance of Aldrete scale in the surgical center (SC). It is an exploratory and descriptive research with quantitative and qualitative approach. The study was conducted at SC in the Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM). It was used a survey instrument of the type roadmap for semi-structured, composed of open and closed questions. Data collection occurred upon approval of the research project by the Ethics and Research Committee. Data collection was made through interviews realized in September and October 2012. Data analysis was done in two steps. The first relates to the characterization of the individual, analyzed based on the analysis of the quantitative method. Data were arranged in the form of graphs, the next stage of the interview was analyzed focusing on the qualitative method, through the Collective Subject Discourse. The sample consisted of 5 nurses of the HRTVM. Among these 40% are aged 25 to 35 years and 60% older than 40 years. Regarding the operating time in the SC, 60% work in the area between 1 and 4 years and 40% between 5 and 9 years and with regard to the higher titration, 80% of participants have specialization and 20% has no post-graduation. About the qualitative data, despite the nurses have reported knowledge about the Scale, most of them does not use, and who uses, does not evaluate all parameters, regarding the difficulties in using the scale, research has shown that non-use is related to insufficient professionals to meet excess demand, overloading the professionals. The surveyed showed knowledge about the importance of using this scale, in the immediate postoperative period, thus, it is important not only to be aware to the factor the need to use the scale, but to identify the flaws that happen in assistance in the immediate postoperative period. For this it is necessary to give continuity to this work, since we are leaving open a proposal o implement the use of Aldrete scale, promoting nursing assistance with quality in the PARR.

Key-words: Surgical Nursing. Post-Anesthetic Recovery. Postoperative Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas que atuam no centro cirúrgico, por faixa etária	30
Gráfico 2 – Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas quanto ao sexo	31
Gráfico 3 – Distribuição percentual das enfermeiras quanto ao tempo de formação	32
Gráfico 4 – Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas quanto a maior titulação	33
Gráfico 5 – Distribuição das enfermeiras entrevistadas quanto ao tempo de atuação no centro cirúrgico	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Índice de Aldrete e Kroulik e/ou Escala de Aldrete	23
Quadro 2 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: O que você entende por escala de Aldrete?	35
Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: A escala é utilizada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica? Como?	36
Quadro 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Em sua opinião, existem dificuldades na utilização e aplicação da escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica?.....	37
Quadro 5 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Qual a importância da utilização da escala de Aldrete na recuperação do paciente no pós-operatório imediato?.....	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA	12
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
1.3 HIPÓTESE.....	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 ABORDAGEM HISTORICA DO CENTRO CIRÚRGICO E SALA DE RECUPERA- ÇÃO PÓS-ANESTÉSISA.....	17
3.2 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO	18
3.2.1 Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato (POI) na SRPA	22
3.2.2 Escala de Aldrete e Alta da Sala de Recuperação Pós – Anestésica	23
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	26
4.1 TIPO DE PESQUISA	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	27
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	28
4.8 FINANCIAMENTO	29
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CENTRO CIRÚRGICO.	30
5.2 DADOS RELACIONADOS AO TEMA PROPOSTO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	45
ANEXO	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA

O centro cirúrgico é um ambiente fechado, assistencial que ocupa lugar de destaque no hospital e onde são realizadas intervenções cirúrgicas de pequena, média e alta complexidade, visando o atendimento de pacientes, tanto em caráter eletivo, quanto de urgência e/ou emergência, tendo como suporte a ação de uma equipe multiprofissional. Dessa forma demanda uma preparação e capacitação profissional no qual requer um suporte adequado para que as normas, rotinas e os recursos humanos, sejam certificados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição (STROPARO; BICHINHO; PROTIL, 2004, STUMM, KRCHNER, MAÇALAI, 2006; CARVALHO, FARA, GALDEAN, 2004 apud ALBERTI et al, [2008]).

Para que as condições dos procedimentos cirúrgicos ocorram de forma eficaz, devem encontrar-se inclusas com as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro que por meio de seu desempenho profissional, procura zelar pelo bem estar físico e emocional do paciente cirúrgico, implementando também ações com os familiares. Compete ao enfermeiro do centro cirúrgico prestar a assistência ao cliente no período transoperatório junto com uma equipe multiprofissional (JOUCLAS; TENCATTI; OLIVEIRA,1998, apud SILVA; GALVÃO, 2007).

Rothrock (2008) relata que a enfermagem perioperatória é uma etapa que tem como finalidade ser dinâmica. O cuidar do paciente de forma integral, a realização das intervenções e a atuação de enfermagem exigidas, são procedimentos que asseguram aos pacientes cirúrgicos receber cuidados qualificados da equipe de enfermagem com base em evidência científica.

Para Smeltzer, et al (2009) a enfermagem perioperatória engloba os papéis relevantes para as três fases da experiência cirúrgica, pré-operatória, intra ou trans-operatória e pós-operatória. Estas fases começam e terminam em determinado ponto na sequência de eventos que constitui o evento cirúrgico.

Ainda de acordo com os autores supracitados a fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de realizar a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia. Esse período envolve o estabelecimento de uma estimativa basal do paciente antes da cirurgia com a realização

de uma entrevista pré-operatória. O intra ou trans-operatório, inicia-se quando o paciente é transferido para a mesa da sala de operação (SO) e termina com a admissão na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Nessa fase o espectro das atividades inclui o fornecimento da segurança no transporte do paciente e manutenção de um ambiente asséptico. Já a fase pós-operatória, que se divide em pós-operatório imediato, mediato e tardio, inicia-se com a admissão do paciente na SRPA e finaliza com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou em casa e a recuperação total do paciente.

A SRPA é uma área destinada à permanência do paciente após o ato anestésico-cirúrgico, onde é controlado intensivamente desde sua saída da SO até a recuperação da consciência, eliminações de anestésicos e estabilização de sinais vitais e ainda quando as possibilidades de desenvolvimento de complicações relacionadas ao sistema cardiorrespiratório, neurológico e osteomuscular estejam ausentes ou o paciente esteja em condições de retornar em segurança à unidade de internação de origem. (DEL NERO, 1976 apud ATZINGEN; SCHMIDT; NONINO, 2008; PITA, 2010).

BARASH 1993; DRAIN 1981 apud BOMFIM, (2010) relatam que é recomendável sempre que permanecerem dúvidas sobre a capacidade de recuperação do paciente, encaminhá-lo imediatamente para SRPA, principalmente quando estiverem em enfermarias ou ambulatórios, onde não são monitorizados. A finalidade básica da SRPA é a avaliação crítica dos pacientes em pós-operatório com ênfase na prevenção de complicações que resultam da anestesia ou do procedimento cirúrgico. Essa avaliação é de suma importância para que o processo de recuperação do paciente decorra preventivamente às inúmeras complicações ao qual o paciente está exposto dando preferência àqueles que se apresentarem instáveis.

No período pós-anestésico, a enfermagem proporciona uma assistência ao paciente relacionada ao desenvolvimento das atividades de enfermagem já delineadas desde a saída do paciente da sala cirúrgica até o momento da alta do paciente da SRPA. A assistência relacionada ao pós-cirúrgico não tem exatamente um padrão de como se todos os pacientes apresentassem as mesmas manifestações clínicas. Ao contrário, a recuperação pode variar de paciente para paciente e suas reações ao ato anestésico cirúrgico podem alterar a qualquer instante (PICCOLI; GALVÃO, 2001).

Atualmente a escala de Aldrete, também conhecida como índice de Aldrete & Kroulik, é utilizada como importante instrumento de avaliação do paciente em pós-operatório imediato (POI) nas SRPAs. A referida escala aprecia a avaliação das

condições fisiológicas, e foi inspirada na escala de Apgar para avaliação de recém-nascidos. Esta sofreu alterações em 1995, passando a avaliar a saturação de oxigênio ao invés da coloração cutânea, como na escala original. Possui escores que podem variar de 0 a 10 e analisa os seguintes aspectos do paciente: atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigênio. O escore indicado para alta intra-hospitalar é de 8 a 10 (ATZINGEN; SCHMIDT; NONINO, 2008).

A enfermagem representa uma ligação mais intensa entre o paciente e o ambiente da unidade em que se encontra, por serem esses profissionais os que, por maior tempo, desempenham suas atividades junto ao paciente e está atento aos mínimos detalhes e sinais expostos por eles. Representa um cuidado assistencial altamente qualificado, demonstrando e transmitindo segurança, comprometimento e responsabilidade por uma condição humana envolvida de sentimentos e percepções provenientes de uma invasão corporal, muitas vezes dolorosa e angustiante ao qual o paciente é submetido (GOIS; DANTAS, 2004).

Diante do exposto e de todas as experiências vivenciadas durante os estágios das disciplinas enfermagem cirúrgica I e II, proporcionadas pela faculdade, optou-se por investigar o seguinte problema. A escala de Aldrete é utilizada como instrumento de avaliação em pacientes em pós-operatório imediato em um hospital do município de Mossoró? E qual a sua importância para a enfermagem?

1.2 JUSTIFICATIVA

Visto a necessidade da utilização e aplicação da escala de Aldrete no pós-operatório imediato de cirurgias, além da necessidade dessa prática para prestação de uma assistência integral e individualizada, faz-se necessário a realização da mesma por parte dos enfermeiros.

Mais recentemente, surgiu o interesse de como era utilizada a escala de Aldrete pelos enfermeiros do centro cirúrgico, tendo em vista a autonomia que é dada ao enfermeiro nesse serviço e a possibilidade de estar em contato direto e contínuo com o paciente que se submeteu a um procedimento cirúrgico, podendo assim realizar uma assistência de melhor qualidade.

Diante do exposto percebeu-se a necessidade de averiguar se os profissionais de enfermagem utilizam a escala e tem conhecimento de sua importância e contribuição na

implementação da Assistência de Enfermagem na SRPA, contribuindo assim para a melhoria do atendimento ao cliente no pós-operatório imediato.

1.3 HIPÓTESE

A aplicação da escala de Aldrete é uma avaliação segura e eficaz utilizada no pós-operatório, esta é aplicada sempre que um paciente seja encaminhado à sala de recuperação de forma a possibilitar ao enfermeiro obter informações relevantes ao seu estado clínico após o procedimento cirúrgico, devido aos efeitos anestésicos que podem influenciar na recuperação e estabilização dos sinais vitais, do nível de consciência e dos movimentos voluntários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a utilização da escala de Aldrete como instrumento de avaliação ao paciente em pós-operatório imediato e sua importância para a enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social e profissional dos enfermeiros entrevistados;
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a Escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica;
- Investigar a cerca da utilização da Escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica;
- Identificar na opinião dos enfermeiros entrevistados as dificuldades na utilização e aplicação da escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica;
- Averiguar na visão dos enfermeiros a importância da Escala de Aldrete no centro cirúrgico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ABORDAGEM HISTÓRICA DO CENTRO CIRÚRGICO E SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Os vestígios do atendimento cirúrgico retratam desde a pré-história, quando já eram realizados procedimentos como ajustamentos de fraturas, amputações e trepanagens cranianas. No período medieval surgiram os cirurgiões-barbeiros que realizavam sangrias, extração dentária, drenagens de abscessos, entre vários outros tipos de procedimentos sem qualquer conhecimento de higiene ou processos anestésicos, gerando um grande número de mortes por hemorragias e infecções (ALVES, 1973; AFONSO, 2008 apud KUHNEN et al, 2008).

De acordo com os autores supracitados ao final da Idade Moderna, em Londres, surge a primeira sala cirúrgica hospitalar. Estas primeiras salas eram localizadas no último andar dos hospitais, devido à utilização de luz natural e considerando a distância dos outros pacientes hospitalizados, que com essa separação não ouviriam os gritos dos pacientes sendo operados.

Na Antiguidade os procedimentos cirúrgicos eram realizados sem nenhuma técnica asséptica, com instrumentos precários, e com o ambiente cirúrgico em condições de higiene mínimas. As pessoas submetidas às cirurgias sofriam muito, pois, os procedimentos eram feitos sem uso de anestésicos, o que causavam aflição, além da incerteza gerada em relação à sobrevivência. O grande acontecimento da história da cirurgia foi a descoberta da anestesia em 1846, que possibilitou a realização das cirurgias sem que o paciente expressasse qualquer sentimento de dor (THOWALD, 1976 apud CHRISTÓFORO, 2006).

Ainda no pensamento dos autores Thowald (1976) apud Christóforo (2006) apesar do grande avanço da descoberta da analgesia, surgiram outros problemas, relacionados à infecção no pós-operatório, estimulando os profissionais da área a se empenharem em descobrir o seu motivo. Diante disso Almeida et al (2002) apud Andreu e Deghi (2008) trás que o controle de infecção passou a existir como medida de prevenção de infecções, mesmo sem conhecimento de microorganismo patogênico e propagadores de infecção cirúrgica.

Os avanços tecnológicos e a descoberta de alguns materiais apresentaram ações fundamentais para a evolução cirúrgica como uso da máscara, avental cirúrgico,

assepsia e esterilização, luvas de borracha, a sistematização das lavagens das mãos, e a descoberta do raio-x, todos essenciais ao desenvolvimento da evolução cirúrgica. Juntamente a esses avanços, acontece uma qualificação da enfermagem moderna, com o intuito melhorar o tratamento cirúrgico, através do cuidado humanizado com a visão holística de Nightingale voltada para o doente, promovendo o processo de cura (ANDREU; DEGHI, 2008).

Desde 1801 existe registro, na Inglaterra, de um local reservado, ao lado da sala de operações, aos pacientes em estado crítico ou recém-submetidos à cirurgia de grande porte (PITA, 2010). Florence Nightingale, em 1863, já previa a necessidade de agrupar os pacientes submetidos à cirurgia para facilitar seu atendimento nas primeiras horas pós-operatórias. Porém somente em 1942, nos Estados Unidos, foi utilizado pela primeira vez, o termo Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) (POSSARI, 2006).

No Brasil em 1977, o Ministério da Saúde determina a portaria nº 400, que exige a SRPA nas unidades de centro cirúrgico em todos os hospitais (PITA, 2010).

No entanto a obrigatoriedade foi instituída em 1993 pelo decreto lei (Resolução CFM no. 1363/93) que o período pós-anestésico deveria ocorrer na SRPA com uma equipe multiprofissional composta de anesthesiologista, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, treinada e habilitada a prestar cuidados individualizados de alta complexidade (CUNHA; PENICHE, 2007. P. 152).

No Brasil, segundo a Resolução nº 50/2002, do Ministério da Saúde, a SRPA pertence à planta física da Unidade de Centro Cirúrgico, entretanto, muitos hospitais possuem essa unidade como uma área anexa e próxima às salas de operações e à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Atualmente, a finalidade da permanência do paciente na SRPA, após a cirurgia visa à estabilidade hemodinâmica, melhora do padrão respiratório, nível de consciência, retorno da força muscular, e detectar possíveis complicações que resultam da anestesia ou do procedimento cirúrgico (PRADO et al, 1998).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

A complexidade do centro cirúrgico atende as exigências impostas à manutenção da vida e é um ambiente onde a maior parte dos pacientes se sujeita a um elevado grau de vulnerabilidade pela situação em que se encontra pelas condições cirúrgicas, o

procedimento anestésico, conseqüentemente tem uma perda na capacidade de responder por si próprio; trauma cirúrgico; indecisão de operar frente ao diagnóstico médico, falta de pessoas conhecidas; pelo constrangimento da nudez, medo e ansiedade. Uma das principais conseqüências deste aumento provisório da vulnerabilidade é a iminência constante a diminuição do exercício de sua autonomia (THIESEN, 2005).

Andrade et al (2009), aborda que o serviço torna-se ainda mais sério e de risco, posto que, a margem de erros deve ser inexistente e o cuidado redobrado, fazendo com que a humanização nesse aspecto, passe a ser um ponto essencial para o processo. Bedin, Ribeiro e Barreto (2004) relatam que as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do centro cirúrgico são de uma ampla complexidade, e de tamanha importância para a realização de um serviço dinamizado.

O trabalho do enfermeiro do Centro Cirúrgico (CC) nasceu para atender às necessidades da equipe cirúrgica, isto é, houve a necessidade de desdobrar o trabalho médico ao organizar a unidade onde fossem realizadas as cirurgias, bem como o preparo de material e equipamentos indispensáveis ao procedimento cirúrgico (RODRIGUES; SOUSA, 1993, p.22).

O cuidado oferecido pelo enfermeiro ao paciente cirúrgico deve ser dinâmico e delicado, assim desenvolvendo meios, habilidades e competências para fazer com que o paciente sinta-se à vontade, tranquilo e menos solitário. O apoio psicológico prestado pela enfermagem é considerado através da comunicação verbal e não verbal, a oportunidades de falar, perguntar, tentando esclarecer todas as dúvidas que possa ter. Entretanto, alguns profissionais não promovem esse tipo de cuidado, seguindo somente normas e técnicas de forma autoritária, sem uma interação e conhecimento das necessidades do paciente para o planejamento de uma assistência qualificada (COELHO et al, 2009).

O CC possui características distintas que cooperam com a resolutividade das intervenções cirúrgicas, tendo como objetivo oferecer subsídios que propiciem o desenvolvimento do processo anestésico-cirúrgico com segurança, através de condições técnicas para que a equipe de enfermagem possa atender as necessidades dos pacientes nos períodos pré, intra e pós-operatório (LASAPONARI; BRONZATTI, 2008).

Ao saber que vai se submeter a um procedimento cirúrgico, o paciente se sente inseguro, com pensamentos negativos. Muitas vezes essa insegurança se dá a partir de falta de informações por não saber exatamente o que vai acontecer com o mesmo.

“Estudos comprovam que o medo do desconhecido e a ansiedade são fatores que podem alterar as condições clínicas dos clientes. Por isso a relação entre a equipe e o cliente constitui-se em uma importante estratégia para reduzir o estresse e ansiedade do enfermo” (LASAPONARI; BRONZATTI, 2008. p19).

A enfermagem perioperatória abrange um campo especial incluindo uma ampla variedade de ações de enfermagem associada à experiência cirúrgica do paciente durante o período perioperatório. A enfermagem perioperatória aborda as funções que são relevantes para as três fases da experiência cirúrgica. Cada fase possui características distintas, começando e terminando em determinado ponto na sequência de eventos que constitui a experiência cirúrgica, e cada uma delas inclui uma grande quantidade de tarefas que a enfermagem realiza usando o Processo de Enfermagem (PE) (SMELTZER, et al 2009).

A primeira fase do perioperatório acontece no pré-operatório que dá início no momento em que o cliente é avisado do procedimento e as atribuições de enfermagem são necessárias para esse período, objetivando as condições físicas e psicológicas adequadas até o momento em que é recebido no centro cirúrgico. No entanto o período pré-operatório compõe um conjunto de ações que visam a identificação de possíveis complicações do paciente diminuindo assim os distúrbios e os riscos cirúrgicos, o preparo adequado do centro cirúrgico e do cliente é de responsabilidade do enfermeiro, e também proporcionar a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem garantindo uma assistência de forma qualificada e adequada a este paciente (SMELTZER E BARE 2002; KAWAMOTO 1997 apud, ANDREU; DEGHI, 2008).

Por essa razão compete à enfermagem explicar a importância da atuação do enfermeiro no período pré-operatório, destacando-se o planejamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico, o qual reverencia as necessidades físicas e emocionais do paciente, dispondo de orientação referente à cirurgia propriamente dita e o preparo físico necessário para a intervenção cirúrgica (GALVÃO, 2002 apud CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

A fase do pré- operatório é dividido em mediato e imediato. A assistência de enfermagem prestada ao paciente no pré-operatório mediato consiste em avaliar o preparo psicológico, físico e emocional para o procedimento cirúrgico. Essa fase inicia-se quando é tomada a decisão da realização de uma intervenção cirúrgica terminando 24 horas antes de sua realização (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 2008).

Compete ainda ao enfermeiro como membro da equipe multiprofissional desempenhar um papel fundamental para a avaliação do paciente na qual ele vai planejar, programar o PE, desenvolver trabalhos entre a equipe analisando os dados relativos do paciente e orientando quanto às complicações. Cabe ainda ao enfermeiro tomar algumas medidas administrativas checando os hemoderivados em reservas para possível uso no intraoperatório e checando vagas na UTI, caso venha ser solicitada (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 2008).

O pré-operatório imediato segundo Brozanatti (2009, p.65) “é o período que compreende as 24 horas que antecedem o procedimento cirúrgico e se estende até o encaminhamento do paciente para o CC”.

No pré-operatório imediato o enfermeiro deve observar alguns fatores de riscos na perspectiva de prevenir ou minimizar possíveis complicações que possam vir acontecer no pós-operatório imediato. Durante o processo de entrevista com o paciente o enfermeiro faz um levantamento para pesquisar as doenças associadas a alergias, uso de medicações, álcool, drogas, religião, estado civil, profissão e doenças ocupacionais, faz um levantamento dos exames laboratoriais, de acordo com os dados levantados, o enfermeiro precisa retornar ao CC para estabelecer junto com a equipe um plano de cuidados, considerando os problemas de enfermagem que necessitem de intervenções (BROZANATTI, 2009).

O período transoperatório é compreendido desde o recebimento do paciente no CC até a saída da SO, onde existem dois momentos distintos, no primeiro momento ocorre a recepção do paciente no CC, realizada pelo enfermeiro, analisando a chegada, verificando-se o termo, autorização e tipo da cirurgia, o estado geral do paciente, presença de prontuários, exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem, confirmação do jejum oral, retirada de adornos e próteses dentárias, exame físico simplificado e mensuração dos sinais vitais. No segundo momento tem-se o intra operatório, na qual se inicia desde a entrada do paciente na SO para o início do procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito, nessa fase sobrepõe às prescrições de enfermagem transoperatória com os resultados de sua avaliação e evolução até o término do procedimento anestésico- cirúrgico, seguindo da transferência do paciente para a SRPA. Após o término do procedimento o enfermeiro do CC, realiza as prescrições pós-operatórias. (BRONZANATTI, 2009).

Timby; Smith (2005) afirma que o pós-operatório inicia-se com o período pós-anestésico e pós-operatório imediatos, nos quais o paciente está se recuperando dos

efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio inicia quando o paciente chega ao quarto ou a unidade de cuidados pós-cirúrgico. Neste período os enfermeiros podem antecipar prevenir ou minimizar muitos problemas pós-operatórios. Eles devem abordar os cuidados do paciente sistematicamente.

No pós-operatório, a equipe de enfermagem deve estar atenta e preparada para as possíveis complicações que possam vir acontecer ao paciente nesse período. A complexidade da inter-relação e das ações das três fases da experiência cirúrgica do paciente, a nosso ver, justifica a importância da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória por meio de uma atividade deliberada, para a utilização do conhecimento científico para esse embasamento, constituindo uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

3.2.1 Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato (POI) na Srpa

O pós-operatório requer uma continuidade na assistência de enfermagem que acontece com a condução do paciente da sala de operação para a SRPA pelo anestesiológico e pelo enfermeiro. O cuidado necessário exige o apoio de materiais e equipamentos, assim teremos uma assistência voltada para a individualidade de cada paciente, desde a admissão até a alta da unidade, na qual ficará em restrição até a sua completa recuperação (BROZANATTI, 2009).

Cunha e Peniche (2007) ressaltam que a SRPA é uma área que tem uma instabilidade de alta rotatividade e para que a assistência de enfermagem ao paciente ocorra de forma efetiva são necessárias ações momentâneas, para impedir complicações, assim como registro correto destas ações, em instrumentos apropriados, assegurando e garantindo assim bons resultados nos cuidados prestados.

A permanência na SRPA dependerá do estado do paciente e de sua necessidade de receber maiores cuidados. Na maioria das vezes ele permanece até que os seus sinais vitais estejam estáveis. No entanto, quem determinará a sua remoção da SRPA vai ser exclusivamente o seu estado de recuperação (POSSARI, 2006).

De acordo com o autor supracitado é de competência da equipe de enfermagem prestar uma assistência sistematizada e diferenciada para o paciente, com o propósito de uma melhoria na assistência, assim evitando intercorrências no período em que o mesmo permanecerá na SRPA. No entanto o desempenho do enfermeiro durante a estadia do paciente no POI é proporcionar um atendimento mais humanizado, dando

suporte e orientação ao paciente sobre a cirurgia realizada e os prováveis efeitos colaterais da anestesia, compete ainda ao enfermeiro uma avaliação das condições físicas e emocionais do paciente, e também ao mesmo tempo efetivar os procedimentos necessários para dar-lhe mais confiança em sua recuperação.

3.2.2 Escala de Aldrete e Alta da Sala de Recuperação Pós – Anestésica

Durante o período em que o paciente permanece na SRPA, recomenda-se que ele seja avaliado a cada 15 minutos na primeira hora, caso se apresente estável, a cada 30 minutos na segunda hora e, a partir daí, de hora em hora. Para que se possa ter uma avaliação do estado fisiológico dos pacientes que foram submetidos ao procedimento cirúrgico, na maioria das SRPA, tem-se utilizado Escala de Aldrete e/ou índice de Aldrete e Kroulik. Esta escala baseia-se na avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular. Cada resposta, referente a cada item, recebe uma pontuação que varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada parâmetro, somam-se os escores, obtendo-se uma pontuação, que auxiliará na análise da alta ou não do paciente da SRPA. Sendo assim a pontuação máxima do índice é de 10 pontos, e considera-se que o paciente está apto a receber alta da SRPA quando atingir pontuação igual ou superior a 8, sendo assim, ele deve estar acordado, responsivo, movimentando os 4 membros e com os sinais vitais estabilizados (CARVALHO E BIANCHI, 2007).

O enfermeiro deverá realizar uma avaliação para a alta da recuperação do paciente, mediante um check-up crítico dos parâmetros que o paciente apresentou no momento da observação e os cuidados baseados na escala de Aldrete, ao avaliar o enfermeiro solicita a alta do paciente levando em consideração os seguintes parâmetros descritos no quadro abaixo: (COELHO; CRIVELARI; MAGRIN, 2010).

Quadro 1: Índice de Aldrete e Kroulik e/ou Escala de Aldrete

Atividade Muscular	Movimenta os quatros Membros	2
	Movimenta dois Membros	1
	É incapaz de mover os Membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	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 em 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

Fonte: BONFIM (2010).

A análise da leitura da escala de Aldrete e Kroulik requer um conhecimento de extrema importância para uma assistência direcionada ao paciente e para a alta da SRPA, embora toda a tecnologia, ainda hoje é de responsabilidade da equipe médica e da avaliação do enfermeiro. Cabe aos profissionais da equipe levar em consideração o conforto e o bem-estar do paciente principalmente a analgesia, que através da evolução dos fármacos possa obter um pós-operatório confortável e sem dor (COELHO; CRIVELARI; MAGRIN, 2010).

A atividade muscular é o primeiro critério de avaliação da escala e avalia as condições do paciente pela sua movimentação voluntária no leito. Esse indicador é coerente e de suma importância quando o indivíduo é submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico, que é definido como um dano reversível da sensibilidade térmica, tato, dor e de motilidade, diante do bloqueio das fibras nervosas. Os pacientes em recuperação pós-anestésica têm um retorno da movimentação dos membros que varia muito, às vezes só volta à normalidade após as 24 horas (BRONZATTI, 2009).

Outro critério que é analisado na escala de Aldrete é a respiração. O enfermeiro precisará estar atento para as alterações da saturação de oxigênio e da expansibilidade torácica, bem como observar a função respiratória. Deverá avaliar se não há alterações na frequência, ritmo e profundidade da respiração ou outros sinais de desconforto respiratório, pois só assim detectam ruídos respiratórios causados pela obstrução das vias aéreas, como retração intercostal, batimento de asas nasais, cianose, sudorese e agitação (NUNES, 2009).

O parâmetro da circulação é avaliado através da Pressão Arterial (PA) que é utilizada para analisar as condições da atividade cardiovascular, sendo definida como “produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. E o débito cardíaco (DC) é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo de sangue através do coração e dos

vasos sanguíneos” (SMELTZER et al.2009, p. 863). Alterações na PA podem acarretar sérias complicações para o paciente. A PA é aferida através da ausculta dos sons produzidos pela pressão a sístole e a diástole. Para detectar que a PA do paciente está alterada faz-se necessário o conhecimento sobre o valor basal da mesma (BRONZATTI, 2009).

Ainda no pensamento de Bronzatti (2009) na avaliação do nível de consciência, o paciente deve ser chamado pelo nome, sem que o mesmo seja tocado diferenciando se realmente houve alteração. Essas alterações variam desde letárgico, torporoso até comatoso e devem ser avaliadas pelo enfermeiro.

O último parâmetro a ser avaliado na escala é a saturação de oxigênio (O₂). A sua monitorização fornece informações acerca dos sistemas cardíaco e respiratório e do transporte de oxigênio no organismo. Essa saturação é monitorada através do oxímetro de pulso com luz vermelha e infravermelha conectado ao dedo do paciente. Essa luz absorvida pelo sangue pode ser utilizada para avaliar a taxa de hemoglobina oxigenada em relação à hemoglobina total no sangue arterial, sendo exibida no monitor como a porcentagem de SpO₂, e esses valores variam normalmente, entre 95 a 100% (PIERCE, 1995 apud CARRARA et al, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa.

Gil (2009) define a pesquisa como processo formal e sistemático que visa descobrir respostas para problemas através de procedimentos científicos.

A pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver, esclarecer e explicar ideias. Este tipo de pesquisa envolve um estudo bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema a ser pesquisado (GIL, 2009).

Richardson (2010) relata que o estudo descritivo visa à descrição das características pertinentes a uma determinada população ou fenômeno. Além disso, estes estudos têm como atributos descrever os grupos por: faixa etária; sexo; nível de escolaridade; nível de renda; anos de formação acadêmica etc.

Mediante pesquisa proposta a abordagem quantitativa, é abordada por Richardson (2010, p. 71) como emprego da quantificação das informações coletadas através de valores numéricos que podem ser expressos em gráficos, tabelas, taxas, números e proporções. Esse método “garante a precisão dos resultados, evita distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências”.

Já a abordagem qualitativa busca compreender o problema sobre a realidade do sujeito que a vivencia, partindo de experiências de sua vida diária, dos desapontamentos, satisfações, surpresas, sentimentos e desejos, enfatizando-se o contexto social no qual o indivíduo está inserido, e por isso é definida como subjetiva (MINAYO, 2010).

Esses métodos se diferenciam pela sistemática pertinente a cada um deles, e pela forma de abordagem do problema (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O referido estudo foi realizado no Centro Cirúrgico (CC) do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), um hospital de Urgência e Emergência de grande porte do Município de Mossoró-RN. A escolha do local se deu por este ser um

hospital que realiza um grande número de cirurgias e ser referência na região Oeste do Estado.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo para a aplicação do instrumento foi composta por todos os enfermeiros assistenciais que atuam no Centro Cirúrgico de um Hospital Regional do Município de Mossoró, que lidam diariamente com pacientes que se submeterão a procedimentos cirúrgicos e fazendo parte da amostra cinco (5) enfermeiros plantonistas da escala mensal do Centro Cirúrgico e que atendam aos seguintes critérios de inclusão: Fazer parte do quadro de funcionários do CC; ter experiência profissional de pelo menos seis meses, e a livre concordância em participar do estudo mediante a devida assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para atingir os objetivos do estudo foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B), composto por perguntas abertas e fechadas dirigidas aos enfermeiros, possibilitando que os sujeitos expressem seus conhecimentos, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. O instrumento contará com duas partes: a primeira referente aos dados de identificação da amostra e a segunda está relacionada aos objetivos da pesquisa a fim de investigar a utilização da escala de Aldrete em pacientes no pós- operatório imediato e sua importância para enfermagem.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em pesquisa da FACENE/FAMENE- PB. A princípio, foi realizada uma visita aos enfermeiros participantes do estudo para a devida apresentação dos objetivos da pesquisa.

O procedimento para a coleta dos dados foi uma entrevista, que permitiu maximizar a apreensão da realidade empírica, por meio da combinação de perguntas abertas e fechadas.

Sendo a entrevista um método de pesquisa que permite uma interação social entre duas ou mais pessoas, cujo objetivo de informações, adota-se a técnica no intuito de coletar dados que estejam relacionados à subjetividade das informações. Uma vez que, nesse processo podemos relacionar valores, atitudes e opiniões aos sujeitos entrevistados (GIL, 2009).

As entrevistas foram realizadas no mês de setembro e outubro de 2012, no CC do HRTVM, sendo gravadas em um aparelho eletrônico e as informações obtidas transcritas.

A coleta de dados foi realizada de acordo com a disponibilidade de cada funcionário, com agendamento prévio em alguns casos. Os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no período compreendido a coleta de informações.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada de duas formas. A primeira parte da entrevista é referente à caracterização dos indivíduos, que foi analisado com base no enfoque do método quantitativo. Os dados serão disponibilizados em forma de quadros e gráficos, contendo todos os resultados em porcentagens e discutidos conforme a literatura proposta. A segunda parte da entrevista foi analisada com enfoque do método qualitativo, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC consiste em um conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes de depoimento dos participantes, permitindo resgatar a compreensão acerca de um determinado tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

É importante resaltar que o desenvolvimento de tal técnica constitui-se de etapas como: leituras sucessivas dos discursos em seu estado bruto; análise prévia de decomposição das respostas; seleção das ideias centrais e das expressões-chaves presentes em cada um dos discursos individuais, e em todos eles reunidos. (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Posteriormente, os resultados serão discutidos utilizando-se a literatura pertinente ao tema.

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

A pesquisa envolvendo seres humanos deve ser desenvolvida com base nos princípios éticos, conforme pressupõe a Resolução 196/96 CNS/MS, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores (BRASIL, 1996). O mesmo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE - PB, através do protocolo: 103/12, CAEE: 06968212.0.0000.5179 (ANEXO A). Assim, no decorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação, serão observados os preceitos éticos dispostos na Resolução acima citada, especialmente do que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais.

O pesquisador levou ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica - da Resolução do COFEN - 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

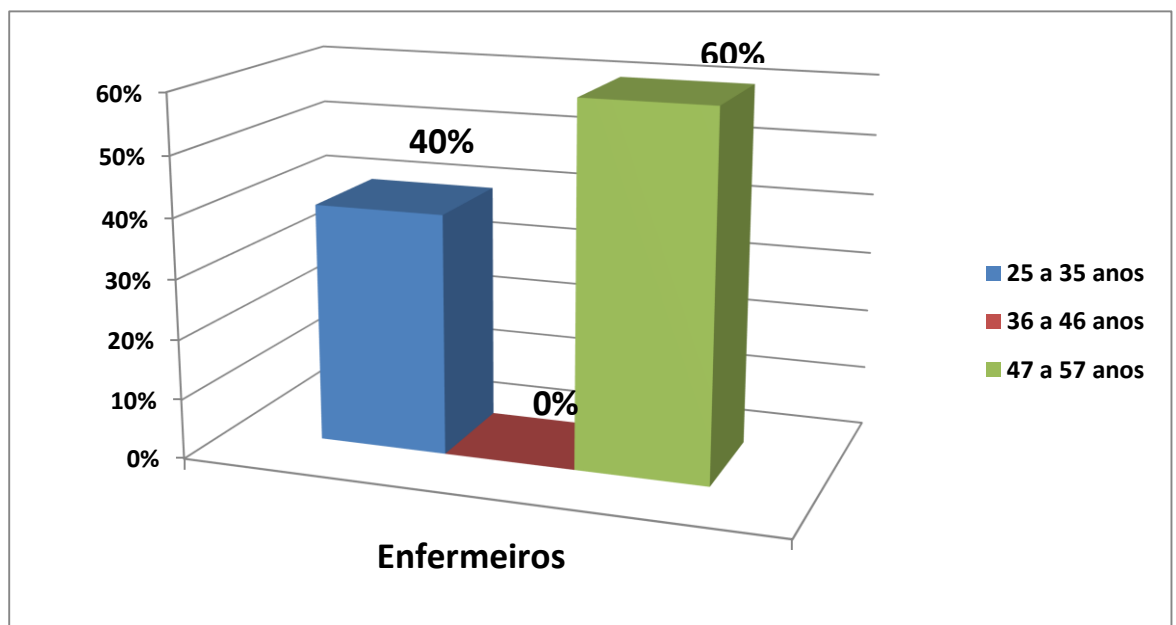
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CENTRO CIRÚRGICO.

Neste item, são apresentados os achados da caracterização dos participantes da pesquisa que trabalham no centro cirúrgico do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. Esta caracterização está representada pela idade, sexo, tempo de profissão, maior titulação e tempo de atuação no centro cirúrgico. Para melhor compreensão estão devidamente organizados segundo a ordem em que foram aplicados.

Gráfico 1 – Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas que atuam no centro cirúrgico, por faixa etária.



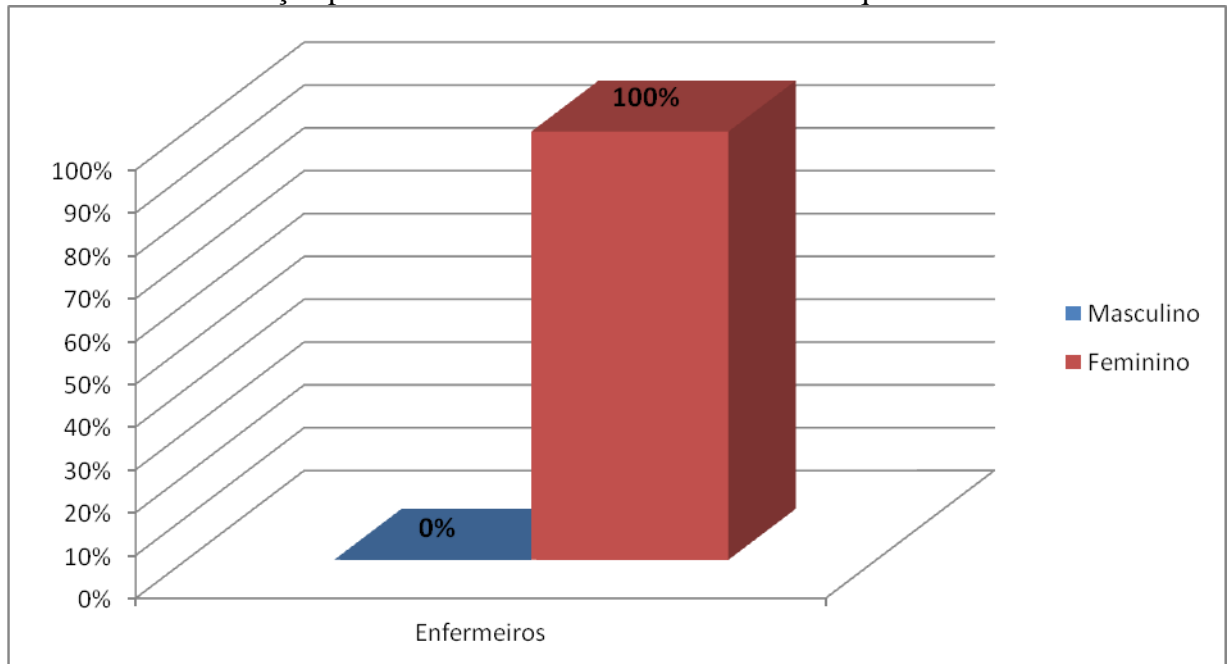
Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

No gráfico 1 os entrevistados estão distribuídos por faixa etária em que 40% é constituída por profissionais com idade entre 25 a 35 anos e 60% pertencem ao grupo compreendido entre 47 a 57 anos de idade.

Guerrer e Bianchi, (2008) relata que um grande número de profissionais de enfermagem com idade inferior a 40 anos, se faz presente no setor do CC na prestação dos cuidados prestados, e que os profissionais que possuem idade superior à anteriormente citada, estão desempenhando cargos administrativos ou trabalhando em áreas voltadas para o ensino, uma vez que, teoricamente, possuem experiências

suficientes para completar e fortalecer a teoria ensinada, não mostrando associação com perda de capacidade para desenvolver o trabalho. Em contra partida os dados coletados demonstram que o maior percentual de enfermeiros que atuam no CC tem idade superior a 40 anos.

Gráfico 2 - Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas quanto ao sexo.

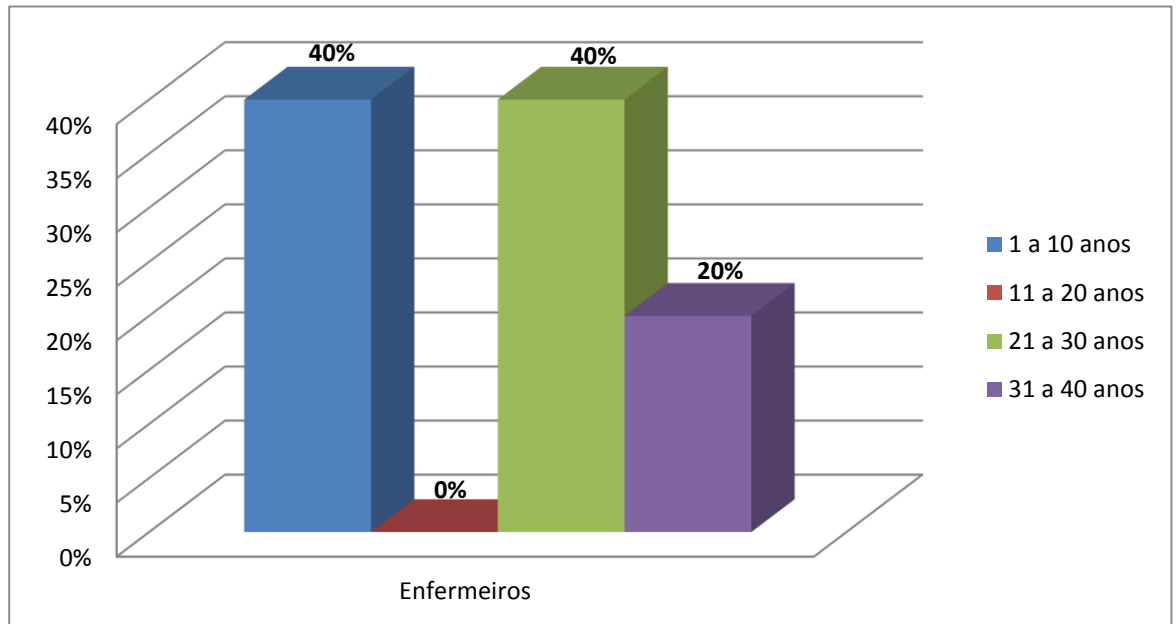


Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

De acordo com o Gráfico 2, que se refere ao sexo, a amostra constituiu-se de 5 enfermeiras que atuam no Centro Cirúrgico do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, desses 5 (100%) dos participantes é do sexo feminino, onde pode-se observar que a enfermagem ainda é predominantemente feminina.

Para Aperibense e Barreira, (2008) apud Moreira (2010) a enfermagem foi à primeira profissão feminina universitária, que se constitui em um importante papel social das mulheres. Esta por ser uma profissão que abrange as atividades desenvolvidas por mulheres, favorece uma ampliação do sexo feminino no mercado de trabalho qualificado na área da saúde.

Gráfico 3 - Distribuição percentual das enfermeiras quanto ao tempo de formação.

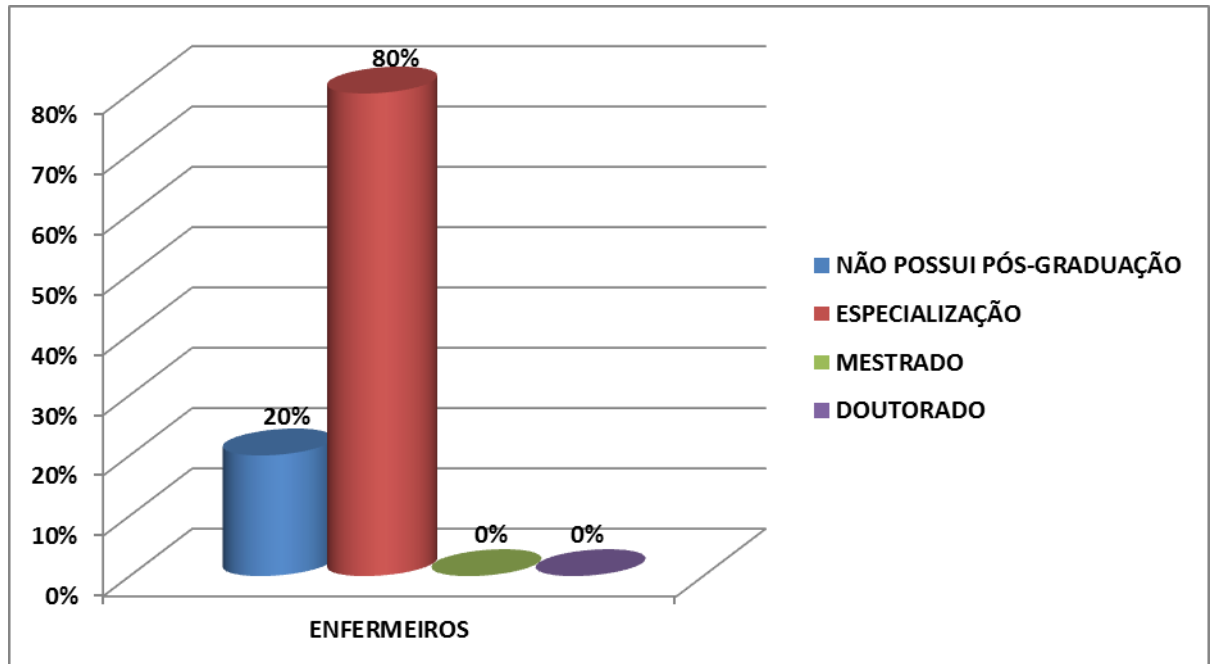


Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O gráfico 3 apresenta os dados coletados quanto ao tempo de formação dos participantes da pesquisa o percentual de 40% dos profissionais atuam há pouco tempo na área pesquisada, com tempo de formação de 1 à 10 anos, nenhum entre 11 e 20 anos, 40 % entre 21 á 30 anos e 20% entre 31á 40 anos.

O tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de sua relativa maturidade. Como também, o tempo de formação em uma dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período (MARTINS et al., 2006).

Gráfico 4 - Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas quanto à maior titulação.

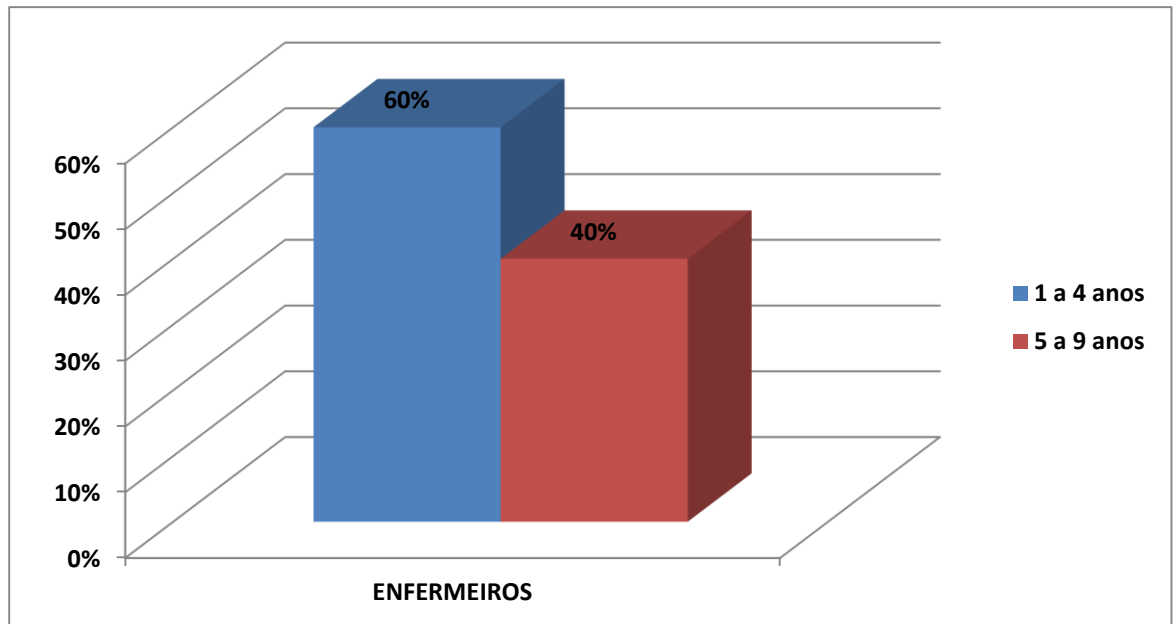


Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

No gráfico 4 se refere à maior titulação onde 80% dos participantes possuem especialização e 20% não possui pós-graduação. Nenhum dos entrevistados possui mestrado ou doutorado.

Potter; Perry (2009) relata que a enfermagem baseia-se no conhecimento da ciência, que está mudando continuamente por intermédio de novas descobertas e inovações. Capacitando-se profissionais da área de enfermagem e exigindo uma quantidade significativa de conhecimentos formal, que devem estar continuamente ciente dos estudos que se relacionam diretamente com suas próprias áreas para analisar a aplicabilidade de suas conclusões específicas.

Gráfico 5 – Distribuição das enfermeiras entrevistadas quanto ao tempo de atuação no centro cirúrgico.



Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O gráfico 5 refere-se ao tempo de atuação no centro cirúrgico, observa-se que esses profissionais possuem certa experiência no referido setor onde 60% dos participantes apresentam entre 1 a 4 anos de experiência e 40 % dos entrevistadas possuem entre 5 a 9 anos de experiência, demonstrando que os profissionais possuem um tempo relevante para atuação no serviço possuindo habilidade suficiente para assumir este serviço.

5.2 DADOS RELACIONADOS AO TEMA PROPOSTO

Para preservar a identidade dos profissionais entrevistados de acordo com a resolução 196/96, optou-se identificar as entrevistadas, com um código (E) ficando assim denominadas: E1 igual à enfermeira 1, E2, enfermeira 2 e assim por diante, até E5, enfermeira 5.

Neste item os dados foram devidamente analisados conforme o Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) a partir dos discursos dos profissionais de saúde entrevistados. Sendo agrupadas adequadamente as ideias centrais pertinentes a cada questão. Estas estão devidamente dispostas sob a forma de quadros demonstrativos, sendo priorizadas as ideias mais relevantes, e devidamente fundamentados a luz da literatura sobre o assunto.

Quadro 2 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão:
O que você entende por escala de Aldrete?

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Escala utilizada na avaliação da recuperação pós-anestésica	“Escala usada na recuperação pós-anestésica que avalia os seguintes parâmetros atividade muscular, respiração, consciência, circulação, saturação de O ₂ e SNC. [...] utilizada no centro cirúrgico, além de avaliar a alta do CRO. [...] método utilizado no paciente pós-operatório, especialmente SRPA [...] eficaz na recuperação do paciente, e para prever situações de risco”. E1, E2, E3, E5.

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

De acordo com a ideia central 1 pode-se perceber que as enfermeiras participantes demonstram entendimento sobre a Escala de Aldrete, visto que estas apresentam o conceito, para que serve a escala e os parâmetros avaliados na escala de Aldrete o que corrobora com Albert et al, (2008), que descreve o índice de Aldrete e Kroulik como um método utilizado no pós-operatório imediato especialmente na SRPA, para promover os cuidados necessários ao paciente que está com efeito da anestesia, com isso favorece a estabilidade dos sinais vitais, tendo em vista que é nessa fase que os pacientes expõem as principais complicações posteriormente a do ato anestésico-cirúrgico. Assim propondo uma padronização na observação das condições físicas do paciente pós-anestésico por meio de uma técnica não invasiva que avalia os sistemas comprometidos pelos medicamentos anestésicos utilizado no procedimento cirúrgico.

Bonfim (2010), afirma que para uma avaliação das condições do paciente em recuperação pós-anestésica é necessário que o enfermeiro execute todos os cuidados planejados durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica, utilizando os parâmetros da Escala de Aldrete promovendo uma assistência apropriada e eficaz, garantindo qualidade e conforto do paciente.

Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado a questão: A escala é utilizada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica? Como?

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Sim	[...] Uma pontuação de 0 a 2 para cada parâmetro, no qual o 0 indica condições de maior gravidade e o 1 nível intermediário e o 2 representa a melhor função.[...] É utilizada de maneira empírica, a partir da recuperação sensório-motor do paciente [...]. E1, E2.
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Não	[...] Nunca parei para colocar em prática, [...] nós dispormos da escala, mais ainda não trabalhamos na prática com a mesma. Não. [...] a escala propriamente dita não é utilizada os itens são utilizados e avaliados isoladamente. E3, E4, E5.

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

No quadro 3 as ideias centrais se divergem, embora as entrevistadas façam parte da mesma equipe, algumas responderam de forma afirmativa sobre a utilização da escala de Aldrete e outras de forma negativa. Baseado nestes discursos pode-se perceber que a escala ainda não é implementada como deveria, boa parte das entrevistadas que responderam relatam que não fazem o uso da mesma devido à grande demanda do hospital e ao pequeno número de profissionais.

Coelho, Crivelari e Magrin (2010) descrevem a escala de Aldrete como instrumento que avalia os sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular onde cada um dos parâmetros estabelecidos recebe um valor de zero a dois, e os valores atribuídos são somados, totalizando o índice máximo de dez, essa avaliação é realizada pelo enfermeiro para diagnosticar se os sinais vitais estão estáveis para que o paciente esteja apto a receber alta da SRPA. Portanto, a assistência de enfermagem é garantida ao paciente até que ele tenha se recuperado dos efeitos dos anestésicos, entretanto o profissional de enfermagem deve estar sempre atento para as complicações ocorridas depois dos procedimentos cirúrgicos. Assim tendo um maior conhecimento das principais patologias e seus efeitos, melhorando na qualidade da assistência paciente (CARVALHO; BIANCHI, 2007 apud NOGUEIRA et al, 2009).

De acordo com Bonfim (2010), existem padrões e critérios necessários em uma SRPA, entretanto é preciso formalizá-los para garantir a segurança e o prosseguimento da assistência de enfermagem, não só entre as unidades de centro cirúrgico envolvido, mas principalmente para o ser que está sendo avaliado assim, a Escala de Aldrete é o meio a ser utilizado a fim de estabelecer uma avaliação eficaz.

Quadro 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Em sua opinião, existem dificuldades na utilização e aplicação da escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica?

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Não	Não. E1.
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Pouco Conhecimento	[...] existe pouco conhecimento na aplicação prática da escala e poucas atualizações acerca do tema.E2
Ideia Central 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Sim	[...] Não é utilizada em virtude da demanda, [...] a equipe de enfermagem é insuficiente para fazer esse acompanhamento e receber novos pacientes para cirurgias. [...] Pela falta de tempo minucioso para avaliar todos os critérios, [...] sobrecarga de pacientes e uma escassez de mão de obra da enfermagem. [...] Na grande quantidade de afazeres que o enfermeiro tem neste setor. E3, E4, E5.

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

Com base no quadro 4 observou-se que grande parte dos entrevistados relataram que as dificuldades enfrentadas pelo setor, estão relacionadas a quantidade de profissionais insuficiente para atender a demanda. Visto que a equipe tem que acompanhar os pacientes que já estão no CC e receber novos pacientes, gerando uma sobrecarga para os profissionais. Diante disso, os critérios de avaliação da escala não são utilizados em virtude do tempo.

Possari (2006) afirma que as dificuldades na utilização da Escala de Aldrete na SRPA influenciam na assistência pós-operatória imediata do cliente, bem como na recuperação geral. Para ter conhecimento do que ocorreu na sala de cirurgia, espera-se que o anestesista forneça um relatório detalhado e completo para o enfermeiro que assume a responsabilidade de prestar uma assistência pós-operatória do cliente anestesiado.

Quadro 5 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Qual a importância da utilização da escala de Aldrete na recuperação do paciente no pós-operatório imediato?

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Assistência individualizada e segura	[...] Assistência individualizada aos pacientes na SRPA, e evitar complicações. [...] É importante para uma boa avaliação clínica do paciente, a fim de promover uma assistência direcionada e segura baseada em critérios estabelecidos... [...] Dar segurança no estado geral do paciente e sobrevida do mesmo... [...] o uso dessa escala com certeza evitaria risco para o paciente e teríamos uma segurança do quadro clínico do paciente sem maiores problemas. [...] traz maior segurança na sua alta da sala da SRPA. E1, E2, E5.
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Avaliação precisa e completa	[...] uma avaliação precisa de prever o risco de vida ao paciente em recuperação pós anestésica [...] Avaliação mais precisa do estado geral do paciente ou seja avaliação do nível de consciência, SpO ₂ , movimentos musculares, respiração e circulação[...] avaliação mais completa em seu pós-operatório. E3, E4, E5.

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O quadro 5 apresenta DSCs ressaltando que a escala de Aldrete promove uma assistência de enfermagem de forma individualizada, além de uma avaliação segura e completa. Segundo Bonfim (2010), a utilização e avaliação da escala de Aldrete são de grande valia para que a análise do processo de recuperação do paciente transcorra, assim evitaria as inúmeras complicações ao qual o paciente ficara exposto. Levando em consideração a avaliação dos sinais vitais necessária durante todo o período de permanência do paciente na SRPA.

Conforme Lasaponari (2011), as condições clínicas que avalia o paciente no pós-operatório imediato é realizado através da Escala de Aldrete que desde sua criação até os dias de hoje, é utilizado em SRPA como importante instrumento de avaliação para a evolução no pós-operatório imediato até a alta do paciente na SRPA. Este índice foi caracterizado em:

- Escore < 8 (Significa que o paciente não apresenta condições clínicas e possibilidade de ser transferido para sua unidade de origem).
- Escore ≥ 8 (Significa que o paciente tem condições clínicas e possibilidade de ser transferido para sua unidade de origem, isto é, ele deve estar acordado, responsivo, eupnéico, movimentando os quatros membros e com os sinais vitais estabilizados).

Assim com a utilização da Escala de Aldrete o enfermeiro consegue avaliar o paciente de forma segura, observado se o mesmo está apto a receber alta da SRPA. Desse modo é de extrema complexidade o cuidado do cliente na sala de recuperação pós-anestésica, que tem como necessidade uma avaliação eficaz e segura fazendo-se presente. Consequentemente, por mais elaborados que sejam as tecnologias para assistência de enfermagem, o método mais fidedigno continua sendo a utilização da Escala. (ALBERTI et al, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou analisar a utilização da escala de Aldrete como instrumento de avaliação ao paciente em pós-operatório imediato e sua importância para a enfermagem. Diante disso pode-se perceber que apesar das enfermeiras relatarem entendimento sobre a Escala de Aldrete grande parte não utiliza, e as que utilizam, não são em todo o seu contexto, porque os parâmetros não são avaliados conforme apresentados na escala.

As dificuldades identificadas na pesquisa estão relacionadas à quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda excessiva, gerando uma sobrecarga profissional. Além disso, os critérios de avaliação da escala não são utilizados em virtude do tempo.

Mesmo não utilizando a escala de Aldrete, pelos problemas acima descritos, os profissionais relatam ter conhecimento sobre a importância da utilização da mesma no pós-operatório, deixando notória que a falta de conhecimento não se refere à existência e necessidade de implementação, mas sim na forma prática da realização desta escala.

Assim pode-se perceber que a hipótese deste trabalho não foi confirmada, pois nela descrevemos que a escala é utilizada pelos profissionais de saúde e de acordo com os dados obtidos e analisados chega-se a uma conclusão que a mesma não é utilizada de forma correta e frequente.

Esta pesquisa é importante não só para atentar ao fator da necessidade da utilização da escala, mas para identificar as falhas que acontecem na assistência do pós-operatório imediato, deixando um déficit na avaliação final de todos os parâmetros medidos através da mesma.

Diante de todo o exposto é fundamental que se dê continuidade a este trabalho, visto que estamos deixando em aberto uma proposta de implementação a utilização da Escala de Aldrete, promovendo uma assistência de enfermagem com qualidade na SRPA, tendo em vista que existe uma equipe de enfermagem 24 horas para dar continuidade na execução e planejamento das ações, gerenciando e executando o plano de cuidado, permitindo assim gerar conhecimento a partir da prática.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, G. F. et al. **A prática de enfermagem em centro cirúrgico: a utilização do índice de Aldrete e Kroulik para a avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica**. 2008. Disponível em:
<http://www.urisantiago.br/saenfermagem/anais/2010/09%20A%20PRATICA%20DE%20ENFERMAGEM%20EM%20CENTRO%20CIRURGICO%20A%20UTILIZACAO%20.pdf> Acesso em: 01 abr. 2012.
- ANDRADE, L. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1. 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.
- ANDREU, J. M; DEGHI, L. P. Enfermagem perioperatória Considerações Gerais a Temática. In: BONFIM, Isabel Miranda; MALAGUTTI, William. **Enfermagem em Centro cirúrgico. Atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo: Martinari, 2008.
- ATZINGEN, M. D. V; SCHMIDT, D. R. C; NONINO, E. A. P. M. Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Support. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n.4, p.616-623, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a13v21n4.pdf>. Acesso em: 12 maio 2012.
- BEDIN, E; RIBEIRO, L. B. M; BARRETO, R. A. S. S. Humanização da assistência de enfermagem em centro-cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 400-409, 2004. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/13_Revisao3.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2012.
- BONFIM, I. M. Assistência de enfermagem na RPA. In: BONFIM, I. M; MALAGUTTI, W. **Recuperação pós-anestésica. Assistência especializada no centro cirúrgico**. São Paulo: Martinari, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:
 <<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2012.
- BROZANATTI, J. A. G (Coord.). **Práticas Recomendadas SOBECC:** Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica, Centro de Material e Esterilização. 5.ed. São Paulo: SOBECC, 2009.
- CARRARA, D. et al. **Oximetria de Pulso Arterial**. 2009. Disponível em:
<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf> Acesso em: 12 maio 2012.

CARVALHO, R; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. São Paulo: Manole, 2007.

CHRISTÓFORO, B. B. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório**. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oBerendinaChristoforo.pdf>. Acesso em: 19 maio.2012.

CHRISTÓFORO, B. B; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v 43, n.1, p. 14-22, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf> Acesso em: 22 abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311, de 08 de janeiro de 2007. Revoga a Resolução COFEN nº 240/2000. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

COELHO, C. da S. Â; CRIVELARI, C. C. M; MAGRIN, J. Complicações no pós-operatório imediato de cirurgias de cabeça e pescoço. In: BONFIM, I. M; MALAGUTTI, W. **Recuperação pós-anestésica. assistência especializada no centro cirúrgico**. São Paulo: Martinari, 2010.

COELHO, T. M. et al. A enfermagem e a assistência psicológica prestada ao paciente no período perioperatório. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: ABEn, 2009. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00831.pdf. Acesso em: 25 maio 2012.

CUNHA, A. S. M.; PENICHI, A. de C. G. Validação de um instrumento de registro para a sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a07v20n2.pdf> Acesso em: 11 abr. 2012.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas Para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.5, p.690-695 set./out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2012.

GUERRER; F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do Estresse nos Enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: atlas, 2009.

GOIS, C. F. L; DANTAS, R. A.S. Estressores em Uma Unidade Pós-Operatória de Cirurgia Torácica: Avaliação da Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004. v.12, n.1, p. 22-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a04.pdf>. Acesso em: 04 jul.2012.

- KUHNEN, A. C. et al. **Implementação da sistematização da assistência de enfermagem (sae) na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA)**. 2008. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0547.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2012.
- LASAPONARI, E, F. A utilização da calatonia no período pós-anestésico imediato. Dissertação. (pós-graduação em enfermagem) escola de enfermagem da universidade São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/pos/proesa/_impressao.php?nt=701 .Acesso em: 18 nov.2012.
- LASAPONARI, E. F; BRONZATTI, J. A. G. Sistematização da assistência de enfermagem Perioperatória (SAEP). In: BONFIN, I. M; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. Martinari: São Paulo, 2008.
- LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: UDUCS, 2005.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- MARTINS, C. et al. perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.472-8, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teóricos método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MOREIRA, J. P. S. M L. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidades de saúde da família na cidade de Mossoró-RN**. 79f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2010.
- NETTINA, S. **Prática de Enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- NOGUEIRA, I. D. S. et al. **Assistência de enfermagem no pós-operatório imediato**. 2009. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF17.10.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.
- NUNES, C. R. M. **Avaliação de pacientes com Sequência de Robin Isolada no pós-operatório imediato após palatoplastia primária**. 2009.80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu , 2009.
http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064081P0/2009/nunes_crm_me_botfm.pdf. Acesso em: 29 mar. 2012.
- PICCOLI, M; GALVÃO, C. M. Enfermagem Perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de

levine. **Revista Latino-am Enfermagem**. 2001, v. 9, n.4, p. 37-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf> Acesso em: 15 jul. 2012.

PITA, P. História e Atualidades da RPA. In: BONFIM, I. M; MALAGUTTI, W. **Recuperação pós-anestésica.assistência especializada no centro cirúrgico**.1.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: Afiliada, 2006.

POTTER, P.A; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7.ed.Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRADO, K.G.et al. Centro de Recuperação Pós - Anestésico: Observação, Análise e Comparação. **Rev.latino-am.enfermagem**. v. 6, n. 3, p. 123, 125, jul.1998.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13899.pdf>. Acesso em: '03 ago 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, R. A. P.; SOUSA, F. A. E. F. O trabalho da enfermagem em centro-cirúrgico: Análise de depoimentos. **Rev. Latino-Americana de enfermagem - Ribeirão Preto** - v. 2 - n. 1 - p. 21-34 - julho 1993. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n2/v1n2a03.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

ROTHROCK, J. C. **Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13. ed. São Paulo: Elsevier, 2008.

SILVA, M. A. da; GALVÃO, C. M; Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.1, p.104-112, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a13.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.

SILVA, M. D'A. A; RODRIGUES, A. L; CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária,2008.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: V.1. Guanabara Koogan, 2009.

THIESEN, M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**. Santa Catarina, 2005. Disponível em: < <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0525.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2012.

TIMBY, B. K; SMITH, N. E. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. São Paulo: Manole, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada **Utilização da Escala de Aldrete e Kroulik em Pacientes no Pós- Operatório Imediato em um Hospital do Município de Mossoró e Sua Importância Para Enfermagem**, que será desenvolvida por José Wagner Estevam Nogueira, pesquisador associado e aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável, professora Ma. Ivone Ferreira Borges. A pesquisa apresenta os seguintes objetivos: Analisar a utilização da escala de Aldrete como instrumento de avaliação ao paciente em pós-operatório imediato e sua importância para a enfermagem, e especificamente, caracterizar a situação social e profissional dos enfermeiros entrevistados; Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a Escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Investigar acerca da utilização da Escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Identificar na opinião dos enfermeiros entrevistados as dificuldades na utilização e aplicação da escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Averiguar na visão dos enfermeiros a importância da Escala de Aldrete no centro cirúrgico.

A existência deste trabalho é pertinente e inteiramente justificada tendo em vista à necessidade da utilização e aplicação da escala de Aldrete no pós-operatório imediato de cirurgias, além da necessidade dessa prática para prestação de uma assistência integral e individualizada, faz-se necessário a realização da mesma por parte dos enfermeiros. Mais recentemente, surgiu o interesse de como era utilizada a escala de Aldrete pelos enfermeiros do centro cirúrgico, tendo em vista a autonomia que é dada ao enfermeiro nesse serviço e a possibilidade de estar em contato direto e contínuo com o paciente que se submeteu a um procedimento cirúrgico, podendo assim realizar uma assistência de melhor qualidade. Diante do exposto percebeu-se a necessidade de averiguar se os profissionais de enfermagem utilizam a escala e tem conhecimento de sua importância e contribuição na implementação da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, contribuindo assim para a melhoria do atendimento ao cliente no pós-operatório imediato.

Solicitamos sua contribuição nesta pesquisa e informamos que a pesquisa apresenta riscos mínimos, porém os seus benefícios são prevalentes sobre os riscos e que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista, com a utilização de um gravador e posteriormente as falas serão transcritas, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre o trabalho que realiza no Centro Cirúrgico da instituição. As mesmas farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou

internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
 RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2012

 (Pesquisadora Responsável / Pesquisador Associado)

 Participante da Pesquisa

¹ **Endereço da Pesquisadora Responsável:** Av. Presidente Dutra, N ° 701, Alto de São Manoel, Mossoró - RN CEP: 59.628-000 Tel(s): 3312-0143 E-mail: ivoneborges@facenemossoro.com.br

² **Comitê de Ética e Pesquisa** – FACENE/FAMENE – Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – Paraíba/Brasil. CEP:58.067-695 Tel/Fax: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS

PARTE I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Tempo de formação: _____

Especialização: sim () não ()

Área: _____

Mestrado: sim () não ()

Área: _____

Doutorado: sim () não ()

Área: _____

Tempo de atuação no Centro Cirúrgico (anos/meses) _____

PARTE II – DADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS DO TRABALHO

1. O que você entende por escala de Aldrete?
2. A escala é utilizada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica? Como?
3. Em sua opinião, existem dificuldades na utilização e aplicação da escala de Aldrete na Sala de Recuperação Pós-Anestésica?
4. Qual a importância da utilização da escala de Aldrete na recuperação do paciente no pós-operatório imediato?

ANEXO

ANEXO A – Certidão




Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 11ª Reunião Extraordinária realizada em 23 de Agosto 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ALDRETE E KROULIK EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ E SUA IMPORTÂNCIA PARA ENFERMAGEM", protocolo número: 103/12, CAAE: 06968212.0.0000.5179 e Parecer do CEP: 90.369 da orientadora (pesquisadora responsável): **Ivone Ferreira Borges** e dos pesquisadores participantes: **José Wagner Estevam Nogueira, Patrícia Josefa Fernandes Beserra, Joseline Pereira Lima.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 06 de Setembro de 2012

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
 Coord. Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
 Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777