



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2024;5(24):25-34

Artigos
de Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v5i24.801](https://doi.org/10.51723/hrj.v5i24.801)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 26/12/2023

Aceito: 24/04/2024

Seguimento do procedimento anestésico em crianças submetidas a cirurgias pediátricas: da admissão à alta do centro cirúrgico

Follow-up of the anesthetic procedure in children undergoing pediatric surgeries: from admission to discharge from the operating room

Lethicia Tavares Araújo Honesko¹ , Gabriella Ferreira Quaranta¹ , Raquel Elisa de Almeida² , Liliane Travassos Cavalcanti de Souza² 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS).

² Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Correspondência: lethicia.nurse@gmail.com

RESUMO

Introdução: o processo anestésico tem grande importância na segurança do procedimento cirúrgico. O jejum, no pré-operatório, deve ser realizado conforme orientações prévias. No período pós-operatório imediato, a equipe de enfermagem da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) deve estar inteirada sobre os cuidados ao paciente durante toda a sua permanência no setor. **Objetivo:** analisar o procedimento anestésico em crianças submetidas a cirurgias, a fim de descrever, o tempo médio de jejum no pré-operatório e de permanência na SRPA e os cuidados de enfermagem prestados. **Método:** pesquisa prospectiva, descritiva, observacional e de análise quantitativa, sobre o tempo de jejum pré-operatório e o tempo de permanência na SRPA no pós-operatório imediato. **Resultados:** a amostra total foi de 66 pacientes em jejum pré-operatório, sendo que o tempo médio de jejum realizado foi de 12 horas e o tempo médio de permanência na SRPA no pós-operatório imediato foi de 1,36 horas. **Conclusão:** os resultados deste estudo visam a melhoria da assistência perioperatória conforme novas políticas e protocolos, possibilitando um melhor manejo do jejum no pré-operatório e condutas direcionadas às complicações mais comuns entre os pacientes no pós-operatório.

Palavras-chave: Jejum; Sala de recuperação; Período de recuperação da anestesia; Complicações pós-operatórias; Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

Introduction: the anesthetic process is very important for the safety of the surgical procedure. Preoperative fasting should be performed according to previous guidelines. In the immediate postoperative period, the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) nursing team must be aware of patient care throughout their stay in the sector. **Objective:** to analyze the anesthetic procedure in children submitted to surgeries, in order to describe the average

time of fasting in the preoperative period and length of stay in the PACU and the nursing care provided. **Method:** prospective, descriptive, observational and quantitative analysis research on preoperative fasting time and PACU stay in the immediate postoperative period. **Results:** the total sample consisted of 66 patients fasting preoperatively, with an average fasting time of 12 hours and an average time spent at the PACU in the immediate postoperative period was 1.36 hours. **Conclusion:** the results of this study aim to improve perioperative care according to new policies and protocols, enabling better management of preoperative fasting and conducts aimed at the most common complications among patients in the postoperative period.

Keywords: Fasting; Recovering room; Anesthesia recovery period; Postoperative complications; Perioperativenursing.

INTRODUÇÃO

O processo anestésico é de grande importância para que o procedimento cirúrgico prossiga com segurança; tem o objetivo de fazer com que o paciente fique confortável, reduzindo a dor e ansiedade, permitindo a inconsciência, imobilidade e inibição de reflexos que posteriormente são revertidos¹.

A anestesia em crianças deve ser realizada de forma segura, visto que elas possuem especificidades que as distinguem dos pacientes adultos, por isso a importância de se realizar um pré-operatório correto e completo, que seja capaz de detectar fatores de risco para complicações trans e pós-operatórias².

O pré-operatório, período que precede a realização do procedimento cirúrgico, consiste em um momento de importantes orientações e cuidados ao paciente cirúrgico. Dentre estes, está o jejum pré-operatório ou jejum pré-anestésico, para o qual os pacientes são orientados a não ingerir sólidos ou líquidos até a entrada ao Centro Cirúrgico (CC). Esta recomendação visa evitar a regurgitação e reduzir os riscos de broncoaspiração do conteúdo gástrico, principalmente nas fases de intubação e extubação dos pacientes submetidos à indução anestésica³.

É comum que muitas instituições adotem recomendações antigas, como por exemplo, a prática “*nil per os*”, uma instrução médica que significa “nada pela boca” após meia noite na noite anterior à cirurgia. Além disso, várias publicações evidenciam um tempo de jejum prolongado em pacientes pediátricos no pré-operatório⁴. Contudo, esta prática vem sendo questionada e desafiada por protocolos recentes que destacam complicações metabólicas

relacionadas ao extenso tempo de jejum no período pré-operatório, principalmente em pacientes pediátricos, que são mais sensíveis ao jejum prolongado devido às suas baixas reservas de glicogênio no fígado e no músculo esquelético³.

O jejum prolongado está em desacordo com as recomendações mais atuais, além de não levar em consideração o bem-estar do paciente, os atrasos das cirurgias e outros fatores que contribuem para o tempo excessivo de jejum⁴. Segundo recentes recomendações da *American Society of Anesthesiologists*⁵, está indicado um tempo determinado de jejum para diferentes tipos de alimentos. Recomenda-se jejum de duas horas para líquidos claros e sem álcool; jejum de quatro horas para leite materno no caso de recém-nascidos e lactentes; jejum de seis horas para dieta leve e fórmula infantil para crianças; e por último, jejum de oito horas para alimentos gordurosos, frituras e carnes⁶.

A equipe de enfermagem exerce papel fundamental frente à questão supracitada, pois atua desde o preparo do paciente antes da realização do procedimento cirúrgico, prevenindo complicações relacionadas ao jejum prolongado, até as intervenções de enfermagem a serem implementadas no pós-operatório. Por isso, a fim de prestar uma assistência de qualidade, é importante capacitar os profissionais que atuam no perioperatório com bases científicas atuais e relevantes para o trabalho⁷.

No período intraoperatório, especificamente em crianças, as complicações anestésicas estão relacionadas principalmente ao sistema respiratório, sendo elas: dessaturação, estridor, laringoespasmos, broncoespasmos e aspiração brônquica. Na

maior parte das vezes, os fatores de risco associados a estas complicações são idade menor que um ano, classificação ASA 3-5, patologias respiratórias, cirurgias que invadam vias aéreas, procedimentos de urgência ou emergência e necessidade de intubação orotraqueal⁸.

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) tem a finalidade de promover o acolhimento do paciente oriundo da sala operatória (SO) no CC. É designada para que seja prestada assistência imediata ao paciente após diversos tipos de procedimentos anestésico-cirúrgicos, até sua total recuperação anestésica⁹.

Durante o pós-operatório imediato (POI), o enfermeiro da SRPA deve ser preparado para prevenir possíveis distúrbios ocasionados pelo ato anestésico-cirúrgico¹⁰. A assistência exige a manutenção dos cuidados ao paciente até que sua consciência seja reestabelecida, atentando-se para monitorização ininterrupta e precaução de intercorrências¹¹.

Nesta etapa perioperatória, as complicações são caracterizadas como qualquer queixa, sinais e/ou sintomas manifestados pelo paciente durante sua permanência na SRPA¹². As principais complicações pós-operatórias, citadas na literatura, estão ligadas aos sistemas respiratório, circulatório, gastrointestinal, neurológico e urológico¹¹. Dentre estas, as mais prevalentes são: náuseas e vômitos, dor, sangramento, retenção urinária, hipotensão, hipotermia e hipoxemia, que na maior parte das vezes estão associadas à anestesia geral ou raquianestesia¹¹.

Devido às complicações possíveis de ocorrerem na SRPA, a equipe perioperatória precisa estar sempre inteirada a respeito dos cuidados que devem ser prestados ao paciente, além de dominar as intervenções necessárias a cada tipo de complicação¹⁴.

Entre as principais intervenções de enfermagem para as complicações pós-operatórias mais comuns estão: para náuseas e vômitos – posicionar o paciente de maneira que previna broncoaspiração; para dor – posição confortável, aplicação de calor e frio, controle de analgesia; para sangramento – monitorar sinais vitais (SSVV), realizar contenção de sangramento ativo com curativo compressivo; para retenção urinária – proporcionar privacidade, estimular bexiga reflexa (compressa fria no abdome, deixar água corrente); para hipotensão – posição trendelenburg, monitorar

sangramento e SSVV, medicação prescrita; para hipotermia – promover aquecimento, aquecer soluções de infusão, monitorar temperatura e cor da pele; para hipoxemia – monitorar saturação de O₂ e dispneia, observar secreções em vias aéreas¹⁰.

A enfermagem é essencial durante o período de recuperação do paciente, pois é nesse momento que há risco aumentado de surgimento de problemas, por isso é imprescindível a observação do equilíbrio hemodinâmico do paciente^{10,14}. O enfermeiro é o principal responsável por prever e prover as necessidades do setor, reconhecer os distúrbios aos quais os pacientes estão sujeitos, no intuito de reduzir ao mínimo possível eventuais complicações, além de orientar a equipe de enfermagem na assistência^{14,15}.

Portanto, a presente pesquisa visa responder a seguinte questão: no procedimento anestésico em crianças, o jejum pré-operatório, a assistência prestada e a permanência do paciente na SRPA estão em conformidade com as recentes recomendações?

Assim, com a finalidade de responder à questão supracitada, objetiva-se acompanhar e analisar o procedimento anestésico em crianças submetidas a cirurgias pediátricas, a fim de descrever, especialmente, o tempo médio de jejum no pré-operatório e de permanência na SRPA e os cuidados de enfermagem prestados na SRPA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa prospectiva, descritiva, observacional e de análise quantitativa. No delineamento prospectivo os dados são coletados no contato ou no seguimento dos participantes. Em pesquisas descritivas, não há grupo-controle como nas analíticas, e busca-se conhecer a distribuição de eventos na população, fornecendo um diagnóstico da situação¹⁶. Estudos observacionais investigam situações naturais. Os fatos são observados e descritos sem que haja intervenção do pesquisador^{16,17}. A abordagem quantitativa consiste em representar os dados por meio de números e apresentar os resultados de forma organizada¹⁸.

A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico de um hospital público pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Foi solicitada

previamente autorização da diretora do hospital e do responsável pelo CC, cenário da pesquisa. Trata-se de um hospital referência em cirurgia pediátrica para todo o Distrito Federal, que realiza em média 140 procedimentos cirúrgicos pediátricos ao mês, considerando os quatro primeiros meses de 2022. O centro cirúrgico dispõe de cinco salas de cirurgias, seis leitos de SRPA e uma sala de admissão de pacientes.

A amostra do estudo foi composta por pacientes em pré e pós-operatório imediato de cirurgias pediátricas e profissionais de enfermagem que atuam na Sala de Recuperação Pós-anestésica do hospital cenário da pesquisa.

Referentes aos pacientes, foram incluídos pacientes pediátricos – idade de zero a 12 anos 11 meses e 29 dias – submetidos a procedimentos operatórios eletivos ou de urgência, da especialidade de cirurgia pediátrica, que consentiram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis e que passaram pela SRPA no pós-operatório imediato. Foram excluídos os pacientes que foram encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou qualquer outro setor, além da SRPA, no pós-operatório imediato e os que os responsáveis não consentiram com a assinatura do TCLE. Também foram excluídos os procedimentos realizados no período noturno e nos finais de semana, uma vez que nesses períodos a equipe é reduzida, a demanda cirúrgica é expressivamente menor e ocorrem apenas procedimentos de emergência, que são imprevisíveis, podendo inviabilizar a coleta de dados.

Para a observação dos profissionais na SRPA, foram incluídos servidores da enfermagem – enfermeiros e técnicos de enfermagem – lotados no CC do hospital cenário do estudo, que aceitaram ao convite para participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Foram excluídos os profissionais que não aceitaram ao convite e os que estavam afastados, de licença ou de férias no período do estudo.

A coleta foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2022 e janeiro de 2023, tendo como amostra final um total de 66 pacientes e 15 técnicos de enfermagem.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um instrumento estruturado, contendo um questionário realizado no pré-operatório e um formulário de observação que foi preenchido no intraoperatório e no pós-operatório imediato. As variáveis coletadas foram idade, sexo, tempo de jejum, presença de comorbidades, condição clínica do paciente, urgência cirúrgica, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, tempo de permanência na SRPA, complicações na SRPA e intervenções de enfermagem na SRPA.

Após a coleta os dados foram tabulados e analisados quantitativamente utilizando o Microsoft Office Excel. A análise foi realizada com estatística descritiva das variáveis, através de frequências simples para as variáveis categóricas e de tendência central (média) para as variáveis quantitativas. Os resultados foram agrupados em tabelas para melhor visualização e interpretação das informações.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) e foram cumpridas as exigências da Resolução nº 466/2012 CNS/MS que norteia a pesquisa com seres humanos de forma anônima, tendo sido cadastrado com o CAAE n. 61861422.1.0000.5553 e aprovado no parecer n. 5.706.075 em 18 de outubro de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 66 (sessenta e seis) pacientes. As características sociodemográficas e as informações coletadas no período pré-operatório imediato, referentes ao jejum e presença de comorbidades, foram unificadas na Tabela 1. A amostra foi composta em sua maioria por crianças de quatro a oito anos (48,48%), com predomínio do sexo masculino (69,70%). Todos os pacientes estavam de jejum no pré-operatório; o tempo de jejum praticado variou de quatro a 18 horas, apresentando um tempo médio de 12 horas. Nove pacientes (13,64%) apresentam algum tipo de comorbidade, sendo elas: transtorno do espectro autista (TEA) – três pacientes; epilepsia – dois pacientes; síndrome de Hirschsprung – um paciente; hepatite medicamentosa e hidronefrose – um paciente; tumor sacral – um paciente; e síndrome de down – um paciente.

Tabela 1 – Distribuição dos dados referentes às características sociodemográficas, jejum pré-operatório e presença de comorbidades. Brasília, 2023.

Variáveis	N	Média (H)	%
Idade			
0 a 3 anos	21	**	31,82
4 a 8 anos	32	**	48,48
9 a 12 anos	13	**	19,70
Sexo			
Feminino	20	**	30,30
Masculino	46	**	69,70
Jejum			
Sim	66	**	100
Não	0	**	0
Tempo orientado	**	8	**
Tempo praticado	**	12	**
Jejum prolongado			
Sim	58	**	87,88
Não	8	**	12,12
Comorbidades			
Sim	9	**	13,64
Não	57	**	86,36

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Com relação à urgência cirúrgica, 11 pacientes realizaram cirurgia eletiva (16,67%), enquanto 55 pacientes realizaram cirurgia de urgência ou emergência (83,33%). Quanto às condições clínicas, observou-se que 100% dos pacientes apresentavam-se estáveis no pré-operatório imediato. Foram realizados 33 tipos diferentes de cirurgias, entre elas, as mais frequentes foram apendicectomia aberta (15,15%) e apendicectomia videolaparoscópica (21,21%); as demais cirurgias estão listadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes ao tipo de cirurgia realizada. Brasília, 2023.

Variável	N	%
Cirurgia		
Apendicectomia Videolaparoscópica	14	21,21
Apendicectomia Aberta	10	15,15
Herniorrafias	10	15,15
Exérese de lesão para biópsia	4	6,06
Orquidopexia	3	4,55
Laparotomia exploradora	2	3,03
Enteroanastomose	2	3,03
Drenagem de abscesso	2	3,03
Outras	19	28,79

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Utilizou-se apenas um tipo de anestesia em 38 pacientes (57,58%), sendo a anestesia geral utilizada em 33 pacientes e a sedação nos outros cinco. Em 28 pacientes (42,42%) a anestesia foi combinada com dois ou três tipos, os quais estão especificados na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos dados referentes aos tipos de anestesia combinada. Brasília, 2023.

Variável	N	%
Tipos de associação anestésica		
2 tipos		
Geral + Peridural	2	7,14
Geral + Bloqueio Regional	18	64,29
Geral + Local	3	10,71
Local + Sedação	1	3,57
Raquianestesia + Sedação	2	7,14
Sedação + Bloqueio Regional	1	3,57
TOTAL	27	96,43
3 tipos		
Local + Geral + Peridural	1	3,57
TOTAL	1	3,57

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Em relação às complicações no intraoperatório, foram observadas em 6 pacientes (9,09%), sendo que 4 crianças apresentaram dessaturação, uma desenvolveu laringoespasma e um paciente sofreu essas duas complicações.

O tempo de permanência na SRPA foi observado e calculado desde a admissão até a alta anestésica; variou de 0,4 a 3,16 horas, o que resultou em uma média de 1,36 horas. As complicações pós-operatórias mais frequentes na SRPA foram: dor (33,33%), outros – agitação, alteração de sinais vitais e acúmulo de secreção em vias aéreas (23,81%), náusea (21,43%), vômito (9,52%), hipoxemia (7,14%), sangramento (2,38%) e retenção urinária (2,38%).

As intervenções realizadas mais frequentemente pela equipe de enfermagem da SRPA no cuidado pós-operatório imediato foram: posicionar o paciente confortavelmente (100%), monitorar SSVV (100%), monitorizar a saturação de oxigênio (100%), posicionar o paciente para evitar aspiração (79%), monitorizar a temperatura corporal e a cor da pele (68%), promover aquecimento (58%), observar secreções em vias aéreas (36%), outros – oxigenoterapia, administração de medicação e proteção de acesso venoso periférico (32%), controlar a dor – analgesia – (17%), monitorizar sangramento (7,6%), promover privacidade para necessidades fisiológicas (3%) e realizar curativo compressivo para contenção de sangramento ativo (1,5%).

Entre os dados apresentados, alerta-se para o tempo de jejum pré-operatório praticado pelos pacientes. Constatou-se que no hospital cenário do estudo, os pacientes realizam mais tempo de jejum que o orientado, apresentando uma média de 12 horas de jejum. Os resultados evidenciaram que os pacientes pediátricos jejuaram por tempo prolongado, bastante acima do recomendado segundo orientações preconizadas pela *American Society of Anesthesiologists*, acerca do modelo 6-4-2, que diz respeito ao tempo de jejum realizado para cada tipo de alimento. Sendo recomendado: o jejum de 2 horas para líquidos claros sem álcool e com um pouco de açúcar; jejum de 4 horas para leite materno para recém nascidos e lactentes; jejum de 6 horas para dieta leve e leite não materno, e para crianças fórmula infantil e por fim, o jejum de 8 horas para alimentos gordurosos, frituras e carnes⁵.

Observou-se neste estudo, que os pacientes pediátricos tenham jejuado aproximadamente quatro horas a mais, considerando este mesmo protocolo. Além

disso, notou-se que 29 pacientes (43,94%) realizaram jejum superior a doze horas, sendo o tempo variado entre 13 e 18 horas.

Quando o jejum ultrapassa doze horas o organismo ativa mecanismos na tentativa de equilibrar e atenuar os sintomas da perda de líquidos, podendo levar ao completo desequilíbrio hemodinâmico, gerando alterações cardiovasculares e pressóricas importantes, além da depleção do volume intravascular por desequilíbrio compartimental⁵.

Além disso, o jejum prolongado gera grande desconforto ao paciente, principalmente na criança, provocando ansiedade, irritabilidade e agitação antes da cirurgia, potencializando alterações metabólicas e, conseqüentemente, afetando a recuperação, aumentando o tempo de internação e podendo deixar esses pacientes mais susceptíveis às infecções devido à diminuição do aporte calórico e à queda do sistema imunológico¹⁹.

É de extrema relevância que os profissionais envolvidos nesse processo se ajustem às novas políticas e protocolos estabelecidos mundialmente. Como no projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória), que foi implantado no Brasil com o objetivo de minimizar os agravos causados pelo jejum prolongado e acelerar a recuperação pós-operatória. Dentre as recomendações deste protocolo, está a ingestão de líquido enriquecido com maltodextrina, um carboidrato que auxilia na reversão da resistência à insulina causada pelo trauma cirúrgico e também tem fator psicológico benéfico na redução da ansiedade e da fome causados pelo jejum no pré-operatório⁶.

Diante disso, estudos revelam que a abreviação do jejum em crianças, associado ao uso de bebidas contendo carboidratos administradas duas horas antes da operação, são benéficos do ponto de vista metabólico e inflamatório, constatando que é seguro e não está associado ao maior risco de broncoaspiração pulmonar, pois, se realizado conforme as recomendações atuais, o jejum abreviado ajuda na recuperação fisiológica e reduz a sede pré-operatória, cefaleia, náuseas, entre outras complicações pós-operatórias^{4,20}.

Outros achados que despertaram atenção neste estudo, foram o tempo de permanência na SRPA, as complicações pós-operatórias e as intervenções realizadas por parte da equipe de enfermagem.

Dessa maneira, vale destacar que a prevalência de complicações pós-operatórias imediatas varia

muito na literatura. No presente estudo, 59,09% não apresentaram complicações pós-operatórias na SRPA, sendo a dor a complicação mais prevalente, relatada por 33,33% deles.

Outros estudos corroboram com o resultado supracitado, evidenciando a dor no local cirúrgico como uma das complicações mais frequentes¹². Correlacionando com as intervenções de enfermagem, 17% dos casos precisaram do cuidado de controle de analgesia, sendo necessário o uso de analgésicos, motivo pelo qual todas essas crianças foram medicadas. O controle da dor evita sofrimento desnecessário, proporciona maior satisfação do paciente frente ao atendimento e reduz possíveis complicações e alterações nos sinais vitais, que determinam maiores períodos de internação²¹. Além disso, observa-se que destes 33,33%, em apenas 17% foram utilizadas medidas medicamentosas, em contrapartida, a maioria dos cuidados prestados pela enfermagem frente à dor, foram medidas não medicamentosas, em especial, o posicionamento confortável dos pacientes, que foi observado em 100% dos casos.

A hipotermia também foi apresentada em vários estudos como uma das complicações mais prevalentes¹². Contudo, no presente estudo, não foram observados casos de hipotermia na SRPA do hospital em questão. Tais resultados se justificam, em parte, pelas intervenções da equipe de enfermagem que já são rotina no pós-operatório, visto que o cuidado de “promover aquecimento” está presente em 58% dos casos analisados.

Quanto às complicações náuseas e vômitos, presentes em 21,43% e 9,52% dos casos, respectivamente, estas também foram encontradas como complicações gastrintestinais mais frequentes na SRPA¹¹. De acordo com a literatura, a anestesia geral é a mais ocasionadora de quadros de náuseas e de vômitos no período pós-anestésico²².

Conjectura-se que as complicações pós-operatórias encontradas neste estudo podem se justificar pelo tipo de anestesia usada nas cirurgias realizadas. A anestesia geral, utilizada em 86,84% das cirurgias deste estudo, é a forma mais comum de anestesia utilizada em crianças. Vários estudos estabeleceram que a escolha pela anestesia geral evidencia uma estabilidade hemodinâmica no intra-operatório, principalmente em idades inferiores a 8 anos, sobretudo até os 4 anos de idade, proporcio-

nando o ato anestésico mais seguro²². Entretanto, está associada às complicações mais prevalentes, dentre elas, dor, hipoxemia, agitação, náuseas e vômitos, que contribuem para o aumento do tempo de permanência na SRPA¹².

Quanto ao tempo de permanência na SRPA, temos uma média de 1,36 horas, que é um período adequado para avaliação dos sinais vitais, aplicação do Índice de Aldrete e Kroulik (IAK), que avalia parâmetros importantes na definição da alta anestésica, e a devida operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), visando maior segurança na transferência do paciente à unidade de destino²¹.

A enfermagem desempenha papel fundamental e de extrema importância frente aos cuidados prestados no pós-operatório imediato, ainda na SRPA. Entre eles, destaca-se o acolhimento e comunicação efetiva com o paciente ao despertar anestésico, bem como o acolhimento e fornecimento de informações necessárias ao acompanhante da criança²³.

Destaca-se também sua atuação na avaliação sistemática de sinais vitais, dor, agitação, risco de queda e os cuidados específicos com a ferida operatória, visando a prevenção e identificação precoce de possíveis eventos adversos. A equipe de enfermagem deve associar aos cuidados, o uso de escalas e protocolos com o objetivo de sistematizar o cuidado ao paciente e, com a aplicação do processo de enfermagem, dar continuidade à assistência e à qualidade do cuidado prestado²³.

Segundo a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), enfermeiros da SRPA têm como algumas competências: estar atentos aos riscos intrínsecos ao ato anestésico-cirúrgico, checar e instalar aparelhos utilizados na assistência, realizar exame físico na admissão e na alta (verificar SSVV, saturação de oxigênio e dor), aplicar o IAK modificado, avaliar as condições clínicas do paciente e registrar em prontuário, entre outras²⁴. Aos técnicos de enfermagem cabe prestar cuidados de enfermagem designados pelo enfermeiro, admitir o paciente na unidade conforme designação do enfermeiro ou junto dele, aplicar o IAK modificado, executar prescrição médica, notificar o enfermeiro a respeito das condições clínicas do paciente e intercorrências que vierem a ocorrer²⁴.

Algumas das principais intervenções de enfermagem realizadas na SRPA de acordo com a SOBECC são: avaliar ferida cirúrgica, monitorar sinais e sintomas de hipertermia e hipotermia, avaliar condições da pele, observar curativo, posicionar o paciente de forma adequada e confortável, avaliar dor, controlar sinais vitais e administrar analgésicos prescritos conforme relato de dor²⁵. Percebe-se que as intervenções da enfermagem observadas no presente estudo estão em consonância com suas atribuições segundo essa sociedade.

CONCLUSÕES

Os dados apresentados nos permite concluir que a assistência está parcialmente em conformidade com as recomendações mais atuais. Os resultados foram favoráveis para os cuidados prestados na SRPA, mas

demonstraram fragilidade na prática recorrente do jejum pré-operatório prolongado.

Espera-se que os resultados deste estudo impulsionem a prática baseada em evidências, em prol de uma assistência de elevado nível de qualidade e segurança do paciente, principalmente nos tópicos abordados neste estudo, acerca do tempo de jejum prolongado e das intervenções realizadas na SRPA.

Observa-se a necessidade dos profissionais envolvidos em todo o período perioperatório de se reajustarem às novas políticas e protocolos estabelecidos mundialmente. Os dados obtidos neste estudo visam contribuir para a melhoria do conhecimento destes profissionais, possibilitando um melhor manejo do jejum no pré-operatório, assim como condutas direcionadas às complicações mais comuns entre os pacientes no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Lemos CS. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: protocolo para segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2015 [acesso em: 2023-02-07]. doi:10.11606/D.7.2016.tde-13102015-161656.
2. Hospital Infantil Sabará. Departamento de Anestesiologia – Visão Geral. [Internet]. Brasília. [acesso em: 2022 Mai 19]. Disponível em: <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/centro-de-excelencia-e-servicos/departamento-de-anestesiologia/visao-geral/>
Bergantini LS, Ichisato SMT, Nunes MSA, Fernandes CAM. Tempo de jejum pré-operatório de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos. Rev Rene [Internet]. 2021 [acesso em: 2022 Mai 19];22:e61347. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/57964/1/2021_art_Isbergantini.pdf
doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261347>
3. Carvalho CALB, Carvalho AA, Preza ADOG, Nogueira PLB, Mendes KBV, Nascimento DBD, et al. Benefícios Metabólicos e Inflamatórios da Abreviação do Jejum Pré-operatório em Cirurgia Pediátrica. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2019 [acesso em: 2022 Mai 23];47:e20202353. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/tpnzWYqfFJJp7H5cTYDCvBP/?format=pdf&lang=pt>
doi: 10.1590/0100-6991e-20202353
4. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017;126:376-393. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>
5. Pinto ACS, Ferreira RS, Gomes PM, de Andrade LB, Tavares J de M. Evaluation of the effects of prolonged furniture prior to and after operating / Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 14º de junho de 2021 [citado 7º de maio de 2024];13:1161-6. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9057>

6. Silva SSF, Ferreira RS, Pinto ACS, Andrade LB, Gomes PM, Tavares JM. Pós-operatório de paciente oncológico em jejum prolongado: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2020 Dec [acesso em: 20 Novembro 2022]4;28:e50567. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50567>
doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50567>
7. Sirtoli IS, Costa TR, Martinelli ES, Feldens R, Hoffmeister EV, Lobato N, et al. Desenvolvimento de um modelo de risco para complicações respiratórias perioperatórias em crianças submetidas a cirurgias não-cardíacas: descrição da amostra. In: Anais da 40 Semana Científica do HCPA [Internet]; 2020 Nov 09-13; Porto Alegre, RS. Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020. [acesso em: 2022 Dez 15]. [Paper 2466]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/downloads/anais40asc-final.pdf>
8. Jardim DP, Lopes Machado LV, Viegas K. Perfil e tempo de permanência de pacientes intensivos assistidos na recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC [Internet]. 21 de dezembro de 2020 [acesso em: 8 de fevereiro de 2023];25(4):241-6. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/644>
9. Ribeiro MB, Peniche A de CG, Silva SCF e. Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de riscos e intervenções de enfermagem: revisão integrativa. Rev SOBECC [Internet]. 19 de dezembro de 2017 [acesso em: 8 de fevereiro de 2023];22(4):218-29. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/268>
10. Campos MP de A, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão integrativa. Rev SOBECC [Internet]. 30 de agosto de 2018 [acesso em: 8 de fevereiro de 2023];23(3):160-8. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385>
11. Redivo JJ, Machado JA, Trevisol FS. Complicações pós-operatórias imediatas na SRPA em um hospital geral do sul de Santa Catarina. ArqCatarinMed [Internet]. 25 de junho de 2019 [acesso em: 8 de fevereiro de 2023];48(2):81-9. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/516>
12. Lima LAA, Santos WSV, Santos MRF, Camelo ABM, Paz RS, Madeira MZA. Intervenções de enfermagem frente aos desconfortos/complicações em uma unidade de recuperação pós-anestésica. Rev. Enferm. UFPI [internet]. 2019 [acesso em: 08 Fev 2023];8(1):54-60. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7660/pdf>
13. Monte Souza CD, Silva AA, Jesus Bassine CP. A importância da equipe de enfermagem na recuperação pós-anestésica. FSR [Internet]. 18 de dezembro de 2020 [acesso em: 7 de maio de 2022];4(1):p. 4-13. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1623>
14. Oliveira EFV de, Silva Júnior FJG da. Atuação do enfermeiro frente às complicações na sala de recuperação pós-anestésica. Revista Enfermagem UFPI [Internet]. 2016 Set [acesso em: 7 Maio 2022]. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5106/pdf>
15. Centro de Apoio à Pesquisa no Complexo de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tipos de estudos epidemiológicos. Plataforma CAPCS [Internet]. Rio de Janeiro: CAPCS; 2019 [acesso em: 2022 Mai]. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/>
16. Alencar A. Tipos de estudo e introdução à análise estatística [Slide on the Internet]. São Paulo: Microsoft Power Point; 2012 [acesso em: 2022 Mai 07] 319 KB. Disponível em: <https://www.ime.usp.br/~lane/home/MAE0317/AnaliseEstatisticaLane.pdf>

17. Martins AJC, Serva CAS, Fonseca TH, Martins MJL, Poveda VB. Fasting of less than eight hours in urgent and emergency surgeries versus complication. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2023 Feb 08];69(4):665-70. Available from:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/jKHBGfmg3BVDZxvHf4sCMqJ/?format=pdf&lang=pt>
doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690414i>
18. Vieira Pio M, de Queiroz LJ, Moreira Corgozinho M. Abreviação do jejum pré-operatório em cirurgias eletivas: revisão integrativa: Abreviação do jejum pré-operatório. HRJ [Internet]. 4 de janeiro de 2022 [acesso em: 8 de fevereiro de 2023];3(14):923-40. Disponível em:
<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/420>
19. Lasaponari EF, Costa ALS, Peniche A de CG, Oliveira R de CB de. Revisão integrativa: dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato [Internet]. Revista SOBECC. 2013;18(3):38-48. [acesso em: 2023 fev. 08] Disponível em:
<https://repositorio.usp.br/directbitstream/cab06c29-4954-48e9-b5ab-bb1dff99ec30/COSTA%2C%20A%20L%20S%20doc%2030.pdf>
20. Rodrigues do Nascimento RE, Moura e Silva Államy D, Saraiva Leitão T, Bezerra Reis I, Soares de Carvalho I, Valter de Sousa L et al. Cuidados pós-anestésicos: índice de Aldrete e Kroulik na perspectiva da equipe de enfermagem. RECISATEC [Internet]. 9 de fevereiro de 2022 [acesso em: 9 de fevereiro de 2023];2(2):e2289. Disponível em:
<https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/89>
21. Klamt JG, Garcia LV, Stocche RM, Reis MP dos. Anestesia Peridural Contínua com Ropivacaína a 0,2% Associada a Anestesia Geral para Cirurgia do Abdômen Superior em Crianças. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2003 [acesso em: 2023 Feb 12];53(2):160-168. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rba/a/TRhyHD46zyB7rYHK5PV433c/?format=pdf&lang=pt>
doi:
<https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000200003>
22. Nunes MAP, Batista J, Lenhani BE, Koller FJ, Marcondes L. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre os cuidados do enfermeiro ao paciente em recuperação anestésica. Rev SOBECC [Internet]. 13 de dezembro de 2019 [acesso em: 12 de fevereiro de 2023];24(4):231-7. Disponível em:
<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/529>
doi:
<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040009>
23. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde. 7. ed. Barueri: Manole; 2017.
24. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde. 6. ed. São Paulo: Manole; 2013.

