

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

FÁBIA SONAIRA DANTAS CARLOS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-
OPERATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO OESTE POTIGUAR**

MOSSORÓ – RN
2016

FÁBIA SONAIRA DANTAS CARLOS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-
OPERATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO OESTE POTIGUAR**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira.

MOSSORÓ – RN
2016

FÁBIA SONAIRA DANTAS CARLOS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-
OPERATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO OESTE POTIGUAR**

Monografia apresentada pela aluna FÁBIA SONAIRA DANTAS CARLOS, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
Orientadora

Profa. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)
Membro

Profa. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
Membro

Dedico essa monografia primeiramente a Deus pela sua infinita misericórdia e por me guiar sempre, permitindo-me conquistar esse sonho e tantos outros, mesmo sendo eu em muitos momentos não tão merecedora assim. Aos meus pais por se dedicarem a sonhar e realizar junto comigo. Essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida, pela saúde, pela sabedoria e perseverança com as quais sou agraciada, permitindo-me trilhar todo esse caminho e conceder-me a realização desse sonho. Por acreditar ser esse o início de uma longa caminhada que está sendo preparada e guardada por ELE para mim.

Aos meus pais Antonio Silva Neto e Sebastiana Dantas, por terem sonhado comigo e dedicado suas vidas em prol dos meus ideais de vida, por sempre me apoiarem nos momentos difíceis da minha trajetória, pelo amor e compreensão de toda uma vida. A palavra gratidão é pouco para expressar o que sinto nessa etapa de minha vida.

Aos meus irmãos Samuel e Falcone; cunhadas Cristina e Nayary e minha sobrinha Emilly Ester, pela inspiração, torcida, apoio e incentivo. Pelos momentos que compreenderam minha ausência com paciência, amor e cumplicidade.

A minha orientadora, Giselle Costa, pela confiança em mim depositada, acreditando em meu potencial como pessoa e profissional. Meu respeito e admiração não só como professora e profissional, mas também como pessoa humana. Serei sempre grata.

Aos membros da banca de qualificação e defesa pelas valiosas contribuições e conhecimentos a mim repassados ao presente trabalho.

As Faculdades Nova Esperança, o corpo docente, direção, administração e todos seus funcionários que oportunizaram o caminho que começo a trilhar, fundamentada na ética presente nessa instituição. Agradeço por me ensinarem a ser uma profissional humana, capaz de sentir o outro como gostaria de ser sentida.

A Ana Cristina, amiga que levarei para além da faculdade, que marcou esses anos de minha vida de maneira única e genuína. Obrigada pelas broncas, amizade e companheirismo durante essa trajetória.

Agradeço aos colegas acadêmicos pelo convívio durante todos esses anos. As meninas que me ajudaram durante minha coleta de dados, oferecendo um braço amigo e me mostrando que ainda existem pessoas dispostas a nos ajudar.

Muitas pessoas fizeram e fazem parte de minha história e por isso são essências para que esse sonho fosse possível. Algumas estão longe fisicamente, porém presentes em meu coração. A

todos aqueles que participaram e contribuíram de alguma forma para a concretização deste projeto, ou que tornaram agradável a minha jornada na academia, meu sincero muito obrigada!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu”
Eclesiastes 3:1.

Ora, aquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo quanto pedimos ou pensamos, segundo o poder que opera em nós, a esse seja glória na igreja e em Cristo Jesus por todas as gerações do século dos séculos. Amém. Efésios 3:20-21

RESUMO

INTRODUÇÃO: A enfermagem durante seu contexto histórico passou por transformações a fim de aprimorar o atendimento ao cliente, ofertando cuidados eficazes, éticos e humanizados. Para tanto, deve conter múltiplas habilidades para desenvolver diversas atividades que lhe competem. O paciente do bloco cirúrgico demanda uma assistência mais qualificada, pelas particularidades que necessita, principalmente, quando relacionado ao pós-operatório imediato, na Unidade de Recuperação Pós-Operatória – URPO. **OBJETIVOS:** O geral foi analisar a atuação do enfermeiro na unidade de recuperação pós-operatória em um Município do Oeste Potiguar. E os específicos foram: Caracterizar o perfil do enfermeiro que atua na URPO; Conhecer a atuação de enfermagem na URPO; Verificar a atuação do enfermeiro frente aos eventos adversos mais incidentes na URPO e Discutir como o plano de cuidados é implementado pelos enfermeiros na URPO. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, com caráter descritivo e com abordagem quanti-qualitativa. Foi desenvolvida nos Hospitais: Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia; Hospital Wilson Rosado e Hospital Maternidade Almeida Castro. A população da pesquisa foram 08 enfermeiros atuantes na URPO dos referidos Hospitais, tendo como amostra todos os profissionais. Foi utilizado como instrumento um questionário semiestruturado visando coletar informações relacionadas à temática. A análise dos dados qualitativos utilizou-se da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin e os dados quantitativos por frequência simples e porcentagens apresentadas em forma de tabelas. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE conforme parecer de número Protocolo CEP: 100/2016 e CAAE: 58741416.3.0000.5179. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A análise permitiu-nos observar que a amostra é 100% feminina, a faixa etária prevalente das participantes foi de 31 a 40 anos. 50% dos profissionais atuam enquanto enfermeiros entre 1-5 anos, bem como, 75% atuam nesse mesmo período de tempo na URPO. Em relação a escolaridade, 75% dos enfermeiros possuem pós-graduação, porém não são na área de atuação, e apenas 50% dos participantes afirmam terem capacitações referente a URPO. A assistência ao paciente na URPO, em sua maioria não vem sendo realizada pelos enfermeiros, mesmo sendo estes mais capacitados para prestarem essa assistência, e sim delegados aos técnicos de enfermagem. Dessa forma, esse cuidado prestado ao paciente em algum momento pode não ser tão eficaz, visto que, esse setor por ser considerado crítico, sendo o cuidado privativo ao enfermeiro. Os EAs mais citados foram Dor, Vômitos e Náuseas, com percentual de 100%, 75% e 50%, respectivamente, cabendo ao enfermeiro atuar de forma preventiva, para garantir a segurança do paciente. Ainda foi observado que apesar da SAE ter se mostrado como facilitadora do trabalho do enfermeiro, possibilitando otimizar e direcionar as atividades e o tempo, apenas um pequeno percentual da nossa amostra considera importante e deixa claro a utilização da SAE, destacando o plano de cuidados na sua rotina profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Assim, sugere-se que apesar da atuação do enfermeiro na URPO ser um tema de fundamental importância para o profissional de enfermagem, muito se tem a evoluir para que seja realizada de maneira mais efetiva.

Descritores: Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Cuidados Pós-Operatórios.

ABSTRACT

INTRODUCTION: nursing during their historical context has undergone transformations in order to improve customer service, offering effective, ethical and humane care. To do so, must contain multiple skills to develop its activities. The patient of the surgical block demand more qualified assistance, by particularities that need, especially when related to the immediate postoperative period, the postoperative recovery unit-URPO. **OBJECTIVES:** the General was to analyze the role of the nurse in the postoperative recovery unit in a Municipality of Western Brazil. And the specifics were: Characterize the profile of nurses in URPO; Meet the performance of nursing in URPO; Check the performance of nurses against the adverse events more incidents on URPO and discuss how the care plan is implemented by nurses on URPO. **METHODOLOGY:** this is a survey of exploratory type, with descriptive character and with quantitative and qualitative approach. Was developed in hospitals: Regional Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia; Wilson Hospital Maternity Hospital and Almeida Castro. The population of this research were nurses in 08 URPO of these Hospitals, with sample all professionals. It was used as a semi-structured questionnaire aiming to gather information related to the subject. Qualitative data analysis we used the technique of content analysis of Bardin and quantitative data for simple frequency and percentages presented in table form. This study was approved by the Research Ethics Committee of SURESH according to Protocol number ZIP CODE: 100/2016 and CAAE: 58741416.3.0000.5179. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** the analysis allowed us to observe that the sample is 100% female, the age range of participants was prevalent 31 to 40 years. 50% of the professionals act as nurses between 1-5 years, as well as 75% work in that same time period on URPO. In relation to education, 75% of nurses have graduate degrees, but it is not in the area, and only 50% of the participants claim to have skills for URPO. The patient care on URPO, mostly not being held by the nurses, even these being better able to provide such assistance, but delegates the nursing technicians. In this way, that care provided to the patient at some point may not be as effective, since this sector for being considered critical, being private care to nurse. EAs more cited were Pain, Vomiting and nausea, with percentage of 100%, 75% and 50%, respectively, and the nurse Act in a preventive manner, to ensure the safety of the patient. It was observed that although the LEAVES have been shown as a facilitator of the work of nurses, making it possible to optimize and direct the activities and the time, only a small percentage of our sample value and makes it clear the use of SAE, emphasizing the care plan in his professional routine. **FINAL CONSIDERATIONS:** thus, it is suggested that despite the role of the nurse in the URPO be a topic of fundamental importance for the professional nursing, much has to evolve to be performed more effectively.

Keywords: Nursing; Nursing care; Post-operative Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AC – Análise de Conteúdo

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

CC – Centro Cirúrgico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DE – Diagnóstico de Enfermagem

DEs – Diagnósticos de Enfermagem

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

EAs – Eventos Adversos

FO – Ferida Operatória

GI – Gastrointestinal

HMAC – Hospital Maternidade Almeida Castro

HRTVM – Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

HWR – Hospital Wilson Rosado

IV – Intravenosos

MS – Ministério da Saúde

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Associations Internations*

NIC – *Nursing Internations Classifications*

NOC – *Nursing Outcomes Classifications*

PE – Processo de Enfermagem

PO – Pós-Operatório

POI – Pós-Operatório Imediato

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAEP – Sistematização da Assistência Perioperatória

SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

SRPO – Sala de Recuperação Pós-Operatória

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVP – Trombose Venosa Profunda

URPO – Unidade de Recuperação Pós-Operatória

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos profissionais analisados na pesquisa (n=8), quanto a idade e sexo. Mossoró – RN, 2016.	34
Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos profissionais analisados na pesquisa (n=8), quanto a atuação profissional. Mossoró – RN, 2016.	35
Tabela 3: Dados sobre os Eventos Adversos mais incidentes, conforme os profissionais analisados na pesquisa (n=8). Mossoró – RN, 2016.....	45
Tabela 4: Dados sobre os Diagnósticos de Enfermagem utilizados na URPO, conforme os profissionais analisados na pesquisa (n=8). Mossoró – RN, 2016.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Justificativa	14
1.2 Hipótese	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Aspectos históricos dos cuidados pós-operatórios.....	17
3.2 Estrutura física e funcional da unidade de recuperação pós-operatória	18
3.3 Papel da enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos.....	20
3.3.1 Função do enfermeiro na URPO	21
3.3.2 Principais eventos adversos na URPO	22
3.3.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem na URPO.....	25
4 METODOLOGIA	27
4.1 Tipo de pesquisa	27
4.2 Local da pesquisa	28
4.3 População e amostra	29
4.4 Instrumento de coleta de dados	30
4.5 Procedimentos para coleta de dados.....	30
4.6 Análise e organização dos dados.....	31
4.7 Procedimentos éticos	32
4.8 Financiamento	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
5.1 Análise dos dados sociodemográficos	34
5.2 Análise dos dados relacionados à atuação do enfermeiro na URPO	37
5.3 Análise dos dados sobre os Eventos Adversos e Diagnósticos de Enfermagem na URPO	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	70
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO	72
ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem durante todo seu contexto histórico passou por transformações no intuito de aprimorar o conhecimento ou atendimento ao cliente, visando a contribuir no processo saúde-doença e na perspectiva de ofertar cuidados eficazes, éticos e, principalmente, humanizados (DANTAS, 2009).

É sabido que todas as modificações oriundas do contexto em que a enfermagem está inserida, sempre tiveram como foco ou prioridade a atenção de enfermagem ao ser humano, com suas necessidades biológicas, psicológicas, social e espiritual, onde a função principal do enfermeiro é o cuidado holístico, cujo objetivo centra-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação e reabilitação da saúde. Como toda ciência, a enfermagem carece consolidar um corpo de conhecimentos próprios e uma linguagem específica que permitam aos que a exercem compreender seu fazer e, assim, prestar cuidados significativos capazes de atender às reais necessidades dos seres humanos por eles assistidos (VALE, 2011).

Nessa perspectiva, em sua prática, o profissional de Enfermagem deve conter múltiplas habilidades para desenvolver as diversas atividades que lhe competem. Na definição de Melo (2014) o profissional de enfermagem, em especial o(a) enfermeiro(a), tem como função organizar, planejar e estruturar, a ordem e direção do cuidado, constituindo-se no instrumento metodológico da profissão, subsidiando o enfermeiro quanto à tomada de decisões e na efetivação necessária para prever, avaliar e determinar novas intervenções, tornando-se um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, enfocando na obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável.

Partindo desse entendimento, o Manual de Práticas Recomendadas, da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (CC), Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – ABECC (2009) subdivide as atribuições do enfermeiro de Centro Cirúrgico em: atribuições relacionadas ao funcionamento da unidade, atribuições técnico administrativas, atividades assistenciais e atividades de administração de pessoal.

O enfermeiro do CC e, principalmente, da Unidade de Recuperação Pós-Operatória – URPO requer diferentes atribuições ou habilidades, visto que o paciente do bloco cirúrgico demanda uma assistência mais qualificada, pelas particularidades que este necessita, especialmente quando relacionado ao cuidado no pós-operatório imediato, que é realizado na

URPO. Diante desse entendimento o Decreto-Lei (Resolução CFM nº 1363/93) “estabeleceu que este período devesse ocorrer em área física planejada, denominada de sala de recuperação pós-operatória (SRPO) com uma equipe multiprofissional”, como também é conhecido a URPO (CUNHA; PENICHE, 2007).

Para Frias, Costa e Sampaio (2010) na URPO é possível observar a importância da assistência de enfermagem perioperatória, pois esta exige do enfermeiro uma visão integral das necessidades humanas do paciente e de sua família. Essa assistência deve nortear ações para beneficiar a sistematização garantindo a qualidade e segurança dos pacientes.

Dessa forma, o enfermeiro deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma atividade privativa do enfermeiro que norteará as atividades de toda a equipe de enfermagem. Ainda de acordo com Murta (2007), a SAE é a organização e execução do processo de Enfermagem, com visão holística e é composta por etapas inter-relacionadas. É a essência da prática de enfermagem, instrumento e metodologia da profissão, e como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar consequências.

A resolução 358/09 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e de outras providências), considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, bem como em seu artigo 4º incumbe o enfermeiro de liderar a execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas.

Sabendo que assistência de enfermagem é uma das principais ações no cuidado da saúde do paciente e de sua importância, a pergunta problema que norteou esta pesquisa foi: como atuam os enfermeiros nas unidades de recuperação pós-operatória em um município do Oeste Potiguar?

1.1 Justificativa

A vivência acadêmica permitiu-nos experimentar diferentes práticas e saberes profissionais, onde observamos os aspectos oriundos de cada função do profissional enfermeiro. Nesse sentido, entendemos que é preciso ofertar ao paciente o melhor atendimento para auxiliá-lo nesse contexto do processo saúde-doença, principalmente quando falamos sobre o paciente no pós-operatório imediato, o qual recebe cuidados específicos ofertados na URPO.

Foi, a partir dessa vivência, que se deu a escolha do tema, visto que surgiu a necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre esse, na perspectiva de analisar a atuação do profissional enfermeiro na URPO, bem como pela relevância social, científica e profissional para prática do profissional enfermeiro.

Mesmo sendo um assunto de grande relevância para o público acadêmico e profissional de enfermagem, identificamos a carência de trabalhos atuais que abordem a atuação do enfermeiro frente à pacientes da URPO. Nesse sentido, este trabalho busca contribuir para debates acadêmicos e o público em geral que apresentem interesse por conhecer a atuação do enfermeiro na URPO.

1.2 Hipótese

Acredita-se que a assistência ao paciente na URPO, em sua maioria, não vem sendo realizada pelos enfermeiros, mesmo sendo estes mais capacitados para prestarem essa assistência, e sim pelos técnicos de enfermagem. Assim sendo, a atuação não é desenvolvida de forma adequada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação do enfermeiro na Unidade de Recuperação Pós-Operatória em um Município do Oeste Potiguar.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil do enfermeiro que atua na Unidade de Recuperação Pós-Operatória;

Conhecer a atuação de enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Operatória;

Verificar a atuação do enfermeiro frente aos eventos adversos mais incidentes na Unidade de Recuperação Pós-Operatória;

Discutir como o plano de cuidados é implementado pelos enfermeiros na Unidade de Recuperação Pós-Operatória.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos históricos dos cuidados pós-operatórios

O cuidado é uma ação subjetiva compreendida universalmente, por se encontrar presente em todas as culturas, sendo, porém, definido em cada meio de maneira diversificada, pois reflete os valores e as práticas socioculturais específicas de determinado grupo social e não meramente execução de procedimentos e técnicas ou como ofício de uma profissão (SALBEGO et al., 2015).

De acordo com Possari (2006) o período pós-operatório estende-se desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita de acompanhamento com o cirurgião. Esse período pode ser tão curto quanto uma semana ou tão longo quanto vários meses. Durante o período pós-operatório, o cuidado de enfermagem focaliza o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, o alívio da dor, a prevenção das complicações e o ensino do autocuidado do paciente. A avaliação cuidadosa e a intervenção imediata auxiliam o paciente no retorno rápido, seguro e o mais confortável possível para a função ótima.

No pós-operatório o cuidado, tem como objetivo avaliar os efeitos anestésicos com monitorização das funções vitais, a provisão do conforto e de alívio da dor e a prevenção das complicações pós-operatórias, alterações sistêmicas e o estresse do paciente que podem alterar a recuperação fisiológica, principalmente no que se refere à cicatrização da ferida operatória e estabilização hemodinâmica no pós-operatório imediato (FREITAS, 2013).

De acordo com Belo (2000) existem relatos da existência de uma Unidade de Recuperação Pós-Operatória, criado por Florence Nightingale em um hospital da Inglaterra para a prestação de cuidados específicos a pacientes mais graves. Relatos posteriores de URPO só irão surgir nas décadas de 20 e 30, nos Estados Unidos, onde, foram se multiplicando, principalmente, no decorrer da Segunda Guerra Mundial.

O cuidado e a segurança do paciente cirúrgico, bem como da URPO, é uma descoberta antiga, isto é, em 1801 em Newcastle já se planejava um local ao lado das salas de operações, onde os pacientes submetidos à cirurgia pudessem ser observados. Desde a década de 1940, algumas características de funcionamento desta unidade já estavam bem definidas, dentre elas a atuação de enfermagem especializada com capacidade de reconhecer alterações na evolução pós-

anestésica dos pacientes, planejar e implementar cuidados específicos que prevenissem complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico (NOCITE,1987).

Em 1988, a American Society of Anesthesiologists (ASA) estabeleceu os padrões dos cuidados pós-operatórios. Observando a complexidade dos procedimentos clínico-cirúrgicos e diagnósticos realizados sob anestesia e da indicação de internações em regime ambulatorial, tornou-se imprescindível a existência de um espaço estruturado onde os clientes possam ser cuidados e observados no pós-anestésico-cirúrgico imediato (BELO, 2000).

Dessa forma, entende-se que o enfermeiro atuante na assistência ao cliente no Pós-Operatório Imediato (POI) deve possuir conhecimentos e habilidades altamente qualificadas para atender pacientes advindos de diferentes cirurgias de complexidades variadas, que necessitam de cuidados específicos e individualizados. Para isso, o profissional deve planejar o cuidado com o objetivo de recuperar o equilíbrio fisiológico do paciente, com o mínimo de complicações, a fim de facilitar o andamento da assistência e oferecer qualidade no serviço prestado (CHEN, 2014).

3.2 Estrutura física e funcional da unidade de recuperação pós-operatória

A Unidade de Recuperação Pós-Operatória, que também é conhecida como Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA é uma unidade de cuidados específicos cuja função é garantir a recuperação segura da anestesia e prestar cuidados pós-operatórios imediatos a pacientes egressos das salas de cirurgias (CREMED, 2012).

No Brasil, de acordo com Belo (2000) a obrigatoriedade desta Unidade de Recuperação Pós-Operatória, para prestar assistência aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, só foi estabelecida por Decreto Federal em 1993, com a Resolução N° 1363; apesar da existência da Portaria n° 400 de 1977 que já previa essas unidades.

A resolução– RDC N° 50, de 21 de Fevereiro de 2002, prevê que todos os projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS deverão, obrigatoriamente, ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma. Devem ainda, atender a todas outras prescrições pertinentes aos objetivos da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2002).

Para Possari (2006), a Unidade de Recuperação Pós-operatória (URPO) fica localizada adjacente às salas de cirurgia. Deve ser mantida tranquila, limpa e livre de equipamento

desnecessário; ser pintada em cores suaves e agradáveis, possuir iluminação indireta, um teto a prova de som, equipamento que controla ou elimina o ruído (Ex.: cubas plásticas para vômitos, parachoques de borracha em leitos e mesas) e boxes isolados, porém visíveis, para os pacientes agitados e ser bem ventilada. O leito da URPO propicia acesso fácil ao paciente, devendo ser seguro e de fácil mobilidade e possuir aspectos que facilitem o cuidado, como suportes intravenosos (IV), grades laterais, freios nas rodas e uma prateleira para guardar o prontuário.

O número de leitos deve estar diretamente relacionado ao número de salas cirúrgicas e tipo de procedimentos realizados. A relação de um leito de recuperação para duas ou três salas cirúrgicas satisfaz a maioria dos CC. Quando o número de procedimentos cirúrgicos é grande, são necessários dois a três leitos para cada sala cirúrgica, invertendo a relação acima (BELO, 2000). De acordo com CREMED (2012), a capacidade operativa da SRPA deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico, sendo o número mínimo de leitos igual ao número de salas de cirurgia + 1.

É requisito obrigatório que a URPO disponha de meios adequados para lidar com doentes portadores de enfermidades infectocontagiosas, de maneira que estes não ofereçam riscos adicionais aos demais pacientes nem ao corpo funcional da unidade. A sala de recuperação pós-anestésica e/ou operatória deve conter para cada 12 leitos um posto de enfermagem e serviços com pelo menos 6 metros quadrados de área, distância entre leitos e paredes de no mínimo 0,8m, distância entre leitos e cabeceiras no mínimo de 0,6m e espaço suficiente para manobra dos leitos (CREMED, 2012).

Segundo Possari (2004), as finalidades da URPO são: oferecer melhores condições de assistência médica e de enfermagem no pós-operatório, e pós-anestésico imediato; reduzir a mortalidade pós-anestésica e pós-operatória; facilitar o trabalho de rotina nas unidades de internação, que se desobrigam com a presença de um recém-operado em condições precárias; proporcionar maior segurança aos pacientes e familiares; e diminuir os possíveis acidentes pós-operatórios e pós-anestésicos imediatos. Ainda para Miyamoto (2003), a URPO tem como objetivo principal o acompanhamento dos pacientes submetidos ao ato anestésico-cirúrgico, fazendo a recuperação dos efeitos imediatos de agentes anestésicos e de drogas que auxiliam a anestesia, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e médica.

3.3 Papel da enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos

O paciente, durante as primeiras 24 horas após a cirurgia, requer cuidados da enfermagem que envolve a ajuda em recuperar-se dos efeitos da anestesia, onde deve ser avaliado o seu estado fisiológico, monitorando complicações, tratando a dor e implementando medidas traçadas para alcançar as metas de autonomia progressiva para o autocuidado, controle bem-sucedido do regime terapêutico, alta para casa e recuperação plena (SMELTZER, 2012).

A enfermagem tem a função de contribuir para o conforto e segurança do paciente cirúrgico, preparando-o psicologicamente e fisicamente para as fases do trans e pós-operatório. O cuidar do paciente no pós-operatório envolve um arcabouço técnico e científico para o devido atendimento das necessidades do indivíduo e reconhecimento das possíveis complicações. A enfermagem atua no pós-operatório imediato e mediato/tardio como grande interlocutor do cuidado humano, procurando garantir a autonomia e independência aos seus clientes (SILVA, 2011).

De acordo com Gotardo (2009), os cuidados operatórios variam de acordo com a especificidade cirúrgica, com vistas ao atendimento das necessidades oriundas em cada fase do processo, de forma singular. Para tanto, o cuidado operatório imediato, requer do profissional que este atente para as necessidades manifestadas pelo cliente. No pós-operatório imediato, esses cuidados são a monitoração do estado clínico e a correlação dos sinais e sintomas à patologia de base e à cirurgia, ou seja, é o acompanhamento de parâmetros que visam evitar ou minimizar complicações. Todavia, além dos cuidados clínicos, as questões emocionais devem ser acompanhadas, pois podem alterar os sinais vitais e precipitar complicações que podem ser fatais. A práxis da enfermagem visa a assegurar uma assistência segura e de qualidade para o cliente cirúrgico, a qual inclui cuidados como a orientação acerca do evento, o preparo físico e emocional, o monitoramento das respostas fisiológicas e atenção ao risco de possíveis complicações inerentes à cirurgia realizada (SMELTZER, 2012).

O cuidado de enfermagem possui, certamente, diferentes aspectos a serem considerados. Se por um lado, é importante utilizar a sensibilidade, a percepção e até a intuição, há que se considerar também o conhecimento das rotinas do setor, das práticas da enfermagem e das funções bio – anato – fisiológicas. Assim, para realizar o cuidado de enfermagem no centro

cirúrgico, o enfermeiro deve buscar conhecimentos gerais e específicos acerca do trabalho nesse setor (SANTOS, 2014).

3.3.1 Função do enfermeiro na URPO

O profissional de enfermagem, em especial o(a) enfermeiro(a), tem como função organizar, planejar e estruturar a ordem e direção do cuidado, constituindo-se no instrumento metodológico da profissão e subsidiando quanto à tomada de decisões e na efetivação necessária para prever, avaliar e determinar novas intervenções, tornando-se um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, enfocando na obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável (MELO, 2014).

O enfermeiro e sua equipe, no Centro Cirúrgico, ofertam um serviço que disponibiliza elementos destinados a priorizar uma assistência de qualidade ao cliente. As equipes de enfermagem e de saúde são responsáveis pelo cuidado perioperatório ao cliente, desde a recepção no pré-operatório até a recuperação anestésica no pós-operatório (CALLEGARO, 2010). O que, para Silva (2010), ocorre pela necessidade da enfermagem prestar, nesta unidade, um trabalho clínico, visto que esse espaço possui uma dinâmica de cuidar em enfermagem centrada na objetividade das ações, com ênfase à intervenção de natureza técnica que visam à recuperação do paciente.

O contexto no qual a prática de enfermagem ocorre e as condições de trabalho exigem que o profissional conheça o paciente como um todo, único e indivisível, e não apenas a parte afetada pela enfermidade para que possa prestar a uma assistência de qualidade, este requisito é indispensável (PITREZ; PIONER, 2003).

No entanto, para Santos (2014), no decorrer de sua prática o enfermeiro deve ter um olhar que esteja para além dessas funções, isto é, espera-se que sua atuação esteja focada nas questões relacionadas ao cuidado na essência, sendo o diferencial do ser/saber/fazer enfermagem. O enfermeiro é o responsável por realizar o acolhimento e por estabelecer a assistência que será prestada ao cliente.

O enfermeiro na URPO necessita manter monitorização constante da sala de recuperação, para detectar possíveis complicações e intervir o quanto antes. Fonseca e Peniche (2009)

ressaltam que a URPO é um local importante na recuperação do paciente submetido à intervenção cirúrgica.

O enfermeiro responsável pela URPO, de acordo com a Sociedade Americana de Enfermeiros Pós-Anestésicos e em conformidade com as orientações da Sociedade Americana de Anestesiologistas, deve sistematizar o registro das informações, mantendo vínculo ativo com os profissionais da saúde, além de oferecer à equipe de enfermagem condições para atuar com o cliente de maneira efetiva, planejada e segura (NETTINA, 2003).

Além disso, na URPO podem ser utilizados instrumentos como a escala de Aldrete e Kroulik, que é utilizada na admissão do paciente nessa unidade, contendo identificação do paciente, e sendo aplicado de forma a controlar as suas funções fisiológicas e vitais.

O Índice de Aldrete e Kroulik foi criado e validado em 1970. Desde sua criação é utilizado na avaliação e evolução dos pacientes no período pós-anestésico pela análise da atividade muscular, da respiração, da circulação, da consciência e da saturação de oxigênio. A pontuação varia de 0 a 2 pontos para cada parâmetro, na qual o zero (0) indica condições de maior gravidade, a pontuação um (1) corresponde a um nível intermediário e a dois (2) representa as funções restabelecidas (CASTRO, 2012).

O referido instrumento foi inspirado na Escala de Apgar para avaliação de recém-nascidos. Esta sofreu modificações 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 (ATZINGER; SCHMID; NONINO, 2008).

3.3.2 Principais eventos adversos na URPO

Na URPO podem ocorrer diversos eventos adversos com os pacientes no pós-operatório. Nesse contexto, os eventos adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Afetando, em média, 10% das admissões hospitalares, constituem um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde: a sua presença reflete o marcante

distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real. Quando decorrentes de erros, são denominados EAs evitáveis. Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EAs são considerados passíveis de prevenção. Dessa forma, o reconhecimento da real dimensão destes problemas representa uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da segurança dos pacientes (GALLOTI, 2004).

As intercorrências na sala de cirurgia 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 relato detalhado e completo para o enfermeiro que assume a assistência pós-operatória do cliente anestesiado (POSSARI, 2006).

O planejamento da assistência é de suma importância na recuperação do paciente e na prevenção de complicações pós-operatórias. A fase de recuperação pós-anestésica é crítica e requer atenção e vigilância constante sobre os pacientes, pois é nela que podem ocorrer complicações consequentes à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e ao próprio ato cirúrgico. No período pós-operatório o paciente fica vulnerável a diversas complicações, principalmente as de origem respiratória, circulatória, gastrointestinal (PASSOS, 2012).

De acordo com Potter e Perry (2004), a náusea e o vômito são problemas comuns na URPO. A enfermeira deve intervir no primeiro relato de náusea do paciente para controlar o problema em lugar de aguardar que ela progrida até o vômito; e que a hipotensão é, provavelmente, a complicação cardiovascular mais comum observada no período pós-operatório, sendo causada na maioria das vezes por uma diminuição do volume sanguíneo circulante.

As principais complicações cardiovasculares observadas na URPO incluem hipotensão e o choque, hemorragias, hipertensão e arritmias. Outros fatores foram observados e podem contribuir para instabilidade hemodinâmica do paciente, como a temperatura corporal e a dor, bem como, náuseas e vômitos (SMELTZER, 2012).

Um estudo retrospectivo realizado na URPO de um hospital de grande porte em São Paulo encontrou relação entre as complicações pós-operatórias de dor, náuseas, agitação e sangramento com a presença de um enfermeiro responsável pela URPO, e mostrou a importância do enfermeiro no cuidado do POI na recuperação do paciente, na diminuição e na detecção precoce de complicações pós-operatória (POPOV, 2009).

Mendoza, Peniche (2008), em um trabalho de revisão de literatura, de artigos indexados, sobre as complicações do paciente cirúrgico idoso, demonstraram que 50% dos estudos relatam a

dor como uma complicação em período de recuperação anestésica; seguida de náuseas e vômitos, em 14,3% dos estudos.

A dor é a complicação ou o desconforto mais frequente no período pós-operatório. Sua intensidade depende da influência de fatores fisiológicos, como a extensão do trauma, a intervenção cirúrgica, a habilidade técnica do cirurgião, as doenças prévias, o local e o tipo da incisão; de fatores psicológicos, como ansiedade, medo e depressão, entre outros, bem como de fatores culturais do paciente (LASAPONARI, 2013).

As complicações no pós-operatório imediato necessitam de rápida identificação, sendo estas obtidas através da avaliação e observação constante do paciente, a fim de iniciar uma terapia intervencionista precoce, pois estas surgem com tanta regularidade que o conhecimento e o embasamento técnico-científico, tornam-se muito importante nesta fase (MIYAMOTO, 2003).

Segundo Passos (2012) o cuidado de enfermagem nessa fase deve focalizar a monitoração e manutenção dos estados respiratórios, circulatório, hidroeletrólítico e neurológico, bem como o controle da dor. Avaliações frequentes e criteriosas do nível de saturação de oxigênio no sangue, frequência e regularidade do pulso, profundidade e natureza das respirações, coloração da pele, nível de consciência e a capacidade de responder aos comandos são os marcos do cuidado de enfermagem na URPO. A enfermeira deve intervir realizando uma avaliação geral do paciente atentando para todos os aspectos físicos e fisiológicos e após a avaliação inicial, os sinais vitais são monitorados e o estado físico geral do paciente é examinado, pelo menos, a cada 15 minutos, intervindo a qualquer sinal e/ou sintoma de alterações, controlando assim as possíveis complicações.

Florence Nightingale foi precursora da Enfermagem investigativa com foco centrado em “O QUE FAZER?”, sob sua liderança a Enfermagem surgiu como profissão e como campo do saber. A partir disso, a enfermagem deixa de ser baseada apenas no fazer e do existir a sombra do saber médico. Na perspectiva de responder a questionamentos de qual seria o saber científico próprio da enfermagem, inúmeras teorias foram traçadas, na tentativa de consolidar o conhecimento produzido no campo da Enfermagem (GOMES, 2007).

O processo de enfermagem iniciado por Wanda de Aguiar Horta na década de 70 possui raízes fincadas em Nightingale, mas até os dias de hoje busca-se a evolução acerca do conhecimento a respeito do ato de cuidar, levando em consideração a essência do conhecimento e da prática (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006).

Segundo Murta (2007), a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE foi desenvolvida com método específico para a aplicação da abordagem científica ou da solução de problemas na prática e para a sua aplicação. Enfermeiras e enfermeiros precisam entender e aplicar conceitos e teorias apropriadas das ciências da saúde, incluídas aí a própria enfermagem, as ciências físicas, biológicas, comportamentais e humanas, além de desenvolver uma visão holística do ser humano. Esse conjunto de conhecimentos proporciona justificativas para tomadas de decisão, julgamentos, relacionamentos interpessoais e ações.

3.3.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem na URPO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE é um instrumento de propriedade do enfermeiro, que permite avaliação integral das condições do paciente de forma organizada, contribuindo para redução das falhas no cuidado dos pacientes (SOUZA, 2012).

Dessa forma, o enfermeiro coloca em prática o processo de enfermagem de forma a obter resultados significativos na assistência prestada ao cliente, o mesmo deve lançar mão do conhecimento em anatomia, fisiologia, patologia, semiologia e também conhecer de fato a metodologia e a teoria que o farão aplicar o cuidado de forma eficaz, ou seja, o profissional enfermeiro precisa entender em sua totalidade o processo de enfermagem e cuidado com o paciente para melhor desenvolver suas atividades e obter assim melhores resultados (KOBAYASHI; LEITE, 2010).

Estudos mostram que pacientes do Centro Cirúrgico (CC) demandam esforços para a obtenção de melhoria na qualidade da assistência de enfermagem. Esta qualidade pode ser alcançada utilizando-se o processo de enfermagem como metodologia para Sistematizar a Assistência Perioperatória – SAEP (CHRISTÓFORO, 2006). Segundo Grittem (2007), a SAEP compreende três fases assim designadas: a pré-operatória, na qual é realizada a visita de enfermagem; a transoperatória e a pós-operatória. Ressalta-se que a assistência é complexa, peculiar e individualizada em todas as etapas.

Segundo Smeltzer (2012), a fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência para a sala de cirurgia; intraoperatório começa quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia e termina

com a admissão na unidade de recuperação pós-operatório (URPO); pós-operatório começa com a admissão do paciente na URPO e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou em casa.

Para Serra (2015), a utilização da SAE no pós-operatório imediato torna-se relevante no cuidado do paciente pós-cirúrgico, uma vez que permite ao enfermeiro cuidar de forma integral e individualizada, contribuindo para melhores prognósticos clínicos e psicossociais dessa clientela.

A assistência de enfermagem ao paciente no Pós-Operatório Imediato inicia-se com a avaliação do nível de consciência, isto é, pela resposta dos estímulos verbais. Os sinais vitais deverão ser avaliados comparando os valores obtidos no período pré-operatório. O padrão respiratório é avaliado considerando a expansão da caixa torácica, a simetria e a profundidade da respiração e a saturação de oxigênio. Também deverão ser avaliadas a frequência cardíaca, amplitude e ritmo do pulso, a pressão arterial, a temperatura axilar, a presença de dor e o estado emocional do paciente (BLUM, 2013).

Com a alta rotatividade de pacientes na URPO, a SAE nem sempre é aplicada de forma integral, porém a utilização da mesma em todas as suas etapas é fundamental, já que facilita a assistência de enfermagem prestada, de forma dinâmica, organizada e sistemática, exigindo que o enfermeiro desenvolva habilidades cognitivas, interpessoais e técnicas, no sentido de atender as necessidades do ser humano que está sendo cuidado (LUVISOTTO, 2007).

Takahashi et al (2008) também observou dificuldades em desenvolver a SAE, seja por falta de recursos materiais, humanos e grande demanda de pacientes na instituição, ou falta de tempo, sendo o item mais apontado com 43%. No mesmo estudo, a falta de exercício prático nas fases de diagnóstico, planejamento e prescrição de enfermagem surgem como dificuldade. Para minimizar a limitação da sobrecarga, tem-se a recomendação de mais um enfermeiro no mesmo turno, o que facilitaria a implantação da SAE.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e observacional, com abordagem quanti-qualitativa.

Segundo Gil (2010, p. 01), pesquisa é definida como:

(...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Já a pesquisa descritiva descreve as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2010).

Segundo Goldenberg (1999), a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada, inicialmente, em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa

quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação (MINAYO, 2007).

Fonseca (2012) esclarece que a pesquisa quantitativa é diferente da qualitativa, pois seus dados podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa centra-se na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (POLIT, BECKER E HUNGLER, 2004).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa aconteceu na cidade de Mossoró – RN que está situada no interior do Estado do Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil. Pertence à mesorregião do Oeste Potiguar. A cidade fica entre as capitais Natal (RN) e Fortaleza (CE), distante 278 e 245km, respectivamente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área total do município é de 2.110,207km², o que lhe dá o título de maior município do estado do Rio Grande do Norte, em termos de extensão territorial (MOSSORÓ, [2008]).

O presente estudo foi desenvolvido nos seguintes hospitais: Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM) localizado a Rua Antônio Vieira de Sá, Bairro Aeroporto, CEP: 59607-100; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte; Hospital Wilson Rosado (HWR), localizado a Rua Dr. João Marcelino, Bairro Santo Antônio, CEP: 59611-200; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte; Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC) localizado a Rua Juvenal Lamartine, Bairro Bom Jardim, CEP: 59621-040; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte.

A escolha dos locais deu-se por serem hospitais de referência para toda região alto-oeste do Rio Grande do Norte, bem como por servir como campo de estudo para o público acadêmico e comunidade científica.

O HRVTM é um hospital geral de grande porte, referência para toda a região Oeste do Estado. Tem a função de atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Estão nos serviços prestados por essa Unidade de Saúde: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica, UPI (Unidade de Pacientes Infectados); Traumatologia, Oftalmologia, Odontologia, Cirurgia Bucomaxilo Facial; Unidades de Enfermagem; Serviço Social, Nutrição/Dietética; Fisioterapia; Terapia Ocupacional/Saúde Ocupacional. Contamos ainda com um Centro Cirúrgico, com 4 salas, URPO e uma UTI com 9 leitos; Serviço de Diagnóstico e Imagem como: Raios X, Endoscopia, Ultrassonografia e Tomografia computadorizada, além de um Laboratório de Análises Clínicas e outro de microbiologia.

O HWR é uma empresa privada de atendimento geral, de médio porte, destinado a Urgência cardiológica, com funcionamento 24 horas, atendimento e internação de média e alta complexidade, abrange os atendimentos Sistema Único de Saúde (SUS) limitado. Oferece os seguintes serviços: ambulatorial, pronto-socorro (urgência/emergência), internação em clínica médica, clínica cirúrgica, pediátrica, UTI (dividida em 2 unidades, UTI 1 com 14 leitos de características cardiológicas e UTI 2 com 13 leitos para atendimento gerais), especialidade como o serviço de cardiologia.

O HMAC é um hospital filantrópico, de médio porte, que serve como unidade de saúde e de ensino, visto que abre campo de estágio para o público acadêmico e/ou científico. Sua edificação é vertical e em múltiplos blocos, sua estrutura de organização é linear, contando com um total de 140 leitos. O nível de competência é secundária, de permanência crônica (24 a 72 horas), podendo ser também de longa permanência (mais de 60 dias), com atendimento a todas as faixas etárias. Quanto à equipe de enfermagem é composta por 33 enfermeiros, 126 técnicos de enfermagem e 15 auxiliares.

4.3 População e amostra

O universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados, que apresentam pelo menos uma característica em comum (MARCONI e LAKATOS, 2002).

A população da pesquisa foram enfermeiros atuantes na Unidade de Recuperação Pós-Operatória no setor do Centro Cirúrgico dos Hospitais selecionados, por estar relacionado diretamente com os pacientes no seu Pós-Operatório Imediato na URPO.

A amostra foi composta por 08 (oito) enfermeiros da URPO, sendo distribuídos da seguinte maneira: 03 enfermeiros na URPO do HRTVM, 02 enfermeiros na URPO do HWR 03 na URPO do HMAC. Para Polit, Beck e Hungler (2004), a amostragem é um passo importante no processo de pesquisa para os estudos quantitativos. A mesma pode ser definida como um processo de seleção de uma porção para representar toda a população, logo uma amostra é o subconjunto dessa população, selecionada de acordo com uma regra ou um plano.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros que realizam assistência na unidade de recuperação pós-operatória, por pelo menos 2 meses de experiência visto a rotatividade de profissionais nesse setor, que concordem em participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os critérios de exclusão foram: profissionais enfermeiros que estejam de licença e de férias.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para atingir os objetivos da investigação, foi utilizado como instrumento um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, visando a coletar informações relacionadas à temática em questão. O questionário foi composto por duas partes: A primeira está relacionada com os dados sociodemográficos dos participantes e a segunda parte com dados sobre a atuação do enfermeiro na URPO.

Segundo Gil (2010) o questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações. Já para Marconi e Lakatos (2008), o questionário é um instrumento de coleta de dados, onde o pesquisador envia as perguntas ao grupo pesquisado e recolhe-o depois de preenchido.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

O questionário foi aplicado levando em conta a disponibilidade dos participantes, nos turnos manhã, tarde ou noite, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE –

FAMENE João Pessoa – PB e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN aos Hospitais pesquisados. Os participantes que concordaram em colaborar com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

De início foi realizado contato com a coordenação de Enfermagem responsável pelo setor da URPO, no intuito de explicar a pesquisa e identificar a equipe, bem como o melhor momento para realizar contato com os profissionais enfermeiros. Posteriormente, entramos diretamente em contato com os Enfermeiros, onde na oportunidade informamos os objetivos e intenção da pesquisa, desta forma, entregamos o questionário e marcamos uma data posterior para recolhê-lo com as devidas informações.

4. 6 Análise e organização dos dados

Para análise dos dados qualitativos foi utilizado à técnica de Análise de Conteúdo por categorização de Bardin e os dados quantitativos foram analisados através de frequência simples e porcentagens, através do programa Excel 2013, sendo apresentada em forma de tabelas e discutida a luz da literatura pertinente.

A análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2006).

Para Chizzotti (2006), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. O autor afirma ainda que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Segundo Bardin (2006), a análise de conteúdo se organiza em três fases: A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de

dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

4.7 Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, onde foi aprovado conforme parecer de número Protocolo CEP: 100/2016 e CAAE: 58741416.3.0000.5179. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo informando ao participante que houve o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A pesquisa 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).

Além disso, o referido estudo apresentou risco(s) para o(a) participante, como o constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto os mesmos foram

minimizados, através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com esta pesquisa não só os profissionais reflitam sobre a importância da Assistência do Enfermeiro na URPO, mas também apresentar para academia os dados com relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre as Atuações do Enfermeiro na URPO, superando o(s) risco(s).

4.8 Financiamento

Todas as despesas decorrentes para a viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este item descreve os dados coletados no decorrer da pesquisa, organizado e discutido os resultados através de dados quantitativos e qualitativos para o alcance dos objetivos propostos. Os dados quantitativos foram apresentados em forma de tabela, seguido de análise e discussão; os qualitativos foram expostos em categorias criadas a partir das respostas dos profissionais participantes.

5.1 Análise dos dados sociodemográficos

Neste tópico, são apresentados a caracterização sociodemográfica da amostra, quantitativamente, dados esses referentes a idade, sexo, tempo de profissão, tempo de atuação, titularidade, pós-graduação na área, capacitação na área, atuação em outro serviço e jornada de trabalho, sendo discutida a luz do referencial teórico relacionado ao tema da pesquisa.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos profissionais analisados na pesquisa (n=8), quanto a idade e sexo. Mossoró – RN, 2016.

Variáveis	N	%
Idade		
25 – 30 anos	1	12%
31 – 40 anos	5	63%
> 40 anos	2	25%
Sexo		
Feminino	8	100%
Masculino	0	0%

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

Em relação à variável idade, foi constatado que 12% dos profissionais enfermeiros entrevistados possuem idade entre 25-30 anos, 25% apresentam faixa etária > que 40 anos de idade e a maior parte dos enfermeiros totalizando 63% estão entre a faixa etária de 31-40 anos. No entanto, Madeira et al (2014) no seu estudo realizado em uma URPO na cidade de Teresina – PI, com objetivo de descrever a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem

prestado ao paciente, e analisar como o cuidado prestado na sala de recuperação pós-anestésica, onde a faixa etária mais prevalente foi compreendida entre 26 e 30 anos, fato esse que evidencia uma forte presença de adultos jovens em plena atividade e vigor profissional, divergindo com os dados encontrados na pesquisa. Dessa forma, a análise dos dados, nos permite perceber que a idade pode está diretamente relacionada ao cuidado prestado por esse profissional, pois, quanto mais jovem o indivíduo, esse apresenta maiores condições físicas para desenvolver suas funções.

Quanto ao sexo dos enfermeiros entrevistados percebeu-se que 100% são do sexo feminino, reforçando que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina. Esse fato pode ser explicado pelo fato, de a mulher trazer consigo, intrinsecamente, o instinto de cuidar do outro seja como mãe, como irmã ou como esposa, ainda pode ser explicado, pelos enraizamentos da própria profissão da enfermagem, que por durante muitos anos foi exercida exclusivamente por freiras e mulheres sobre seu comando.

Os autores Machado; Vieira; Oliveira (2012) dizem que a feminilização é uma característica forte em algumas profissões. Na enfermagem, a equipe é formada quase que integralmente por mulheres, portanto esse processo de feminilização ultrapassa os 90% dos profissionais.

Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos profissionais analisados na pesquisa (n=8), quanto a atuação profissional. Mossoró – RN, 2016.

Variáveis	N	%
Tempo de Profissão		
1 – 5 anos	4	50%
6 – 10 anos	3	38%
+ 20 anos	1	12%
Tempo de Atuação na URPO		
1 – 5 anos	6	75%
6 – 10 anos	2	25%
Titularidade		
Graduação	2	25%

Especialista	6	75%
Pós – graduação na Área		
Não	8	100%
Capacitação na Área		
Sim	4	50%
Não	4	50%
Jornada de Trabalho		
< 40 Horas	2	25%
40 – 50 Horas	3	37,5%
>50 Horas	3	37,5%

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

Em relação à variável do Tempo de Profissão foi constatado que 50% dos enfermeiros entrevistados trabalham entre 1-5 anos, 38% de 6-10 anos e 12% + de 20 anos. Com relação ao tempo de atuação na URPO, foi verificado que 75% dos profissionais atuam no setor de 1-5 anos e 25% de 6-10 anos. Esse achado mostra-se como uma vantagem para o profissional e para o público assistido por ele, portanto quanto mais experiente seja, entende-se que mais apto está a identificar complicações, bem como possibilita a esse profissional gerenciar os recursos humanos e materiais por conhecer de fato o funcionamento do setor e de sua equipe.

Rabenschlag et al (2015) aponta que a experiência profissional é um fator positivo na gestão da qualidade na assistência de enfermagem, pois confere autonomia aos profissionais e auxilia no desenvolvimento de habilidades necessárias para o cotidiano de trabalho.

No que diz respeito a Titularidade 25% dos profissionais são graduados e 75% são especialistas. No entanto, 100% dos enfermeiros não possuem pós-graduação na área que atuam. Quanto a capacitação sobre o setor onde atuam, 50% dos entrevistados informaram que não possuem capacitação na área que atuam e 50% possuem. O conhecimento permite ao indivíduo maior visão sobre aquele assunto, permitindo melhorias no desenvolvimento de suas atividades, ou seja, quanto maior o conhecimento adquirido em uma determinada área entende-se que melhor será sua atuação. Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro na URPO tenha domínio sobre os aspectos a serem abordados nesse setor, visto que os pacientes necessitam de cuidados especiais

pela demanda que apresentam, e ainda pelo fato do conhecimento ser uma vertente de constantes modificações, requerendo desses profissionais aperfeiçoamentos e atualizações.

De acordo com Tannure e Pinheiro (2011), em virtude dos constantes avanços e contínuas mudanças da sociedade moderna o enfermeiro encontra-se em permanente necessidade de mudança. Passando a assistir as pessoas que se tornaram mais exigentes, mais informadas de seus direitos, com foco não apenas na esfera biológica, mas principalmente de uma forma mais ampla e completa, ou seja, na dimensão social, psíquica e até mesmo espiritual. Nesse sentido, o conhecimento possibilita ao profissional ampliar seu universo de trabalho e torná-lo de qualidade, ajudando ou permitindo ao profissional acompanhar as constantes mudanças do mundo do trabalho, o que exige profissionais cada vez mais qualificados e atualizados (NIERO, 2014).

Quanto a atuação do enfermeiro em outro serviço, 100% dos profissionais afirmam que sim, eles possuem outros vínculos empregatícios. Enquanto que, na categoria de Jornada de trabalho dos profissionais, 25% destes possuem jornada <40 horas, 37,5% jornada de 49-50 horas e 37,5% dos profissionais >50 horas de serviço. Entende-se que a sobrecarga de trabalho pode levar ao profissional a não realizar suas atividades da forma satisfatória, pois a rotina da enfermagem já traz por si só um aumento do estresse e isso pode levar ao desgaste físico e emocional de quem a exerce. E o excesso de exposição a esses estressores podem desencadear problemas ou complicações ao profissional e, principalmente, aos pacientes. Essa sobrecarga de trabalho ainda pode ser explicada pela necessidade dessa categoria em complementar a renda familiar, buscando assim múltiplos vínculos empregatícios.

De acordo com Medeiros (2006) esse fato se explica porque os trabalhadores dos serviços públicos estão inseridos em um contexto socioeconômico neoliberal, e vêm paulatinamente sofrendo as consequências da redução do seu poder aquisitivo. As saídas buscadas pela grande maioria dos servidores públicos no setor da saúde, sobretudo na enfermagem, tem sido a adoção de outros vínculos empregatícios, realidade essa que pode ser constatadas em instituições públicas e privadas. Evidenciando que a sobrecarga de trabalho interfere nas relações familiares e na vida particular dos trabalhadores da enfermagem em virtude da redução do tempo livre.

5.2 Análise dos dados relacionados à atuação do enfermeiro na URPO

Neste item, são apresentados os dados relacionados a atuação do enfermeiro na Unidade de Recuperação Pós-Operatória. A partir das respostas dos participantes foram elencadas duas categorias: **Monitorização do paciente na URPO e Gerência e Competências Gerais.**

Para manter o anonimato dos participantes, os nomes dos enfermeiros foram identificados pela letra “E” seguidos de numeração arábica sequenciada, sendo de E1 a E8.

Monitorização do paciente na Unidade de Recuperação Pós-Operatório

Os profissionais foram questionados sobre como é realizado a atuação da enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Operatória – URPO, sendo possível perceber que, para a maioria a monitorização do paciente pelo profissional é a ação mais realizada, o que podemos observar nas respostas a seguir:

“[...] monitorização do paciente, garantir a oxigenação adequada no período pós-operatório imediato [...]” E1

“[...] Observar nível de consciência e padrão respiratório, PA, hipotermia, débito urinário, sangramentos [...]” E4

De acordo com os resultados encontrados, a monitorização é uma ação realizada constantemente pelos enfermeiros. Nesse contexto, a monitorização consiste em fornecer o cuidado até que o paciente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia (ex.: até a retomada das funções motora e sensorial), esteja orientado, apresente sinais vitais estáveis e não mostre evidências de hemorragia nem outras complicações. O cuidado de enfermagem deve focalizar a monitoração e manutenção dos estados respiratórios, circulatório, hidroeletrolítico e neurológico, bem como o controle da dor (PASSOS, 2012).

Miyamoto (2003) diz que, quanto à assistência de enfermagem no Pós-Operatório Imediato (POI), a monitorização do paciente hipotérmico é de máxima importância e seu restabelecimento da temperatura corpórea, utilizando os métodos de aquecimento sendo primordial no combate à prevenção de complicações indesejáveis, o que pode ser identificado com a fala de E4.

Compreende-se assim que a monitorização é ação mais realizada pela categoria, por que nessa fase o paciente se encontrar em condições fisiológicas que demandam atenção especial para o pronto restabelecimento do seu padrão fisiológico, visto que nesse momento, a utilização da

anamnese e exame físico não são prioridades, pois o paciente na maior parte do tempo encontra-se sobre o efeito de anestésicos, dificultando ou comprometendo essas demais avaliações. Dessa forma é fundamental que o enfermeiro monitore os padrões de seus pacientes no intuito de identificar precocemente possíveis alterações a que esses venham apresentar.

Na URPO, principalmente no POI, o paciente é rigorosamente monitorado como o objetivo de reconhecer e intervir possíveis complicações (ROTHROCK; ALEXANDER, 2008). Diante disso, a maioria descreveu o processo de monitorização do POI, a fim de identificar e prevenir complicações, como apresenta as respostas a seguir:

“[...]identificando e prevenindo complicações anestésico-cirúrgicos, observando a recuperação imediata do paciente (nível de consciência, respiração, mobilidade, pressão arterial) e mantendo o bem estar ao paciente [...]” E7.

“[...] é assistir o paciente até que ele tenha se recuperado dos efeitos anestésicos, sinais vitais e funções motoras e sensitivas retornem aos níveis normais [...]” E8

Quando foram questionados aos enfermeiros sobre quais atividades ou funções que realiza com maior frequência durante a atuação de enfermagem a um paciente na URPO, percebemos que a maioria descreveu também aspectos relacionados a monitorização, como vemos logo abaixo:

“Avaliação da função hemodinâmica, conforto emocional e observar possibilidade de alta.” E2

“Observar instabilidade hemodinâmica+monitorização[...]” E3

“Monitorização; suporte de O₂[...]”E4

Portanto, para Petroianu (2010), no pós-operatório é essencial a avaliação rotineira do paciente, com atenção às queixas do paciente, a realização do exame físico, a investigação dirigida para as principais complicações. Sempre que o enfermeiro julgar necessário, exames complementares podem ajudar nesta avaliação. Desta forma, a monitorização é realizada na URPO de forma frequente, pois se caracteriza como um processo preventivo e avaliativo dos aspectos clínicos do paciente.

Quando os enfermeiros foram questionados sobre qual seria a atividade ou função que considerada mais importante na URPO, podemos perceber que a atuação abrange uma série de ações, desde a recepção do paciente até sua alta do setor. Nessa perspectiva, a assistência de enfermagem ao paciente no período pós-anestésico é relacionada ao desenvolvimento das

atividades de enfermagem já planejadas desde a saída da sala cirúrgica até o momento da alta do paciente na URPO. Nesse sentido, é de suma importância que o enfermeiro realize constante observação até que as funções vitais do cliente estejam totalmente estabilizadas (BASSOS, 2004).

De acordo com as falas dos autores e as dos pesquisados E1, E4 e E7 todas as atividades exercidas pelo enfermeiro quanto ao cuidado com o cliente no Pós-Operatório Imediato na URPO, demanda atenção especial, para que esse tenha uma assistência integral e qualificada.

“Todos são importantes. De receber e transferir o paciente da maca para o leito com cuidado observando sondas e soro, verificar sinais vitais tudo mesmo, é importante”. E1

“Observar padrão respiratório; sinais vitais; sangramentos, pois se esses padrões não tiverem dentro do normal, o paciente precisa ser avaliado”. E4

“A observação atenta aos sinais e sintomas que possam indicar alguma complicação do paciente; já que a anestesia e a cirurgia trazem modificações à homeostase do indivíduo”. E7

Após o procedimento anestésico-cirúrgico, o paciente admitido na URPO necessita de avaliação e cuidados constantes da equipe de enfermagem em um ambiente que esteja preparado com os recursos necessários para quaisquer intervenções. Dessa forma, a importância desta unidade desde a estrutura física, equipamento, materiais, recursos humanos, até os aspectos assistenciais, apresentam papel fundamental no restabelecimento do paciente. A falta de pessoal qualificado e numericamente inadequado para prestar assistência de enfermagem pode estar relacionada a complicações, tanto com pacientes adultos como pediátricos. A equipe de enfermagem numericamente suficiente, bem treinada e com a presença fixa e constante do enfermeiro na URPO é indispensável para desenvolver uma assistência de qualidade e poder atuar na prevenção das complicações (MIYAKE, 2002).

Além disso, no Pós-Operatório Imediato, a SAE deve estar em destaque, pois é por meio dela que se possibilita a identificação de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, os quais devem ser avaliados de forma cuidadosa pelo enfermeiro. Com isso, percebe-se a importância que a operacionalização seja feita por meio da aplicação do PE, considerando as variáveis múltiplas que possam repercutir na evolução do paciente (DUARTE et al, 2012).

A atuação ou cuidado do enfermeiro deve ser pautado ou baseado no conhecimento científico. Para respaldar esse embasamento existem diversos termos de enfermagem, tais como as taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-1), da *Nursing Outcomes Classifications* (NOC) e *Nursing Interventions Classifications* (NIC), que estão entre as mais conhecidas e utilizadas no contexto brasileiro. O que vem facilitar o planejamento da implementação da assistência de enfermagem, tornando possível avaliar a necessidade de recursos e sua qualidade (ALMEIDA, et al, 2011).

A resposta do profissional E8 deixa explícita que a SAE é a ferramenta mais adequada para prestar uma assistência qualificada ao cliente nesse período de restabelecimento dos seus padrões fisiológicos e psicossociais.

“Assistência de enfermagem sistematizada, pois não existe boa atuação se não for direcionada e organizada dispondo de: Anamnese detalhada – Diagnósticos definidos – plano de cuidados individualizados – Implementação – Avaliação de cuidados e readaptação desses conforme necessidade sentida”. E8

Além disso, os entrevistados E1, E2 e E3 destacaram que o enfermeiro na URPO precisa prestar dentre muitos outros cuidados como a monitorização, os cuidados psíquicos e emocionais ao paciente, não levando em consideração apenas a situação fisiológica e clínica em que ele está no momento, mas considerando-o como sendo um ser que vive um momento crítico, onde se demanda cuidados voltados para sua recuperação pós-anestésica, no intuito de minimizar os riscos à saúde do cliente.

“Assistir psicologicamente o paciente e os familiares [...]”. E1

“[...] Conforto Emocional [...]” E2

“[...] Promoção do conforto” E3

Reforçando as falas dos entrevistados, Fonseca (2008) constatou que entre as alterações apresentadas pelos pacientes as mais frequentes estão emocionais, incluindo ansiedade e medo. Dessa forma, observou que o paciente e a família necessitam, além da competência técnica, um apoio emocional. Portanto, a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, apresenta papel fundamental na assistência a essa demanda, visto que, é esse profissional que está em tempo integral com o paciente e a família, e tem condições de observar e intervir para minimizar essa

situação de ansiedade e medo, assim como orientar e estimular a participação da família para colaborar na recuperação do paciente.

Nesse sentido, o enfermeiro não deve rotular o paciente pela doença a que está acometido, bem como, não dar ênfase apenas em seus sintomas e prognóstico, mas deve valorizá-lo, em detrimento do ser humano fragilizado pelo momento que está vivendo, visto que o processo do adoecer e a necessidade da hospitalização debilitam esse indivíduo. Assim, a individualidade de cada paciente deve ser considerada, atentando para seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e incertezas, de forma a garantir a participação do paciente como um indivíduo autônomo, que tenha a liberdade de expressar o que sente, percebe e pensa sobre a sua condição de ser doente.

Desse modo, os profissionais de enfermagem devem utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização. Nesse enfoque, o cuidado em enfermagem como uma prática assistencial humanizada, deve estar centrado na necessidade de comunicação como estratégia de aproximar paciente-equipe, na reconstrução do relacionamento entre o profissional de enfermagem e o ser humano hospitalizado, repercutindo diretamente na qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde e no modo como este é percebido pelo usuário (MORAIS, 2009).

Gerência e Competências Gerais

Quando questionados sobre se a atuação de enfermagem na URPO era realizada exclusivamente pelo enfermeiro, foi possível observar a existência de um trabalho em equipe, como apresentadas nas falas a seguir:

“Além do enfermeiro o técnico de enfermagem”. E2

“Pode ser delegada os técnicos, quando o enfermeiro estiver ocupado em outro procedimento (aspiração, cateterismo vesical de alívio)”. E4

“É realizada por toda equipe de enfermagem, no entanto as atividades privativas do enfermeiro são realizadas pelo enfermeiro, age sobre supervisão do enfermeiro”. E8

Nessa perspectiva, Souza (2012) aborda que na assistência direta, cabe ao enfermeiro avaliar o paciente individualmente e prestar cuidados com competência técnico-científica, justificada pelos achados clínicos, pela avaliação dos riscos aos quais cada paciente está exposto e pelo exame físico, que é a base para assistência segura na URPO.

Mesmo o paciente na URPO encontrando-se em uma fase delicada é importante na sua recuperação cirúrgica, percebe-se que o enfermeiro, devido a sua sobrecarga de trabalho com atividades organizacionais e administrativas, desloca-se da assistência ao paciente neste período crítico. Em geral, tem-se o cuidado ao paciente crítico delegado aos auxiliares e técnicos de enfermagem, isso também reflete a filosofia institucional de não valorização do ser humano enquanto ser único, neste processo anestésico-cirúrgico (FONSECA, 2008).

Barreto (2012) afirma que cabe ao enfermeiro determinar, juntamente com sua equipe, as ações a serem desenvolvidas pelos seus membros, inclusive as suas próprias atividades. Mesmo não prestando todos os cuidados, este profissional responde legalmente pelos atos da equipe de enfermagem e desta forma necessita estar próximo tanto da equipe quanto do cliente, de modo que é necessário revisar e reconstruir a identidade gerencial do enfermeiro, por meio do envolvimento do profissional internamente, além da articulação e interação dos diversos atores e segmentos institucionais, para consolidar as relações coletivas de trabalho.

Podemos destacar ainda que a Associação de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) preconizam como atividade específica ou privativa do enfermeiro na URPO: Atualizar as normas e rotinas da unidade; ter conhecimento nas áreas de farmacodinâmica da anestesia e da analgesia, e de fisiologia e patologia; realizar exame físico na admissão e alta do paciente na SRPA; elaborar intervenções e cuidados de enfermagem através da SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Peri operatória); utilizar escalas de *Aldrete* e *Kroulik*, a escala de sedação de *Ramsey* e a escala de dor durante a permanência do paciente na SRPA; avaliar e registrar a evolução clínica do paciente em recuperação, as intercorrências e manobras realizadas; identificar, quantificar e qualificar a demanda de materiais e equipamentos, observando sua conservação (SOBECC, 2009).

Além disso, o enfermeiro deve elaborar e supervisionar as escalas mensais, semanais e diárias de trabalho; controlar uso e a reposição de entorpecentes utilizados na unidade; promover educação continuada para equipe de enfermagem; se responsabilizando pelo o dimensionamento

da sua equipe de trabalho; prestar informações e orientações aos familiares sobre as condições clínicas do paciente e realizar pesquisas e estudos com colaborador e/ou pesquisador responsável (SOBECC, 2009).

Nessa perspectiva, a prática exercida pelos enfermeiros no CC está voltada para o aspecto administrativo e coerente com os objetivos institucionais. Essa dicotomia em parte pode ser devido ao desconhecimento das instituições acerca da importância do cuidado direto e atuação do enfermeiro na atenção ao paciente cirúrgico no perioperatório, o que se reflete no distanciamento entre as ações de cuidado e de gerência (FONSECA, 2008).

Para que o gerenciamento do cuidado seja efetivado a contento, o enfermeiro precisa dispor de recursos materiais, humanos e tecnológicos, trabalhar com a SAEP, ser líder de sua equipe e ter autonomia para negociar com finalidade única de prestar o cuidado integral de qualidade ao paciente cirúrgico (BARRETO, 2012).

Além disso, quando questionados quais os cuidados ao paciente na URPO são delegados para os técnicos de enfermagem, as respostas dos enfermeiros pesquisados revelam que as atividades delegadas aos membros da equipe de enfermagem como técnicos e auxiliares de enfermagem não estão relacionadas às atividades privativas do enfermeiro, como destacados abaixo:

“Sinais vitais, medicações, trocas de curativo se necessário e transferência para outro setor após avaliação do enfermeiro”. E2

“Receber e transferir o paciente da maca para o leito com cuidado, observando sondas e soro. “Posicionar o paciente no leito, conforme o tipo de anestesia, verificar sinais vitais, observar o estado de consciência (sonolência), soroterapia, administrar medicações conforme prescrição [...] Registro de toda e qualquer intercorrência observada. Proceder limpeza do leito do paciente. Registrar horário de saída do paciente da URPA”. E3

“Sinais vitais; administração de medicamentos; trocas de curativos, anotações executada e observadas”. E6

Corroborando com as falas dos enfermeiros E2, E3 e E6, Flôr (2014) afirma que o técnico de enfermagem realiza inúmeras funções na assistência direta aos pacientes que se encontram enfermos nas unidades de saúde, porém só estão aptos a dar cuidados de enfermagem de nível médio, sendo responsável pela administração de medicamentos, monitoramento dos SSVV, anotação de enfermagem nos prontuários de atendimento sendo sempre sob supervisão do

enfermeiro de plantão. Bem como, os auxiliares e técnicos, membros da equipe de enfermagem, são os principais executores da prescrição realizada pelas enfermeiras, considerando-se assim que os auxiliares e técnicos ocupam importante espaço no desenvolvimento do PE, pois tornam efetiva a prescrição de enfermagem, convertendo-a em ações práticas, com repercussões favoráveis à saúde do paciente.

5.3 Análise dos dados sobre os Eventos Adversos e Diagnósticos de Enfermagem na URPO

Neste item são apresentados os principais eventos adversos e os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes na URPO, de acordo com a opinião dos enfermeiros participantes da pesquisa e discutida a luz da literatura pertinente.

Principais eventos adversos

Diante dos diversos riscos presentes no CC, cabe ao enfermeiro e a toda equipe cirúrgica vigilância constante, atuando de forma preventiva, traçando ações que garantam a segurança do paciente em todas as etapas do procedimento cirúrgico. No intuito de minimizar essas ocorrências, a OMS, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada em 2004, propôs o Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Esses protocolos promovem ações voltadas para prevenção de Eventos Adversos (EAs) que devem ser implantadas a fim de assegurar uma assistência livre de danos, e o seu cumprimento deve ser monitorado através de indicadores de qualidade e através de registros adequados e seguros de toda equipe cirúrgica (SANTOS, 2013).

Conforme fala de Possari (2009), a assistência de enfermagem durante o POI é de fundamental importância, visto que é destinada às intervenções de prevenção e tratamento de complicações, que o paciente possa apresentar.

A tabela 3, exposta abaixo, apresenta os dados identificados nos questionários da pesquisa como sendo os eventos adversos mais incidentes na URPO.

Tabela 3: Dados sobre os Eventos Adversos mais incidentes, conforme os profissionais analisados na pesquisa (n=8). Mossoró – RN, 2016.

Variáveis	N	%
Náuseas	4	50%
Vômitos	6	75%
Dor	8	100%
Diarreia	1	12,5%
Hipotermia	3	37,5%
Hipovolemia	2	25%

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

Em relação à variável Náusea, podemos identificar que 50% dos enfermeiros participantes consideram que este seja um dos eventos mais frequentes no POI, enquanto que 75% dos profissionais consideram ser vômito um dos principais eventos adversos no Pós-operatório na URPO. Em comum acordo com os dados encontrados nessa pesquisa, Fernández (2010) considera que as náuseas e os vômitos no pós-operatório estão entre as principais complicações após procedimentos anestésico-cirúrgicos, ocorrendo em cerca de 20% a 30% dos pacientes admitidos na URPO.

Ainda de acordo com Barbosa; Brandão; Almeida (2010), a náusea e o vômito são duas complicações de alta incidência no ambiente de recuperação pós-operatória de operações abdominais, com valores de ocorrência global acerca de 20% a 30% para a população em geral e aumentando para 70% em grupos de risco.

Em relação a variável Dor, 100% dos participantes da pesquisa entendem que a dor é o evento adverso mais recorrente na URPO. Em sua pesquisa, Souza (2013) relata que dor aguda no pós-operatório é uma complicação observada para o sistema sensorial, apresentando-se como queixa de 72% dos pacientes.

Quanto a Diarreia, 12,5% dos profissionais participantes da pesquisa, consideram um evento adverso que ocorre no pós-operatório na URPO. Em seu estudo Silva et al (2007) afirma que 7,4% dos pacientes apresentaram diarreia como um dos efeitos adversos menos importantes. Dessa forma, tal evento, assim como as demais complicações de menores impactos fisiológicos, não prolongam os dias de internação hospitalar aos pacientes.

A variável Hipotermia apresentou a porcentagem de 37,5% entre as respostas dos pesquisados. Porém, os dados encontrados na pesquisa de Gotardo (2009), que tinha como

objetivo identificar a frequência de hipotermia no paciente adulto no pós-operatório imediato e as intervenções de enfermagem implementadas para o seu tratamento na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), mostram que a hipotermia foi um evento presente no período pós-operatório imediato, acometendo 66,6% dos pacientes investigados, esses resultados também foram evidenciados por outros pesquisadores, para tanto, esses dados confirmam que esse evento adverso se apresenta como uma complicação que demanda atenção mais específica.

Quando o assunto é Hipovolemia, a análise dos dados expostos na tabela apresenta que 25% dos participantes da pesquisa consideram esse um evento que ocorre com frequência na URPO, podendo está relacionada, principalmente, pela perda sanguínea durante o trans ou pós-operatório. No entanto, Ribeiro, Romanek e Villela (2010) esclarecem que a instabilidade do sistema cardiovascular é um achado frequente após procedimentos cirúrgicos e que, entre as complicações mais comuns, estão a hipovolemia ou choque hipovolêmico.

Ainda durante a análise dos dados, dois eventos adversos não foram citados ou obtiveram 0% pelos enfermeiros como mais incidentes, foram eles Trombose Venosa Profunda – TVP e Hipertermia.

No entanto, durante o pós-operatório a TVP, é uma das complicações mais temidas pelo cirurgião e todos os esforços são feitos com o objetivo de evitar profilaticamente este problema. Sendo que 50% delas ocorrem durante a operação, 30% nas primeiras 48 horas e aproximadamente 20% até o 7º dia de pós-operatório. Nesse sentido, a trombose venosa é a formação aguda de trombos (coágulos) no sistema venoso superficial ou profundo, provocando oclusão total ou parcial da veia. Os trombos formam-se espontaneamente ou como resultado de lesão parietal traumática ou inflamatória. Emprega-se a denominação de trombose venosa profunda (TVP), quando os trombos atingem o sistema venoso profundo e tromboflebite superficial quando as veias superficiais são acometidas.

A TVP é muito comum em pacientes hospitalizados, politraumatizados, no pós-operatório de cirurgias de grande porte, em idosos, em gestantes pós-parto, portadores de doenças neoplásicas malignas, inflamatórias, infecciosas e degenerativas e pode levar à morte súbita por embolia pulmonar (PICCINATO, 2008).

Já a variável Hipertermia que também obteve 0% em nossas análises, apresenta dados que vão de encontro aos achados por Santos et al(2006), quando afirma que a febre (hipertermia) ocorreu em 1,2% das mulheres, o que é concordante com outros autores estudados em sua

pesquisa, que observaram que a frequência deste efeito adverso durante o período pós-operatório é baixa, e parece estar na dependência da duração da intervenção cirúrgica, idade da paciente, preexistência de inflamação e local da intervenção cirúrgica.

Diagnósticos de Enfermagem e o Plano de Cuidados na unidade de recuperação pós-operatória

O questionário elaborado para pesquisa apresentava 14 (quatorze) DE, que foram elencados a partir dos dados encontrados nas literaturas estudadas. Durante a análise dos questionários, foram identificados que 12 (doze) desses diagnósticos são usados na assistência dos pacientes durante sua permanência na URPO pesquisadas.

A tabela 4, exposta abaixo, apresenta os dados identificados nos questionários da pesquisa como sendo os DE mais utilizados para construção do Plano de Cuidados ao paciente na URPO.

Tabela 4: Dados sobre os Diagnósticos de Enfermagem utilizados na URPO, conforme os profissionais analisados na pesquisa (n=8). Mossoró – RN, 2016

Variáveis	N	%
Risco de sangramento	7	87,5%
Padrão respiratório ineficaz	5	62,5%
Ansiedade	7	87,5%
Comunicação verbal prejudicada	3	37,5%
Risco de lesão Perioperatória por posicionamento	2	25%
Hipotermia	2	25%
Memória prejudicada (situacional e temporária)	2	25%
Risco de Infecção	2	25%
Mobilidade no leito prejudicada	4	50%

Dor aguda	6	75%
Náuseas	6	75%
Retenção urinária	7	87,5%

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

Em relação a variável Risco de Sangramento 87,5% dos enfermeiros participantes da pesquisa entendem que este seja um diagnóstico utilizado frequentemente durante sua atuação na URPO. Corroborando com os dados achados em nossa pesquisa, Ribeiro (2015) em seu estudo com paciente em período perioperatório cardíaco afirma que dentre os diagnósticos de risco identificados, destaca-se Risco de Sangramento que foi identificado em 100% dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Igualmente, em estudo com pacientes no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca o risco para infecção foi identificado em 100% dos pesquisados (OLIVEIRA, 2012).

No que se refere à variável de Padrão respiratório ineficaz, 62,5% dos profissionais informaram que utilizam esse DE como parte do plano de cuidados prestado a seus pacientes. Conforme os dados achados em uma pesquisa realizada por Dalri (2006) que objetivou identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no POI de colecistectomia laparoscópica, as autoras identificaram Padrão respiratório ineficaz em 80% da amostra estudada, corroborando com os resultados desta pesquisa.

No entanto, Souza (2012) em sua pesquisa, que objetivou identificar os Diagnósticos de Enfermagem de pacientes submetidos à cirurgia geral e internados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), diz que esse DE foi identificado em 24,5% dos pacientes que fizeram parte de sua amostra. Portanto, entendemos que no POI o cliente encontra-se sobre o efeito de drogas (anestésicos) que podem rebaixar o sistema respiratório, comprometendo seu funcionamento fisiológico, justificando assim esse DE.

A ansiedade foi considerada um DE com índice considerável de utilização com 87,5% no plano de cuidados do paciente no Pós-Operatório. Divergindo dos dados achados em nossa pesquisa, Ribeiro (2015) em sua pesquisa sobre os Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, com intuito de identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca, constatou que apenas 5 pacientes tiveram esse DE utilizado em seu plano de cuidados, totalizando 4,1% de sua amostra.

Portanto, podemos concluir que a ansiedade é um diagnóstico pouco identificado pelos enfermeiros nos pacientes da URPO, visto a sobrecarga de serviço voltado para questões burocráticas e administrativas. No entanto, sabemos que a maioria dos pacientes apresenta ansiedade principalmente no pré-operatório e a orientação por parte do enfermeiro reduz significativamente esse quadro.

Já a variável Comunicação Verbal prejudicada obteve entre os profissionais participantes da pesquisa 37,5% como sendo utilizada em seus planos de cuidados ao cliente da URPO. No entanto, em estudo como o de Ramos (2011) em que se objetivou identificar os diagnósticos de Enfermagem no pós-operatório de pacientes submetidos a transplante hepático, pôde-se identificar que 100% dos pacientes admitidos na Sala de Recuperação Anestésica tinham em seus planos de cuidado esse DE, evidenciando-se assim a importância desse diagnóstico.

Na variável Risco de Lesão perioperatória por posicionamento, os enfermeiros informaram que em apenas 25% dos planos de cuidados ele é utilizado nos cuidados prestados ao cliente da URPO. Confirmando com os dados achados em nossa análise, Souza (2012) achou em sua pesquisa que apenas 1,5% de sua amostra utilizou esse diagnóstico de enfermagem para ofertar os cuidados de enfermagem a pacientes do pós-anestésico.

Os dados achados na pesquisa de Ribeiro (2015), para identificar os Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, divergem dos achados em nossa análise, visto que, foi percebido que 100% dos clientes possuem esse DE em seu plano de cuidados. Corroborando com Ribeiro, entendemos que a implementação desse diagnóstico seja de fundamental importância no cuidado com o paciente cirúrgico visto que, esse DE pode minimizar os riscos de ocasionar lesões na pele do paciente, predispondo-o a essas complicações evitáveis.

No que diz respeito ao DE Hipotermia, foi observado que 25% dos enfermeiros apontaram utilizar durante a assistência aos clientes na URPO. Portanto, Souza (2012) observou que apenas 10 enfermeiros totalizando 14,5% de sua amostra, entendem que esse seja um DE utilizado no pós-anestésico do cliente. De acordo com Ramos (2011), em sua pesquisa: Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Transplante Hepático: Identificando Diagnósticos de Enfermagem, apesar de serem realizadas medidas de proteção contra o frio na sala cirúrgica, como aquecimento dos membros e utilização de colchão térmico, a maioria (57%) dos pacientes deste estudo apresentaram hipotermia.

A variável Memória prejudicada (situacional e temporária) obteve 25% da amostra de nossa pesquisa. Assim, percebemos que esse diagnóstico é utilizado no plano de cuidados do cliente atendido no pós-operatório na URPO. Souza (2012), em sua pesquisa, identificou um percentual ainda menor que o achado em nossa análise, apenas 1,5% dos pacientes, apresentava em seu plano de cuidados esse DE. Acreditamos que esses dados sejam explicados por ser o período de permanência na URPO, consideravelmente curto, durando aproximadamente em média 6 horas, e por nesse período ser considerado normal o paciente está desacordado pelo efeito das drogas anestésicas.

Outra variável que obteve uma porcentagem relativamente baixa foi Risco de Infecção com apenas 25%. No entanto, Ribeiro (2015) afirma que o Diagnóstico de Enfermagem de Risco de infecção foi identificado como um DE utilizado no Plano de Cuidados de 100% da amostra de sua pesquisa no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ainda para Ramos (2011) esse DE Risco de infecção, foi identificado em 100% dos pacientes que participaram do estudo. Deste modo, entendemos que esse DE justifica-se, pois o paciente nessa fase PO, apresenta maior vulnerabilidade a agentes que o predisponha a aumentar os riscos de contrair infecções, como por exemplo, bactérias resistentes.

Em relação à Mobilidade ao leito prejudicada, após análise dos dados, 50% dos enfermeiros considera como importante no plano de cuidados do paciente admitido na URPO. Verificou-se que este diagnóstico também está presente em todos os pacientes que foram parte da pesquisa, onde segundo relato em prontuário, tiveram dificuldades em movimentar-se, devido à presença de cateteres (cateter venoso central, cateter arterial), sondas (sonda vesical, sonda nasogástrica) e drenos e à extensão da ferida cirúrgica (RAMOS, 2011). O uso desse DE pode ser justificado, pois nessa fase pós-anestesia o paciente apresenta limitações para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito, tendo como fator relacionado o pós-operatório ou uso de sedativos.

No que diz respeito à variável Dor Aguda, foi observado que 75% dos profissionais consideram que é um DE utilizado no Plano de Cuidados na URPO. Desse modo, divergindo do que encontramos em nossa pesquisa, Dalri (2006) em seu estudo sobre diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica identificou que o DE Dor Aguda foi utilizado em 26,7% dos casos dos pacientes que constituem a amostra de sua pesquisa.

Logo, podemos observar que apesar da dor ser um evento adverso frequente nos pacientes de POI, que é justificado pela posição cirúrgica prolongada, incisão cirúrgica extensa, presença de drenos e restrição ao leito, em ambas as análises esse DE se apresentou com índices não tão altos, o que pode estar associado a maior qualidade das drogas (anestésicos e analgésicos), bem como, pela falta de oportunidade do paciente verbalizar ou expressar esse evento adverso (considerado o 5º sinal vital).

A variável Náusea, após a análise dos questionários, apresentou-se para o público pesquisado com sendo um DE consideravelmente utilizado em seus planos de cuidados, visto que obteve o percentual de 75%. De acordo com Cruz (2010), em sua pesquisa realizada na cidade de Bauru - SP, sobre os principais diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca, observou-se que esse DE obteve a porcentagem bem inferior à achada em nossa pesquisa, totalizando 30% de toda sua amostra.

Portanto, o resultado encontrado em nossa análise pode ser explicado, pois as náuseas são um evento adverso desagradável, podendo estar relacionado a fatores como: fármacos, distensão e irritação gástrica ou ainda ao uso de medicações anestésicas e ao uso de analgésicos opioides aos quais o paciente do POI está exposto, dessa forma, justificando os dados achados em nossa pesquisa.

Já a variável Retenção urinária, apresentou-se como sendo um diagnóstico consideravelmente utilizado no plano de cuidados dos pacientes admitidos na URPO, pois 87,5% dos profissionais mencionaram como sendo utilizado. Contrariando os dados achados em nossa pesquisa, Fernandes (2007), em sua pesquisa sobre a Retenção urinária pós-operatória: Avaliação de pacientes em uso de analgesia com opioides, observou que a incidência de retenção urinária encontrada no estudo foi de 22% sendo considerada baixa.

No entanto, apesar de ser um efeito adverso bastante incômodo, não é considerado grave, porém indica que há necessidade que o enfermeiro detecte o problema, a fim de incluir esse DE no plano de cuidados do cliente, para assim agir adequadamente, na perspectiva de reduzir os riscos de complicações posteriores para o paciente.

Por fim, dos DEs dispostos nos questionários para avaliação dos enfermeiros quanto ao seu uso na URPO, dois não foram citados como utilizados nos planos de cuidados, porém mesmo não sendo citados pela amostra da pesquisa, são DEs muito presentes nos planos de cuidados vistos na literatura. São eles:

Integridade da Pele Prejudicada apresentou 0%, como não sendo um diagnóstico utilizado na URPO. No entanto, Souza (2012) identificou, em sua pesquisa, que o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada obteve 100% de incidência, estando presente em todos os pacientes estudados na amostra de sua pesquisa, corroborando com o autor citado, acredita-se que esse DE deva ser utilizado em seu Pós-Operatório – PO, visto que quando se é realizado um procedimento cirúrgico, cria-se uma abertura na pele perdendo então a sua integridade, requerendo cuidados pela equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro para evitar complicações. Para tanto, o enfermeiro que atua na URPO, apresente papel importante para o planejamento de ações a serem realizadas no POI, no intuito de minimizar os riscos de complicações que possam comprometer o seu restabelecimento.

O DE Proteção ineficaz também não foi apontado como um diagnóstico muito utilizado nos planos de cuidados dos clientes na URPO, obtendo 0% da amostra de nossa pesquisa. Porém, divergindo dos dados encontrados em nossa análise Souza (2012), em seu estudo Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-anestésica, onde o DE Proteção ineficaz encontra-se entre os oito diagnósticos que obtiveram 100% de uso nos planos de cuidados dos pacientes que compuseram sua amostra.

Para Picolli e Galvão (2004) a implementação da SAEP se justifica, pois propicia o crescimento da enfermagem perioperatória, a continuidade e a avaliação da assistência prestada ao paciente, com a participação da família e respeito ao ser humano, em relação aos direitos humanos e aos aspectos éticos.

Nesse contexto, a SAEP abrange as três fases do processo operatório, sendo elas: a pré-operatória, a transoperatória e a pós-operatória. Além disso, ressalta-se que a assistência é complexa, peculiar e individualizada em todas as etapas (GRITTEM, 2007)

Na primeira etapa (pré-operatório) é feita a avaliação, uma análise do histórico de saúde e o exame físico. A consulta pré-operatória e pré-anestésica é fundamental para a qualidade da assistência em procedimentos cirúrgicos (FERNANDES et al, 2010).

Segunda etapa da SAEP, para Galdeano et al (2003) o período transoperatório, “corresponde ao momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico até sua transferência para a URPO, é normalmente considerado um período crítico para o paciente[...]”. É preciso que o enfermeiro responsável pelo centro cirúrgico acompanhe passo a passo as fases da SAEP,

principalmente no pré-operatório para minimizar a ansiedade, proporcionando um conforto e segurança no trans-operatório.

A última etapa da SAEP, segundo Passos (2012), é o período pós-operatório “estende-se desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita de acompanhamento com o cirurgião”. Este período também é conhecido como recuperação pós-anestésica.

Silva e Lucena (2011) destacam que o enfermeiro tem como uma de suas principais funções, avaliar os sinais e sintomas como caminho lógico até a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem – DEs. Assim, o enfermeiro usa o raciocínio lógico na identificação de características de problemas, direcionando sua atenção às informações provenientes do paciente, reconhecendo alterações, interpretando, agrupando e inferindo sobre elas. Nesse sentido, são fundamentais o uso de habilidades e a capacidade de agrupar dados mais relevantes para construção do Diagnóstico de Enfermagem (DE), ou seja, realizar o julgamento clínico com base nos sinais e sintomas.

Para traçar o plano de cuidados mais adequado ao paciente, o enfermeiro elenca diagnósticos que são baseados em problemas reais e potenciais do paciente e são as bases para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, que visam atingir resultados de responsabilidade do enfermeiro (NANDA, 2012).

Já para a prescrição das intervenções de enfermagem é necessário haver um Diagnóstico de Enfermagem prévio e um plano de ação sobre o que deve ser prescrito, a fim de que os resultados esperados sejam alcançados. As intervenções de enfermagem têm o intuito de minimizar ou solucionar os problemas apresentados pelos pacientes, os resultados esperados são baseados em cada diagnóstico de enfermagem identificado. Desta forma, completa-se a tríade que vem sendo conhecida na enfermagem como NANDA / NOC / NIC e que norteiam o enfermeiro na construção do plano de cuidados a ser desenvolvido para o paciente (SOUZA, 2012).

A literatura aponta alguns eventos adversos identificados como sendo frequentes no POI na URPO, de forma que se não for dada a atenção necessária pelo enfermeiro, pode levar ao surgimento de complicações. No entanto, somente dois enfermeiros destacaram a importância da realização da SAE durante a permanência do paciente nesse setor. Dessa forma, o enfermeiro atuante na URPO deve planejar o cuidado adequado a cada paciente, realizando sistematicamente o plano de cuidados direcionado ao indivíduo. Pensando nisso e utilizando-se dos referencias de

NANDA/ NOC/ NIC, elaboramos um plano de cuidados hipotético a ser aplicado a um paciente atendido na URPO.

Quadro 1: Plano de Cuidados: Diagnósticos de Enfermagem, Resultados e Intervenções de Enfermagem, elaborados de acordo com os principais eventos adversos identificados na análise dos dados, tendo como base NANDA/NOC/NIC. Mossoró – RN, 2016.

PLANO DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dor aguda relacionada a agentes lesivos (físicos e psicológicos) evidenciada por relato verbal	Alívio ou controle da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar condições associadas à dor; - Avaliar o limiar de dor do cliente (escalas de cor e faces); - Avaliar o grau de desajuste pessoal (raiva, irritabilidade); - Realizar os métodos não farmacológicos (de frio ou calor, imobilização e exercícios); - Rever o uso de fármacos por via oral, pois a paciente não aceita por via endovenosa;
Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos (intervenção cirúrgica), evidenciado pelas feridas operatórias	Ter cicatrização das FO em tempo oportuno	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar circulação sanguínea e a sensibilidade da área afetada; - Avaliar a cor, textura e turgor da pele; - Atentar para sinais flogísticos; - Examinar a pele diariamente e descrever as características das FO; - Manter a área limpa e seca; - Realizar troca de curativos; - Administrar os fármacos prescritos (antibióticos)
Risco de Infecção relacionado à FO e drenos	Minimizar ou eliminar os riscos de infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Ressaltar a importância da técnica de lavagem das mãos; - Ofertar máscara e luva para o acompanhante; - Orientar paciente e acompanhante para o cuidado com a higiene corporal e oral; - Realizar técnica asséptica em todos os procedimentos com o paciente; - Trocar curativo de FO e drenos sempre que necessário; - Administrar o regime terapêutico (antibióticos)

Motilidade gastrointestinal prejudicada relacionada intervenção cirúrgica evidenciada por náuseas e vômitos	Restabelecerá e manterá o padrão normal de função intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os fatores causadores ou contribuintes; - Avaliar a gravidade da disfunção; - Manter a inatividade do trato GI, quando houver necessidade (dieta zero; decompressão gástrica ou intestinal, para reduzir o acúmulo de gases intestinais e o aumento do risco de vômitos); - Orientar quanto ao regime terapêutico, inclusive as consequências de não realizar a terapêutica prescrita.
Risco de Choque relacionado à hipovolemia.	Terá estabilidade hemodinâmica	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar para os diagnósticos, sinais e sintomas que possam indicar choque; - Monitorar perdas persistentes ou maciças de líquidos (feridas, drenos, vômitos, sondas gastrointestinal ou drenos torácicos); - Avaliar a perfusão dos tecidos e órgãos; - Evitar e corrigir causas potenciais de choque; - Administrar os fármacos conforme a prescrição.
Risco de temperatura corporal alterada relacionada à exposição de anestésicos.	Manterá a temperatura dentro da variação normal.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar e manter a temperatura ambiente confortável; Monitorar a temperatura corporal; - Supervisionar o uso de compressas de aquecimento, cobertores elétricos, bolsas de gelo e mantas de hipotermia (principalmente quando os clientes não são capazes de proteger-se); - Administrar fármacos conforme prescrição.
Ansiedade moderada relacionada alteração de saúde (procedimento cirúrgico) evidenciada por agitação.	Parecerá estar relaxado e dirá que a ansiedade foi atenuada a um nível suportável.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a percepção do cliente quanto à ameaça representada pela situação; - Observar comportamentos que possam definir o nível de ansiedade do cliente; - Estimular o cliente a reconhecer e expressar seus sentimentos (choro, tristeza, riso, medo, negação, raiva); - Ajudar o cliente, fornecendo orientações exatas sobre sua situação e procedimentos a serem realizados.

Os DEs, identificados na literatura, favorecem a rápida recuperação do paciente e colabora na dinâmica da equipe de enfermagem.

Dessa forma, podemos identificar que 2 (dois) DEs presentes no plano de cuidados coincidem com os contidos nos questionários dos enfermeiros participantes da pesquisa, que

foram Dor aguda e Ansiedade. No entanto, no plano de cuidados elencamos os Diagnósticos de Enfermagem: Risco de choque que pode contemplar o risco de sangramento e a hipovolemia; Motilidade gastrointestinal prejudicada que pode ser relacionado pelas náuseas, que foi presente nos questionários, bem como o de Risco de temperatura corporal alterada que envolve a hipotermia.

Desse modo, ainda incluímos no plano de cuidados dois DE, que não foram pontuados pelos enfermeiros, porém, nas literaturas consultadas, são apresentados como DEs importantes no cuidado ao paciente na URPO, que são Integridade da pele prejudicada e risco de infecção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo analisar a atuação do enfermeiro na URPO em um Município do Oeste Potiguar. Pôde-se observar, de acordo com os relatos contidos nos questionários dos profissionais enfermeiros, que a enfermagem se apresenta como uma profissão que enfrenta diversas dificuldades e possibilidades, portanto requer muitas reflexões.

Conforme resultados obtidos, a hipótese foi confirmada e os objetivos foram alcançados de acordo com a metodologia proposta. Portanto, foi possível perceber a assistência ao paciente na URPO, em sua maioria, não vem sendo realizada pelos enfermeiros, mesmo sendo estes mais capacitados para prestarem essa assistência, e sim delegados aos técnicos de enfermagem. Dessa forma, esse cuidado prestado ao paciente em algum momento pode não ser tão eficaz, visto que esse setor por ser considerado crítico, exigindo cuidados específicos aos pacientes críticos, sendo privativo ao enfermeiro o atendimento a esse público.

Ao analisar os questionários percebemos que o enfermeiro desenvolve papel fundamental na assistência ao paciente na URPO, pois esse profissional apresenta requisitos mais abrangentes como conhecimentos teóricos e práticos para prestar essa assistência do que os profissionais técnicos. Para tanto, a Assistência de enfermagem sistematizada é uma ferramenta que possibilita ao enfermeiro colocar em prática um cuidado de melhor qualidade, já que não existe boa atuação se não for direcionada e organizada.

Ainda observamos que, apesar da SAE ter se mostrado como facilitadora do trabalho do enfermeiro, sendo de fundamental importância na URPO, possibilitando otimizar e direcionar as atividades e o tempo, apenas um pequeno percentual da nossa amostra considera importante e deixa claro a utilização da SAE, destacando o plano de cuidados na sua rotina profissional.

As dificuldades encontradas durante a pesquisa foram relacionadas aos *feedbacks* dos questionários, que alguns profissionais deixaram de entregar para pesquisadora associada. O questionário é dado ao recebedor para que depois de preenchido e respondido, seja devolvido para o pesquisador do mesmo modo. No entanto, alguns não entregavam de volta o questionário e, por conseguinte, a pesquisadora tinha que reaplicar mais para obter o número total da amostra. Além disso, as letras ilegíveis dificultaram a codificação das respostas abertas, trazendo mais um empecilho para a pesquisadora.

Destacamos ainda, que sentimos dificuldades para encontrarmos referências atuais sobre o tema abordado. No entanto, essas dificuldades podem estar relacionadas à sobrecarga de trabalho apresentada pelos enfermeiros ou ainda pela demanda e rotina dos profissionais que atuam no setor pesquisado.

Assim, sugere-se que apesar da atuação do enfermeiro na URPO ser um tema de fundamental importância para o profissional de enfermagem, muito se tem a evoluir para que seja realizada de maneira mais efetiva. Porém, é salutar elaborar esclarecimentos e discussões mais amplas sobre a temática, para que tal realidade acompanhe o processo evolutivo dessa modalidade de atuação do enfermeiro tão necessária nos nossos dias.

Por fim, é importante ressaltar que cabe aos coordenadores de Centro cirúrgico, como aos coordenadores de enfermagem do setor, elaborar estratégias de intervenções e interações, através de atividades que colaborem no processo de ensino-aprendizagem contínuo dos profissionais que fazem parte de tal modalidade, bem como, de sua qualificação e atuação enquanto membro da equipe de saúde, buscando melhorar a qualidade da assistência de enfermagem na URPO.

REFERÊNCIAS

- ABECC - Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização: **Práticas recomendadas SOBECC – Centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e Centro de Material e Esterilização**. São Paulo (SP): SOBECC; 2009.
- ALMEIDA, M. A et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ATZINGER. M. D. V.; SCHMID, D. R. C.; NONINO, E. A. P. Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Support. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 616- 623, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a13v21n4.pdf>> Acesso em: 23 Maio 2016.
- BARBOSA, F. T; BRANDÃO, R. R.M; ALMEIDA, R. L. K. Frequência do vômito após cirurgia abdominal de urgência em hospital público de referência. **Rev. Col. Bras.Cir.** Rio de Janeiro. v. 37, n. 4, Ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v37n4/v37n4a03.pdf>>. Acesso em: 09 Nov 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 70ª ed, 2006.
- BARRETO, F. A. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em centro cirúrgico: percepção dos enfermeiros**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos Saúde. Fortaleza, 2012. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Francisca%20Adriana%20Barreto%20\(1\).pdf](http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Francisca%20Adriana%20Barreto%20(1).pdf)>. Acesso em: 08 Nov 2016.
- BASSOS, R. S; PICOLLI, M. Unidade de recuperação Pós-Anestésica: Diagnósticos de enfermagem Fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Rev. Eletrônica Enf.** v.06, n.3. 2004. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/841/992>>. Acesso em: 09 Nov 2016.
- BELO, C. N. Recuperação pós-anestésica - escalas de avaliação, princípios gerais. **Revista de Anestesia**. São Paulo: CEDAR, Ano IV – Jan/Mar, 2000. Disponível:<<http://www.fm.usp.br/anestesiologia/revista/cedar%209.pdf>> Acesso em: 07 Mar 2016.
- BLUM, J. M; STENTZ, M.J; DECHERT, R, et al. Preoperative and Intraoperative Predictors of Postoperative Acute Respiratory Distress Syndrome in a General Surgical Population. **Anesthesiology**. v.118, nº 1, p.19-29, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23221870>> Acesso em: 07 Mar 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 09 Mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Brasília. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 11 Mar 2016.

CALLEGARO, G. D; BAGGIO, M. A; NASCIMENTO, K. C; ERDMANN, A. L. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev Rene.** v. 11, nº3, p.132-42, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/resumo_portugues/a14v11n3.html> Acesso em: 18 Mar 2016.

CASTRO; F. S. F; PENICHE, A. C. G; MENDONZA, I. Y. Q; COUTO, A. T. Temperatura corporal, Índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. **Rev. Esc Enferm – USP.** v.46, nº 4, p.872-876, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n4/13.pdf>> Acesso em:23 Maio 2016.

CHEN, T; CROZIER, J. A. Endovascular repair of thoracic aortic pathologies: postoperative nursing implications. **J Vasc Nurs.** v.32, nº2, p.63-69, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24944173>> Acesso em: 20 Mar 2016.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 8ª ed, 2006.

CHRISTÓFORO, B. B. **Cuidados de Enfermagem Realizados ao Paciente Cirúrgico no Período Pré-Operatório.** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA. CURITIBA. 2006.

COFEN – Resolução COFEN nº 311/2007: **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: <[http:// www.portalcofen.gov](http://www.portalcofen.gov)> Acesso em: 03 Mar 2016.

COFEN – Resolução COFEN nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 26 Mai 2016.

CREMED. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. **Resolução nº 44.** Fortaleza – Ceará. 2012. Disponível em: <<http://www.cremec.com.br/resolucoes/res4412.pdf>> Acesso em: 28 Mar 2016.

CRUZ, A. P. O; LOPES, R. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Salusvita:** Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312. 2010. Disponível em: < http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v29_n3_2010_art_06.pdf >. Acesso em: 07 Nov 2016.

CUNHA, A. L. S. M.; PENICHE, A. C. G.; Validação de Instrumento de Registro para Sala de Recuperação Pós-anestésica. **Acta Paul Enferm.** São Paulo. v. 20, n. 2, p. 151-160. Jan/ago,2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613009> Acesso em: 27 Fev 2016.

DALRI, C. C; ROSSI, L. A; DALRI, M. C. B. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes em período de pós-operatório imediato de colecistectomia laparotomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto. v.14, n.3, p. 389-396, jun. 2006.

DANTAS, J. F; ROCHA, T. M; SILVA, J. V; AZEVEDO, O. M. A enfermagem enquanto prática social: uma busca por sua compreensão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. nº61, 2009. Fortaleza-CE. Resumos. ABEN eventos. 2009. 3p. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02283.pdf> Acesso em> 10 Fev 2016>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4.pdf>> Acesso em: 16 Mar 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. O cuidado de Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Esc Ana Nery (Impr.)** v. 16, n.4, p. 657-665, out – dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/03.pdf>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

ESPIRITO SANTO, F. H; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre um saber/fazer. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro. V.10, n 3, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a25.pdf>> Acesso em: 19 Fev 2016.

FERNANDES, E. O. et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgias eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS.** Rio Grande do Sul, v. 54, n. 2, p. 240-258, abr-jun. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/23-pratica_medica.pdf>. Acesso em: 08 Nov 2016.

FERNANDES, M. C. B. C, Costa V. V, SARAIVA, R. A. Retenção urinária pós-operatória. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 15, n.2, março-abril. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a19.pdf>. Acesso em: 09 Nov 2016.

FERNÁNDEZ, G. J; GOMEZ, A. J. I; CABRERA, T; GARCIA, V. S. **Association of citizen nitrous oxide and the incidence of post operative nausea and vomiting in adult – a systemic review and meta-analysis.** Anaesthesia. v.65, n.4, p. 379-387. 2010.

FLÔR, P. A. **As dificuldades enfrentadas por profissionais de enfermagem na assistência no pós-operatório.** Dissertação. João Pessoa. p.44. 2014. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I65295.E13.T13366.D9AP.pdf>>. Acesso em: 08 Nov 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>> Acesso em: 22 Mar 2016.

FONSECA, R. M. P. Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em Centro Cirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEP. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-16052008-092125/en.php>>. Acesso em: 08 Nov 2016.

FONSECA, R. M.; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 428-33, mar. / set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>> Acesso em: 05 Mar 2016.

FREITAS, P. S; ROMANZINE, A. E; RIBEIRO, J. C; BELUSSE, G. C; GALVÃO, C. M. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Rev. Eletr Enf [Internet]**. v.15, nº2, p.541-550, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a29.pdf> Acesso em: 10 Mar 2016.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O Impacto da Visita Pré-operatória de Enfermagem no Nível de Assistência de Pacientes Cirúrgicos. **Rev Mineira Enfermagem**, Minas Gerais, v. 14, n. 3, p. 345-352, Jul.-Set. 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/125>> Acesso em: 16 Fev 2016.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 199-206, março-abril. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a09.pdf>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos – o que são? **Rev. Assoc Med Bras**. v. 50, nº2, p. 109-126, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20754.pdf>> Acesso em: 21 Mar 2016.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas 2010.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOMES, V. L. O; BACKES, V. M. S; PADILHA, M. I. C. S; VAZ, M. R. C. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Universidad de Antioquia / Facultad de Enfermería / Investigación y Educación en Enfermería / **Medellín**. V. 25, nº 2, set, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v25n2/v25n2a10.pdf>> Acesso em: <13 Mar 2016>.

GOTARDO, J. M; GALVÃO, C. M. Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. **Rev Rene**. v.10, nº2, p.113-121, 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_12.html> Acesso em: 27 Fev 2016.

GRITTEM, L. Sistematização da Assistência Perioperatória: uma tecnologia de enfermagem. Curitiba, 2007. Monografia. Universidade Federal do Paraná.

KOBAYASHI, R. M; JANUÁRIO, M. M. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. Bras Enferm.** [online]. v.63, n.2, p. 243-249, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/12.pdf>> Acesso em: 21 Mar 2016.

LASAPONARI, E. F; COSTA, A. L. S; PENICHE, A. P. G; LEITE, R. C. B. O. Revisão integrativa: Dor aguda e intervenções de enfermagem no Pós Operatório imediato. **Rev. SOBECC, São Paulo.** Jul/Set; v.18, n.3, p. 38-48, 2013. Disponível em: <http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n3_%20jul_set2013-5.pdf> Acesso em: 19 Abr 2016.

LUVISOTTO, M. M; CARVALHO R; GALDEANO, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. **Einstein.**v.5, nº2, p.117-22, 2007. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2_Online_AO441_pg117-122.pdf>Aceso em: 22 Abr 2016.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em foco.** v.3, n. 3, p. 119-122. 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

MADEIRA, M. Z. de A; et al. Percepção dos enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **R. pesq.: cuid. fundam. Online.** v.5, n.6, p. 104-114, dez. 2014. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3379/pdf_1130>. Acesso em: 09 Nov 2016.

MARCONI, M. A. de.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MEDEIROS, S. M; RIBEIRO, L. M; FERNANDES, S. M. B. A; VERAS, V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v.8, n.2, p.233-240. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 07 Nov 2016.

MELO, D. F. F; NUNES, T. A. S; VIANA, M. R. P. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Rev. Interd.** v. 7, n. 2, p. 36-44, abr. mai. jun. 2014. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/425>> Acesso em: 09 Mar 2016.

MENDOZA, I. Y. Q; PENICHE, A. C. G. Complicações do paciente cirúrgico idoso no período de recuperação anestésica: revisão da literatura. **RevSocBras de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.**v. 13, n.1, p. 25-31,

2008. Disponível em: <http://novo.sobecc.org.br/artigo/artigo_132.pdf> Acesso em: 28 de Abr 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIYAKE, M. H; DICCINI, S; GLASHAN, R. Q; PELLIZZETI, N; LELIS, M. A. S. Complicações pós anestésicas: subsídios para assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica. **Acta Paul Enferm.** v.15, n.1, p.33-9. 2002. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=21&ano=2008&numero=4&item=13>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

MIYAMOTO, A. C. J; CUNHA, I. C. K. O. Hipotermia na sala de recuperação anestésica. **Rev. Enferm UNISA.**v. 4, p.17-20, 2003. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-03.pdf>> Acesso em: 29 Fev 2016.

MORAIS, G. S. N; COSTA, S. F. G; FONTES, W.D; CARNEIRO, A. D. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm.**v.22, n.3, p.323-327. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

MOSSORÓ (Município). **Geografia**. Mossoró: Prefeitura Municipal de Mossoró, [2008]. Disponível em: <<http://www.prefeiturademossoro.com.br/mossoro/geografia/>> Acesso em: 18 Maio 2016.

MURTA, G. F. Saberes e práticas: **Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**.3 ed.vol. 3. São Caetano do sul: difusão editora. p.253-266; 2007.

NETTINA, S. **Prática de Enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 21, nº1, p. 32-8, 2003.

NIERO, L. C. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória conhecendo o papel do enfermeiro no processo cirúrgico. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Salesiana de Vitória. Espírito Santo. 2014. Disponível em: <http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Luana.pdf>. Acesso em:06 Nov 2016.

NOCITE, J. R. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. **Rev. Bras Anest.** v.37, n.3, p. 161-167. 1987. Disponível em: <http://www.sba.com.br/arquivos/revista/rba/docpro/0000181_AP00845%20RECUPERACAO%20POS-ANESTESICA%20ASPECTOS%20GERAIS..PDF> Acesso em: < 01 Mar 2016>. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.

OLIVEIRA, S. K. P; LIMA, F. E. T; LEITÃO, I. M. T. A; MENDONÇA, L. B. A; MENESES, L. S. T; OLIVEIRA, R. M. Diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes adultos no pós-

operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Enferm UFPI**. v.1, n.2, p.95-100. 2012. Disponível em: <www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/734/pdf_1>. Acesso em: 08 Nov 2016.

PASSOS, A. P. P. O Cuidado da Enfermagem ao Paciente Cirúrgico Frente ao Ato Anestésico. **Ciências Biológicas e da Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 14-19. 2012. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/viewFile/202/119>. Acesso em: 06 Nov 2016.

PETROIANU, A. **Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. São Paulo: Atheneu, 2010.

PICCINATO, C. E. Trombose venosa pós-operatória. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v.41, v.4, p. 477-486. 2008. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N4/SIMP_6Trombose_venosa_posoperatoria.pdf>. Acesso em: 09 Nov 2016.

PICOLLI, M.; GALVÃO, M. C. Enfermagem Perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine, Cascavel: EDUNIOESTE, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewArticle/813/931>>. Acesso em: 08 Nov 2016.

PITREZ, F. A. B; PIONER, S.R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2.ed. Porto Alegre: Artemed, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPOV, D. C. S; PENICHE, A. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em Sala de Recuperação Pós-anestésicas. **Rev. Esc Enferm USP**. v. 43, nº 4, p. 953-961, 2009.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico – Planejamento, Organização e Gestão**. 2ª edição, São Paulo: Iátria, 2006.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão**. São Paulo: Iátria; 2004.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RABENSCHLAG, et al. Gestão da Qualidade na Assistência de Enfermagem em Unidades de Clínica Cirúrgica. **Rev. Enferm. UFSM**. v.5, n.2, p.235-246, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15891>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

RAMOS, I. C; OLIVEIRA, M. A. L; BRAGA, V. A. B. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 10, n.1, p. 116-126, Jan/Mar. 2011. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8610/pdf>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

RIBEIRO, C. P; SILVEIRA, C. O; BENETTI, E. R. R; GOMES, J. S; STUMM, E. M. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Rene**. v.16, n.2, p.159-167, mar-abr. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2697/2082>>. Acesso em: 08 Nov 2016.

RIBEIRO, F. A; ROMANEK, R. M; VILLELA, D. Anestesia e suas complicações. In: BONFIM, I. M; MALAGUTTI, W. **Recuperação pós-anestésica: assistência especializada no centro-cirúrgico**. São Paulo: Martinari. 2010.

ROTHROCK, J. C; ALEXANDER, E. L. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro, 2008.

SALBEGO, C. et al. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Rene**. v.16, nº 1, p. 46-53, Jan-Fev, 2015. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br> Acesso em: 15 Fev 2016.

SANTOS, A. C. P; BRAGA, F. S. S; BRAGA, A. F. A; SOUZA, G. A; MORAIS, S. S; ZEFERINO, L. C. Efeitos adversos no pós-operatório de cirurgias ginecológicas e mamárias. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo. v.52, n.4, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n4/a17v52n4.pdf>>. Acesso em: 08 Nov 2016.

SANTOS, F. K; SILVA, M. V. G; GOMES, A. M. T. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros no centro cirúrgico – Uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto contexto Enferm**. Florianópolis. Jul/set. v.23. n. 3. P.696 – 703. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00696.pdf> Acesso em: 20 Mar 2016.

SANTOS, M. C; RENNÓ, C. S. N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **RAS**. v.15, n. 58, Jan-Mar. 2013. Disponível em: <http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2014/09/Indicadores_de_qualidade_em_CC_2013_2.pdf>. Acesso em: 08 Nov 2016.

SERRA, M. A. A. O. et al. Assistência de enfermagem no pós operatório imediato: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.14, No 2, 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5082/html_675> Acesso em: 01 Mar 2016.

SILVA, A. D. F. Cuidados e complicações no Pós-Operatório. **Portal Educação: Curso on-line**. Campo Grande. 2011. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/10068/cuidados-e-complicacoes-no-pos-operatorio#ixzz442L3jcVS>> Acesso em: 22 Fev 2016.

SILVA, D. C; ALVIM, N. A. T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Bras Enferm.** v.63, nº3, p.427-434, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf>> Acesso em: 21 Mar 2016.

SILVA, E. R. R; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas.** Artmed. Porto Alegre. 2011.

SILVA, S. M; ALMEIDA, S. B; LIMA, O. A. T; GUIMARÃES, G. M. N; SILVA, C. C; SOARES, A. F. Fatores de Risco para as Complicações após Apendicectomias em Adultos. **Rev. Brás Coloproct.** v. 27, n. 1, Janeiro/Março. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/a05v27n1.pdf>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, R. P. **Caracterização do perfil de pacientes no período pós-operatório de laparotomia em clínica cirúrgica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. p.59. 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7668/1/2013_RaquelPereiradeSouza.pdf>. Acesso em: 08 Nov 2016.

SOUZA, T. M; CARVALHO, R; PALDINO, C. M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **REV SOBECC.** v.17, nº4, p.33-47. 2012. Disponível em: <<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/2.pdf>> Acesso em: 12 Fev 2016.

SOUZA, T. M; CARVALHO, R; PALDINO, C. M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. SOBECC.** São Paulo. v.17, n.4, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/2.pdf>>. Acesso em: 07 Nov 2016.

TAKAHASHI, A. A; BARROS, A. L. B. L; MICHEL, J. L. M; SOUZA, M. F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.21, nº1, p.32-38, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04.pdf> Acesso em: 08 Fev 2016.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático.** 2^a – [Reimpr]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

VALE, E. G; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem para o ensino de graduação. **Rev. Bras Enferm.** Brasília. Jan-fev. v.64. n.1. p. 106-113. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a16.pdf>> Acesso em: 22 Fev 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

Eu, Giselle dos Santos Costa Oliveira, pesquisadora responsável e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e a aluna Fábila Sonaira Dantas Carlos estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO OESTE POTIGUAR”**.

Tem-se como objetivo geral: Analisar a atuação do enfermeiro na unidade de recuperação pós-operatória em um Município do Oeste Potiguar. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil do enfermeiro que atua na unidade de recuperação pós-operatória; Conhecer a atuação de enfermagem na unidade de recuperação pós-operatória; Discutir como o plano de cuidados é implementado pelos enfermeiros na unidade de recuperação pós-operatória.

Justifica-se que essa pesquisa deu-se a partir das experiências teórico - prática, surgindo a necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre as condutas do enfermeiro (a) ao paciente na Unidade de Recuperação Pós-Operatória, bem como, pela relevância social, científica e profissional da prática de enfermagem.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do tema. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos 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.

Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) para o(a) participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com

esta pesquisa os profissionais reflitam sobre a importância da Assistência do Enfermeiro na Unidade de Recuperação Pós-Operatória, bem como apresentar para academia os dados com relação a atuação dos enfermeiros sobre na URPO, superarão esse(s) risco(s).

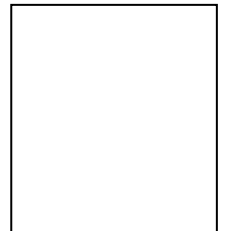
A participação do(a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma copia 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-RN, ____ de _____ de 20____.

Responsável da Pesquisa

Participante da Pesquisa



¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701 - Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: gisellesantos@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO Nº _____

I – DADOS SOCIODEMOGRAFICOS

Idade: _____

Sexo: ()Feminino ()Masculino

Tempo de Profissão:() 1 a 5 () 6 a 10() 11 a 15

Tempo de Atuação em Centro Cirúrgico: () 1 a 5 () 6 a 10() 11 a 15

Maior titularidade:()Graduação ()Especialização ()Residência()Mestrado () Doutorado

Realizou alguma Pós na área? ()sim ()não Qual:_____

Realizou alguma capacitação sobre o serviço onde atua? ()sim ()não
Qual:_____

Atua em outros serviços ou setores? ()sim ()não Qual:_____

Qual a sua jornada de trabalho atual? _____

II – DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA URPO:

1 – Como é realizada a atuação de enfermagem na unidade de recuperação pós-operatória?

2 – Qual a atividade ou função que você considera mais importante durante a atuação de enfermagem a um paciente na unidade de recuperação pós-operatória? Justifique.

3 – A atuação de enfermagem na unidade de recuperação pós-operatória é realizada exclusivamente pelo enfermeiro? Se não, a quem é delegada?

()sim () não _____

4 –Quais os cuidados ao paciente na unidade de recuperação pós-operatória são delegados para os técnicos de enfermagem?

5 Quais as atividades ou funções que você realiza com maior frequência durante a atuação de enfermagem a um paciente na unidade de recuperação pós-operatória?

6 – Quais os eventos adversos mais incidentes na unidade de recuperação pós-operatória:

	Náuseas		Vômitos		Dor		Trombose Venosa Profunda
	Diarreia		Hipertermia		Hipotermia		Hipovolemia

() Outros: _____

7 – Quais os Diagnósticos de Enfermagem mais utilizados na elaboração do Plano de Cuidados na unidade de recuperação pós-operatória?

	Integridade da Pele Prejudicada		Proteção ineficaz		Mobilidade no leito prejudicada
--	---------------------------------	--	-------------------	--	---------------------------------

	Risco de sangramento		Risco de lesão Perioperatória por posicionamento		Dor aguda
	Padrão respiratório ineficaz		Hipotermia		Náuseas
	Ansiedade		Memória prejudicada (situacional e temporária)		Retenção urinária
	Comunicação verbal prejudicada		Risco de Infecção		Outros

Qual: _____

ANEXOS



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

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4ª Reunião Extraordinária realizada em 31 de agosto 2016 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO OESTE POTIGUAR”. Protocolo CEP: 100/2016 e CAAE: 58741416.3.0000.5179. Pesquisadora Responsável: GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA e das Pesquisadoras Associadas: FÁBIA SONAIRA DANTAS CARLOS, JOSELINE PEREIRA LIMA E KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA.

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 30/12/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 06 de Setembro de 2016

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE