



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

ENFERMAGEM

THAISE LOYANNE FELIX DIAS

**COMPLICAÇÕES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS EM SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

CEILÂNDIA (DF)

2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

ENFERMAGEM

THAISE LOYANNE FELIX DIAS

**COMPLICAÇÕES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS EM SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Curso de Graduação em Enfermagem como exigência para obtenção de aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II pertencente ao currículo do Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Mani Indiana Funez

CEILÂNDIA (DF)

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dias, Thaise Loyanne Felix.

Complicações anestésico-cirúrgicas em sala de recuperação pós-anestésica / Thaise Loyanne Felix Dias.– Brasília: Universidade de Brasília, 2017.

51 f.: il

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2017.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Mani Indiana Funez

1. Complicações Pós-Operatórias 2. Período de Recuperação da Anestesia 3. Enfermagem em Pós-Anestésico.

THAISE LOYANNE FELIX DIAS

**COMPLICAÇÕES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS EM SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem, Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Data de aprovação: 23 de junho de 2017.

Prof.^a Dr.^a Mani Indiana Funez

Orientador – Curso de Enfermagem – UnB – FCE

Prof.^a Dr.^a Marina Morato Stival

Prof.^a Dr.^a Michelle Zampieri Ipolito

Aos meus pais e querida irmã que, com seu apoio, me ajudaram percorrer esse caminho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por ser minha fortaleza.

Aos meus pais, por terem me mostrado a importância dos estudos e nunca me deixarem desistir dos meus sonhos mesmo com as dificuldades.

À minha irmã, por todo o carinho, incentivo e paciência durante toda essa caminhada.

À minha querida tia Rita, pelo seu exemplo de determinação.

À Prof.^a Dr.^a Mani Indiana Funez, por seu apoio e compreensão durante a orientação. Pelo seu exemplo de dedicação nos estudos, pela sua determinação como pesquisadora, pela sua paciência como professora, pela sua bondade e afeto como pessoa.

À equipe do Centro Cirúrgico do Hospital Regional de Ceilândia, em especial o gerente de enfermagem Célio, por toda a colaboração e disponibilidade para que este trabalho fosse possível.

Às professoras Michelle Zampieri e Marina Morato, pelos seus exemplos como profissionais e pessoas. E pela participação na banca examinadora deste trabalho.

Às minhas amigas Ana Cintia, Camila e Stephany pelos anos de amizade e apoio.

Às minhas amigas de faculdade: Sávia, Stéfani, Andina, Nathália, Lislaine, Priscilla e Fernanda por compartilharmos experiências, dificuldades e alegrias.

Aos pacientes cirúrgicos que mesmo vivenciando um momento de ansiedade aceitaram participar dessa pesquisa.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram a finalizar essa etapa. Obrigado!

“Tudo posso naquele que me fortalece.”

(Filipenses 4: 13)

DIAS, T. L. F. **Complicações anestésico-cirúrgicas em sala de recuperação pós-anestésica**. 2017. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

RESUMO

Sob o ponto de vista de complicações cirúrgicas, a recuperação anestésica é uma etapa crítica do período pós-operatório imediato. O objetivo deste trabalho foi identificar as complicações cirúrgicas em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Foi realizado um estudo observacional, transversal, prospectivo e exploratório. Realizado com 30 pacientes, selecionados para atender os critérios da pesquisa. A coleta de dados ocorreu durante duas semanas, sendo dividida em duas etapas: visita pré-operatória e avaliação criteriosa e sistematizada dos pacientes e de possíveis complicações na SRPA. O perfil da amostra foi de: sexo feminino (70%), média de idade de 42 anos e com fatores de risco anestésico (60%). Os principais motivos de internação foram causas externas e doenças geniturinárias. O perfil de cirurgias encontrado foi principalmente: ortopédicas (36,6%), potencialmente contaminadas (90%), tempo entre 60 e 120 minutos (43,3%), porte I (73,3%), risco cardiológico intermediário (53,3%), anestesia raquidiana (50%) e sem complicações intraoperatórias (83,3%). Do total de pacientes avaliados, 96,7% apresentou pelo menos uma complicação na SRPA. Sendo as mais prevalentes: hipotensão arterial (58,6%), hipotermia (53,3%), taquipneia (46,7%), dor (36,7%), bradipneia (33,3%), hipoxemia (21,4%), náuseas (13,3%) e dispneia (10%). Foram realizadas poucas intervenções para o manejo das complicações, sendo feito principalmente o manejo da dor (54,5%). Observa-se uma alta taxa de complicações nesta SRPA, do qual as mais frequentes são descritas na literatura. As intervenções para o manejo das complicações foram pouco realizadas nesta SRPA quando comparada a literatura.

Palavras-chave: Complicações Pós-Operatórias. Período de recuperação da anestesia. Enfermagem em Pós-Anestésico.

DIAS, T. L. F.; FUNEZ, M. I. **Anesthetic-surgical complications in a post-anesthetic recovery room.** 2017. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

ABSTRACT

From the point of view of surgical complications the anesthetic recovery is a critical stage of the immediate postoperative period. The objective of this study was to identify surgical complications in a post-anesthetic care unit (PACU) of the Regional Hospital of Ceilândia of the Distrito Federal (DF), Brazil. Observational, transversal, prospective and exploratory study. Sample of 30 patients, selected to meet the criteria of the research. The data collection took place during two weeks, being divided in two stages: preoperative visit and systematic evaluation of patients and possible complications in PACU. The profile of the sample was: female (70%), mean age 42 years and with anesthetic risk factors (60%). The main reasons for hospitalization were external causes and genitourinary diseases. The profile of surgeries found was: orthopedic (36.6%), potentially contaminated (90%), time between 60 and 120 minutes (43.3%), size I (73.3%), intermediate cardiac risk (53.3%), spinal anesthesia (50%) and without intraoperative complications (83.3%). Of the total number of patients evaluated, 96.7% had at least one complication in PACU, being most prevalent: hypotension (58.6%), hypothermia (53.3%), tachypnea (46.7%), pain (36.7%), bradypnea (33.3%), hypoxemia (21.4%), nausea (13.3%) and dyspnea (10%). Few interventions were made to manage complications, mainly pain management (54.5%). There is a high rate of complications in this PACU, of which the most frequent ones are described in the literature. Interventions for managing complications were poorly performed in this PACU when compared to the literature.

Keywords: Recovery room. Postoperative Complications. Operating Room Nursing.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Distribuição proporcional de causas de internação hospitalar.....	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características clínicas e demográficas pré-operatórias.....	26
Tabela 2 - Características intraoperatórias.....	28
Tabela 3 - Tempo de internação na SRPA (em minutos).....	29
Tabela 4 - Incidência de complicações pós-operatórias imediatas, na SRPA.....	29
Tabela 5 - Incidência dos tipos de complicações pós-operatórias imediatas, na SRPA.....	30
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes, segundo a Escala de Dor.	30
Tabela 7 - Intervenções realizadas para as complicações encontradas na SRPA.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINEs: Anti-inflamatórios não-esteroidais

ASA: American Society of Anesthesiologists

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CC: Centro Cirúrgico

CEP/ FEPECS/SES-DF: Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretária do Estado de Saúde do Distrito Federal

CEP/FS: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

DF: Distrito Federal

DHE: Desequilíbrio Hidroeletrólítico

DM II: Diabetes Mellitus tipo II

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HBDF: Hospital de BASE do Distrito Federal

HRC: Hospital Regional de Ceilândia

IAK: Índice de Aldrete e Kroulik

PA: Pressão arterial

PE: Processo de Enfermagem

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAEP: Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SO: Sala Operatória (SO)

SRPA: Sala de Recuperação Pós-Anestésica

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VAS: Vias Aéreas Superiores

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	
2.1. OBJETIVO GERAL.....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3.REFERENCIAL TEÓRICO	17
4. MÉTODO	20
4.1. Tipo de estudo.....	20
4.2. Local de estudo.....	20
4.3. População e amostra.....	20
4.4. Equipe de execução.....	20
4.5. Etapas de investigação.....	21
4.6. Ética na pesquisa.....	23
4.7. Tratamento dos dados.....	23
5. RESULTADOS	24
5.1 – Características clínicas e demográficas pré-operatórias.....	24
5.2 – Características intraoperatórias.....	27
5.3 – Características e complicações encontradas na SRPA.....	29
5. DISCUSSÃO	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	40
ANEXO	46

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), instituída no Brasil pela resolução número 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), refere-se a um método de trabalho que deve ser implementado em toda unidade de saúde na qual se tenha o exercício profissional de Enfermagem. A SAE permitiu a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) que é dividido em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

Anteriormente à resolução do COFEN número 358/2009 a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) foi proposta por Castellanos e Jouclas em 1990. A SAEP tem como propósito a aplicação do PE no cuidado de Enfermagem ao paciente cirúrgico, sendo que este possui cinco fases: visita pré-operatória, planejamento da assistência perioperatória, implementação da assistência, avaliação da assistência e por último a reformulação da assistência. A SAEP foi pensada como uma forma de integrar a assistência durante o período perioperatório (SOBECC, 2013).

O período perioperatório é dividido em pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Sendo o pré-operatório mediato o momento da descoberta da necessidade de procedimento cirúrgico até o período pré-operatório imediato, este que se refere às primeiras 24 horas que antecedem a cirurgia. O período intraoperatório refere-se à chegada do paciente ao centro cirúrgico (CC) até sua saída da sala operatória (SO). O período pós-operatório ocorre após a saída do paciente da SO (SOBECC, 2013). Este período é dividido em: imediato, mediato e tardio. O imediato são as primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico, enquanto o mediato após as primeiras 24 horas até a alta hospitalar. Já o tardio sucede o período pós-operatório mediato até um ou dois meses em que ocorra completa cicatrização de lesões da pele a depender do tipo de cirurgia (MORAES e PENICHE, 2003).

O período pós-operatório imediato possui uma etapa crítica sob o ponto de vista de complicações que é a de recuperação pós-anestésica, sendo que esta ocorre desde a saída da SO até sua saída da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) para outra unidade do hospital (CASTELLANOS e JOUCLAS, 1990 *apud* NUNES, MATOS e MATTIA, 2014).

A SRPA pode ser definida como:

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é o local onde o paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer, sob observação e cuidados constantes da Equipe de Enfermagem, até que haja recuperação de consciência, estabilidade dos sinais vitais, prevenção das intercorrências do período pós-anestésico e/ou pronto-atendimento (NUMES, MATOS e MATTIA, 2014, p. 130).

Dentre as vantagens da SRPA, têm-se: a prevenção e identificação precoce de complicações cirúrgicas, o que possibilita uma maior segurança do paciente. Tendo assim como objetivo primordial a avaliação crítica do paciente (PRADO et al., 1998).

A avaliação do paciente na SRPA pode ser realizada por diversos métodos. Um dos mais utilizados é Índice de Aldrete e Kroulik (IAK) que avalia o paciente sob cinco parâmetros: atividade motora, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigênio. Sendo que quando o paciente estiver com boas condições em todos esses parâmetros recebe a alta da SRPA (MIYAKE et al., 2002). A avaliação do paciente pela IAK é realizada a cada 15 minutos na primeira hora, de 30 em 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora (SOBECC, 2013). Sendo a média de tempo que o paciente fica na SRPA de 30 minutos a 2 horas, podendo variar de acordo com a gravidade do paciente (MIYAKE et al., 2002).

Segundo PENICHE (1998) a IAK permite avaliar o paciente de forma não invasiva, porém existem complicações que não são identificados por este índice. Devendo ser adicionados outros critérios na avaliação, conforme a necessidade do paciente, após avaliação criteriosa do enfermeiro.

Segundo HINES et al. (1992), as complicações intraoperatórias e na SRPA tem uma taxa de 26,7% das complicações cirúrgico-anestésicas. BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG (2014) encontraram uma taxa de 28,2%. A partir disso, observa-se uma alta incidência de complicações na SRPA, o que se torna importante mensurar quais são mais prevalentes e as intervenções realizadas para o manejo destas complicações. Com isso pode-se estabelecer protocolos assistenciais na identificação e no manejo das complicações cirúrgicas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar complicações cirúrgicas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) no Hospital Regional de Ceilândia (HRC).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar levantamento das condições clínicas pré-operatórias e características do procedimento anestésico-cirúrgico;
- ✓ Determinar a incidência dos tipos de complicações cirúrgicas que ocorrem na SRPA do HRC;
- ✓ Identificar as intervenções realizadas para o manejo das complicações cirúrgico-anestésicas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A SRPA é parte integrante da planta física da Unidade de Centro Cirúrgico. Devendo ter no mínimo dois leitos, com distância de 0,8 metros entre as macas. Porém, a quantidade de leitos deve ser igual ao número de salas de cirurgia mais um e deve conter um posto de enfermagem a cada 12 leitos de recuperação pós-anestésica (BRASIL, 2002).

A equipe da SRPA é multiprofissional, sendo composta por anestesiológico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem. O enfermeiro exerce papel crucial de oferecer uma assistência segura ao paciente cirúrgico enquanto este reestabeleça seu estado fisiológico aos níveis pré-anestésicos (POPOV e PENICHE, 2009).

O cálculo de pessoal da Enfermagem na SRPA é realizado conforme a necessidade de cuidados assistenciais ao paciente, sendo de um enfermeiro a cada três ou quatro pacientes que dependem de respirador e um enfermeiro a cada oito pacientes não dependentes de respirador. Porém, o número de técnicos de enfermagem é de um a cada três leitos, independente se o paciente estiver em uso de respirador ou não (SOBECC, 2013).

Segundo AIKEN et al., 2003 apud POPOV e PENICHE, 2009, a alta proporção de enfermeiros estar relacionada a taxas menores de complicações e mortalidade na SRPA.

As complicações pós-operatórias podem ser classificadas em gerais, especiais e específicas. As complicações gerais são aquelas em que podem acontecer em qualquer paciente cirúrgico, tais como a hemorragia e o choque. As especiais acontecem em pessoas que tem uma condição clínica pré-existente. As específicas são inerentes ao órgão que foi operado (STRACIERI, 2008).

Os sistemas que podem ser acometidos nas complicações pós-operatórias são: cardiovascular, respiratório, digestório, hepatobiliar e urinário (STRACIERI, 2008). E também as complicações neurológicas, neuromusculares e hidroeletrólíticas (MATTIA et al., 2010).

As complicações cardiovasculares são: alteração da pressão arterial, sendo tanto a hipotensão quanto a hipertensão arterial, arritmias como a bradicardia e taquicardia (BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG, 2014; MORAES e PENICHE, 2003; HINES et al., 1992). Em pacientes com histórico de doença cardíaca é comum hipovolemia após procedimento anestésico-cirúrgico. Outro fator de complicação cardiovascular é que em

cirurgias de grande porte pode ocorrer reincidência de infarto do miocárdio (STRACIERI, 2008).

As complicações respiratórias são frequentes na SRPA, sendo a mais incidente a hipoxemia que é a saturação de oxigênio inferior a 90% (BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG, 2014). Dentre outras complicações respiratórias, tem-se obstrução de via aérea, broncoespasmo, taquipnéia e bradpnéia (BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG, 2014; MIYAKE et al., 2002; NUNES, MATOS e MATTIA, 2014). Segundo STRACIERI (2008), a dispneia é uma queixa respiratória que pode ocorrer no pós-operatório imediato, sendo esta a dificuldade para respirar que pode estar associada com uma pneumopatia aguda ou início de complicação cardíaca.

As complicações gastrointestinais são bem frequentes na SRPA, principalmente náuseas e vômitos (BERTUCCI e GRUNBERG, 2014; NUNES, MATOS e MATTIA, 2014). Outra queixa gastrintestinal são os soluços que podem ocorrer mediante uma irritação do nervo frênico ou em consequência de uma acidose respiratória (STRACIERI, 2008).

Das complicações urológicas, a mais relatada na literatura é a retenção urinária. Segundo McLEOD, SOUTHERLAND e BOND (2013) é necessária a detecção precoce deste problema na SRPA. A retenção urinária no pós-operatório é associada com idade, sexo, tempo e tipo de cirurgia, tipo de anestesia e fluidos intravenosos administrados no intraoperatório (McLEOD, SOUTHERLAND e BOND, 2013; HANSEN et al., 2011). Outras complicações são a poliúria, oligúria e anúria (MIYAKE et al., 2002).

Como complicações neurológicas têm-se o atraso ao despertar, desorientação, tremores, agitação, excitação, convulsão e *delirium* (BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG, 2014; MIYAKE et al., 2002). Segundo CARD et al. (2015) muitos pacientes apresentam na SRPA sinais de *delirium*, tais como flutuação do estado mental e falta de atenção. Foram encontrados sinais de *delirium* do subtipo hipoativo em 56% dos pacientes na admissão e 92% durante a permanência na SRPA.

A dor é frequente no pós-operatório imediato (FONSECA e PENICHE, 2009; NUNES, MATOS E MATTIA, 2014; CHINCHIA et al., 2008). A dor presente na SRPA é do tipo aguda gerada pela lesão na pele, estruturas somáticas profundas ou viscerais provocada pelo procedimento cirúrgico (ROCHA e MORAES, 2010).

A escala analógica visual pode ser utilizada como forma de avaliação da dor no período pós-operatório imediato. Além disso, deve ser abordado o consumo medicamentoso para o controle da dor, visto que isso possibilita analisar a intensidade da dor. A presença/intensidade da dor tem correlação com o tipo anestésico (FUSCO et al., 2016).

Uma complicação metabólica frequente no pós-operatório imediato é a hipotermia, visto que fármacos anestésicos gerais podem alterar o centro de termorregulação do hipotálamo. A hipotermia é definida como temperatura corporal inferior a 35°C, podendo ser leve (variando de 32 a 35°C), média (28 a 32°C) e severa quando menor que 28°C (MATTIA et al., 2010).

Dentre outras complicações, tem-se o desequilíbrio hidroeletrólítico (DHE), distúrbio ácido-básico e choque (MIYAKE et al., 2002).

A partir disto, observam-se que as complicações podem afetar diferentes sistemas do organismo, sendo de suma importância identificar quais são as mais prevalentes.

4. MÉTODO

4.1- Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal, prospectivo, exploratório.

4.2 - Local de estudo

O estudo foi realizado na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Hospital Regional de Ceilândia, sendo o nível de atenção deste hospital secundário.

4.3 - População e amostra

População de referência: Pacientes cirúrgicos internados na Sala de Recuperação Anestésica.

População de amostra: Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico eletivo, internados na SRPA.

Tamanho da amostra: 30

Fatores de inclusão: Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico eletivo de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, em pós-operatório imediato, internados na SRPA.

Fatores de exclusão: Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de urgência e/ou emergência, pacientes que não estavam em condições de responder por si no pré-operatório, que vieram a óbito no intraoperatório ou que foram encaminhados diretamente para outra unidade de internação que não a SRPA.

4.4 - Equipe de execução

Composta por acadêmica pesquisadora e professora orientadora.

4.5 - Etapas da investigação

Primeiramente, realizado busca de artigos sobre o tema nas bases de dados SciELO e Medline. Utilizado os descritores na língua portuguesa: Complicações Pós-Operatórias, Período de Recuperação da Anestesia, Enfermagem em Pós-Anestésico. Na língua inglesa: Recovery room e Postoperative Complications. Na língua espanhola: Complicaciones Posoperatorias.

A coleta de dados ocorreu durante duas semanas, predominando no período da tarde. Sendo dividida em duas etapas: 1-) Visita ao paciente no pré-operatório imediato na clínica cirúrgica ou na admissão pré-operatória no CC, 2-) Avaliação criteriosa do estado clínico do paciente na SRPA.

Na visita pré – operatória, foi verificado se o paciente aceitava ou não participar da pesquisa, mediante a isso foi entregue uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para o participante da pesquisa e outra ficou com o pesquisador. Além disso, foram coletadas informações pré-operatórias.

A segunda parte da coleta de dados consistiu na avaliação criteriosa dos pacientes e de possíveis complicações anestésico-cirúrgicas. Sendo estes avaliados de 15 em 15 minutos na primeira hora, de meia em meia hora após a primeira hora e de hora em hora a partir da terceira hora. Para isto foi necessário ficar na SRPA até a alta do paciente pela equipe da SRPA.

Foi utilizado instrumento para a coleta de dados (Apêndice B), sendo que este foi preenchido com informações demográficas do paciente, pré-operatórias, cirúrgico-anestésicas, quanto à evolução e presença ou não de complicações na SRPA. As informações referentes ao procedimento cirúrgico e anestésico foram obtidas por meio de análise do prontuário eletrônico.

As características demográficas constituíram-se de: nome completo, sexo, idade e número do prontuário eletrônico. Dados pré-operatórios: motivo de internação, histórico cirúrgico, alergias, fatores de risco anestésico como tabagismo e comorbidades (diabetes, hipertensão, asma), sistema de classificação da ASA (*American Society of Anesthesiologists*), no qual foi realizada pelo anestesista e coletada no prontuário, e uso de medicamentos no pré-operatório imediato. As informações demográficas e pré-operatórias foram coletadas através da entrevista com o paciente e do prontuário eletrônico.

Quanto ao procedimento anestésico-cirúrgico: tipo de cirurgia, especialidade cirúrgica, potencial de contaminação, tempo de duração da cirurgia, risco cardiovascular, tipo anestésico, presença de complicações intraoperatórias.

As informações referentes à SRPA coletadas foram: horário de entrada e saída do paciente nesta unidade, sinais vitais, Índice de Aldrete e Kroulik (IAK), escala de sedação de Ramsey, escala numérica da dor, presença ou não de complicações, sendo que estas foram agrupadas segundo os sistemas do organismo: respiratório, gastrointestinal, cardiovascular, urológico, neurológico e outros. Também foram investigadas as intervenções realizadas para o manejo das complicações.

A classificação ASA foi proposta em 1963, para avaliar a condição física do paciente antes do procedimento cirúrgico, sendo que é dividida em seis classes: I. o paciente encontra-se saudável, II- possui doença sistêmica leve, III- doença sistêmica grave, porém sem ameaça a vida, IV – doença sistêmica que tem uma ameaça a vida, V – paciente moribundo, com pouca probabilidade de sobrevivência, VI – paciente com morte cerebral, possível candidato a doação de órgãos. Além, destas classes, a “E” refere-se a necessidade de cirurgia de emergência (SOBECC, 2013).

O IAK permite avaliar a condição fisiológica do paciente após procedimento anestésico, tendo como base cinco parâmetros: respiração, circulação, saturação de oxigênio, atividade muscular e nível de consciência. A pontuação de cada parâmetro varia de 0 a 2, com total de pontos igual a 10; recomenda-se que a partir de 8 pontos pode-se considerar a alta do paciente da SRPA (NUNES, MATOS e MATTIA, 2014).

No parâmetro de respiração da IAK, ao conseguir respirar profundamente e tossir livremente (2), dispneia ou limitação de movimento (1) e apnéia (0). Circulação pontuada da seguinte maneira: (2) pressão arterial (PA) 20% do nível pré – anestésico; (1) PA 20 – 49% do nível pré – anestésico e (0) PA em 50% do nível pré – anestésico. Saturação de oxigênio: capaz de manter maior que 92% em ar ambiente (2), necessidade de oxigênio suplementar para manter maior que 90% (1) e menor que 90% mesmo com oxigênio suplementar (0). Atividade muscular: movimentar 4 membros (2), movimentar 2 membros (1) e incapaz de movimentar voluntariamente ou sob o comando (0). Nível de consciência: lúcido e orientado em tempo e espaço (2), desperta, se solicitado (1) e não responde (0) (NUNES, MATOS e MATTIA, 2014).

A escala de sedação de Ramsey propõe-se a avaliar o grau de sedação atingido em uma escala de 1 a 6: 1. Paciente encontra-se ansioso, agitado e inquieto, 2. Cooperativo,

orientado e tranquilo, 3. Resposta discreta ao estímulo auditivo e tátil, 4. Resposta mínima ao estímulo tátil e auditivo, 5. Sem resposta ao estímulo tátil e auditivo, porém responsivo ao doloroso, 6. Não responde ao estímulo doloroso (SOBECC, 2013).

Para a avaliação da intensidade da dor na SRPA podem ser utilizadas as escalas: escala categórica verbal, escala numérica, escala analógica visual e a escala de expressão facial (ROCHA e MORAES, 2010). A escala que foi utilizada para esta pesquisa é a numérica que avalia a intensidade da dor de acordo com os numerais 0 a 10, sendo o número 0 ausência de dor e 10 a intensidade máxima da dor.

Para análise das complicações foi considerado como alteração na pressão arterial média a variação superior ou inferior a 20% dos valores pré-operatórios. A frequência cardíaca foi considerada bradicárdica quando inferior a 60 batimentos por minuto e taquicárdica quando superior a 100 batimentos por minuto. Hipoxemia quando a saturação de oxigênio foi inferior a 92%. Hipotermia quando a temperatura corporal foi inferior a 35°C.

4.6 - Ética na pesquisa

O estudo foi realizado de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS), sob número de registro CAAE (62615916.4.0000.0030), e no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretária do Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/ FEPECS/ SES/ DF) da instituição coparticipante, CAAE: 62615916.4.3001.5553 (Anexo A). Os pacientes só foram incluídos na pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Outro ponto é que em caso de identificação de complicações foi avisada a equipe da SRPA e apenas estes que realizaram as intervenções para o manejo das complicações encontradas.

4.7 - Tratamento dos dados

Os dados foram tabulados e analisados no programa *IBM SPSS Statistics 22.0*, no qual foi possível obter valores percentuais e limites de intervalo de confiança, sendo expostos em tabelas e gráficos.

5. RESULTADOS

5.1 – Características clínicas e demográficas pré-operatórias

A amostra foi constituída de 30 pacientes, submetidos à cirurgia eletiva, internados na SRPA. Destes pacientes, 21 (70%) do sexo feminino e 9 (30%) do sexo masculino. A média de idade foi de 42,9 anos aproximadamente, sendo divididos por faixa etária: 13 pacientes (43,3%) com idade entre 18 a 39 anos, 13 pacientes (43,3%) entre 40 a 59 anos e 4 pacientes (13,3%) com idade igual ou superior a 60 anos.

A figura 1 mostra as causas encontradas de necessidade de internação no centro cirúrgico. O motivo de internação mais frequente foi devido às causas externas com 36,6% (n=11), destes foram encontradas: acidente motociclístico com 13,33% (n=4), acidente automobilístico e queda com 6,7% (n=2), atropelamento, agressão física por uso de arma de fogo e agressão física sem uso de armas com 3,3% (n=1), cada. Em seguida as doenças geniturinárias com 26,6% (n=8), destas: neoplasia intraepitelial cervical grau II e miomatose uterina com 6,7% (n=2), cada, pólipos do colo uterino, hiperplasia endometrial, ciclos hipermenorréicos e dor e vaginismo com 3,3% (n=1), cada. As doenças do aparelho digestivo com representação de 16,7% (n=5), destas: colicistite com colelitíase e hérnia epigástrica/inguinal com 6,7% (n=2) cada, e estenose pilórica com 3,3% (n=1). Transtornos da mama com 13,3% (n=4), sendo representado pelo nódulo mamário. Neoplasias com 3,3% (n=1). Sendo 1 caso não relatado o motivo da internação no prontuário eletrônico.

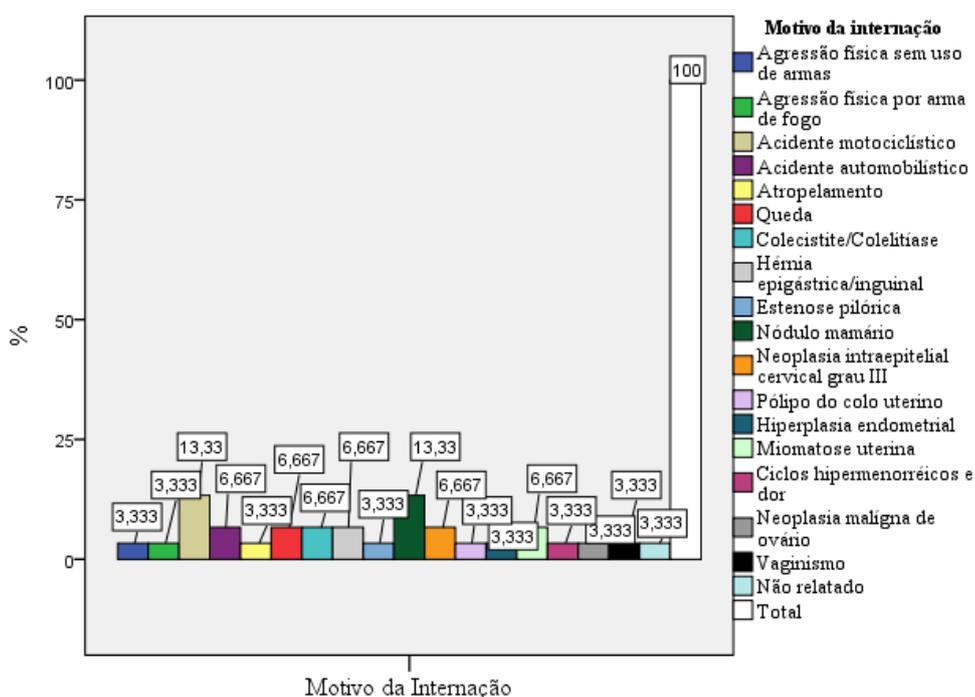


Figura 1 – Distribuição proporcional de causas de internação hospitalar

Na Tabela 1, observam-se as características clínicas e demográficas dos pacientes, coletadas no pré-operatório imediato.

Em relação aos fatores de risco anestésicos, 40% (n=12) dos pacientes não possuem nenhum fator, enquanto 60% (n=18) possuem um ou mais fatores. Sendo estes: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e tabagismo os mais prevalentes com representatividade de 20% (n=6), cada. Seguido de Diabetes Mellitus tipo II (DMII) com 13,3% (n=4), insuficiência renal e etilismo com 10% (n=3) cada. Com 6,7% (n=2) uso de drogas, esteatose hepática, hipotireoidismo e osteoporose. Com 3,3% (n=1) asma, dislipidemia, arritmia cardíaca, trombose venosa profunda, artrose, epilepsia, depressão e anemia.

Os pacientes foram classificados: 43,3% (n=13) com ASA I (paciente saudável), 46,7% (n=14) ASA II (paciente com doença sistêmica leve), 10% (n=3) ASA III (doença sistêmica grave, sem ameaça a vida). Não houve pacientes classificados com ASA IV, V e IV. Observa-se que apesar de 60% da amostra possuir fator de risco anestésico, apenas 56,67% foram classificados com ASA II e III. Isto se deve ao fato de que uma paciente com depressão foi classificada com ASA I.

Acerca do histórico cirúrgico pregresso: 70% (n=21) dos pacientes da amostra relataram não ter feito algum tipo de procedimento cirúrgico, 20% (n=6) uma cirurgia, 3,3% (n=1) duas cirurgias e 6,7% (n=2) três cirurgias.

Apenas 3 pacientes possuem alergia medicamentosa, o que corresponde a 10%. Destes, 3,3% (n=1) com alergia a dipirona, prometazina e captopril cada. Enquanto que 90% não relatou alergia medicamentosa.

As informações acerca do consumo medicamentoso no pré-operatório foram coletadas na prescrição no prontuário eletrônico do paciente, sendo coletados dados referentes às 24 horas antecedentes da cirurgia de medicações administradas. Também questionado na entrevista, visto que teve pacientes que realizaram procedimentos como biópsia e nodulectomia, no qual não internaram em outra unidade do hospital, apenas no centro cirúrgico.

Foram administrados medicamentos em 40% (n=12) dos pacientes. Sendo os mais utilizados: analgésicos com 23,3% (n=7), antieméticos com 20% (n=6), opióides com 10% (n=3), antibacterianos e anticoagulantes com 6,7% (n=2) cada, anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), protetores de mucosa gástrica, hipoglicemiantes orais, antiepiléticos e benzodiazepínicos com 3,3% (n=1) cada.

Tabela 1 - Características clínicas e demográficas pré-operatórias

Variáveis	n	%	IC 95%
Sexo			
Feminino	21	70	(53,3 – 86,7)
Masculino	9	30	(13,3 – 46,7)
Idade			
18 - 39 anos	13	43,3	(26,7 – 60)
40 - 59 anos	13	43,3	(26,7 – 60)
>60 anos	4	13,3	(3,3 – 26,7)
ASA			
I	13	43,3	(26,7 – 60)
II	14	46,7	(30 – 63,3)
III	3	10	(0 – 20)
Fatores de risco-anestésicos			
Ausência	12	40	(23,3 – 56,7)
HAS	6	20	(6,7 – 36,7)
DM II	4	13,3	(0 – 26,7)
Dislipidemia	1	3,3	(0 – 10)
Insuficiência Renal	3	10	(0 – 20)
Asma	1	3,3	(0 – 10)
Tabagismo	6	20	(6,7 – 36,7)
Etilismo	3	10	(0 – 20)
Uso de drogas	2	6,7	(0 – 16,7)
Esteatose hepática	2	6,7	(0 – 16,7)
Hipotireoidismo	2	6,7	(0 – 16,7)
Osteoporose	2	6,7	(0 – 16,7)
Artrose	1	3,3	(0 – 10)
Arritmia cardíaca	1	3,3	(0 – 10)
Trombose venosa profunda	1	3,3	(0 – 10)
Epilepsia	1	3,3	(0 – 10)
Depressão	1	3,3	(0 – 10)
Anemia	1	3,3	(0 – 10)
Histórico Cirúrgico			
0	21	70	(53,3 – 83,3)
1	6	20	(6,7 – 36,7)
2	1	3,3	(0 – 10)
3	2	6,7	(0 – 16,7)
Alergia medicamentosa			
	3	10	(0 – 20)
Medicamentos utilizados			
Analgésicos	7	23,3	(10 – 40)
AINEs	1	3,3	(0 – 10)
Opióides	3	10	(0 – 20)
Antibacterianos	2	6,7	(0 – 16,7)
Anticoagulantes	2	6,7	(0 – 16,7)
Antieméticos	6	20	(6,7 – 36,7)
Protetores da mucosa gástrica	1	3,3	(0 – 10)
Hipoglicemiantes orais	1	3,3	(0 – 10)
Antiepiléticos	1	3,3	(0 – 10)
Benzodiazepínicos	1	3,3	(0 – 10)

5.2 – Características intraoperatórias

Na tabela 2, observam-se as características intraoperatórias. Os tipos de cirurgias mais prevalentes foram: ortopédicas com 36,67% (n=11), do aparelho genitourinário com 33,3% (n=10), do aparelho digestivo com 16,67% (n=5) e de mamas com 13,33% (n=4). As cirurgias foram classificadas segundo o potencial de contaminação, sendo divididas em: limpas com 10% (n=3), 90% (n=27) potencialmente contaminadas, não houve cirurgias classificadas como contaminadas e infectadas.

O tempo, em média, da duração das cirurgias foi de 91 minutos, encontrado valor mínimo de 15 minutos e valor máximo de 215 minutos. As cirurgias com tempo inferior a 60 minutos corresponderam a 33,3% (n=10), 43,3% (n=13) com tempo entre 60 minutos e 120 minutos, e 23,3% (n=7) com tempo superior a 120 minutos. As cirurgias classificadas como porte I (de até 2 horas) representaram 73,3% (n=22) da amostra, enquanto as de porte II (de 2 a 4 horas) 26,7% (n=8). Não houve cirurgias de porte III e IV. As cirurgias de baixo risco cardiológico representaram 46,7% da amostra, enquanto de risco intermediário 53,3%.

O tipo anestésico mais utilizado foi espinhal/raquidiana com representatividade de 50% da amostra (n=15), seguido de anestesia geral com 23,3% (n=7), local com 16,67% (n=5) e bloqueio de plexo braquial com 10% (n=3). Destaca-se que três das anestésias gerais não foram realizadas com intubação orotraqueal, sendo realizada inalação apenas com máscara. Em 60% (n=18) da amostra utilizaram-se sedativos. Na anestesia raquidiana foram utilizados sedativos em 80% dos casos, no bloqueio de plexo braquial em 33,3%, na anestesia geral em 28,58% e na local em 40%.

Acerca das complicações intraoperatórias, em 83,3% (n=25) dos casos não houve relato no prontuário eletrônico, dor em 3,3% (n=1) dos casos e hipotensão em 13,3% (n=4). A dor foi relatada em caso de cirurgia ginecológica com anestesia local. A hipotensão foi presente em uma cirurgia de histerectomia, duas de tratamento cirúrgico de fratura e uma em nodulectomia.

Foram administrados medicamentos no intraoperatório em 73,3% (n=22) dos pacientes. Sendo os tipos mais utilizados: antieméticos com 60% (n=18), antibacterianos com 50% (n=15), corticoides com 46,7% (n=14), analgésicos com 36,7% (n=11), AINES com 33,3% (n=10), fármacos vasopressores com 23,3% (n=7), opióides com 10% (n=3), fármacos vasoativos com 6,7% (n=2), protetores da mucosa gástrica, antifibrinolíticos, anti-hipertensivos e benzodiazepínicos com 3,3% (n=1) cada.

Tabela 2 - Características intraoperatórias

Variáveis	n	%	IC 95%
Tipos de Cirurgia			
Ortopédicas	11	36,67	(20 – 56,7)
Aparelho genitourinário	10	33,3	(16,7 – 50)
Aparelho digestivo	5	16,67	(3,4 - 30)
Mama	4	13,3	(3,3 – 26,7)
Potencial de Contaminação			
Limpa	3	10	(0 - 20)
Potencialmente contaminadas	27	90	(80 – 100)
Tempo de cirurgia			
<60 min.	10	33,3	(16,7 – 50)
60 – 120 min.	13	43,3	(26,7 – 63,3)
>120 min.	7	23,3	(10 – 40)
Porte cirúrgico			
I (até 2 h.)	22	73,3	(56,7 – 86,7)
II (2 – 4 h.)	8	26,7	(13,3 – 43,3)
Risco cardiológico			
Baixo	14	46,7	(30 – 63,3)
Intermediário	16	53,3	(36,7 – 70)
Anestesia			
Local	5	16,67	(6,7 – 30)
Bloqueio de plexo	3	10	(0 – 23,3)
Raquidiana/Espinal	15	50	(33,3 – 66,7)
Geral	7	23,3	(10 – 39,9)
Sedação (adjuvante)			
Local + sedação	2	40	(0 - 80)
Bloqueio + sedação	1	33,3	(0 - 100)
Raquidiana + sedação	12	80	(60 – 100)
Geral + sedação	2	28,58	(0 - 57,1)
Complicações			
Não relatado	25	83,3	(66,7 – 96,7)
Dor	1	3,3	(0 – 10)
Hipotensão	4	13,3	(3,3 – 29,9)
Medicamentos utilizados			
Analgésicos	11	36,7	(20 – 53,3)
AINEs	10	33,3	(16,7 – 50)
Corticoides	14	46,7	(30 – 63,3)
Opióides	3	10	(0 – 20)
Antibacterianos	15	50	(33,3 – 70)
Antieméticos	18	60	(43,3 – 66,7)
Protetores da mucosa gástrica	1	3,3	(0 - 10)
Antifibrinolíticos	1	3,3	(0 - 10)
Anti-hipertensivos	1	3,3	(0 - 10)
Fármacos Vasoativos	2	6,7	(2 – 20)
Fármacos Vasopressores	7	23,3	(10 – 40)
Benzodiazepínicos	1	3,3	(0 - 10)

5.3 – Características e complicações encontradas na SRPA

Na tabela 3, mostra a média de tempo que o paciente ficou na SRPA que foi de 90 minutos, com um IC 95% entre 72 a 109 minutos. O valor mínimo encontrado foi de 10 minutos, enquanto o valor máximo de 190 minutos. O tempo de internação na SRPA inferior a 60 minutos correspondeu a 10% (n=3) dos casos, sendo que nestes foi utilizado anestesia local, 70% (n=21) com tempo entre 60 minutos e 120 minutos, e 20% (n=6) com tempo superior a 120 minutos.

Tabela 3 - Tempo de internação na SRPA (em minutos)

Tempo de internação na SRPA (em minutos)	
Média	90 minutos (72 – 109)
Valor Mínimo	10 minutos
Valor Máximo	190 minutos
<60 min.	3 (10%)
60 – 120 min.	21 (70%)
>120 min.	6 (20%)

Na tabela 4, mostra a incidência de complicações pós-operatórias na SRPA, sendo esta de 96,67% (n=29). Apenas 3,3% (n=1) da amostra não teve nenhuma complicação. As características da paciente que não teve nenhuma complicação foram: não possui nenhuma comorbidade, ASA I, cirurgia ginecológica, anestesia local, sem sedação, tempo de cirurgia e de permanência na SRPA inferior a 60 minutos.

Tabela 4 - Incidência de complicações pós-operatórias imediatas, na SRPA.

Complicações na SRPA	n	%	IC 95%
Sim	29	96,67	(83,3 – 100)
Não	1	3,3	(0 – 16,7)

A tabela 5 mostra a incidência dos tipos de complicações na SRPA. Sendo as complicações pós-operatórias mais frequentes na SRPA: hipotensão arterial com 58,6% (n=17), hipotermia com 53,3% (n=16), taquipneia com 46,7% (n=14), dor com 36,7% (n=11), bradicardia com 33,3% (n=10), hipoxemia com 21,4% (n=6), náuseas com 13,3% (n=4), dispneia com 10% (n=3), tontura com 6,7% (n=2), taquicardia, obstrução de vias aéreas superiores (VAS) por queda de língua durante o sono, vômitos, distensão abdominal, soluço, hematúria, alteração do nível de consciência, tremores e fraqueza com 3,3% (n=1).

Tabela 5 - Incidência dos tipos de complicações pós-operatórias imediatas, na SRPA.

Complicações na SRPA	n	%	IC 95%
Complicações Cardiovasculares			
Hipotensão Arterial	17	58,6	(41,4 – 75,9)
Bradycardia	10	33,3	(16,7 – 50)
Taquicardia	1	3,3	(0 - 10)
Complicações Respiratórias			
Taquipnéia	14	46,7	(30 - 63,3)
Hipoxemia	6	21,4	(7,1 – 39,3)
Dispneia	3	10	(0 - 23,3)
Obstrução de VAS	1	3,3	(0 - 10)
Complicações Gastrointestinais			
Náuseas	4	13,3	(3,3 -26,7)
Vômitos	1	3,3	(0 - 10)
Distensão abdominal	1	3,3	(0 - 10)
Soluços	1	3,3	(0 - 10)
Complicações Urológicas			
Hematúria	1	3,3	(0 - 10)
Complicações Neurológicas			
Dor	11	36,7	(20 - 53,3)
Alteração do nível de consciência	1	3,3	(0 - 10)
Tremores	1	3,3	(0 - 10)
Tontura	1	3,3	(0 - 10)
Complicações Musculares			
Fraqueza muscular	1	3,3	(0 - 10)
Complicações Metabólicas			
Hipotermia	16	53,3	(34,5 – 69)

Na tabela 6 pode-se verificar a distribuição dos pacientes, segundo a Escala de Dor. Dos 11 pacientes (36,7%) que tiveram dor na SRPA, 54,5% (n=6) apresentaram dor leve, 81,8% (n=9) dor intermediária e 36,4% (n=4) dor intensa. Destaca-se que o mesmo paciente pode ter apresentado dor intensa, intermediária e/ou leve, visto que a avaliação foi realizada de 15 em 15 minutos. Detalha-se que a dor intensa foi mais frequente na admissão e até 15 minutos.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes, segundo a Escala de Dor.

Escala de Dor	n	%	IC 95%
Presença de Dor	11	36,7%	(20 – 53,3)
Dor leve (1-3)	6	54,5	(27,3 – 81,8)
Dor intermediária (4-7)	9	81,8	(54,5 – 100)
Dor intensa (8-10)	4	36,4	(9,1 – 63,6)

A tabela 7 mostra as intervenções realizadas para o manejo das complicações encontradas. Do total de 16 pacientes que apresentaram hipotermia, foi utilizada a manta térmica em 43,8% (n=7), quando se queixavam de frio. Do total de 6 pacientes que apresentaram hipoxemia, foi utilizado oxigênio em 33,3% (n=2). Do total de 11 pacientes que apresentaram dor, foi utilizada a terapia medicamentosa em 54,5% (n=6) dos casos, sendo administrado analgésico em 27,3% dos casos (N=3), AINEs em 9,1% (N=1), opióides em 27,3% (N=3). Os opióides foram utilizados em pacientes com dor intensa na admissão, o que resultou em diminuição da dor. Do total de 4 pacientes que apresentaram náuseas e vômitos, foi utilizado antiemético em 25% (n=1) dos casos, sendo utilizado apenas quando o paciente apresentou vômitos na SRPA. Para as demais complicações, não foi realizada intervenção.

Tabela 7 - Intervenções realizadas para as complicações encontradas na SRPA

Intervenções	n	%	IC 95%
Manejo Hipoxemia			
Oxigênio	2	33,3	(0 – 66,7)
Manejo hipotermia			
Manta Térmica	7	43,8	(18,8 – 68,8)
Manejo da Dor	6	54,5	(27,3 – 81,8)
Analgésicos	3	27,3	(0 - 54,5)
AINEs	1	9,1	(0 - 27,3)
Opióides	3	27,3	(0 - 54,5)
Manejo náuseas e vômitos			
Antieméticos	1	25	(0 – 75)

6. DISCUSSÃO

Neste estudo as principais causas de internação no CC foram as causas externas (36,6%), seguidos de doenças do aparelho genitourinário (26,6%). Segundo MENDES (2014), as causas externas são o principal motivo de internação para homens, enquanto as doenças do aparelho genitourinário nas mulheres representam uma das principais causas de internação hospitalares. No ano de 2016, as causas externas representaram 10% das causas de internação nos hospitais do Distrito Federal (DF), ocupando a segunda principal causa de internação, seguidas apenas das internações devido à gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2017).

Um ponto que deve ser considerado nas causas de internações no CC do hospital no qual se desenvolveu a coleta de dados é que este é referência em ortopedia, o que explica a alta taxa de internação por causas externas, visto que estas frequentemente resultam em fraturas. Observa-se que 70% da amostra é constituída do sexo feminino, o que explica a alta taxa de internação devido a doenças do aparelho genitourinário.

A média de idade dos pacientes deste estudo foi de 42 anos, tendo poucos pacientes idosos (n=4) na amostra. Pacientes idosos têm mais chances de apresentarem complicações na SRPA devido ao processo de senescência, no qual provoca mudanças fisiológicas em todos os sistemas do organismo (NASCIMENTO, BREDES e MATTIA, 2015). Devido a isto, esse estudo deveria apresentar uma taxa de complicações menor quando comparado com estudos realizados em idosos.

Pacientes com fatores de risco anestésico representaram 60% da amostra, sendo a comorbidade mais prevalente a HAS. BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG, 2014; POPOV e PENICHE, 2009; NASCIMENTO, BREDES e MATTIA, 2015 também encontraram a HAS como principal comorbidade, porém com taxas superiores a desse estudo de 20%, porém a média de idade destes estudos é superior.

No ano de 2016, o tipo de cirurgia eletiva mais realizada no DF foi de cirurgias do sistema osteomuscular com 20,10%, seguidas de cirurgia do aparelho genitourinário com 17,8% e de cirurgia do aparelho digestivo com 16,8%. As cirurgias de mama tiveram uma porcentagem de 3,25% do total de cirurgias eletivas realizadas neste ano (BRASIL, 2017).

Neste estudo, as cirurgias: ortopédicas, do aparelho genitourinário e do aparelho digestivo coincidiram com as encontradas no total de cirurgias realizadas no DF, porém

destaca-se que a taxa de cirurgias de mama neste estudo foi superior, o que pode estar associado a dois fatores: predominância de sexo feminino e período da coleta, em que ocorreu a tarde, no qual se realiza mais cirurgias mamárias e ginecológicas naquela unidade.

As cirurgias potencialmente contaminadas são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco abundante ou em tecidos de difícil descontaminação; feridas traumáticas limpas; procedimentos em que ocorra penetração dos tratos: respiratório, digestivo, genitourinário em condições controlada (SOBECC, 2013). Houve neste estudo predomínio de cirurgias potencialmente contaminadas (90%) e não houve registros de cirurgias contaminadas e infectadas. Isto se deve a todas as cirurgias serem eletivas e aos tipos de cirurgias predominantes: ortopédicas (não teve casos de fratura exposta), ginecológicas, urológicas, mama e do aparelho digestivo, exceto as herniorrafias realizadas que são classificadas como limpas.

Predominou cirurgias com tempo inferior a 120 minutos e porte I (tempo inferior a 2 horas). O que pode estar relacionado ao perfil de atendimento cirúrgico do HRC, no qual se predomina: cirurgias de médio porte e não realiza cirurgias neurológicas e cardíacas, sendo que estas possuem tempos cirúrgicos maiores e são referenciadas para o Hospital de BASE do Distrito Federal (HBDF).

Predominaram-se cirurgias de risco cardiológico baixo e intermediário com 46,7% e 53,3%, consequentemente. São cirurgias de baixo risco cardíaco: cirurgias de mama, procedimentos superficiais, procedimentos endoscópicos, cirurgia ambulatorial e cirurgia de catarata. São cirurgias de risco cardíaco intermediário: cirurgias de cabeça e pescoço, intraperitoneais, intratorácicas, ortopédicas e prostáticas. São cirurgias de alto risco cardíaco: vasculares, de urgência e emergência (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011), por isto não teve cirurgias classificadas como de alto risco cardiológico neste estudo.

Neste estudo predominou-se anestesia raquidiana com 50%, isto se deve ao principal tipo de especialidade cirúrgica encontrada, no qual cirurgias ortopédicas se utiliza mais esse tipo anestésico.

Foram encontradas as complicações intraoperatórias: dor (3,3%) e hipotensão (13,3%). A hipotensão é uma das intercorrências durante a cirurgia mais comum em adultos, tendo uma taxa de 16,5% (MIYAKE et al., 2002). Dor é pouco relatada em estudos no intraoperatório, visto que para análise desta complicação o paciente não pode estar sedado ou sob efeito de

anestésicos gerais. Detalha-se que após ocorrer esta complicação a paciente deste estudo foi sedada.

A média de tempo dos pacientes na SRPA deste estudo foi de 90 minutos. MIYAKE et al. (2002), citam uma média de tempo entre 52 minutos a 96 minutos, o que mostra que neste estudo o tempo dos pacientes na SRPA foi maior o que indica maior taxa de complicações e demorada regressão anestésica.

As complicações na SRPA foram presentes em 96,67% da amostra, o que divergiu com a literatura. HINES et al. (1992), encontraram uma incidência de complicações pós-operatórias imediatas na SRPA de 23,7%. Enquanto, MIYAKE et al. (2002) uma taxa de 60%, CHINCHIA et al. (2008), de 55% e BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG (2014) de 28,2%.

Observa-se que a única paciente que não apresentou complicação na SRPA não possuía nenhuma comorbidade, ficou com tempo inferior a 60 minutos em sala operatória, utilizou-se anestesia local sem sedação, podendo estes ser fatores de proteção para não ter complicações no pós-operatório imediato.

As principais complicações encontradas neste estudo foram: hipotensão arterial (58,6%), hipotermia (53,3%), taquipneia (46,7%), dor (36,7%), bradicardia (33,3%), hipoxemia (21,4%), náuseas (13,3%), dispneia (10%). Também encontradas: tontura, taquicardia, obstrução de VAS, vômitos, distensão abdominal, soluço, hematúria, alteração do nível de consciência, tremores e fadiga, porém pouco frequentes (3,3%).

MIYAKE et al. (2002), identificaram que a principal complicação na SRPA em adultos é a hipotensão arterial (34%). POPOV e PENICHE (2009) identificaram como principais complicações em seu estudo: dor (54%) e hipotermia (43%). CHINCHIA et al. (2008), encontraram como principais complicações: dor (28%), náuseas (15%), bradicardia (10%), hipotensão e hipotermia (8%), hipertensão (4%), calafrios (3%), vômitos (2%), falha ventilatória e retenção urinária (1%). BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG (2014) encontraram como principais complicações: hipoxemia, náuseas, hipertensão arterial, hipotensão arterial e vômitos.

Este estudo coincidiu com o achado de MIYAKE et al. (2002) e POPOV e PENICHE (2009). Porém, ao analisar todas as complicações levantadas por CHINCHIA et al. (2009) e BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG (2014) observam-se divergências, visto que não foram

registrados casos de hipertensão, a hipotensão arterial foi a mais incidente e na literatura foi pouco encontrada a taquipnéia.

A alta taxa da hipotensão arterial deste estudo pode estar associada a dois fatores: dose anestésica e ansiedade no pré-operatório imediato, o que poderia ter elevado a pressão arterial, visto que para análise da pressão arterial foi considerado variação maior ou igual a 20% do nível pré-anestésico.

A alta taxa de taquipnéia encontrada nesse estudo quando comparado aos estudos de CHINCHIA et al. (2008) e BERTUCCI, TOMÁS e GRUNBERG (2014) são altas, porém quando comparar com estudos em que se tem apenas a avaliação de sinais vitais na SRPA ela é consoante, sendo encontrada por MATTIA et al. (2010) uma taxa de 43%.

A dor é uma complicação frequente na SRPA, como supracitada nos estudos de CHINCHIA et al. (2008), no qual foi a mais incidente. ROCHA e MORAES (2010) encontrou uma taxa de dor intensa de 38,7% em SRPA, consoante com a taxa de 36,4% levantada nesse estudo. Segundo MATTIA et al. (2010), a intensidade da dor é maior na chegada do paciente na SRPA, visto que durante a internação na SRPA é realizado controle medicamentoso desta complicação pelos enfermeiros. Neste estudo, a dor intensa também foi mais encontrada na admissão do paciente na SRPA. O controle da dor depende de uma avaliação precisa, visto que efeito residual de anestésicos, dificuldade de comunicação e o nível de consciência podem interferir em sua não identificação (ROCHA e MORAES, 2010).

Em estudo de POPOV e PENICHE (2009), foi utilizada manta térmica em 69,1% dos pacientes que apresentaram hipotermia, controle medicamentoso para manejo da dor em 73,3% dos casos, administração de medicamentos para náuseas e vômitos em 18,2% e oxigenoterapia em 81,5% dos pacientes com hipoxemia. Enquanto neste estudo, as intervenções foram realizadas para estas complicações em 43,8%, 54,5%, 25% e 33,3%, consequentemente.

A partir disso, observa-se que foram realizadas poucas intervenções para manejo das complicações na SRPA deste estudo, exceto o manejo de náuseas e vômitos que foram mais realizadas neste estudo do que o encontrado na literatura. Porém, esta só foi realizada após o paciente apresentar vômitos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O perfil identificado de pacientes cirúrgicos eletivos, principalmente no período da tarde, do HRC é predominante do sexo feminino (70%), entre a faixa etária de 18 a 59 anos, com baixo quantitativo de pacientes idosos.

- Os principais motivos de internação no CC do HRC são devido às causas externas e doenças geniturinárias.

- Predominam-se pacientes com fatores de risco anestésicos (60%), ASA II (46,7%) e sem histórico cirúrgico (70%).

- O perfil de cirurgias é principalmente: ortopédicas (36,6%), potencialmente contaminadas (90%), tempo entre 60 e 120 minutos (43,3%), porte I (73,3%), risco cardiológico intermediário (53,3%), anestesia raquidiana (50%), sem complicações (83,3%).

- A média de tempo de internação dos pacientes na SRPA é de 72 a 109 minutos.

- A incidência de complicações na SRPA foi de 96,6%, sendo superior ao que geralmente é relatado na literatura.

- As principais complicações encontradas foram: hipotensão arterial (58,6%), hipotermia (53,3%), taquipneia (46,7%), dor (36,7%), bradicardia (33,3%), hipoxemia (21,4%), náuseas (13,3%) e dispneia (10%).

- Dos pacientes (n=11) que apresentaram dor na SRPA, predominou-se do tipo intermediária com 81,8%. Em casos de dor intensa, foram utilizados opióides para manejo desta complicação.

- Foram realizadas poucas intervenções para o manejo das complicações, sendo feito principalmente o manejo da dor (54,5%).

- Destaca-se que não tem enfermeiro fixo na SRPA deste hospital e que tem um baixo quantitativo de técnicos de enfermagem, o que dificulta a identificação e o manejo das complicações. E com este trabalho mostra a importância do papel da enfermagem na SRPA.

- Os benefícios deste estudo foram: identificação de perfil assistencial do CC/HRC e de prevalência dos tipos de complicações. A partir destes dados podem-se subsidiar melhorias na assistência de enfermagem e estabelecimentos de protocolos assistenciais para a identificação e manejo das complicações.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L.H.; et al. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, v. 290, n. 12, p. 1617-23, 2003.
- BERTUCCI, S.; TOMÁS, M. J.; GRUNBERG, G. Complicaciones anestésicas en La Unidad de Recuperación Postanestésica. *Anestesia Analgesia Reanimación*, Montevideo, v. 27, n. 1, p. 2014.
- BRASIL. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 16 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Morbidade Hospitalar. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 5 de junho de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Produção Hospitalar. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 5 de junho de 2017.
- CARD, E. et al. Emergence from general anaesthesia and evolution of delirium signs in the post-anaesthesia care unit. *British Journal of Anaesthesia*, Oxford, v. 115, n. 3, p. 411-7, 2015.
- Castellanos, B.E.; JOUCLAS, V.M. Assistência de enfermagem perioperatória—um modelo conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 359-69, 1990.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 23 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

CHINCHIA, A. F. et al. Unidad de Recuperación Postanestésica: Complicaciones inmediatas. *Revista Médica de Nuestros Hospitalares*: Ecuador, v. 14, n. 5, p.116-19, 2008.

FONSECA, R. M. P.; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após a criação do Sistema de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 428-33, 2009.

FUSCO, P. et al. Unilateral paravertebral block compared with subarachnoid anesthesia for the management of postoperative pain syndrome after inguinal herniorrhaphy: a randomized controlled clinical trial. *Pain*, v. 157, n. 5, p. 1105-1113, 2016.

HANSEN, B. S. et al. Risk factors of post-operative urinary retention in hospitalised patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, v. 55, n. 5, p. 545-8, 2011.

HINES, R.; et al. Complications occurring in the Postanesthesia Care Unit: A survey. *Anesthesia & Analgesia*, Connecticut, v.74, p. 503-9. 1992.

MATTIA, A. L. et al. Diagnósticos de Enfermagem nas complicações em sala de recuperação anestésica. *Enfermería Global*, v. 18, p. 1-11, 2010.

McLEOD, L.; SOUTHERLAND, K.; BOND, J. A clinical audit of postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Inglaterra, v. 28, n. 4, p. 210-6, 2013.

MENDES, J. D. V. Morbidade das internações no SUS no Estado de São Paulo. *Jornal de Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (GAIS)*, São Paulo, v. 6, n. 33, 2014.

MIYAKE, M. H. et al. Complicações pós-anestésicas subsídios para assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2002.

MORAES, L. O.; PENICHE, A. C. G. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34-42, 2003.

NASCIMENTO, P. D. F. S.; BREDES, A. C., MATTIA, A. L. Complicações em idosos em sala de recuperação pós-anestésica. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 64-72, 2015.

NUNES, F. C.; MATOS, S. S.; MATTIA, A. L. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 129-35, 2014.

PENICHE, A. C. G. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 27-32, 1998.

POPOV, D. C. S.; PENICHE, A. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p.953-62, 2009.

PRADO, K. G. et al. Centro de recuperação pós – anestésica: observação, análise e comparação. *Revista latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 13, p.123-125, 1998.

ROCHA, L.S.; MORAES, M. W. Assistência de Enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. *Revista dor*. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 254-258, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 96, n. 3, p. 1-68, 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). *Práticas Recomendadas da SOBECC*. 6ª ed. São Paulo: Manole, 2013. 384 p.

STRACIERI, L.D.S. Cuidados e complicações pós-operatórias. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p. 465-8, 2008.

APÊNDICE A – *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa Estudo prospectivo observacional: Levantamento das complicações anestésico-cirúrgicas na sala de recuperação pós-anestésica, sob a responsabilidade da pesquisadora Mani Indiana Funez. O projeto consiste em identificar e categorizar as complicações anestésico-cirúrgicas, principalmente quanto à frequência e fatores de risco, com o intuito de subsidiar melhorias na Assistência de Enfermagem, estabelecendo-se assim o perfil clínico do paciente assistido naquela unidade.

O objetivo desta pesquisa é identificar complicações cirúrgicas na Sala de Recuperação Anestésica (SRPA) no Hospital Regional de Ceilândia (HRC).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de entrevista sobre seu histórico clínico em uma visita pré-operatória e anamnese e exame físico na Sala de Recuperação Anestésica no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) com um tempo estimado de meia hora na visita pré-operatória e de 15 minutos a 3 horas na sala de recuperação anestésica para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são você sentir coagido a participar da pesquisa na primeira etapa da pesquisa, para isso será explicado que a não participação da pesquisa não acarretará em prejuízos na sua assistência. Outro risco é de que a coleta de dados prejudique sua assistência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Neste caso, esclareço que a estudante já cursou disciplinas que tratam de conteúdos de enfermagem em centro cirúrgico e cuidados críticos, estando assim capacitada para realização da sua avaliação criteriosa na SRPA. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o estabelecimento do perfil do usuário na SRPA do HRC; Fornecimento de informações para o estabelecimento de protocolos assistenciais para a identificação precoce de complicações pós-operatórias imediatas e de possíveis fatores de riscos.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Mani Indiana Funez, na Universidade de Brasília, no telefone (61) 99668-6608 e (61) 3376-0252, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: mani@unb.br

Nome / assinatura ou rubrica

Pesquisador Responsável/ assinatura ou rubrica

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP FEPECS-SES/DF). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo CEP/FS no telefone (61) 3107-1947 ou e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser esclarecidos pelo CEP FEPECS–SES/DF através do telefone: (61) 3325-4955 ou do e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com, horário de atendimento de 08:30hs às 11:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP FEPECS-SES/DF se localiza na FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1, Edifício Fepecs.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: __/__/____

Horário:__:__ () PM () AM

1. Dados demográficos

Nome completo:_____ Sexo: () F () M

Idade:___ anos

Número do prontuário:_____

2. Informações pré-operatórias

Motivo da internação: _____

Histórico cirúrgico:_____

Fatores de risco anestésico-cirúrgico: () Etilismo () Tabagismo () Diabetes tipo I
() Diabetes tipo II () Asma () DPOC () Enfisema pulmonar () HAS

Outra(s) comorbidades:_____

Alergias: _____

Classificação ASA:() classe I () classe II () classe III () classe IV () classe V () classe VI

Administrado medicamento no pré-operatório imediato?_____

3. Características anestésicas-cirúrgicas

Nome da cirurgia: _____

Especialidade cirúrgica: () neurológica () bucomaxilofacial () oftalmológica

() otorrinolaringológica () cabeça e pescoço () cardíaca

() vascular () torácica () aparelho digestivo () ortopédica

() urológica () ginecológica () obstétrica () oncológica

() plástica () reconstrutiva () estética

Potencial de contaminação: () cirurgia limpa

() cirurgia potencialmente contaminada

() cirurgia contaminada

() cirurgia infectada

Duração: _____ h () Porte I () Porte II () Porte III () Porte IV

Risco cardiológico: () pequeno porte () médio porte () grande porte

Tipo de anestesia:

Geral () _____ + sedativos () Sim () Não _____

Espinal/Raquidiana () _____ + sedativos () Sim () Não _____

Epidural/Peridural () _____ + sedativos () Sim () Não _____

Ocorreu alguma complicação intraoperatória? () Sim () Não Se sim, qual? _____

Administrado medicamento no intraoperatório? _____

4. Informações na SRPA

Horário de admissão: _____

Horário de saída: _____

Complicação: () Sim () Não

➤ Respiratórias:

Hipóxia () Bradpnéia () Dispneia () Taquipneia () Obstrução de vias aéreas

➤ Cardiovasculares

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () PCR () Hipovolemia ()

Arritmia () Qual? _____

➤ Gastrointestinais:

Náuseas () Vômitos () Distensão abdominal () Solução ()

➤ Urológicas

() Oligúria () Anúria () Poliúria () Retenção urinária

➤ Neurológica

() Agitação () *Delirium* () Convulsões () Excitação () Desorientação () Tremores

() Dor

➤ Outras:

() Hipotermia () Hipertermia () DHE () desequilíbrio ácido – básico () Choque

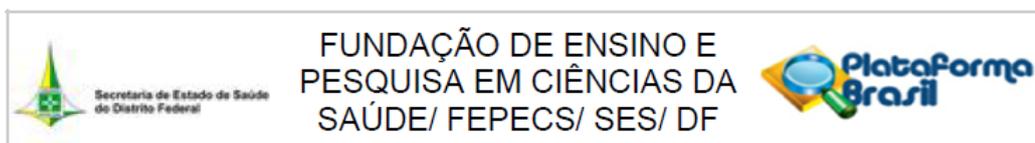
AVALIAÇÃO NA SRPA

	Internação	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	'	'	Alta
Sinais Vitais											
PA											
FC											
T°C											
FR											
Índice de Aldrete Kroulik											
Atividade Muscular											
Respiração											
Circulação											
Consciência											
Saturação de oxigênio											
Escala de dor											
Escala de sedação Ramsey											

Consumo medicamentoso

Fármaco	Via de administração	Dose	Administrado após quantos minutos na SRPA	Administrado para qual complicação?

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL: LEVANTAMENTO DAS COMPLICAÇÕES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-

Pesquisador: Mani Indiana Funez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62615916.4.3001.5553

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.028.979

Apresentação do Projeto:

Introdução: A recuperação anestésica é uma etapa importante, sob o ponto de vista de complicações anestésico-cirúrgicas, do período pósoperatório imediato. O paciente após sair da sala de operação (SO) é direcionado para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e ficará nesta unidade até receber a alta. Na SRPA, o paciente é observado pela equipe de enfermagem até a recuperação da consciência e estabilidade de sinais vitais. As complicações na SRPA tem uma alta incidência, então torna-se importante mensurar quais são mais frequentes e se correlacionam com tipo anestésico, tipo e especialidade cirúrgica, condições clínicas pré-existentes do paciente para que assim possam-se identificar possíveis fatores de risco. **Objetivo:** Identificar complicações cirúrgico-anestésicas na SRPA do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). **Metodologia:** Estudo prospectivo, descritivo com análise observacional. A amostra será composta de pacientes cirúrgicos eletivos internados na SRPA do HRC. Serão incluídos na pesquisa: pacientes submetidos a procedimento cirúrgico eletivo de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, internados na SRPA. Serão excluídos da pesquisa: Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de urgência e/ou emergência, pacientes que não estejam em condições de responder por si no pré-operatório, com idade inferior a 18 anos, que vierem a óbito no intraoperatório ou que sejam encaminhados diretamente para outra unidade de internação que não a SRPA. A coleta de dados

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.028.979

ocorrerá em um mês e será realizada em duas etapas: I. Visita pré-operatória: Para assinatura do TCLE pelo participante da pesquisa e coleta de informações pré-operatórias. II. Avaliação criteriosa dos pacientes e de possíveis complicações pós-operatórias na SRPA realizada pela acadêmica pesquisadora a partir de instrumento adaptado e exame físico. Também serão coletadas informações do prontuário eletrônico do paciente. Os dados serão computados no Microsoft Office Excel, no qual vão ser organizados em tabelas e gráficos. Resultados esperados: Espera-se identificar quais são as complicações pós-operatórias mais incidentes na SRPA do HRC e qual a correlação destas com características pré-operatórias e intraoperatórias para assim identificar possíveis riscos. A partir disto, possibilitará a implementação de novos protocolos assistenciais na SRPA.”

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

Este trabalho terá como objetivo identificar complicações cirúrgicas na Sala de Recuperação Anestésica (SRPA) no Hospital Regional de Ceilândia(HRC).

Objetivo Secundário:

- Determinar a incidência de complicações operatórias que ocorrem na SRPA do HRC;
- Realizar levantamento das condições clínicas pré-operatórias e características do procedimento anestésico-cirúrgico;
- Correlacionar características pré-operatórias e intraoperatórias com as complicações que serão encontradas na SRPA.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos:

Quanto a primeira etapa da pesquisa o principal risco é de o paciente sentir-se coagido a participar da pesquisa, serão feitos todos os esforços possíveis para deixar claro que a negativa em participar da pesquisa não implicará em prejuízos ao paciente quanto ao tratamento cirúrgico proposto ou outro. Quanto a segunda parte da pesquisa o principal risco é de a coleta de dados eventualmente comprometer a assistência prestada na unidade. Neste caso, esclarecemos que a acadêmica já cursou as disciplinas que tratam conteúdos de assistência de enfermagem em centro cirúrgico e de cuidados críticos; estando capacitada para frequentar o ambiente do centro cirúrgico bem como para executar a coleta de dados. Esta,por sua vez, que não envolverá intervenção e/ou procedimento, mas sim coleta de informações por meio de anamnese e exame físico. A acadêmica pesquisadora realizará a avaliação criteriosa dos pacientes e de possíveis complicações e fará todos os esforços para não interferir na assistência

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.028.979

prestada ao paciente. Quando identificada alguma complicação previamente a identificação pela equipe, esta será imediatamente comunicada a equipe de Enfermagem. Além disso, a equipe responsável pela SRPA irá realizar sua avaliação paralelamente a da pesquisa. O manejo das complicações será realizado apenas pela equipe responsável pela SRPA do HRC.”

Benefícios:

Estabelecimento do perfil do usuário na SRPA do HRC; Fornecimento de informações para o estabelecimento de protocolos assistenciais para a identificação precoce de complicações pós-operatórias imediatas e de possíveis fatores de riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto submetido ao CEP da Universidade de Brasília e respondeu as pendências elencadas por aquele CEP. Foi submetida ao CEP/FEPECS porque será realizado na SES/DF mediante co-parceria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos:

- Folha de Rosto - assinada pela UNB
- Termos de anuência - assinados pela UNB e SES/DF (Diretor do Hospital Regional da Ceilândia)
- Projeto de pesquisa completo submetido ao CEP/UNB com carta de adequações e de resposta a pendências
- Currículos dos pesquisadores
- TCLE atualizado (resposta às pendências)
- Cronograma atualizado (resposta as pendências); orçamento, fichas coleta de dados
-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_754737.pdf	29/03/2017 20:16:41		Aceito
Outros	Carta_Resposta_de_Pendencias.pdf	29/03/2017 20:08:06	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Outros	Carta_Resposta_de_Pendencias.doc	29/03/2017 20:07:14	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	29/03/2017 20:03:13	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	29/03/2017 20:02:57	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.docx	29/03/2017 20:02:34	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.pdf	29/03/2017 20:02:20	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_754737.pdf	29/11/2016 23:05:30		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	29/11/2016 23:02:05	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Outros	Folha_de_rosto_documento_editavel.do cx	29/11/2016 23:00:43	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.pdf	29/11/2016 22:58:35	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.docx	29/11/2016 22:58:13	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	27/11/2016 22:52:43	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	27/11/2016 22:52:06	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_754737.pdf	09/11/2016 18:55:21		Aceito
Outros	Folha_de_rosto_documento_editavel.do cx	09/11/2016 18:51:17	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	09/11/2016 18:48:23	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.docx	09/11/2016 18:47:38	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_Institucional_c oparticipante.pdf	09/11/2016 18:45:48	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Instituição e	Termo_de_Concordancia_Institucional_c oparticipante.docx	09/11/2016 18:45:29	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.028.979

Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_Institucional_d oparticipante.docx	09/11/2016 18:45:29	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_institucional_p roponente.pdf	09/11/2016 18:45:06	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_institucional_p roponente.docx	09/11/2016 18:44:32	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.pd f	09/11/2016 18:42:43	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.do cx	09/11/2016 18:42:26	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_e_compro misso_dopesquisador_responsavel.pdf	09/11/2016 18:35:58	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_e_compro misso_do_pesquisador_responsavel.doc x	09/11/2016 18:35:27	Thaise Loyanne Felix Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Abril de 2017

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)