

HAIDÉ MACHADO MILANEZ

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS TIPOS DE FICHAS PARA
REGISTRO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

Orientadora: Dra. Maria Helena Machado Bechelli

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto.

Porto Alegre
1982

Aos meus filhos

*Maria Helena, Humberto e Miriam
pelo seu amor e o carinho com que
encaram a minha profissão.*

AGRADECIMENTOS

- À Doutora Maria Helena Machado Bechelli pela orientação, estímulo e apoio que possibilitaram a elaboração deste trabalho.
- À Doutora Maria Elena Nery pela oportunidade de aprimoramento profissional.
- À Professora Geny Grimberg pela confiança que possibilitou o início deste trabalho.
- À Doutora Eunice Xavier de Lima pela amizade e irrestrita colaboração durante todas as fases deste trabalho.
- À Professora Doutora Olga Eidt pelo apoio e interesse durante a realização deste trabalho.
- A todos os colegas e amigos pelo incentivo e confiança demonstrados.

RESUMO

Foi realizado um estudo comparativo entre dois tipos de fichas para anotação das ações de enfermagem dispensadas a pacientes em pós-operatório imediato. O estudo foi realizado num hospital-escola, em 1980, usando 100 fichas de cada tipo. A ficha tradicional já vem sendo usada há 20 anos e a nova ficha foi elaborada para este estudo.

Os resultados mostraram um aumento acentuado de anotações na nova ficha, em categorias como: observação, cuidados de enfermagem, comunicação e evolução. Na categoria aplicação de medicamentos houve uma diminuição das anotações.

O tempo de permanência do paciente na sala de recuperação diminuiu consideravelmente com o uso da nova ficha.

SUMMARY

A comparative study of two kinds of flow sheets for registering nursing procedures delivered to immediate follow-up patients was performed in a school hospital in 1980.

A hundred flow sheets of each kind was used. The traditional flow sheet has been used for twenty years and the flow sheet was elaborated for this study.

The results have shown a sharp increase of notes in the new record, in categories, such as: observation, nursing care, communication and evolution. There was a decrease of notes in the category of medicine administration.

The patient's remaining time in the recovery room has diminished considerably with the new flow sheet introduction.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 - Sala de recuperação	5
2.2 - Registros ou anotações	8
2.3 - Cuidados de enfermagem prestados ao paciente na SR ..	13
3 - MATERIAL E MÉTODO	30
3.1 - Características do hospital campo da pesquisa	30
3.2 - População e amostra	31
3.3 - Procedimentos	32
3.4 - Instrumento	34
3.5 - Variáveis estudadas	36
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 - Observação do paciente	39
4.2 - Cuidados de enfermagem	42
4.3 - Administração de medicamentos	45
4.4 - Comunicação	48
4.5 - Evolução	50
4.6 - Tempo de permanência do paciente na SR	51
5 - CONCLUSÕES	53
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
7 - ANEXOS	59

1 - INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma atividade que tem por fim a prevenção e o alívio do sofrimento humano, promovendo a saúde através do ensino de ações preventivas, e do cuidado e reabilitação de pessoas que estejam em fase diagnóstica e terapêutica.

A saúde é um direito humano básico tornando-se matéria de interesse público de prioridade nacional e de ação política.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, deve com outros profissionais atender aos problemas de saúde da população.

A centralização dos pacientes em Unidades especiais do hospital, como a sala de recuperação (SR), visa a obtenção de melhor cuidado para o paciente com maior aproveitamento de pessoal treinado e equipamento adequado.

Florence Nightingale (1859) já recomendava manter o paciente num ambiente separado, para permitir sua recuperação, antes de levá-lo de volta para a sua enfermaria.

Segundo o American College of Surgeon (1979), essas Uni-

dades para o cuidado do paciente cirúrgico durante o período de recuperação pós-anestésica começaram a aparecer entre as duas guerras mundiais, porém foi somente por volta de 1950 que seu número cresceu.

Os registros de complicações pós-anestésicas que levavam muitos pacientes ao óbito, no pós-operatório imediato, também determinaram a procura das salas de recuperação. As técnicas anestésicas mudavam de um único agente, éter ou ciclo-propano, para anestésias "superficiais" por inalação, usando associação de drogas mais potentes e que comprometiam seriamente a função respiratória. "As modernas técnicas anestésicas seriam impossíveis se não pudéssemos confiar nas modernas salas de recuperação" (Kinney, 1977).

A SR, de uma sala quieta, onde os pacientes eliminavam os anestésicos, que receberam na intervenção cirúrgica deitados de lado para manter as vias aéreas desobstruídas, transformou-se em uma unidade de intensa atividade.

O paciente na SR é o centro das ações de enfermagem, é continuamente observado, cuidado e avaliado visando o atendimento imediato de suas necessidades. Para se atingir estes objetivos é preciso contar com pessoal capacitado, equipamento adequado e com uma ficha que permita ordenar e registrar prontamente todas as ações de enfermagem.

Em Porto Alegre, a primeira SR foi organizada e passou a funcionar no início de 1962 no Hospital Ernesto Dornelles. Tivemos ocasião de iniciar nosso trabalho profissional na fase de

organização e instalação desta unidade, acompanhando seu desenvolvimento e foi, principalmente, devido ao seu sucesso que surgiram outras SR nos demais hospitais da cidade.

De 1962 até hoje, pouco se inovou em registros pós-operatórios. Os registros continuam sendo feitos no mesmo tipo de ficha que, a nosso ver, não permite de forma sistemática e simples o registro de todas as ações de enfermagem.

Tem-se verificado que o pessoal de enfermagem nem sempre faz anotações completas sobre os cuidados de enfermagem prestados na SR, limitando-se muitas vezes ao registro de sinais vitais, medicação e algum outro cuidado esporádico.

Talvez esse fato seja decorrente da falta de uma ficha que oriente e motive o pessoal a registrar seu trabalho.

A relevância do problema parece demonstrada pela preocupação de inúmeros autores com a quantidade e qualidade dos registros de enfermagem. Parece-nos que se impõe um estudo que procure encontrar uma solução para este fato.

Com esta finalidade, procuramos desenvolver uma ficha que servisse de guia para as ações de enfermagem e facilitasse o seu registro. Questionamos: o pessoal de enfermagem responsável pelo paciente na sua fase de pós-operatório imediato vinha anotando na ficha tradicional as ações de enfermagem? Com uma nova ficha estruturada de registro estas anotações aumentariam?

No presente estudo tivemos como objetivos:

Objetivo geral:

- Estudar comparativamente a eficácia de dois tipos de fichas para registro das ações de enfermagem na sala de recuperação pós-anestesia.

Objetivos específicos:

- Verificar se haverá mudança no comportamento de anotar ações de enfermagem usando a nova ficha.
- Verificar se ocorrerá alteração do tempo de permanência do paciente na sala de recuperação após a introdução da nova ficha.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Sala de recuperação

A bibliografia especializada em assuntos de enfermagem e, especificamente, em SR demonstra a importância desta Unidade, que visa dar mais segurança ao paciente nas primeiras horas pós-operatórias, proporcionando-lhe melhor cuidado com pessoal e equipamento adequado.

Lamaitre (1966) e Cullen (1977) dizem que há muitas razões que indicam a permanência do paciente na SR durante as primeiras horas após a cirurgia. A fase inicial de recuperação pós-anestésica é uma fase perigosa e a observação intensa pode significar a diferença entre a morte e a sobrevivência, caso surja uma complicação maior.

Segundo Naves, citada por Posso (1975), Florence Nightingale, em 1863, já previa a necessidade de os pacientes operados serem agrupados para facilitar seu atendimento nas primeiras horas pós-cirúrgicas. A idéia foi evoluindo com o desenvolvimento da anestesiologia e da cirurgia, e aconselha-se atualmente que todos os pacientes submetidos a anestesia geral sejam encaminha-

dos à SR pós-anestésica, até que passe o efeito dos anestésicos ou o período crítico das primeiras horas pós-cirúrgicas.

Rhoads (1970) é de opinião que, do ponto de vista anestésico-cirúrgico, o período crítico na evolução pós-operatória de um paciente corresponde às horas que seguem a intervenção. Neste intervalo, o paciente inconsciente ou semiconsciente depende totalmente dos demais. Portanto, deve dispor-se de uma sala equipada em uma forma especial e dotado de um pessoal também especial para o cuidado destes pacientes, a SR.

O objetivo primordial da SR é sempre o paciente que queremos tratar e devolver, após ter recuperada a sua consciência integralmente, à Unidade de origem.

Segundo Feldmann (s.d.), o paciente é sempre o objetivo máximo, tudo é planejado e organizado em função dele, para que possa ser atendido de acordo com as suas necessidades individuais.

Segundo Salzano (1972), o setor de recuperação pós-anestésica tem por finalidade prestar cuidados especializados médicos e de enfermagem necessários aos pacientes que ainda estão sob o efeito da anestesia, até que eles estejam conscientes e os seus sinais vitais estejam normalizados, quando é permitida sua transferência.

Smith (1973), Civetta (1975) e Mason (1976) são de opinião que a sala de recuperação pós-anestésica seja destinada e equipada para seu pessoal prestar cuidados pós-operatórios a pacientes

após a anestesia e cirurgia. O cuidado ao paciente nesta área é contínuo até recuperar a consciência e sua função cardiopulmonar estar adequada e estável.

Lemaitre (1978) diz que o cuidado pós-operatório inicia-se no momento em que a incisão é fechada; aplica-se o curativo e o paciente é transportado para outra área no conjunto cirúrgico, a sala de recuperação.

Brooks (1978) afirma que o propósito da sala de recuperação pós-anestésica é proporcionar um local seguro, separado de outros pacientes e familiares, e onde pessoal bem qualificado ajuda os pacientes pós-anestesiados até sua recuperação.

Drain & Shipley (1981) dizem que "o objetivo básico da sala de recuperação é a avaliação crítica dos pacientes em pós-operatório, com ênfase na previsão e prevenção de complicações que resultam da anestesia ou do procedimento operatório".

Para esses autores, a SR deveria ser planejada para oportunizar a máxima segurança para o paciente na fase de pós-operatório imediato, para atender ao seu conforto, e deveria permitir observação, prevenção e tratamento de complicações, como obstrução de vias aéreas, vômitos e aspiração, hipovolemia e choque, arritmias cardíacas e paradas cardiorrespiratórias que podem ser resultantes da anestesia ou do procedimento operatório.

A SR, segundo os mesmos autores, deveria estar fisicamente o mais próximo possível das salas de cirurgia permitindo pronta

reintervenção em casos de hemorragia grave.

2.2 - Registros ou anotações

Walker & Selmanoff (1964), num estudo sobre as anotações de enfermagem, afirmaram que "uma das principais funções do enfermeiro é a observação e comunicação aos outros membros da equipe de saúde das reações fisiológicas e psicológicas significativas do paciente"; constataram que as anotações não eram consideradas como das mais importantes atividades de enfermagem pelos próprios profissionais enfermeiros. Concluíram, entre outras coisas, pela pesquisa realizada, que "as anotações de enfermagem não servem como meio de comunicação efetivo entre o pessoal de enfermagem ou entre esse pessoal e os médicos, e que a incidência de registros incorretos é pouco representativa face à alta frequência das informações significativas omitidas".

Nóbrega (1980) diz que "as anotações de enfermagem são todos os registros das informações do cliente/paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros cuidados, entre eles a execução das prescrições médicas".

Lemaitre (1966) afirma que "a enfermeira deve registrar minuciosamente tudo o que ela faz para o paciente, bem como todas as drogas que ela administra, e deveria fazer notas de enfermagem adequadas descrevendo o progresso de seu paciente".

Awon-Khan (1962) é de opinião que os registros de enfermagem sobre observações, resultados de testes, rotinas e o progresso feito no decorrer do tratamento prescrito devem ser feitos, pelo menos, de quatro em quatro horas.

Price (1966) salienta que "nunca se insistirá bastante na importância de anotar de forma precisa os medicamentos e tratamentos, as mudanças de estado geral do paciente e os cuidados de enfermagem prestados".

Brigh (1967) procurou equacionar o problema das anotações no Saint Mary's Hospital (Rochester, USA), de uma forma mais simples, colocando os prontuários mais próximos ao paciente, a fim de facilitar o ato da anotação e diminuir possibilidade de erro de registro de medicamentos e tratamentos e economizar tempo.

Mac Nabb (1971) aconselha que a anotação de enfermagem seja feita de maneira a contribuir com informações para a equipe de saúde; que seja feita a tempo e corretamente, trazendo a identificação. Afirma que "o que não está escrito não aconteceu".

"A experiência nos mostra que, quase sempre, as anotações de enfermagem nos prontuários médicos são rudimentares e estão longe de seu objetivo, que é ser o instrumento valioso para assegurar a continuidade da assistência prestada ao paciente" (Jouclas, 1977).

Vieira et alii (1971) afirmam que a enfermagem, no desenvolvimento de seu trabalho, vem anotando nos prontuários dos pa-

cientes alguns cuidados prestados e queixas observadas. Falta, todavia, uma sistematização precisa que oriente e determine um padrão do que deve ser observado e anotado.

Paim (1976) relata que o pessoal de enfermagem se limita a anotar no prontuário do paciente os cuidados que se referem à prescrição médica, enquanto que as anotações dos cuidados de enfermagem são quase que ausentes.

Ribeiro (1972) afirma que "teoricamente todos os enfermeiros concordam com o valor do prontuário e a necessidade das anotações de enfermagem".

Tavares (1974) propõe a implantação de uma ficha para registro dos cuidados prestados a pacientes de alto risco, visando atender a necessidade premente de atenção imediata e contínua, assinalando, em seu primeiro momento, a situação ou qualquer grau de modificação do estado do paciente, preservando-lhe sempre as melhores possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Segundo o mesmo autor, foi elaborada uma ficha de fluxo contínuo, que pela sua própria razão de ser permanecerá ao pé do leito do paciente, para rapidamente, em poucos segundos e sem nenhuma burocracia, serem feitos todos os registros com o mínimo de trabalho e um máximo de eficiência. "Esta distribuição obriga também a concentrar atividade cada vez maior sobre o doente, eliminando justificativas e razões para se afastar dele".

Posso (1975) afirma que "as observações das condições dos pacientes pelo pessoal de enfermagem, durante sua permanência na

sala de recuperação pós-anestésica, e a solicitação de transferência dos mesmos são de suma importância. É necessário que sejam desenvolvidos roteiros, tabelas ou escalas que simplifiquem o controle e principalmente a avaliação contínua das condições físicas dos pacientes, numa sala de cuidados intensivos como é a de recuperação pós-anestésica. O ideal para uma sala de recuperação pós-anestésica é que os pacientes lá permaneçam apenas o necessário e suficiente para que possam ser encaminhados à sua Unidade de origem".

Fay (1976) preconiza o uso de uma ficha com informações das condições pré-operatórias do paciente, para servir de base ao plano de cuidados durante o período de pós-operatório imediato.

Figueroa, Carignan, Aldrete & Kroulik e Bezttly & Kroulik, citados por Posso (1975) e Lemaitre (1966), afirmam que o enfermeiro deve estar preparado em qualquer momento para informar a equipe acerca do estado do paciente. Deve ter um resumo o mais atual possível e ser capaz de comunicar essas informações de maneira clara, resumida e na ordem em que os fatos ocorreram. Seus informes serão objetivos e se basearão na observação cuidadosa, medidas aferidas e cuidados executados.

Daniel (1977) diz que não importa quão simplificado seja o plano de cuidados de enfermagem, o importante é que este conduza ao atendimento das necessidades específicas dos indivíduos entregues à responsabilidade do enfermeiro. E só é possível conhecer e atender as necessidades específicas dos indivíduos se o enfermeiro estiver ao lado dos que precisam de assistência.

Segundo Angerami (1976), "o valor das anotações de enfermagem já foi definido em vários estudos e pode ser resumido em quatro itens: 1) na evolução do cuidado e do tratamento do paciente; 2) como fonte de investigação; 3) na educação de médicos, enfermeiros e outros profissionais; 4) como documento legal.

Duarte (1976) diz que a anotação dos cuidados de enfermagem indica a prestação desses e a reação do paciente aos mesmos; segundo a observação da enfermagem, fica configurada sua condição e do meio de que dispomos para controlar e avaliar a assistência prestada.

Kurgant (1976) afirma que "o registro de enfermagem, como fonte de informações, é por alguns criticados, sob a alegação de que são avaliados os registros e não os cuidados de enfermagem. Entretanto, pode-se considerar óbvio que há correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Os cuidados de enfermagem podem ser avaliados através dos registros, logo, a avaliação dos registros reflete a qualidade de enfermagem".

Caldas (1976) enfatiza que "o atual estágio de desenvolvimento da enfermagem torna imperioso o registro, uma vez que a solução dos seus problemas e dos problemas sanitários vem sendo baseada em pesquisas científicas; a implantação de auditorias, como forma de garantir a eficácia da assistência, reclama registros precisos, concisos e acurados".

Wiggins & Carter, citados por Castellanos (1978), dizem que "a enfermagem deve assumir a responsabilidade de documentar e

avaliar os serviços que ela presta".

Brooks (1978) é de opinião que "o informe deve conter o nome do paciente, tipo de anestesia, tipo de cirurgia realizada, sinais vitais, medicamentos e soluções intravenosas administradas. O enfermeiro da sala de recuperação deve avaliar o paciente e anotar suas observações. Esta avaliação se faz de forma contínua cada 15 minutos, ou mais frequentemente, segundo o estado do paciente". Segundo o mesmo autor, "o enfermeiro da SR deve informar e registrar todas as observações. Suas informações devem ser legíveis, limpas e concisas".

Drain & Shipley (1981) dizem que "após a primeira avaliação o enfermeiro deverá registrar o estado geral do paciente, indicando os cuidados de enfermagem necessários".

2.3 - Cuidados de enfermagem prestados ao paciente na SR

Para Horta (1979), "assistir, em enfermagem, é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientá-lo ou ensiná-lo, supervisioná-lo e encaminhá-lo a outros profissionais". Nossa responsabilidade na ajuda ao paciente a fazer tudo o que ele próprio não pode fazer é de extrema importância, sobretudo para o paciente anestesiado que não pode ter sensações, nem exprimir dor ou desconforto que não suportaria se estivesse consciente.

A preocupação inicial de enfermagem, ao receber um paciente na SR, deve ser, segundo Drain & Shipley (1981), "uma avaliação rápida do sistema cardiorrespiratório que mantém a vida. A via aérea deve estar permeável e os movimentos respiratórios livres e fáceis".

A observação das características da respiração visa a prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias e a prevenção de paradas respiratórias, por acúmulo de secreções (que exigem aspiração imediata) ou a presença de anestésicos residuais.

Smith (1973) e Brunner (1977) preconizam, como primeira atividade da enfermagem na SR ao receber um paciente, "verificar se está ocorrendo uma ventilação pulmonar adequada, com adequada oxigenação".

O paciente ao chegar a SR poderá estar consciente, semiconsciente ou inconsciente.

Sendo "consciente, quando responde a perguntas; semiconsciente, quando abre os olhos ou esboça alguma resposta quando chamado pelo nome; inconsciente, quando não responde a qualquer estímulo externo" (Posso, 1975).

O nível de consciência pode determinar que grau de vigilância será necessário. O paciente inconsciente dependerá totalmente da equipe, não tendo condições de referir dor ou desconforto, devendo, pois, ser observado principalmente quanto à obstrução das vias aéreas superiores. O paciente semiconsciente ne-

cessitará de mais vigilância quanto a possíveis acidentes, como: retirada de drenos ou sondas, retirada de soro, tentativa de saída do leito por confusão mental. É necessário que o pessoal de enfermagem tranquilize o paciente para que ultrapasse esta fase e possa aceitar e colaborar no seu restabelecimento.

O paciente consciente tem condições de manifestar seu desconforto como: dor na incisão, náuseas, necessidade de urinar, facilitando seu atendimento, e o pessoal de enfermagem deverá conversar com ele e solicitar sua colaboração nos cuidados.

Segundo Lemaitre (1978), "o paciente semiconsciente poderá muitas vezes agitar-se mostrando-se inquieto, e cita como outras causas prováveis: dor, apósitos muito apertados, anoxia cerebral, retenção urinária, ansiedade, distensão intestinal ou gástrica".

A reorientação, segundo Drain & Shipley (1981), "ocorre em ordem contrária à anestesia: o paciente fica orientado primeiro para pessoas, depois para o lugar e a seguir para a hora".

Brooks (1978), Lemaitre (1978) e Drain & Shipley (1981) recomendam que "o pessoal de enfermagem, ao admitir o paciente na SR, deve verificar o curativo no que tange à presença de sangramento visível". O curativo poderá ser simples ou compressivo e estará limpo ou apresentar-se-á com sangue ou secreções.

Um sangramento aumentado poderá ser detectado indicando pronta reintervenção ou apenas compressão do local operado.

Os mesmos autores afirmam que "o paciente deve ser avaliado quanto à presença de drenos e sondas ao chegar na SR". Os drenos e sondas mais encontrados são: drenos de Pen-rose, dreno de tórax, sonda nasogástrica e sonda vesical.

A observação da presença e das condições de drenos e sondas no paciente no momento da admissão, é necessário para verificar se não houve deslocamento dos mesmos durante o transporte e se há necessidade de colocá-los em aspiração imediata, drenagem simples ou proceder alguma irrigação.

Nos pacientes com dreno de Pen-rose deverá verificar-se se o mesmo se acha fixado com alfinete de segurança ou sutura, e serão colocados apósitos de gaze sobre o mesmo para maior absorção dos líquidos drenados.

Eliason (1958), Brunner (1977), Lemaitre (1978) e Brooks (1978) salientam que, "em geral, a melhor posição para o paciente no seu período pós-operatório é o decúbito lateral, com um travesseiro nas costas para dar-lhe apoio, os joelhos ligeiramente flexionados e a cabeça voltada para o lado com o queixo em extensão". Esta posição diminui o risco de aspiração de secreções e vômitos para o pulmão, porque qualquer muco que se encontre na boca sairá para o exterior. A menos que esteja contra-indicado, o paciente deve ser colocado em decúbito lateral até que os reflexos de deglutição estejam presentes.

O enfermeiro deverá avaliar as condições do paciente e recomendar a melhor posição no leito. Se não houver nenhuma parti-

cularidade, indicará a posição livre.

Deve-se também observar a cor da pele do paciente que poderá ser pálida, cianótica ou corada.

Lemaitre (1978) recomenda que o pessoal de enfermagem observe e registre, entre outros cuidados, a observação da cor da pele.

A pele pálida pode ser indicadora de baixa volemia por perda sangüínea significativa não repostada no período transoperatório, acompanhando-se de taquicardia e hipotensão. Em nosso meio, a pele pálida e levemente cianótica poderá ser por vasoconstricção periférica, por frio. Os pacientes muitas vezes queixam-se de frio quando chegam à SR. Isto deve-se em parte aos efeitos anestésicos e à atmosfera fria da sala de operações. Deve-se providenciar cobertores para aquecer o paciente sem, no entanto, impedir a visão direta das linhas venosas.

A pele cianótica ou de cor azulada nos indicaria dificuldade de oxigenação por obstrução de vias aéreas ou por falta de movimentação adequada dos músculos respiratórios, provocada por efeito residual de agentes anestésicos ou por dor.

Brunner (1977) relata que os pacientes com anestesia prolongada, em geral, poderão estar completamente inconscientes ao chegarem à SR, com todos os músculos relaxados. Este relaxamento estende-se aos músculos da faringe, portanto, quando o paciente está em decúbito dorsal, a mandíbula e a língua caem para trás

obstruindo a via aérea superior, sendo os sinais desta complicação a respiração ruidosa e irregular, e a presença de uma coloração azulada na pele e mucosas: a cianose. A pele corada seria a desejada indicando o paciente bem oxigenado, aquecido e com volume adequada.

Segundo Adriani (1966), a anestesia das extremidades inferiores e do abdômen, com perda da sensibilidade e motilidade, pode ser induzida pela introdução de drogas anestésicas (procaína e tetracaína) no espaço subaracnóideo ou no canal medular no espaço ao redor da duramáter. Após a administração da droga, pode haver severa hipotensão pela paralisia dos nervos vasomotores.

Brunner (1977) e Drain & Shipley (1981) salientam que "o pessoal de enfermagem deve estar atento à possível hipotensão, e deverá verificar quando retornam a sensibilidade e a motilidade dos membros inferiores, sinal de que o paciente não está mais sob a ação das drogas administradas".

Os curativos sobre as incisões cirúrgicas deverão ser observadas frequentemente no que tange à presença de sangramentos.

Oguisso (1974) relata casos de óbitos em pós-operatório tendo como causa "hemorragia por falta de vigilância".

Salzano (1972) e Mason (1976) dizem que, entre outras observações feitas pela enfermagem na SR, o curativo cirúrgico deve ser observado frequentemente.

O paciente em recuperação pós-anestésica recebe soro ou sangue através de uma veia puncionada. Com a movimentação do paciente da sala de cirurgia para a SR, e muitas vezes por movimentos involuntários do paciente, a agulha ou cateter sai da luz do vaso, e extravasa para o tecido celular subcutâneo o líquido infundido, ocasionando dor e desconforto para o paciente.

O pessoal de enfermagem deve verificar frequentemente o local da punção e certificar-se de que a infusão está sendo de fato endovenosa. A certeza de uma veia puncionada tranquiliza, pois, sobrevivendo alguma complicação grave, como choque ou parada respiratória, dispõe-se de uma via segura para a aplicação de medicamentos.

Lemaitre (1978) e Drain & Shipley (1981) preconizam, entre outros cuidados, a inspeção do local em que se inseriu a agulha ou o cateter intravenoso para infusão, verificando se estão na veia e se não ocorreu nenhum extravasamento. Aconselham também que se observe a presença de acotovelamentos ou desconexão do equipo e se certifique de que a velocidade da infusão é correta.

O paciente após a cirurgia deve permanecer recebendo soluções por via parenteral, e o gotejamento prescrito deve ser observado. Um gotejamento acima do necessário para o paciente poderá causar sobrecarga circulatória e um gotejamento lento poderá não satisfazer as necessidades de hidratação do mesmo. O paciente ao movimentar-se pode tracionar a linha do equipo infusor desregulando o número de gotas ajustadas.

Salzano (1972) comentando os cuidados de enfermagem que deveriam ser executados na SR, entre outros, afirma que "periodicamente deve ser verificado se sangue e soluções estão correndo bem e em velocidade desejada".

Freqüentemente, o paciente queixa-se de dor nas primeiras horas pós-operatórias, e cabe à enfermagem caracterizar a dor e procurar aliviá-la, seja com mudança de decúbito, massagens ou analgésicos.

Segundo Fuerst (1977) e Lemaitre (1978), quando o paciente queixa-se de dor, deve-se observar sua localização; se é na incisão cirúrgica ou em outra área, se é intermitente ou constante, se é aguda ou em cólica. A dor é um fenômeno complexo e um sintoma difícil de se avaliar. Assim como a dor é uma experiência individual, seu controle também deve ser individualizado. O medo e a ansiedade podem contribuir de maneira significativa para a dor pós-operatória, ao provocarem contrações musculares rígidas na tentativa de imobilizar o local operado. A dor, neste período, deve-se à incisão, ao afastamento e à sutura que ocorreram durante a operação, mas poderá haver dor devido a outras causas, como à angina pectoris, causas estas que necessitam ser avaliadas e imediatamente tratadas. Tensão arterial elevada, pulso e respiração rápidos, palidez, tensão muscular, sudorese e náuseas são indicadores físicos de dor. Após uma avaliação adequada, o pessoal de enfermagem deve aplicar o analgésico prescrito.

É freqüente o aparecimento de náuseas e vômitos no período pós-operatório.

Segundo Brunner (1977) e Drain & Shipley (1981), a náusea e o vômito poderiam ocorrer como uma tentativa de retirar do estômago o muco e a saliva engolidos durante a anestesia. Referem-se também ao centro do vômito que se acha localizado no bulbo, próximo ao núcleo dorsal do nervo vago, que pode ser excitado por impulsos reflexos surgindo na faringe, estômago e outras porções intestinais. O centro do vômito pode ser excitado por impulsos recebidos a partir de centros cerebrais, pois alguns agentes anestésicos e narcóticos sensibilizam o aparelho vestibular, o órgão do equilíbrio.

Quando o paciente queixar-se de náuseas, deverá ser-lhe solicitado que respire fundo e tussa; é importante que o mesmo não fique só, pois poderá vomitar e aspirar o conteúdo gástrico para o pulmão. Se a náusea persistir, deverá ser administrado um antiemético.

Quando o paciente retorna à consciência na SR, já se podem iniciar os exercícios de tosse e respiração profunda, que têm por finalidade expandir completamente os pulmões, e eliminar secreções tráqueo-brônquicas retidas durante o período de anestesia.

Deve-se instruir o paciente para tossir de maneira a eliminar as secreções. A imobilização das incisões e a analgesia facilitam a tosse.

Segundo Watson (1975), o paciente deve mudar de decúbito a cada hora, o que lhe dará sensação de conforto e melhorará a expansão pulmonar prevenindo atelectasias. No caso de o paciente

apresentar dor e receber um analgésico, este aumentará sua eficácia se o paciente for mudado de decúbito e receber uma massagem nas costas, deixando-o em posição confortável.

Os exercícios com os membros inferiores recomendam-se para prevenir a formação de trombos, que provocam flebotrombose e que, ao se deslocarem, podem provocar embolias pulmonares.

O paciente deve ser estimulado a movimentar seus membros inferiores, com flexão e extensão das pernas e dos pés. Estes movimentos facilitam o retorno venoso.

Brunner (1977) e Drain & Shipley (1981) aconselham que, quando o paciente recuperar a consciência, deve-se fazer-lhe uma boa higiene oral.

A higiene oral é uma medida de conforto para o paciente que não ingeriu nada pela boca e, muitas vezes, recebeu medicações pré-operatórias para diminuir as secreções. O paciente pode fazer bochechos com água depois que estiver totalmente consciente e seus reflexos laríngeos houverem retornado.

Segundo Brunner (1977) o curativo é aplicado para absorver drenagens; para imobilizar um ferimento; para proteger o ferimento de ações mecânicas; para promover hemostasia; como compressão; para impedir contaminação; para promover conforto mental e físico ao paciente.

Sempre que os curativos estiverem molhados de sangue ou

secreções deverão ser trocados.

O mesmo autor refere que, com certa frequência, a dificuldade respiratória é produzida por secreção excessiva de muco na via aérea superior. O muco ou vômito que esteja obstruindo a faringe ou a traquéia deve ser aspirado.

Drain & Shipley (1981) dizem que as secreções das vias aéreas devem ser aspiradas, caso não se consiga uma tosse eficaz. "Aspirar a boca e o nariz é simples e seguro, e usa-se para ajudar o paciente a eliminar as secreções antes de recuperar a consciência. O cateter usado deve ser macio e maleável."

Segundo os mesmos autores, "o objetivo da oxigenoterapia é o uso ótimo da capacidade do sangue arterial de transportar oxigênio".

A administração de oxigênio ao paciente na SR é feita através de cateter nasal, que é introduzido em uma das narinas até que a extremidade fique posicionada na orofaringe; usa-se um fluxo de 3 litros por minuto, sendo umidificado.

As sondas nasogástricas serão aspiradas visando retirar o conteúdo gástrico sempre que o paciente queixar-se de náuseas.

A anestesia e a manipulação de vísceras no transoperatório poderão diminuir ou abolir o peristaltismo nas primeiras 48 horas pós-cirúrgicas. A remoção de líquido e ar do estômago previne o vômito, diminui a tensão nas suturas abdominais e aumenta a vas-

cularização, melhorando a nutrição e auxiliando a cicatrização.

As demais sondas serão aspiradas manualmente ou através de aspirador mecânico, sempre que houver prescrição médica solicitando esta medida.

Os analgésicos mais utilizados em nosso meio para sedação da dor no pós-operatório imediato são a meperidina e o dextro-propoxifeno.

Miller (1979) diz que a "meperidina é o analgésico entorpecente mais utilizado na atualidade". Na dose de 100 mg exerce atividade analgésica equivalente a 12 mg de morfina. Mostra-se ligeiramente menos sedante do que esta, mas provoca euforia e pode induzir à toxicomania.

O mesmo autor diz que o "dextro-propoxifeno mostra-se útil no alívio de dores leves ou moderadas, podendo ser associado a outros analgésicos".

Segundo Huguenard (1967), a meperidina não causa, em doses terapêuticas, qualquer efeito significativo sobre o sistema cardiovascular, causando, no entanto, diminuição da frequência respiratória, que retorna ao normal em 15 minutos após a injeção intravenosa.

A via de administração de analgésico no período pós-operatório imediato, de preferência, é a via endovenosa, por apresentar alívio quase imediato da dor. Utiliza-se para a aplicação

do medicamento a veia puncionada por onde está se administrando soro.

Náuseas e vômitos ocorrem com freqüência no período pós-operatório imediato. O pessoal de enfermagem, além de tranquilizar o paciente, incentivar exercícios de tosse e respiração profunda, deve aplicar medicação antiemética prescrita. A metoclopramida é o medicamento mais usado em nosso meio para aliviar náuseas e vômitos, e a via endovenosa é a mais usada por proporcionar alívio imediato.

Miller (1979) diz que "a metoclopramida é um derivado da clorobenzina capaz de aliviar perturbações funcionais do trato digestivo superior (náuseas, vômitos e sensação de plenitude gástrica), condicionadas por fatores nervosos, intoxicações endógenas e exógenas, intolerância medicamentosa ou afecção localizada no setor gastroduodenal ou suas proximidades".

Conforme as necessidades individuais dos pacientes em pós-operatório imediato, o médico prescreverá outros medicamentos tais como antibióticos, anti-inflamatórios, cardiotônicos, e outros, que deverão ser administrados pelo pessoal de enfermagem, que escolherá o melhor local para aplicação.

Lemaitre (1978) diz que "deverão ser observados e anotados a qualidade e o tipo de líquido que o paciente recebe via endovenosa na SR".

Segundo Drain & Shipley (1981), "os desequilíbrios ocorrem

rapidamente no paciente em pós-operatório devido a inúmeros fatores, incluindo a restrição de alimento e líquidos no pré-operatório, perda de líquido durante a cirurgia e stress".

Os pacientes ao chegarem na SR, estão recebendo líquidos endovenosos, devendo estas soluções ser medidas e controlado o seu gotejamento. Todas as soluções infundidas no paciente, como soro, sangue ou derivados deverão ser medidas e registradas, assim como todas as perdas como urina, vômitos e secreções. Este cálculo permitirá visualizar o que o paciente perdeu e o que recebeu facilitando as reposições.

Lemaitre (1966) afirma que, entre vários cuidados de enfermagem, deve-se observar, medir e anotar a quantidade e tipo de drenagem dos curativos, quantidade e tipo de líquidos intravenosos e quantidade de urina excretada.

A administração de sangue, plasma ou papa de glóbulos é feita com frequência nos pacientes em pós-operatório imediato, visando reparar as perdas transoperatórias, prevenindo o choque hipovolêmico.

O sangue e seus derivados deverão ser administrados por agulha ou cateter de grande calibre, e o equipo de transfusão deverá ter filtro para retenção de coágulos.

O paciente chega à SR com a pulseira de identificação, trazendo o nome completo, número de registro e número do quarto.

Haven (1975) preconiza que o paciente deve ser chamado pelo nome em tom de voz alto e claro, deve ser informado de que sua cirurgia já terminou e que se encontra na sala de recuperação.

Chamando o paciente pelo seu nome há uma demonstração de respeito pela sua individualidade. Quando o paciente estiver consciente, todos os procedimentos executados devem ser explicados de forma simples.

Para Martinez (1971), todo procedimento cirúrgico gera ansiedade porque representa um perigo que ameaça a integridade do indivíduo.

Segundo Bird (1975), mesmo procedimentos muito simples podem se tornar confusos na mente do paciente. Outro elemento que aumenta as dificuldades de comunicação entre o paciente e a equipe é a própria estranheza do serviço. Nada que tenha o paciente experimentado antes o prepara adequadamente para enfrentar as atividades de um setor como este. Trata-se de um campo estranho, invadido por pessoas uniformizadas de modo estranho, que fazem coisas estranhas e fazem estranhos pedidos numa linguagem desconhecida".

O pessoal de enfermagem deve ajudar ao paciente a se familiarizar com o ambiente e deve dar-lhe uma explicação dos procedimentos que o ajudará no alívio de seus temores. O medo do desconhecido é uma das principais fontes de ansiedade para a maioria dos indivíduos. Os enfermeiros tendem a acostumar-se tanto ao meio hospitalar que esquecem que tudo é estranho e ameaçador para

o paciente (Du Gas, 1974).

A maior parte dos hospitais tem um local de espera para a família do paciente que está sendo operado. O enfermeiro, depois de receber e avaliar o paciente na SR, deve comunicar aos familiares que o mesmo se encontra na SR e as suas condições, porém nunca deverá fazer comentários sobre os achados cirúrgicos, o que não lhe compete.

Segundo Germain (1975), uma das responsabilidades da enfermagem no período pós-operatório imediato é "fornecer informações à família quanto à sua chegada à sala de recuperação".

Bird (1975) reforça que a informação aos pacientes é uma linha de comunicação que deve ser mantida.

O pessoal de enfermagem, ao receber o paciente na SR, após observar a respiração, estado de consciência, coloração da pele, curativos, drenos e sondas, providencia a verificação dos sinais vitais (SV).

Rhoads (1957 e 1970), Salzano (1972), Smith (1973), Mason (1976), Brunner (1977), Brooks (1978), Lemaitre (1978) e Drain & Shipley (1981) recomendam a verificação dos SV frequentemente nas primeiras horas de pós-operatório, visando detectar complicações cardiorrespiratórias.

Deverão ficar registrados os valores de TA (tensão arterial), P (pulso), R (respiração) e T (temperatura) do pré-opera-

tório para que se possam comparar com possíveis alterações ocorridas no pós-operatório.

Os SV serão verificados a cada 15 minutos nas primeiras duas horas e, após, a cada 30 minutos. O registro em forma gráfica permite melhor visualização das alterações.

A avaliação física do paciente, por parte da enfermagem, deverá ser um processo contínuo orientando toda a assistência. As fontes para esta avaliação seriam a observação direta do paciente, as informações do cirurgião e do anestesista, e os dados registrados no prontuário do paciente.

3 - MATERIAL E MÉTODO

3.1 - Características do hospital campo da pesquisa

O estudo foi realizado em hospital-escola de Porto Alegre que serve de campo de prática e pesquisa às áreas de medicina e enfermagem. O hospital é geral e está com 600 leitos em funcionamento, sendo 197 destinados à cirurgia. Sua clientela compõe-se de 92% de pacientes provenientes da Previdência Social e 8% de convênios, e destina 5 leitos para pacientes não-pagantes.

O hospital caracteriza-se como empresa pública, sendo um órgão da União supervisionado pelo MEC.

A filosofia da empresa é a prestação de assistência, ensino e pesquisa, sendo que professores da faculdade de medicina e escola de enfermagem exercem suas funções de ensino e assistência na instituição, procurando desenvolver um modelo docente assistencial.

A sala de recuperação (SR) do hospital, onde foi realizado o estudo, conta atualmente com 12 leitos para pacientes adultos e 5 leitos para crianças. O Bloco Cirúrgico conta com 8 salas ci-

rúrgicas, sendo realizadas, em média, 500 cirurgias mensais.

O Bloco Cirúrgico e a SR encontram-se no 12º andar do prédio do hospital. Entre as duas Unidades há livre circulação, possibilitando reintervenções sem demora.

A SR conta, por turno, com um enfermeiro, um médico-anestesiologista, quatro auxiliares de enfermagem, um atendente de enfermagem, uma secretária e uma servente.

3.2 - População e amostra

O estudo foi feito sobre fichas de registro das ações de enfermagem no pós-operatório imediato, usadas na SR. A ficha tradicional utilizada há 20 anos (Anexo 1) foi comparada a uma nova ficha com itens estruturados, que sugerem detalhadamente os diversos aspectos da assistência, como: observação, cuidados de enfermagem, medicação administrada, sinais vitais em gráfico com dados do pré-operatório e evolução (Anexo 2).

Os dados foram colhidos no primeiro semestre de 1980.

A ficha foi introduzida exclusivamente para esta pesquisa, tendo sido utilizada somente no período de adaptação da equipe e durante o período de coleta de dados, na primeira quinzena de maio de 1980. Depois de iniciada a coleta, utilizou-se a ficha até que se completassem 100 exemplares. Os dados colhidos referem-se a pacientes adultos, hospitalizados em pós-operatório imediato.

3.3 - Procedimentos

Primeiramente, foram listadas as anotações de enfermagem feitas em 50 fichas tradicionais, em uso no hospital. Foram selecionados 50 prontuários de pacientes operados, no período da segunda semana de março de 1980.

Dez (10) fichas por dia foram analisadas, sendo os dados coletados pela autora na Unidade de Internação para onde era transferido o paciente após a alta da SR. Não foram coletados os dados na SR para evitar que a nossa presença provocasse alteração no comportamento do pessoal de enfermagem, ao fazer as anotações; o pessoal não foi notificado de que haveria verificação nos prontuários e de que as ações de enfermagem registradas seriam listadas. Cada item constou uma só vez, mesmo que aparecesse mais vezes registrado na ficha de cada paciente.

Os itens listados foram agrupados em diversas categorias, como: número de prontuário, tipo de ficha, hora de entrada e saída, observação do paciente, cuidados de enfermagem, administração de medicamentos. Em cada categoria procurou-se observar que tipos de ações haviam sido anotados com maior frequência, a fim de obter os itens que seriam incluídos na ficha a ser elaborada. Os resultados (Anexo 3) serviram como base para a elaboração do instrumento de coleta de dados (Anexo 4). A consulta à bibliografia

específica, indicou a necessidade de introduzir-se itens como comunicação e evolução.

Os resultados do conteúdo das fichas tradicionais, e mais a informação bibliográfica e as normas de atendimento ao paciente na SR (Anexo 5), do hospital utilizado, fundamentaram igualmente a elaboração da nova ficha a ser utilizada neste estudo (Anexo 2).

Introduziu-se a nova ficha após treinamento da equipe de enfermagem da SR durante uma semana. A seguir, foram preenchidas 100 fichas pelo pessoal de enfermagem do setor. As instruções de preenchimento também foram dadas por escrito (Anexo 6). As fichas preenchidas na fase de treinamento não foram incluídas na pesquisa, sendo excluídos também os resultados das 50 fichas do modelo tradicional que foram utilizadas para análise das anotações de enfermagem, que levou à elaboração do instrumento para coleta de dados. Usando este instrumento, foram examinadas 100 fichas tradicionais de pacientes operados na primeira quinzena de abril de 1980 e as 100 fichas do modelo novo de pacientes operados na primeira quinzena de maio de 1980.

A coleta de dados foi realizada pela autora, utilizando o instrumento para a coleta de dados testados anteriormente. Cada item foi considerado como anotado uma vez, independente se foi anotado uma ou mais vezes na mesma ficha (resultado: Anexo 7).

O tempo de permanência do paciente nas diversas áreas onde é assistido tem sido utilizada, frequentemente, como indicador da qualidade do cuidado. A suposição de que um atendimento mais

eficiente pudesse influenciar o tempo de permanência levou-nos a observar este aspecto. Tomamos como pressuposto que, se a nova ficha incrementasse o cuidado, isto provavelmente deveria se refletir numa redução significativa do tempo de permanência. O cálculo do tempo de permanência foi feito com base na hora de entrada e de saída do paciente da SR.

3.4 - Instrumento

O instrumento básico utilizado nesta pesquisa foi o Anexo 4, destinado a receber os dados resultantes da análise do conteúdo das fichas usadas para registro das ações de enfermagem no pós-operatório imediato. Ele contém os dados que já existiam na ficha tradicional, acrescidos de espaço para anotações referentes ao número do prontuário, tipo de ficha, hora de entrada e de saída e tempo total de permanência.

O objetivo do trabalho foi verificar se haveria mudança no comportamento ao anotar ações de enfermagem na SR quando se introduzisse uma nova ficha, com itens detalhados dos cuidados de enfermagem (Anexo 2).

O processo de elaboração antecedeu a coleta de dados do presente trabalho em cerca de dois anos. Durante este período, a equipe de enfermagem da SR elaborou, experimentou e abandonou três diferentes modelos, finalmente adotando o que foi incluído no presente estudo.

Considerando a revisão da bibliografia, o resultado do estudo preliminar, e as normas gerais dos cuidados de enfermagem na SR, procuramos planejar uma nova ficha para registro, com cinco itens principais que se mostraram necessários:

- A - Admissão do paciente
- B - Observações
- C - Cuidados de enfermagem
- D - Gráfico de sinais vitais
- E - Evolução

A - Admissão do paciente:

- A.1 - Nome
- A.2 - Características da respiração
- A.3 - Estado de consciência
- A.4 - Curativo
- A.5 - Drenos
- A.6 - Sondas
- A.7 - Posição recomendada no leito

B - Observações:

- B.1 - Cor da pele
- B.2 - Retorno da sensibilidade e motilidade dos membros inferiores
- B.3 - Curativo
- B.4 - Punção venosa
- B.5 - Gotejamento das soluções endovenosas
- B.6 - Dor
- B.7 - Náuseas

B.8 - Vômitos

C - Cuidados de enfermagem:

C.1 - Incentivar exercícios de tosse e respiração profunda

C.2 - Auxiliar a mudança de decúbito

C.3 - Realizar exercícios com os membros inferiores

C.4 - Auxiliar a higiene oral

C.5 - Trocar o curativo

C.6 - Aspirar a via aérea superior

C.7 - Colocar cateter de oxigênio

C.8 - Manter sonda aberta em frasco

C.9 - Lavar a sonda

C.10 - Aspirar a sonda

C.11 - Manter drenos abertos em frasco

C.12 - Administrar analgésico

C.13 - Administrar antiemético

C.14 - Administrar outros medicamentos

C.15 - Administrar soro

C.16 - Administrar sangue

C.17 - Chamar o paciente pelo nome

C.18 - Explicar os procedimentos ao paciente

C.19 - Dar notícias do paciente aos familiares

C.20 - Controlar líquidos administrados e líquidos eliminados

3.5 - Variáveis estudadas

Procuramos evidenciar, de modo detalhado, as seguintes variáveis:

- verificar alteração no número total de anotações;
- verificar as principais mudanças na frequência da anotação, relacionando com os seguintes aspectos do trabalho de enfermagem:
 - observação do paciente
 - cuidados de enfermagem
 - administração de medicamentos
 - comunicação com o paciente e família
 - evolução.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados foram submetidos à análise estatística, com utilização de percentagens e médias simples. Foram, a seguir, representados em tabelas e gráficos.

Procurou-se verificar, em cada categoria, a frequência de anotações em cada item, e o total expresso em percentagem; a seguir, verificou-se a média de anotações por item, em cada categoria, de modo a evidenciar alterações na frequência, quando comparadas as duas fichas.

O cálculo do tempo de permanência foi feito a partir do horário de entrada e de saída do paciente, da SR.

Em relação à nova ficha, procurou-se verificar a frequência com que aparecem registradas comunicação e evolução.

O dado comunicação não pôde ser comparado por não existir na ficha tradicional.

Os resultados são apresentados a seguir.

4.1 - Observação do paciente

Tabela 1 - Anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Observação do paciente

Itens*	Ficha tradicional 1			Nova Ficha 2		
	nº	Σ nº	%	nº	Σ nº	%
1				63	63	7,93
2	95	95	22,51	83	146	10,44
3	61	156	14,45	41	187	5,16
4	24	180	5,68	29	216	3,64
5	14	194	3,31	34	250	4,27
6	23	217	5,45	15	265	1,88
7				83	348	10,44
8	67	284	15,87	66	414	8,30
8.1				58	472	7,29
9				65	537	8,17
9.1				70	607	8,85
10	21	305	4,97	18	625	2,26
11	100	405	23,69	100	725	12,57
12	17	422	4,07	70	795	8,80
Σ	422		100,00	795		100,00

*Anotações realizadas na ficha tradicional e na nova ficha nos seguintes itens: 1-Característica da respiração; 2-Observação do nível de consciência; 3-Observação de drenos e sondas; 4-Observação do suporte respiratório; 5-Observação de retorno de sensibilidade e motilidade nos membros inferiores; 6-Observação da dor; 7-Observação da coloração da pele; 8-Observação do curativo na admissão; 8.1-Observação do curativo durante a permanência na SR; 9-Observação da punção venosa; 9.1-Observação do gotejamento do soro; 10-Observação de náuseas 11-Observação dos sinais vitais; 12-Controle hídrico.

Verifica-se que, na ficha tradicional, 9 itens deram um total de 422 anotações, sendo 46,8 anotações por item. A ficha nova apresenta 795 anotações no total, em 14 itens, resultando 66,25 anotações por item, demonstrando um aumento das anotações e evidenciando que a introdução da nova ficha melhorou o comportamento de anotar. Observa-se que há certa dispersão, de que resultou a queda da frequência de registro nos itens 2, 3, 6, 8 e 10 referentes à observação de drenos e sondas, observação da dor,

curativo na admissão e observação de náuseas e vômitos. Houve aumento no comportamento de anotar os itens restantes e parece ter-se fixado o comportamento de anotar os itens novos.

Observação, no sentido do termo, é tomar conhecimento, por uma conduta apropriada, inspecionar ou tomar nota; ver ou sentir através de atenção dirigida, cuidadosa e analítica. Nightingale (1859) já dizia, em *Notes of nursing*, que era essencial que os fatos observados pela enfermeira fossem relatados de forma precisa e correta.

Walter & Selmanoff (1964) dizem que "a enfermagem no desenvolvimento de seu trabalho, vem anotando nos prontuários alguns cuidados prestados e queixas observadas". Falta, todavia, uma sistematização precisa que oriente e determine um padrão do que deve ser observado e anotado em cada situação.

Acreditamos que, com a introdução da nova ficha, houve uma sistematização das ações esperadas do pessoal de enfermagem, aumentando sua anotação.

Houve aumento considerável de anotações nesta categoria quando foi usada a nova ficha.

Isto pode ser melhor visualizado pela observação do gráfico setorial e do gráfico de barras.

Gráfico 1 - Representação gráfica dos itens das anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Observação do paciente

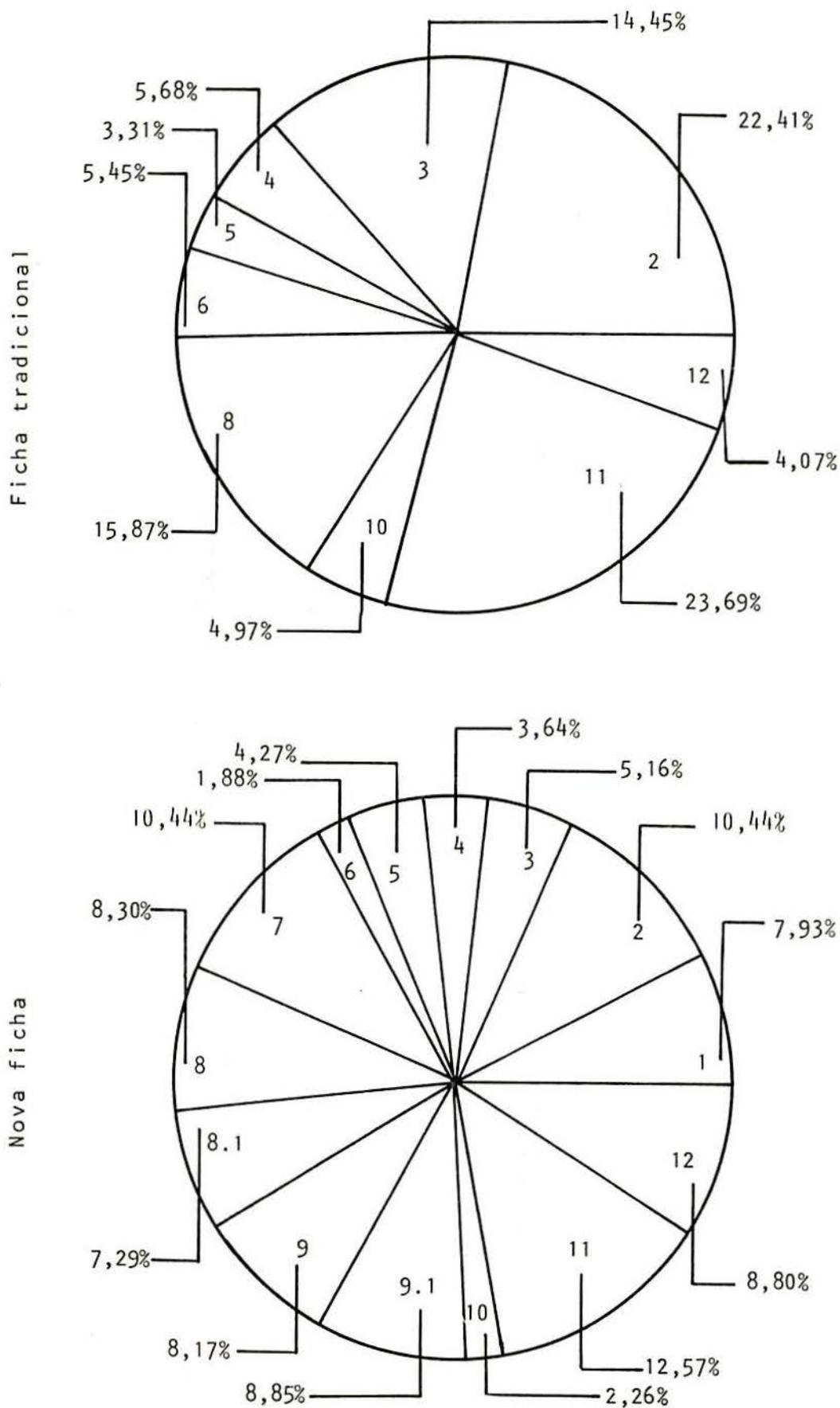
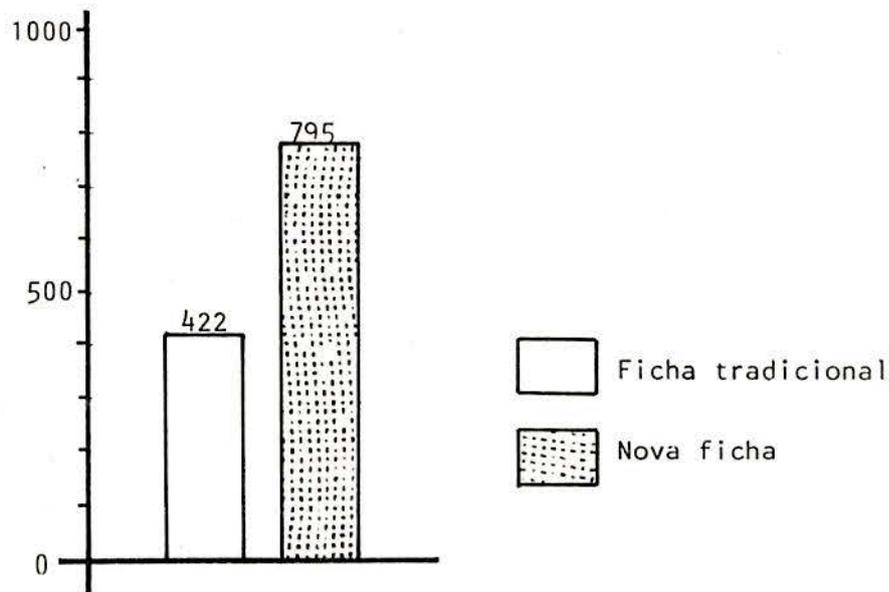


Gráfico 2 - Representação gráfica do total das anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Observação do paciente



4.2 - Cuidados de enfermagem

Tabela 2 - Anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Cuidados de enfermagem

Itens*	Ficha tradicional 1			Nova ficha 2		
	nº	Σ nº	%	nº	Σ nº	%
1	30	30	12,83	46	46	12,46
2	80	110	34,18	99	145	26,82
3	67	177	28,63	72	217	19,52
4	15	192	6,42	11	228	2,98
5	42	234	17,94	41	269	11,12
6				100	369	27,10
Σ	234		100,00	369		100,00

*Itens anotados: 1-Exercício de tosse e respiração profunda; 2-Mudança de decúbito e exercícios com os membros inferiores; 3-Higiene oral; 4-Troca de curativo; 5-Cuidados com sondas e drenos; 6-Manutenção da posição recomendada no leito.

Observa-se que na ficha tradicional o número total de anotações é de 234 em 5 itens, dando uma média de 46,8 por item. Na nova ficha, constatamos 369 anotações, resultando uma média de 61,5 registros por item, o que demonstra que aumentou realmente o comportamento de anotar os cuidados de enfermagem, apesar da diminuição do tempo de permanência do paciente na SR. Note-se que houve diminuição no número de registro apenas em relação aos itens 4 e 5, que são ações que podem ter sido dispensáveis numa permanência que durou em média 2,30 horas.

Price (1966) afirma que "nunca se insistirá bastante na importância de anotar de forma precisa os medicamentos e tratamentos, as mudanças de estado geral do paciente, os cuidados de enfermagem prestados".

Os gráficos setorial e de barra evidenciam o aumento de anotações de enfermagem com o uso da nova ficha.

Gráfico 3 - Representação gráfica dos itens das anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Cuidados de enfermagem

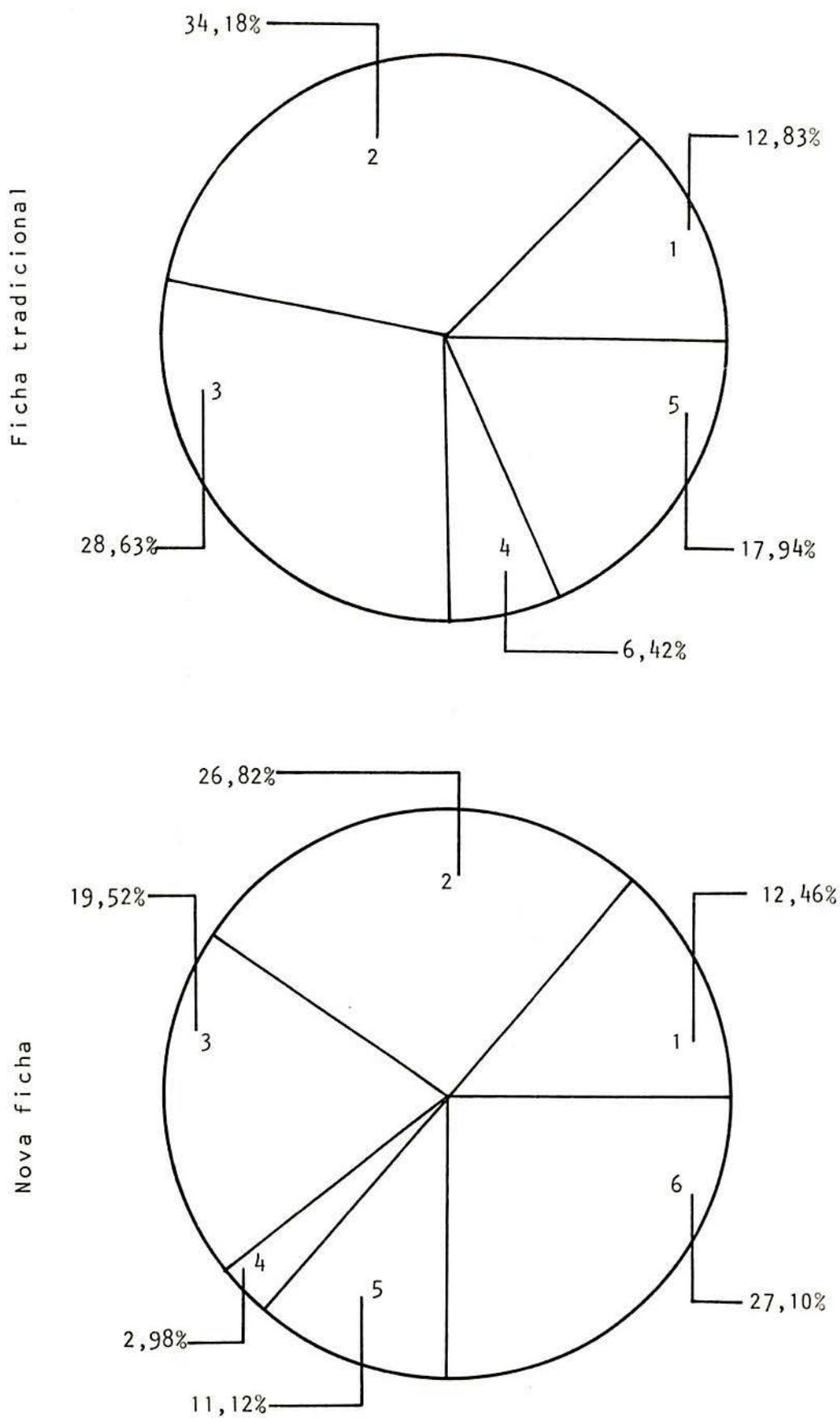
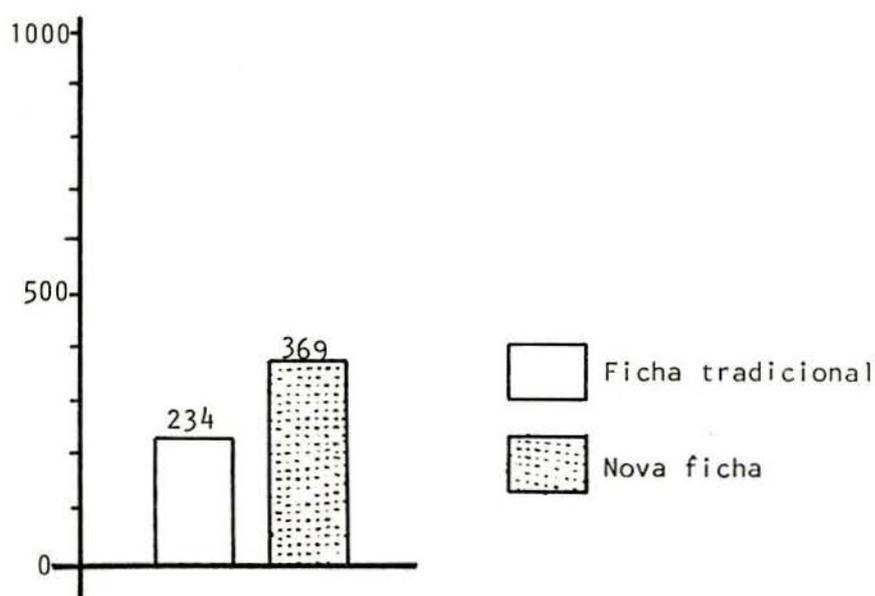


Gráfico 4 - Representação gráfica do total das anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Cuidados de enfermagem



4.3 - Administração de medicamentos

Tabela 3 - Anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Administração de medicamentos

Itens*	Ficha tradicional 1			Nova ficha 2		
	nº	Σ nº	%	nº	Σ nº	%
1	46	46	25,13	46	46	35,11
2	27	73	14,75	15	61	11,45
3	95	168	51,93	57	118	43,51
4	15	183	8,19	13	131	9,92
Σ	183		100,00	131		100,00

*Itens anotados: 1-Administração de analgésico; 2-Administração de antibiótico; 3-Administração de soro; 4-Administração de antiemético.

Verifica-se que esta é uma área da assistência onde houve uma redução acentuada no número total de registros. Na ficha tradicional temos um total de 183 anotações, resultando a média de 45,75 anotações por item; na nova ficha, temos um total de 131 anotações, dando uma média de 32,75 anotações por item. Este parece ser um aspecto que foi influenciado pela queda do tempo de permanência. Note-se a queda acentuada da administração de antibióticos, o que parece estar relacionado com o fato de, muitas vezes, a primeira dose ser feita na sala de cirurgia e a dose seguinte estar prevista para as próximas quatro horas, ou mais, após a primeira. Fato semelhante parece também ter ocorrido com a administração de soro.

Os gráficos setoriais e de barra demonstram a quantidade das anotações de enfermagem feitas nos dois modelos de fichas.

Os itens 1 (administração de analgésico) e o 4 (administração de antieméticos) permaneceram praticamente inalterados por, ser a dor e a náusea e vômito sintomas que se evidenciam nos primeiros momentos em que o paciente chega à SR.

Drain & Shipley (1981) afirmam que "a dor tem várias causas no pós-operatório e deve ser controlada com medidas de enfermagem e analgésico, para que outros procedimentos sejam efetuados com o mínimo de sofrimento pelo paciente", pois náuseas e vômitos são frequentes no pós-operatório imediato, exigindo pronta intervenção de enfermagem.

Gráfico 5 - Representação gráfica dos itens das anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Administração de medicamentos

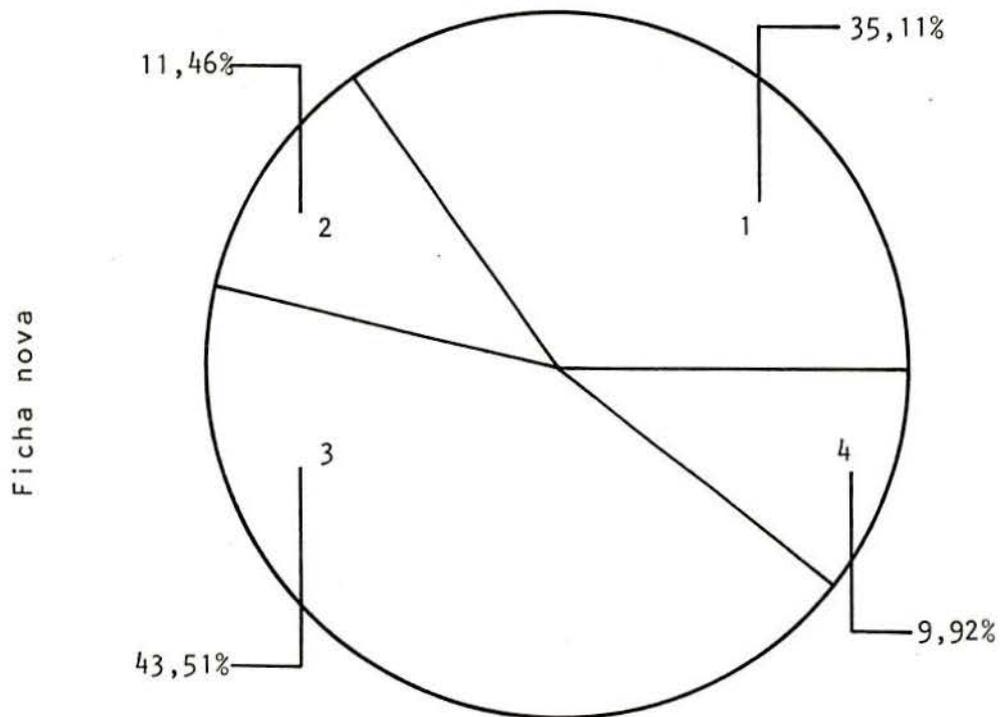
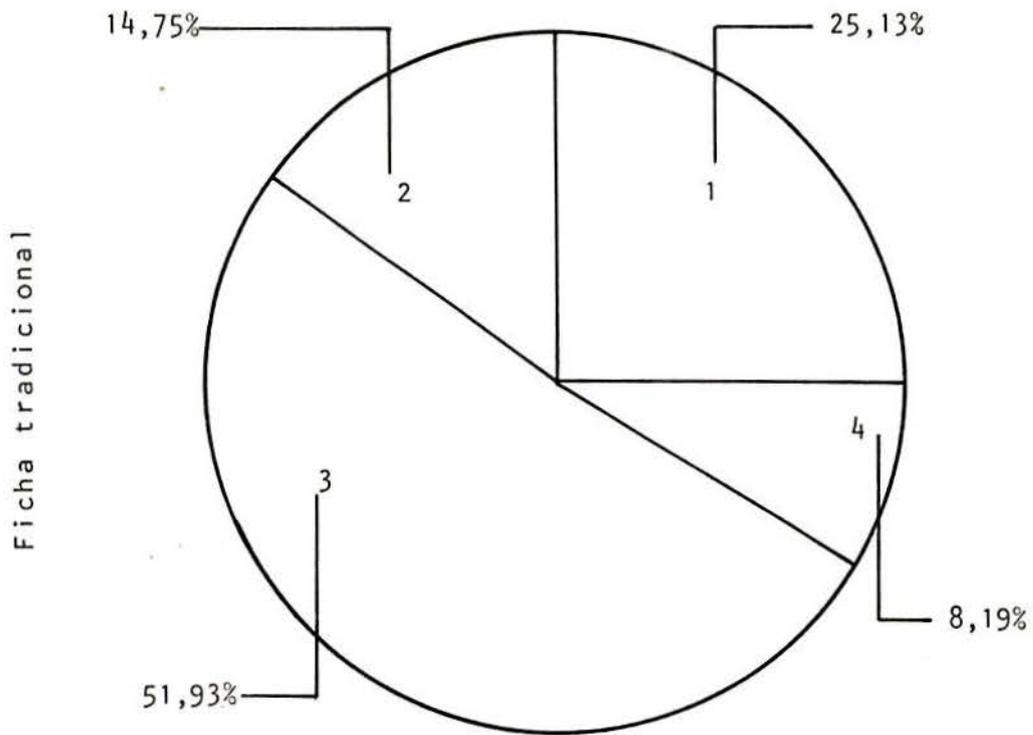


Gráfico 6 - Representação gráfica do total das anotações de enfermagem realizadas na ficha tradicional e na nova ficha - Administração de medicamentos



4.4 - Comunicação

Tabela 4 - Anotações de enfermagem realizadas na nova ficha - Comunicação

Itens*	nº	Σ nº	%
1	95	95	46,11
2	87	182	42,23
3	24	206	11,66
Σ	206		100,00

*Itens anotados: 1-Chamar o paciente pelo nome; 2-Explicar os procedimentos aos pacientes; 3-Dar notícias do paciente aos familiares.

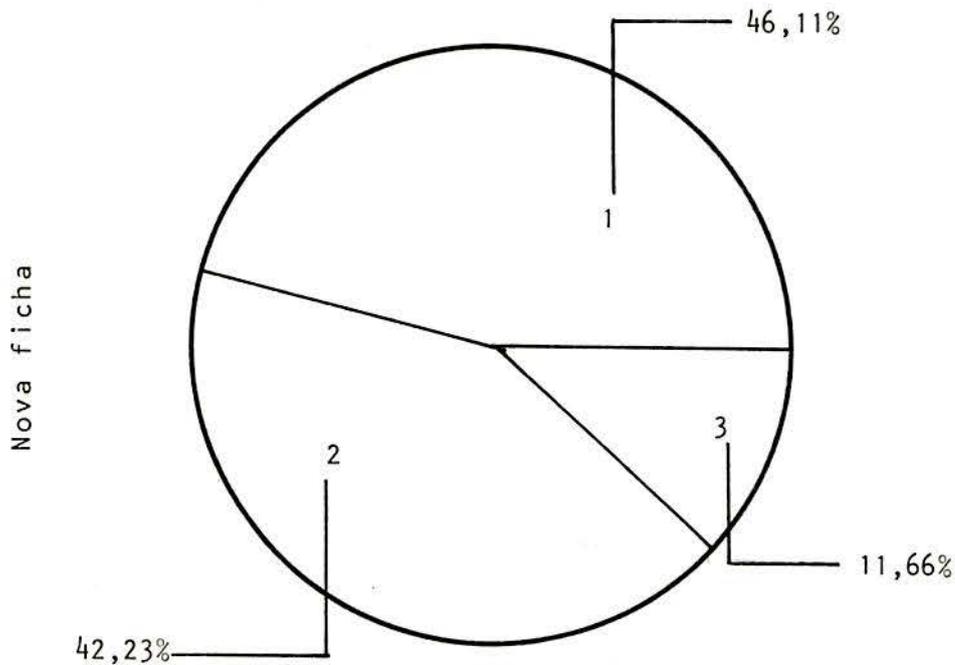
Os itens agrupados na categoria comunicação foram introduzidos na nova ficha e não constavam na ficha tradicional; foi encontrado um total de 206 anotações. Este resultado parece indicar a necessidade dos itens incluídos no novo modelo para melhorar este aspecto da assistência. Verifica-se a baixa frequência no item 3. Isto parece estar relacionado com o fato de os familiares não estarem visíveis e ao carácter de Unidade fechada, com características de área restrita, o que poderia predispor a equipe a diminuir a comunicação com os familiares; este aspecto da assistência merece ser implementado devido à sua importância.

O gráfico setorial permite visualizar a distribuição do último total de anotações em relação a cada item.

Germain (1975), entre as responsabilidades de enfermagem na SR, lembra que "deve-se fornecer informações à família quanto à chegada e ao estado do paciente".

Segundo Beland (1978), "os pacientes têm o direito de receber informações completas que sirvam de base para que possam lidar com o sistema".

Gráfico 7 - Representação gráfica dos itens das anotações de enfermagem realizadas na nova ficha - Comunicação



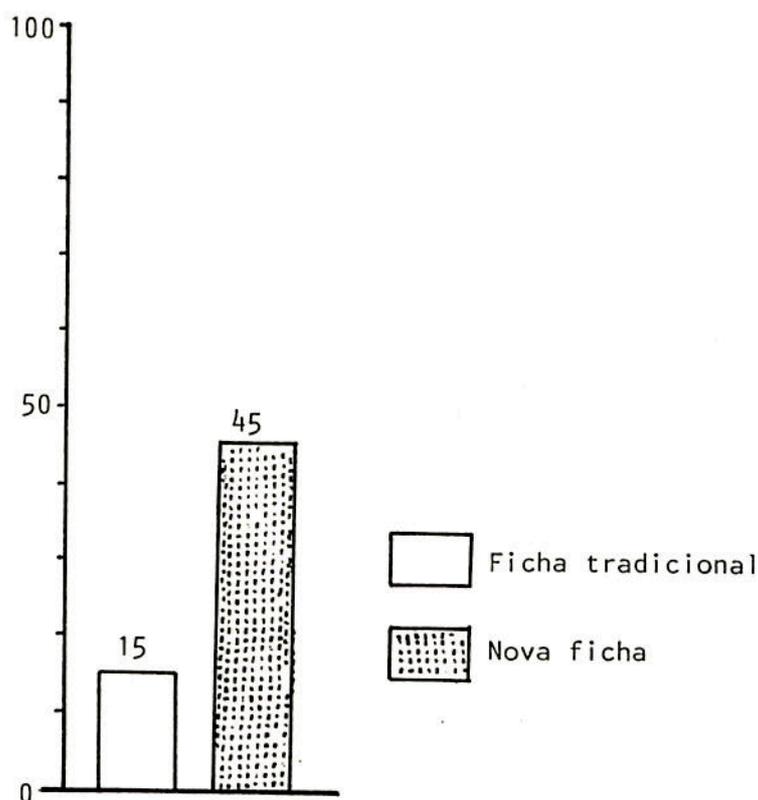
4.5 - Evolução

Verifica-se que na ficha tradicional foram feitas 15 anotações na categoria evolução e na nova ficha este número triplicou passando para 45 anotações.

Para Horta (1970), "a evolução é um relato escrito das mudanças sucessivas que ocorrem com o paciente enquanto estiver sob a assistência de enfermagem".

O gráfico 8 demonstra a necessidade de incentivar mais as evoluções de enfermagem junto ao pessoal do setor, devido ao nível ainda insatisfatório de menos de 50% dos pacientes contarem com o item evolução na nova ficha.

Gráfico 8 - Representação gráfica da evolução na ficha tradicional e na nova ficha



4.6 - Tempo de permanência do paciente na SR

Um dos resultados encontrados é que, enquanto o tempo de permanência do paciente na SR era de 4,09 horas, na nova ficha este tempo passou para 2,30 horas, havendo uma redução de 99 minutos, ou seja, uma redução de 39,75%. Este fato parece não ter influenciado decisivamente o comportamento de anotar cuidados de enfermagem e não agiu como reflexo de diminuição do número de ações.

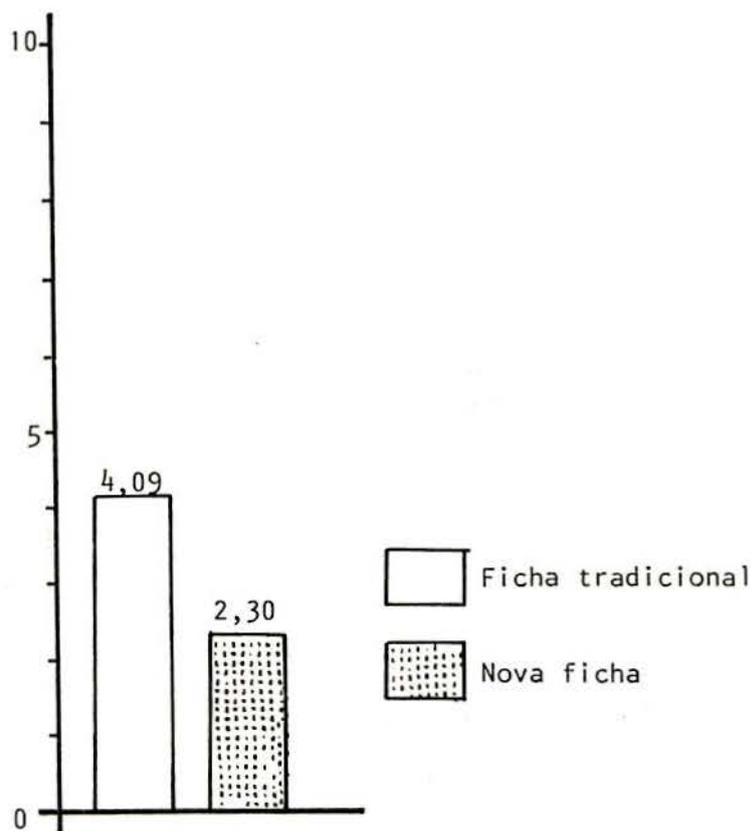
Por outro lado, a redução do tempo verificada quando foi utilizada a nova ficha, parece autorizar a presunção de que tenha melhorado a qualidade da assistência.

O fato de a utilização da nova ficha ter levado a uma

observação mais apurada, acompanhada da melhoria da comunicação com o paciente, pode ter levado a altas mais precoces da SR. Este fato nos parece positivo, uma vez que poupa aos pacientes uma permanência desnecessária em um ambiente sabidamente estressante.

Segundo Posso (1975), "o ideal é que os pacientes permaneçam apenas o tempo necessário e suficiente para que possam ser encaminhados à sua Unidade de origem", e preconiza a "necessidade de elaboração de roteiros, tabelas ou escalas que simplifiquem o controle e permitam avaliação".

Gráfico 9 - Representação gráfica do tempo de permanência do paciente na SR na ficha tradicional e na nova ficha



5 - CONCLUSÕES

O estudo comparativo entre dois tipos de fichas para registro das ações de enfermagem na SR, realizado através de 200 prontuários amostrados de um hospital de ensino, permitiu que concluíssemos o seguinte:

- O número total de anotações na ficha tradicional foi de 845 anotações (35,60%), enquanto que na nova ficha foi de 1546 anotações (64,40%).
- O tempo de permanência do paciente na SR diminuiu consideravelmente de 4,09 horas para 2,30 horas (-99 minutos), reduzindo desta forma 39,75% do tempo.
- A observação do paciente na ficha tradicional incluiu 422 anotações (34,68%), enquanto que na nova ficha foi de 795 anotações (65,32%).
- Os cuidados de enfermagem foram registrados na ficha tradicional 234 vezes (38,80%) e na nova ficha 369 (61,20%).
- A administração de medicamentos foi registrada na ficha tradi-

cional 183 vezes (58,28%) e na nova ficha 131 vezes (41,72%).

- O item comunicação incluído na nova ficha foi anotado 206 vezes.
- A evolução do paciente foi anotada na ficha tradicional 15 vezes (25%) e na nova ficha 45 vezes (75%).

A nova ficha demonstrou ser mais eficaz do que a tradicional.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ADRIANI, John. *Técnicas de anestesia*. 3.ed., Barcelona, Jims, 1966. 752 p.
- 2 - AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Comitê de cuidados pré e pós-operatórios. *Assistência cirúrgica intensiva*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. 283 p.
- 3 - ANGERAMI, Emilia Luigia Saporiti et alii. Análise crítica das anotações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 29(4):28-37, out./dez. 1976.
- 4 - AWON-KHAN, Verônica. Meios de comunicação na profissão de enfermagem e entre a enfermagem e outras profissões e outros grupos ocupacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 15(1):24-36, fev. 1962.
- 5 - BELAND, Irene L. & PASSOS, Joyce Y. *Enfermagem clínica: aspectos fisiológicos e psicossociais*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1978. v.1.
- 6 - BIRD, Brian. *Conversando com o paciente*. São Paulo, Manole, 1975. 312 p.
- 7 - BOOKS, Shirley M. *Enfermeria de Quirófano*. México, Interamericana, 1978. 157 p.
- 8 - BRIGH, M. They place charts where the action is near each patient. *Modern Hospital*, Chicago, 108(1):56, Jan. 1967.
- 9 - BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDDARTH Doris Smith. O paciente submetido a cirurgia e seu reestabelecimento. In: ————. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. Cap. 10, p. 164-223.
- 10 - CALDAS, Nalva Pereira et alii. Instrumentos de registro das atividades de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 29(3):92-102, jul./set. 1976.
- 11 - CASTELLANOS, Brigitta E. Pfeiffer. Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo,

12(3):170-81, dez. 1978.

- 12 - CIVETTA, J.M. Recovery room: past, present, and future. *AORN Journal*, Denver, 21(5):806-11, Apr. 1975.
- 13 - CULLEN, David J. Recovery room complications. *AORN Journal*, Denver, 26(4):746-63, Out. 1977.
- 14 - DANIEL, Liliana Felcher. *A enfermagem planejada*. São Paulo, s.ed., 1977. 78 p.
- 15 - DAVIS, Loyal ed. *Christopher clínica cirúrgica*. 2.ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1970. 2v.
- 16 - DRAIN, Cecil B. & SHIPLEY, Susan B. *Enfermagem na sala de recuperação*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. 645 p.
- 17 - DRIPPS, Robert D. Anestesia. In: HARKINS, Henry N. et alii. *Princípios y práctica de cirurgia*. 4th.ed. México, Interamericana, 1970. Cap. 12, p. 159-75.
- 18 - DUARTE, Alaide Bittencourt et alii. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 29(3):83-9, jul./set. 1976.
- 19 - DU GAS, Beverly Witter. *Tratado de enfermagem prática de Koziar-Du Gas*. 2.ed., México, Interamericana, 1974. 437 p.
- 20 - ELIASON, Eldridge, L. et alii. *Enfermeria quirúrgica*. México, Interamericana, 1958. 639 p.
- 21 - FAY, Margaret Rozman. Nursing process in the recovery room. *AORN Journal*, Denver, 24(6):1069-75, Dec. 1976.
- 22 - FELDMANN, Maria Adjutrix. *Administração do serviço de enfermagem*. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, s.d. 147 p.
- 23 - FUERST, Elinor V. et alii. *Fundamentos de enfermagem*. 5.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. 491 p.
- 24 - HAVEN, L.C. et alii. Reducing the patients fear of the recovery room. *R.N.*, Oradell, 38(1):28-9, Jan. 1975.
- 25 - HORTA, Wanda de Aguiar. Enfermagem: Teoria das necessidades humanas básicas. *Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 5(3):133-6, maio/jun. 1979.
- 26 - HORTA, Wanda de Aguiar et alii. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 4(1-2):5-20, mar./set. 1970.
- 27 - HUGUENARD, P. & JAQUENOUD, J. *Anestesiologia fundamental*. Barcelona, Toray-Masson, 1967. 297 p.
- 28 - JOUCLAS, Vanda Maria Galvão. *Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de*

enfermagem no trans-operatório. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1977. 85 p. Diss. Mestr.

- 29 - KURCGANT, Paulina. Auditoria em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 29(3):106-24, jul./set. 1976.
- 30 - LEMAITRE, George D. & FINNEGAN, Janet A. *Enfermeria quirúrgica*. 3.ed., Mâxico, Interamericana, 1978. 432 p.
- 31 - LEMAITRE, George D. & FINNEGAN, Janet A. *The patient in surgery*. Philadelphia, Saunders, 1966. 399 p.
- 32 - McNABB, B.W. The nurse and the medical record. *Supervisor Nurse*, Chicago, 2:17-22 passim, nov. 1971.
- 33 - MARTINEZ, J.E. Enfoque psicossomático en cirurgia. In: KATZ, E. *Pre y postoperatorio normal y patológico*. Buenos Aires, Ed. Universitária, 1971. p. 921-39.
- 34 - MASON, Mildred A. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1976. 508 p.
- 35 - MILLER, Otto et alii. *Farmacologia clínica e terapêutica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979. 693 p.
- 36 - NÓBREGA, Maria do Rosário Souto. A propósito das anotações de enfermagem. *Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, 2(11):30-1, maio/jun. 1980.
- 37 - OGUISSO, Taka. *Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente*. São Paulo, 1974. 94 p. Rio de Janeiro, UFRJ, Escola de Enfermagem Ana Neri. Tese Livre Doc.
- 38 - PAIM, L. Sistema de registros de enfermagem; plano assistencial e prescrições de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 29(3):66-76, jul./set. 1976.
- 39 - POSSO, Maria Belém Salazar. A avaliação das condições dos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 9(3):9-23, dez. 1975.
- 40 - PRICE, Alice L. *Tratado de enfermeria*. 3.ed., Mâxico, Interamericana, 1966. 602 p.
- 41 - RIBEIRO, Circe de Melo. Auditoria de serviço de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 25(4):91-103, jul./set. 1972.
- 42 - ROADS, J. et alii. Operative surgical care. In: ——. *Surgery, principles and practice*. Philadelphia, Lippincott, 1957.
- 43 - SALZANO, Sonia Della Torre. *Estudo da avaliação e temperatura corpórea no paciente anestésico-cirúrgico*. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1972. 53 p. Tese Dout.

- 44 - SMITH, Dorothy W. & GERMAIN, Carol P. Hanley. The postoperative patient: nursing process. In: ———. *Care of the adult patient, medical surgical nursing*. 4th.ed., Philadelphia, Lippincott, Cap. 16, p. 231-47.
- 45 - SMITH, R. Brian et alii. In a recovery room. *American Journal of Nursing*, New York, 73(1):70-3, Jan. 1973.
- 46 - TAVARES, B.M. *Temas de tratamento intensivo e choque*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1972.
- 47 - VIEIRA, Alyde et alii. O princípio da investigação e observação sistematizada na enfermagem — Uma experiência em hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 24(5):66-8, jul./set. 1971.
- 48 - WALKER, V.H. & SEMANOFF, E.D. A study of the nature and uses of nurse's notes. *Nursing Research*, New York, 13(2):113-21, Spring 1964.
- 49 - WATSON, Jeannette E. *Enfermeria medicoquirurgica*. México, Interamericana, 1975. 667 p.
- 50 - WARNER, Carmen Germaine. *Enfermagem em emergência*. 2.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. 465 p.

7 - ANEXOS

7.1 - Anexo 1: Ficha tradicional

7.2 - Anexo 2: Nova ficha

7.3 - Anexo 3: Lista das ações de enfermagem registradas em ordem decrescente (50 fichas)

nº	Ações de enfermagem	nº de vezes registrado
01	Verificação dos sinais vitais: tensão arterial, pulso, respiração e temperatura axilar	50
02	Observação do estado da consciência	47
03	Presença de soro	38
04	Higiene oral	33
05	Aplicação de medicação analgésica	25
06	Exercícios com os membros inferiores	22
07	Mudança de decúbito	18
08	Observação do curativo	16
09	Presença de sonda vesical	15
10	Exercícios de tosse e respiração profunda	15
11	Dor	14
12	Aplicação de antibiótico	12
13	Aplicação de antiemético	9
14	Vômitos	8
15	Sonda vesical aberta em frasco	8
16	Presença de cateter de O ₂	7
17	Troca de curativo	7
18	Presença de dreno de Pen-rose	5
19	Presença de sonda nasogástrica	5
20	Náuseas	5
21	Micção espontânea	5
22	Retorno da motilidade e sensibilidade dos Msls	4
23	Higiene do meato uretral	4
24	Medidas gerais para hipertermia	3
25	Aplicação de sangue	3

nº	Ações de enfermagem	nº de vezes registrado
26	Lavagem vesical com soro fisiológico	2
27	Aspiração da sonda nasogástrica	2
28	Paciente agitado	2
29	Nebulização	2
30	Paciente com cânula orofaríngea	1
31	Dreno de tórax aberto em frasco	1
32	Verificação de glicossúria	1
33	Sondagem vesical	1

Total de itens anotados: 390

7.4 - Anexo 4: Instrumento para coleta de dados

Prontuário nº:

Hora de entrada na SR:

Hora de saída:

Tipo de ficha:

Tempo total de permanência:

I. OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	Sim	Não
Itens anotados:		
1 - Característica da respiração		
2 - Observação do nível de consciência		
3 - Observação de drenos e sondas		
4 - Observação de suporte respiratório		
5 - Observação de retorno de sensibilidade e motilidade nos membros inferiores		
6 - Observação da dor		
7 - Observação da coloração da pele		
8 - Observação do curativo na admissão		
8.1 - Observação do curativo durante a permanência na SR		
9 - Observação da punção venosa		
9.1 - Observação do gotejamento do soro		
10 - Observação de náuseas e vômitos		
11 - Observação dos sinais vitais		
12 - Controle hídrico		
II. CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Sim	Não
Itens anotados:		
13 - Exercícios de tosse e respiração profunda		
14 - Mudança de decúbito e exercícios com os membros inferiores		
15 - Higiene oral		
16 - Troca de curativo		
17 - Cuidados com sondas e drenos		
18 - Manutenção da posição recomendada no leito		
III. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	Sim	Não
Itens anotados:		
19 - Administração de analgésico		
20 - Administração de antibiótico		
21 - Administração de soro		
22 - Administração de antiemético		
IV. CATEGORIA COMUNICAÇÃO	Sim	Não
Itens anotados:		
23 - Chamar o paciente pelo nome		
24 - Explicar os procedimentos ao paciente		
25 - Dar notícias do paciente aos familiares		
V. EVOLUÇÃO		

7.5 - Anexo 5: Normas gerais de cuidados de enfermagem prestados ao paciente em pós-operatório imediato na sala de recuperação (Do hospital utilizado no estudo)

NORMAS GERAIS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS AO PACIENTE EM
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA SALA DE RECUPERAÇÃO
(Do hospital utilizado no estudo)

Ao terminar a cirurgia, a atendente circulante da sala de operação avisa pelo interfone à secretaria da SR o término da cirurgia, e solicita que seja enviada a cama para o transporte do paciente. A transferência do paciente da sala de operação para a SR é feita pela enfermeira do Bloco Cirúrgico e o médico anestesista, que fornecem verbalmente as informações sobre as condições do paciente ao terminar a cirurgia, assim como o relato de possíveis complicações transoperatórias. A enfermeira da SR recebe o paciente, faz uma avaliação de suas condições, acompanhada da auxiliar de enfermagem. Verifica respiração, nível de consciência, cor da pele (se necessário será feita aspiração das vias aéreas superiores), pulso, tensão arterial, temperatura, sensibilidade e motilidade dos membros inferiores, observa a presença de possíveis sangramentos, orienta a funcionária para conexão de possíveis drenos e sondas, determina quais os cuidados prioritários, registra na ficha da SR as condições de chegada do paciente, e elabora a prescrição de enfermagem para o período de permanência na SR conforme as necessidades individuais do paciente.

O paciente tem seus sinais vitais controlados sistematicamente, a cada quinze minutos, nas duas horas seguintes; e a cada trinta minutos, na terceira hora; faz exercícios de tosse e de respiração profunda, a cada trinta minutos; muda de decúbito a cada hora, com massagens de deslizamento nas costas e panturrilhas; higiene oral, e cada hora (bochechos); observação da inci-

são, do gotejamento do soro, do local da punção cada vez que forem verificados os sinais vitais. Se o paciente referir dor, a enfermeira verificará o tipo da dor e pesquisará sua intensidade, procurará posicionar adequadamente o paciente deixando-o confortável no leito e ordenará a aplicação do analgésico prescrito.

Se o paciente referir náuseas, será incentivado a respirar profundamente e será aplicada a medicação prescrita.

A enfermeira deve dar notícias do paciente aos familiares.

Todo líquido administrado e eliminado deve ser medido e anotado.

O paciente permanece na SR até seus sinais vitais apresentarem-se estáveis, sem sangramento, consciente e com retorno da sensibilidade e motibilidade nos membros inferiores em caso de anestesia condutiva. A enfermeira avalia as condições de alta do paciente, e solicita a presença do anestesista que assinará a alta. A Unidade de internação é notificada e o pessoal de enfermagem vem buscar o paciente.

O mesmo é transferido da cama da SR para a maca da Unidade de internação, e a enfermeira da SR mostra os dados anotados na ficha de recuperação e indica quais os cuidados prioritários.

O paciente que necessita mais tempo de observação e cuidados intensivos deverá ser transferido para o Centro de Tratamento Intensivo.

Todos os cuidados de enfermagem dispensados ao paciente são registrados em folha própria.

7.6 - Anexo 6: Instruções para preenchimento da nova ficha para registro das ações de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA NOVA FICHA PARA REGISTRO DE AÇÕES DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

A nova ficha procura reunir todos os cuidados de enfermagem prestados ao paciente na SR, facilitando seu registro. Não substitui a prescrição de enfermagem e não dispensa que a mesma seja checada.

A ficha ficará numa prancheta nos pés da cama do paciente.

A ficha consta de 5 itens:

- 1 - Admissão
- 2 - Observações
- 3 - Cuidados de enfermagem
- 4 - Gráfico de sinais vitais
- 5 - Evolução

A ficha será preenchida pelo enfermeiro da SR e por um auxiliar de enfermagem indicado pelo mesmo para prestar cuidados de enfermagem ao paciente durante sua permanência na SR.

Item 1 - **Admissão:** ao receber o paciente na SR o enfermeiro preenche os subitens: nome do paciente, hora da admissão, data, cirurgia realizada, tipo de dreno, tipo de sonda, estado de consciência, posição recomendada no leito e data. Assina seu nome e o auxiliar designado para prestar os cuidados assina logo abaixo.

- Item 2 - **Observações:** colocar o horário de recebimento do paciente e assinalar com um X as observações feitas positivas, e com um pequeno traço, observação negativa, de acordo com o horário. As observações devem ser feitas a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas e, após, a cada 30 minutos. Existem 5 linhas em branco que servem para anotação de alguma outra observação que o paciente necessite.
- Item 3 - **Cuidados de enfermagem:** serão executados conforme a prescrição de enfermagem. Será colocada a frequência, como cada hora, ou, se necessário, o tipo de solução para lavagem pela sonda, assim como qual é o tipo de sonda ou dreno que deve ficar aberto ou aspirado. Ficam 3 linhas em branco para acrescentar outros cuidados que sejam necessários e que não estejam relacionados.
- A medicação administrada será anotada neste item: o nome do medicamento, via e local de aplicação, marcando com um X a hora da aplicação. Os soros e o sangue também serão registrados desta maneira com um X, e uma linha contínua horizontal (—) enquanto o mesmo estiver gotejando.
- O paciente deve ser chamado pelo nome sempre que lhe for prestado um cuidado. Os procedimentos devem ser explicados ao paciente quando o mesmo já estiver consciente. Os familiares devem ser notificados, pelo menos uma vez, a respeito do estado do paciente. Estes procedimentos também devem ser registrados com um X na coluna correspondente ao horário.

Todos os líquidos administrados e eliminados devem ser anotados. Os soros e o sangue serão registrados ao término dos mesmos; a soma total será feita no momento da alta.

O volume urinário e as secreções drenadas devem ser medidos e anotados; a soma total será feita no momento da alta.

Item 4 - Gráfico de sinais vitais: na coluna esquerda deste item devem ser anotados: TA, pulso, temperatura e respiração no pré-operatório. Estes dados serão copiados do prontuário e registrados para comparação com os dados no pós-operatório. Os sinais vitais da SR serão registrados sob a forma de gráfico, observando o código: \sphericalangle tensão arterial, X temperatura, • pulso e O respiração, respeitando o horário determinado na parte superior da coluna. Os sinais vitais serão verificados e registrados a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas e, após, a cada 30 minutos.

Item 5 - Evolução: anotar neste item todos os fatos importantes ocorridos com o paciente durante sua permanência na SR, assim como sua reação à medicação administrada.

7.7 - Anexo 7: Resultados obtidos na comparação das duas fichas

RESULTADOS OBTIDOS NA COMPARAÇÃO DAS DUAS FICHAS

	Tradicional	Nova
I. OBSERVAÇÃO		
1 - Característica da respiração	-	63
2 - Observação do nível de consciência	95	83
3 - Observação de drenos e sondas	61	41
4 - Observação de suporte respiratório (cateter O ₂)	24	29
5 - Observação de retorno de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores	14	34
6 - Observação da dor	23	15
7 - Observação da coloração da pele	-	83
8 - Observação do curativo na admissão	67	66
8.1-Observação do curativo durante a permanência na SR	-	58
9 - Observação da punção venosa	-	65
9.1-Observação do gotejamento do soro	-	70
10 - Observação de náuseas e vômitos	21	18
11 - Observação de sinais vitais	100	100
12 - Controle hídrico	17	70
II. CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
13 - Exercícios de tosse e respiração profunda	30	46
14 - Mudança de decúbito e exercícios com os membros inferiores	80	99
15 - Higiene oral	67	72
16 - Troca de curativo	15	11
17 - Cuidados com sondas e drenos	42	41
18 - Manutenção da posição recomendada no leito	-	100
III. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
19 - Administração de analgésico	46	46
20 - Administração de antibiótico	27	15
21 - Administração de soro	95	57
22 - Administração de antiemético	15	13

Datilografia e impressão:

Studio RCR

Rua 17 de Junho, 942

Fone 24.1959 - Porto Alegre