

Pacientes em pós-operatório imediato: recepção na unidade clínico-cirúrgica

Patients in the immediate postoperative period: admission to the clinical and surgical unit

Pacientes en el postoperatorio inmediato: admisión en la unidad clínico quirúrgica

Miguir Terezinha Viacelli Donoso¹

ORCID: 0000-0002-5497-9520

Fábio Henrique Souza

Aguiar¹

ORCID: 0000-0002-7856-07

Guilherme de Sales Calhau¹

ORCID: 0000-0002-2814-7552

Dionéia Paula Bodevan de Souza²

ORCID: 0000-0001-8408-187X

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva²

ORCID: 0000-0001-5311-0658

Fabiola Fontes Padovani²

ORCID: 0000-0001-8168-8617

Resumo

Objetivo: Analisar a demanda de enfermagem nos cuidados de pacientes em pós-operatório imediato, desde sua recepção do centro cirúrgico até sua acomodação ao leito na unidade de internação. **Métodos:** Estudo prospectivo e analítico. A população foi constituída por pacientes adultos, egressos do centro cirúrgico. A amostra foi calculada considerando-se que o serviço realiza uma média de 118 cirurgias ao mês. Considerando que a amostra mínima seria de 91 pacientes com um intervalo de confiança de 95%, optou-se por trabalhar com amostra de 100 pacientes. Os dados foram coletados no momento em que os pacientes eram recebidos da SRPA. **Resultados:** Os grupos cirúrgicos Angiologia, Coloproctologia, Otorrinolaringologia e Urologia demandaram no máximo dois profissionais de enfermagem. Os grupos de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Nefrologia e Ortopedia demandaram pelo menos dois profissionais. O grupo da Coloproctologia teve maior média de tempo de acomodação ao leito. Cerca de 15% dos pacientes demandaram oxigenoterapia, quase 50% receberam analgésicos e 34% estavam usando cateter vesical de demora. **Conclusão:** O tempo destinado à acomodação dos pacientes variou de 5 a 30 minutos, com média de 15,19 ± 4,7. Não há indícios de que mais ou menos profissionais atuando juntos alterem o tempo de acomodação do paciente.

Descritores: Admissão do paciente; Transferência do paciente; Cuidados de enfermagem; Enfermagem perioperatória.

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente:
Miguir Terezinha Viacelli Donoso
E-mail: miguir@enf.ufmg.br

O que se sabe?

A literatura atual apresenta cuidados com pacientes em pós-operatório imediato especificamente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Procurou-se artigos sobre pós-operatório imediato na unidade de internação cirúrgica e não encontramos.

O que o estudo adiciona?

Potencializa e acrescenta informações sobre pacientes em pós-operatório imediato na unidade de internação clínico-cirúrgica, contribuindo principalmente com estudantes de graduação em Enfermagem.



Abstract

Objective: To analyze the nursing demand in the care of patients in the immediate postoperative period, from their admission to the surgical center to their accommodation in bed in the admission unit. **Methods:** Prospective and analytical study. The population consisted of adult patients, discharged from the surgical center. The sample was calculated considering that the service performs an average of 118 surgeries per month. Considering that the minimum sample would be 91 patients at a 95% confidence interval, we chose to work with a sample of 100 patients. Data were collected at the time patients were received from the PACU. **Results:** The Angiology, Coloproctology, Otorhinolaryngology and Urology surgical groups required a maximum of two nursing professionals. The Head and Neck Surgery, Plastic Surgery, Nephrology and Orthopedics groups required at least two professionals. The Coloproctology group had a higher average time of accommodation in bed. About 15% of the patients required oxygen therapy, almost 50% received analgesics and 34% were using an indwelling urinary catheter. **Conclusion:** The time allocated to the accommodation of patients ranged from 5 to 30 minutes, with an average of 15.19 ± 4.7 . There are no indications that a greater or lesser number of professionals acting together alter the accommodation time of the patient.

Descriptors: Patient admission; Patient transfer; Nursing care; Perioperative nursing.

Resumen

Objetivo: Analizar la demanda de enfermería en la atención los pacientes en el postoperatorio inmediato, desde su admisión en el centro quirúrgico hasta su acomodación en cama en la unidad de admisión. **Métodos:** Estudio prospectivo y analítico. La población estuvo constituida por pacientes adultos, dados de alta del centro quirúrgico. La muestra se calculó considerando que el servicio realiza un promedio de 118 cirugías al mes. Considerando que la muestra mínima sería de 91 pacientes con un intervalo de confianza del 95%, se optó por trabajar con una muestra de 100 pacientes. Los datos se recopilaron en el momento en que se recibieron los pacientes de la URPA. **Resultados:** Los grupos quirúrgicos de Angiología, Coloproctología, Otorrinolaringología y Urología requirieron un máximo de dos profesionales de enfermería. Los grupos de Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica, Nefrología y Ortopedia requerían al menos dos profesionales. El grupo de Coloproctología tuvo mayor tiempo promedio de acomodación en la cama. El 15% de los pacientes requería oxigenoterapia, casi el 50% recibía analgésicos y el 34% utilizaba sonda vesical permanente. **Conclusión:** El tiempo destinado a la acomodación de los pacientes osciló entre 5 y 30 minutos, con un promedio de $15,19 \pm 4,7$. No hay indicios de que un mayor o menor número de profesionales actuando en conjunto alteren el tiempo de acomodación del paciente.

Descriptoros: Admisión de pacientes; Traslado de pacientes; Atención de enfermeira; Enfermería perioperatoria.

INTRODUÇÃO

O período denominado pós-operatório imediato (POI) é considerado desde o momento da alta do paciente da sala de operação até 12 a 24 horas após o término da cirurgia.¹ As necessidades do paciente poderão ter prioridades distintas de acordo com o período do pós-operatório em que ele se encontra. No POI, o paciente é considerado crítico, razão pela qual deve existir uma assistência de enfermagem sistematizada e documentada, garantindo segurança e cuidados específicos.²

Quando uma pessoa é submetida a uma intervenção cirúrgica, ocorrem vários desconfortos, sendo mais comuns o estresse e a ansiedade, devido à ocorrência do ato cirúrgico. Dessa forma, a assistência de enfermagem deve ser integral, individualizada e planejada de forma sistematizada, objetivando minimizar os riscos de complicações que possam ocorrer como resposta aos traumas (anestésico e cirúrgico).³

Cabe lembrar que as respostas aos traumas variam entre os pacientes. O paciente em POI carece de um planejamento de intervenção em que o enfermeiro possa, a partir dos dados obtidos, promover uma recuperação com totalidade plena.⁴ Destaca-se estudo com o objetivo de analisar e classificar falhas de enfermagem durante a assistência a pacientes em pós-operatório imediato, onde a autora detectou que falhas foram causadas por indefinição de papel nos membros da equipe de enfermagem, treinamento deficiente, observação assistemática, bem como inadequação física e de equipamentos.⁵ Acrescido a isso, percebe-se que estudos sobre pacientes em POI geralmente se referem aos cuidados na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).⁶⁻⁷

Desta forma, este trabalho teve como objetivo analisar a demanda de enfermagem em relação aos cuidados de pacientes em pós-operatório imediato, por ocasião de sua recepção do centro cirúrgico até sua completa acomodação ao leito na unidade de internação clínico-cirúrgica.

MÉTODOS

Trata-se de estudo prospectivo e analítico, realizado em um hospital público de Minas Gerais, na Unidade de Internação Cirúrgica, dividida em Ala Sul e Ala Leste, durante o ano de 2019. A população foi constituída por pacientes adultos submetidos a cirurgias e egressos do centro cirúrgico. No hospital cenário desta pesquisa, a estabilização hemodinâmica dos pacientes recém-operados ocorre na SRPA, sendo estes liberados para a unidade de internação quando clinicamente estáveis.

A população foi constituída por pacientes submetidos a cirurgias, por ocasião de seu retorno do Bloco Cirúrgico para a Unidade de Internação Cirúrgica. A amostra foi calculada considerando-se que o serviço realiza uma média de 118 cirurgias ao mês. Considerando que a amostra mínima seria de 91 pacientes com um intervalo de confiança de 95%, optou-se por trabalhar com uma amostra de 100 pacientes (Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto SSPropor). Foram excluídos pacientes que se negaram a participar da pesquisa e pacientes com menos de 18 anos, totalizando seis pacientes. Não foram incluídos na casuística pacientes transferidos da SRPA à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou seja, pacientes que não retornaram à Unidade de Internação Cirúrgica depois de operados.

A abordagem do paciente em POI ocorria no momento em que o mesmo era recebido na unidade de internação clínico-cirúrgica, egresso do centro cirúrgico, por ocasião da acomodação deste paciente ao leito. Neste trabalho, o termo “acomodação do paciente” foi considerado o conjunto de ações imediatas para confortar o paciente egresso do centro cirúrgico e garantir medidas de segurança: passagem da maca de transporte para o leito, posicionamento no leito, posicionamento de dispositivos (bolsas de hidratação endovenosa, coletor de urina e dispositivos de oxigenoterapia), controle dos parâmetros vitais (sinais vitais e oximetria de pulso), avaliação de escala de dor, administração de analgésico (se necessário), tipo de analgésico administrado, troca de hidratação endovenosa (EV) (quando prescrita pelo médico) e avaliação do curativo da ferida operatória (FO).

Para coleta de dados, foi elaborado instrumento contendo variáveis sociodemográficas e grupo cirúrgico ao qual pertenciam (Urologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Coloproctologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia, Cirurgia Plástica, Angiologia e outras). Também foram buscadas as variáveis: ala de internação, tipo de anestesia, duração da cirurgia, sinais vitais, oximetria de pulso, uso de dispositivos, necessidade de analgesia, condições do curativo da FO, confecção de estomas durante a cirurgia, número de profissionais de enfermagem necessários para a acomodação do paciente e tempo (em minutos) gasto para tal.

Os dados foram digitados no Programa Excel. As análises foram realizadas no software R (<https://www.r-project.org/>). Para a análise descritiva foi calculado frequência absoluta e relativa das variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas, foram realizados cálculos das frequências absolutas e relativas, assim como medidas de tendência central e de dispersão. A dor foi avaliada mediante escala visual analógica (EVA)⁸ para dor, que objetiva a mensuração da intensidade da dor em valores numéricos. Em probabilidade e estatística, a correlação, a dependência ou a associação referem-se a qualquer relação estatística (causal ou não causal) entre duas variáveis, quando uma delas está de alguma forma relacionada com a outra. Foi indagado: existe correlação entre o tempo em minutos para se acomodar um paciente e o número de profissionais que ele demanda? Cabe lembrar que a correlação pode variar de -1 a 1.

Na análise inferencial, foi realizado cálculo de associação entre as intervenções na admissão do paciente e características relacionadas às variáveis sociodemográficas e clínicas. Para as variáveis quantitativas, foi utilizado Correlação de Pearson. Para as variáveis qualitativas, foi calculado Qui-quadrado (χ^2) ou Teste exato de Fisher. Utilizou-se o teste Qui-quadrado, que permite dizer apenas se há (ou não) evidências de que duas variáveis qualitativas estejam associadas. As hipóteses do teste foram:

- 1) Hipótese nula H_0 : variável A não está associado a variável B.
- 2) Hipótese alternativa H_1 : variável A está associado a variável B.

Em todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

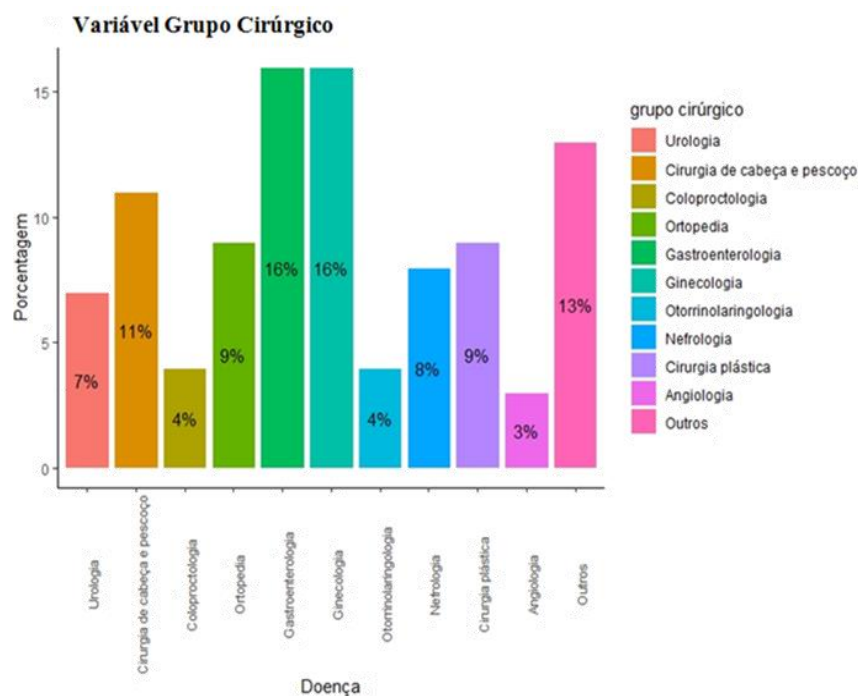
O trabalho foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais, em atendimento à Resolução 466/2012, tendo sido aprovado em 14 de agosto de 2019, sob o número de CAAE 03518918.8.0000.5149. Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, sendo garantido o sigilo de seus dados.

RESULTADOS

Da amostra avaliada, 67% eram do sexo feminino e 33% do sexo masculino. A idade oscilou entre 20 e 85 anos, com média de 56 anos \pm 16. Quanto ao grupo cirúrgico, a Figura 1 ilustra essa divisão.

Dentre as cirurgias observadas, 16% dos pacientes eram do grupo da Ginecologia e 16% da Gastroenterologia. Os grupos Urologia, Cirurgia de cabeça e pescoço, Ortopedia, Nefrologia e Cirurgia plástica representam entre 13 e 7%. Observaram-se também 4% da Coloproctologia, 4%, da Otorrinolaringologia e 3% da Angiologia. Cirurgias que representaram somente 1% de cada grupo foram consideradas “outras cirurgias”, totalizando 13%.

Figura 1. Divisão por grupo cirúrgico de pacientes atendidos em hospital público de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019.



Fonte: autores (2023).

Em relação às alas, 69,5% eram pacientes do Segundo Leste e 30,5% eram do Segundo Sul. Quanto ao tipo de anestesia, 58% foram submetidos à anestesia geral e 42% a outros tipos de anestesia (raquianestesia, anestesia peridural ou bloqueio de plexo) com sedação.

Os sinais vitais foram assim classificados: a frequência cardíaca variou de 50 a 108 batimentos por minuto, média de $74,9 \pm 13,64$. A pressão sistólica variou de 77 a 198 mmHg, média de $77,78 \pm 24,5$. A pressão diastólica oscilou entre 38 a 140 mmHg, média de $76,78 \pm 16,63$. Quanto à temperatura axilar, esta variou de 34 a $37,4^{\circ}\text{C}$, média de $35,9 \pm 0,61$. A frequência respiratória oscilou entre 12 e 24 incursões por minuto, média de $17,68 \pm 2,37$.

A oximetria de pulso variou de 82 a 100%, média de $94,66 \pm 3,7$. Dos pacientes que apresentaram saturação de hemoglobina menor que 90%, todos demandaram oxigenoterapia. Por outro lado, 6,59% dos pacientes com saturação maior ou igual a 90% também a demandaram. Cabe lembrar que a saturação de hemoglobina é um dos parâmetros que definem a necessidade de oxigenoterapia, sendo que 15% necessitaram desta intervenção.

O curativo da FO apresentou-se seco em 66%, sendo que o restante apresentou resíduos de sangue. Ressalta-se que nenhum dos casos necessitou de troca imediata de curativo.

Todos os pacientes retornaram do centro cirúrgico em uso de hidratação EV. No entanto, 83% tinham outro esquema de hidratação já prescrito pelo médico, demandando sua troca. Os 17% restantes permaneceram com o esquema de hidratação EV iniciado no centro cirúrgico, sendo que o acesso venoso foi salinizado após término do esquema.

Destaca-se que mais de um terço estavam em uso de cateter vesical de demora (CVD). Apenas 2% estavam em uso de cateter nasoentérico (CNE), ambos da gastroenterologia, 3% dos pacientes foram estomizados, sendo 2% traqueostomias e 1% ileostomia. Ambos os pacientes traqueostomizados pertenciam ao grupo de Cirurgia de cabeça e pescoço.

Quanto às condições do acesso venoso, 96% dos pacientes apresentavam acesso pérvio e o restante demandou novo acesso. Apenas 2% estavam em uso de acesso venoso central (AVC).

O tempo destinado à acomodação dos pacientes variou de 5 a 30 minutos, média de 15,19 minutos $\pm 4,7$. Quanto ao número de profissionais de enfermagem, este foi de um a quatro profissionais, média de $2,1 \pm 0,52$.

Em relação à analgesia, proporcionalmente, apenas os grupos cirúrgicos Cirurgia Plástica e Ginecologia agregaram mais pacientes que demandaram analgésico do que pacientes que não o

demandaram, sendo que nos casos da Cirurgia Plástica, essas proporções não parecem tão distantes umas das outras quanto nos casos da Ginecologia, onde 68,75% das pacientes demandaram analgésico.

Tabela 1. Grupos cirúrgicos de pacientes atendidos em hospital público de Minas Gerais que demandaram analgésico. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019.

Frequência de analgésicos administrados por grupo cirúrgico	
Grupo cirúrgico	FA e FR
Angiologia	3 (100,00%)
Cabeça e Pescoço	6 (54,55%)
Cirurgia Plástica	4 (44,44%)
Coloproctologia	3 (75,00%)
Gastroenterologia	10 (62,5%)
Ginecologia	5 (31,25%)
Nefrologia	5 (62,50%)
Ortopedia	6 (66,67%)
Otorrinolaringologia	2 (50,00%)
Urologia	4 (57,14%)
Outros	10 (76,92%)
Total geral	58 (58,00%)

Fonte: autores (2023).

Dentre os analgésicos, a dipirona foi o mais administrado, com sua utilização sendo maior ou igual à utilização de todos os demais analgésicos para todos os grupos cirúrgicos, com exceção do grupo de Coloproctologia. Sua utilização correspondeu a 59,52% das administrações de analgésicos. Tramadol e cetoprofeno alcançaram 16,67% de utilização.

Quanto à correlação entre as variáveis “Tempo de acomodação” e “Número de profissionais de enfermagem envolvidos”, não foram encontrados indícios da existência de correlação entre ambas, ou seja, não existem indícios de que mais ou menos profissionais afetem o tempo de acomodação. A correlação encontrada foi de -0,25, indicando uma correlação negativamente fraca.

Os grupos cirúrgicos Angiologia, Coloproctologia, Otorrinolaringologia e Urologia demandaram de um a dois profissionais de enfermagem. Porém, os grupos Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia plástica, Nefrologia e Ortopedia demandaram pelo menos dois profissionais. O grupo da Coloproctologia teve a maior média de tempo gasto para acomodação, alcançando 30 minutos em um dos casos. Porém, apenas um profissional foi mobilizado nesta situação. Foram observadas seis combinações de grupos cirúrgicos e profissionais mobilizados, onde a média de tempo de acomodação foi maior ou igual há 20 minutos: Coloproctologia, Ginecologia, Otorrinolaringologia e outros, quando um profissional foi mobilizado; Cirurgia plástica, quando três profissionais foram mobilizados; e Gastroenterologia, quando quatro profissionais foram mobilizados.

Quanto à associação entre variáveis, na tabela a seguir, apresentamos os testes realizados e os respectivos valores de p.

Tabela 2. Associação entre variáveis e grupos cirúrgicos de pacientes atendidos em hospital público de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019.

Testes de hipóteses para associação			
Variável 1	Variável 2	Teste	Valor de p
Grupo cirúrgico	Sexo	Fisher (Valor de p simulado)	0,0005
Grupo cirúrgico	Faixa etária	Fisher (Valor de p simulado)	0,3263
Grupo cirúrgico	Analgésico	Fisher (Valor de p simulado)	0,3638
Grupo cirúrgico	Nome do analgésico	Fisher (Valor de p simulado)	0,7596
Grupo cirúrgico	AVP	Fisher (Valor de p simulado)	0,8056
Grupo cirúrgico	Condição do curativo	Fisher (Valor de p simulado)	0,0946
Grupo cirúrgico	Troca de hidratação	Fisher (Valor de p simulado)	0,1014
Saturação	Faixa etária	Fisher	0,1376
Saturação	Oxigenoterapia	Fisher	0,0000
Analgésico	Troca de hidratação	Fisher	0,0000
Troca de hidratação	Condição do curativo	Fisher	0,0475

Fonte: autores (2023).

Na tabela anterior, observa-se que as variáveis “Grupo Clínico” e “Saturação” apresentaram valores de *p* menores que 0,05, ou seja, as variáveis apresentam associação entre si.

As variáveis “Saturação” e “Oxigenoterapia” também possuíam associação entre si, pois o teste apresentou um valor de *p* de aproximadamente zero, ou seja, rejeitou-se *H*₀. O teste entre as variáveis “Necessidade de analgésico” e “Troca de hidratação” também mostraram associação entre as duas variáveis.

As variáveis “Troca de hidratação” e “Condição do curativo” também apresentaram associação entre si, pois, rejeitam *H*₀. Para os outros testes em que o valor de *p* é maior que 0,05, não se rejeitou *H*₀, ou seja, as variáveis não possuíam associação entre si para esses testes.

DISCUSSÃO

As unidades de internação Sul e Leste são assim organizadas: no primeiro caso, realiza atendimentos de gastroenterologia e cirurgias do aparelho digestivo, além de cirurgias de cabeça e pescoço. Trata-se de setor de alta complexidade, sendo que não raro muitos pacientes permanecem na unidade de terapia intensiva (UTI) por ocasião dos primeiros dias de pós-operatório. No segundo caso, o setor realiza atendimentos de média complexidade. Normalmente, os pacientes recebem alta no primeiro dia de pós-operatório. Dessa forma, o número de pacientes atendidos foi maior no setor Leste, uma vez que a rotatividade é maior.

Neste trabalho, o maior percentual dos pacientes pertencia ao grupo Gastroenterologia, quase todos com algum tipo de câncer. O câncer colorretal é o tipo mais frequente de câncer gastrointestinal.⁹ O grupo Ginecologia apresentou o mesmo percentual, sendo que agravos ginecológicos são responsáveis por um elevado número de intervenções cirúrgicas na esfera mundial.¹⁰ O grupo de Cirurgia de cabeça e pescoço apareceu em seguida. Câncer de cabeça e pescoço (CCP) é a denominação genérica para tumores da cavidade oral, faringe e laringe, sendo que o etilismo e o tabagismo são os principais fatores de risco para esses tumores.¹¹

Os sinais vitais se mostraram dentro dos padrões de normalidade. No pós-operatório imediato, a assistência de enfermagem está voltada para a observação da evolução da consciência do paciente, recuperação da motilidade e da homeostase e da estabilidade dos sinais vitais.¹² A temperatura axilar média foi de 35,9°C, sendo que alguns pacientes se mostraram hipotérmicos. A hipotermia favorece o surgimento de complicações a partir do momento em que ela se instala no indivíduo, seja no transoperatório ou no pós-operatório. Assim, fazem-se necessárias ações de prevenção e controle deste estado no período transoperatório, visando uma melhor recuperação do paciente no período de pós-operatório.¹³

A média de saturação de hemoglobina se mostrou dentro dos padrões de normalidade. A hipoxemia é uma das mais frequentes complicações respiratórias no pós-operatório imediato. Todo paciente nesta condição necessita de rigorosa monitorização devido à possibilidade de desenvolvimento de hipoxemia nos seus mais variados graus. Para se diagnosticar uma hipoxemia, é fundamental a vigilância constante do padrão respiratório do paciente.¹⁴

O curativo da FO apresentou resíduos de sangue em 34% dos pacientes. A troca de curativo de FO neste hospital normalmente é realizada no primeiro dia de pós-operatório. Cabe lembrar que a realização de curativos estéreis nas feridas operatórias constitui medida importante para evitar a infecção, favorecendo as condições ideais para seu processo de cicatrização. A enfermagem é responsável pela realização de curativos, cuja finalidade é garantir e auxiliar o tratamento da ferida operatória, de modo a diminuir os riscos de infecção e promover o ambiente propício para o processo de cicatrização.¹⁵

Quanto à dor, quase metade da casuística necessitou de analgesia. A dor pós-operatória quando tratada precocemente tem seu manejo mais fácil do que aquela estabelecida ou intensa. A reavaliação da dor é parte integrada do processo efetivo de seu manejo, sendo que sua frequência vai depender das condições clínicas do paciente, sugerindo a necessidade de reavaliações mais ou menos frequentes.¹⁶ A dipirona foi o analgésico mais administrado, seguido de cetoprofeno, de tramadol e de morfina. A dipirona é administrada frequentemente, sendo um dos analgésicos mais utilizados em países da Europa, África e América Latina.¹⁷ Quanto a anti-inflamatórios não esteroides, estes são indicados como medicamentos únicos ou associados aos opióides ou a analgesia regional para alívio da dor pós-operatória. Não causam depressão respiratória, reduzem a dose necessária de opióide e, por conseguinte a incidência de depressão

respiratória. Os opióides são potentes analgésicos indicados para diminuição da dor pós-operatória moderada ou intensa.¹⁸

A maioria dos pacientes retornou da SRPA com novo esquema de hidratação endovenosa prescrita, necessitando de nova manipulação de infusão. Para se discorrer sobre a hidratação endovenosa no pós-operatório, faz-se necessário citar o protocolo multimodal ACERTO (Aceleração da Recuperação Total no Pós-Operatório), originalmente implantado no Brasil no ano de 2005, em Hospital Universitário de Cuiabá, MT.¹⁹ O protocolo ACERTO é constituído por grupo de cuidados que visam reduzir o estresse cirúrgico, manter a função fisiológica no pós-operatório em menores taxas de morbidade, recuperação acelerada e menor tempo de internação hospitalar. Além dos resultados positivos alcançados com a aplicação de todos os componentes do protocolo conjuntamente, destacam-se três condutas: hidratação endovenosa perioperatória, diminuição do tempo de jejum pré-operatório e realimentação precoce no pós-operatório. A implantação do protocolo ACERTO é segura, viável e está associada a melhores resultados. Porém, percebe-se ainda certa resistência na mudança de paradigmas presentes em todo o processo cirúrgico.²⁰

Destaca-se que mais de um terço dos pacientes estavam em uso de CVD. É fundamental evitar ou, no mínimo, reduzir o tempo de uso do CVD, pois o mesmo está associado a complicações. No período pós-operatório, é recomendado não ultrapassar 48 horas, exceto em casos específicos.²¹

Por sua vez, o CNE foi utilizado por apenas dois pacientes, ambos submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal. Embora o uso do CNE pareça frequente em pacientes hospitalizados, há poucos estudos sobre número de usuários deste dispositivo médico.²²

No setor Sul, é comum a presença de pacientes colostomizados ou ileostomizados. Embora apenas 1% tenha sido ileostomizado, sabe-se que esse número possa estar subestimado, uma vez que muitos dos pacientes permanecem na UTI durante o pós-operatório imediato. Um estudo²³ sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes com estomas intestinais enfatiza que a pessoa estomizada apresenta necessidades humanas básicas modificadas, como alterações físicas e psicológicas. Assim, a enfermagem deve atuar já no pós-operatório imediato, facilitando a adaptação do estomizado a essa nova condição.

Quanto às traqueostomias (TQT), os dois pacientes traqueostomizados pertenciam ao grupo de cirurgia de Cabeça e Pescoço. A complicação precoce mais comum da TQT é o sangramento, seguido de enfisema subcutâneo e obstrução da via aérea.²⁴ Desse modo, sua presença requer maior atenção da enfermagem.

Poucos pacientes necessitaram de novo acesso venoso em sua admissão ao centro cirúrgico. Neste hospital, o tempo de permanência de um dispositivo venoso periférico é de até 96 horas. Busca-se preservá-lo, evitando-se múltiplas punções. Um acesso venoso periférico (AVP) constitui risco de complicações, impactando na segurança e no bem-estar do paciente, tão divulgados nas rotinas hospitalares. A flebite é uma das complicações mais comuns.²⁵

O tempo médio destinado à completa acomodação dos pacientes ao leito foi de 15,19 minutos. A segurança total do paciente pode estar relacionada ao tempo destinado à assistência. Cabe lembrar que o tema segurança do paciente está em ascensão no Brasil.²⁶

Observou-se que não existem indícios de que mais ou menos profissionais afetem o tempo de acomodação. No entanto, nesta casuística, a média de profissionais por paciente foi de 2,1. O número adequado de profissionais é indispensável para o cuidado seguro.⁽²⁷⁾

Quanto a outros cuidados, poucos pacientes demandaram oxigenoterapia, pois a média de saturação foi 94,66%. Vale lembrar que, além da saturação de hemoglobina, outros fatores definem a necessidade de oxigenoterapia. Destacamos o Índice de Aldrete e Kroulik (IAK), amplamente utilizado em recuperação pós anestésica, cujos parâmetros avaliados são: atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação periférica de oxigênio.²⁸ Este índice é usado no ambiente hospitalar, tipo de lugar que consistiu em cenário desta pesquisa.

No que se refere à dor e à analgesia, os grupos cirúrgicos Ginecologia e Cirurgia plástica agregaram mais pacientes que demandaram analgésico. Estudando dor no pós-operatório de cirurgia ginecológica, os autores destacam a importância de um bom diálogo no pré-operatório com a paciente e sua família, sendo que essa questão reflete também na abordagem da intensidade da dor pós-operatória e na indicação de analgésicos.²⁹

O grupo da Coloproctologia teve a maior média de tempo de acomodação, tendo sido mobilizado apenas um funcionário, mas demandando o maior tempo: 30 minutos. Destaca-se que cirurgias anorretais correspondem à maioria das cirurgias da área de coloproctologia.³⁰ O pós-operatório merece especial atenção, uma vez que complicações cirúrgicas ocorrem com certa frequência.

A Gastroenterologia foi o grupo que mobilizou quatro profissionais. Pontuando-se este caso, especificamente, tratava-se de um paciente complexo, submetido à ileostomia, em uso de cateteres e drenos e mais de uma fonte de hidratação EV. Assim, os cuidados naturalmente foram mais complexos.

Em relação à associação estatística entre variáveis, destacamos as variáveis Saturação e Oxigenoterapia, que possuíam associação entre si. O oxigênio deve ser administrado quando a pressão parcial de oxigênio (PaO₂) no sangue arterial é inferior a 60 mmHg ou quando a saturação de hemoglobina no sangue periférico é inferior a 93% -95%.³¹

O fato de que grande parte dos pacientes submetidos à cirurgia na unidade clínico- cirúrgica da Ala Sul ter sido transferida do centro cirúrgico para a UTI foi o fator limitante deste estudo. Estes pacientes não puderam ser inseridos na casuística. Como contribuições, acredita-se que este estudo favorecerá a avaliação do grau de dependência do paciente em POI em relação à equipe de enfermagem, no momento da admissão deste paciente na unidade clínico-cirúrgica e, elaboração de protocolos destinados a esse perfil de pacientes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, observaram-se as demandas dos pacientes em pós-operatório imediato, por ocasião da acomodação ao leito destes, ao retornar do centro cirúrgico. O tempo destinado à acomodação ao leito variou de cinco a 30 minutos, com média de 15,19. Constatou-se que não existem indícios de que mais ou menos profissionais de enfermagem atuando juntos afetem o tempo de acomodação do paciente ao leito. No entanto, a média de profissionais por paciente foi de 2,1.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS. Coleta dos dados: Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS, Souza DPB, Silva RRSS, Padovani FF. Análise e interpretação dos dados: Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS. Redação do artigo ou revisão crítica: Donoso MTV. Aprovação final da versão a ser publicada: Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS, Souza DPB, Silva RRSS, Padovani FF.

REFERÊNCIAS

1. Sousa JR, Bizerra L, Santos JS, Spíndola NMS, Policarpo LMB, Batista JM et al. Patient assistance in the orthopedic trauma postoperative: literature review. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Internet]. 2019 [citado 25 mar. 2022];28(3):73-76. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_205052.pdf
2. Serra MAAO, Filho FFS, Albuquerque AO, Santos CAA, Carvalho Junior FA, Silva RA. Nursing care in the immediate postoperative period: a cross-sectional study. *Online braz j nurs [internet]* 2015 [citado 25 mar 2022];14(2):161-7. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>
3. Pereira EA, Semczynszym VSS, Soares SCL. Systematization of nursing assistance in elective post-surgical patients in the anesthetic recovery room - ARR: literature review. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [internet] 2020 [citado 25 mar 2022]; 32(3):123-8. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201106_103142.pdf
4. Vieira DS, Parra IO, Silva KPP, Cruz MFB, Campaner ECS. Immediate post-operative neurosurgery: the role of the nurse in planning nursing care from the data of vital signs. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020; 3(5):12376-90. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-082
5. Chianca TCM. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006; 14(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600008>
6. Campos MPA, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complications in the post-anesthesia care unit: an integrative review. *Revista SOBECC.* 2018; 23(3):160-8. DOI: 10.5327/Z1414-4425201800030008

7. Bonetti AMB, Girardello DTF, Coneglian ALA, Batista DEJ, Cruz EDA. Assistance of the nursing team to the patient in post anesthetic recovery room. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(2):193-205. DOI: 10.5902/2179769226840
8. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol* 2011;51(4):299-308. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/?format=pdf&lang=pt>
9. Gasparini B, Valadão M, Miranda Filho A, Silva MFP. Analysis of the age-period-cohort effect on mortality from colorectal cancer in Rio de Janeiro State, Brazil, from 1980 to 2014. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3):e00038017. DOI: 10.1590/0102-311X00038017
10. Silva CMC, Vargens OMC. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2780. DOI: 10.1590/1518-8345.1081.2780
11. Kfoury AS, Eluf Neto J, Koifman S, Curado MP, Menezes A, Daudt AW. Fraction of head and neck cancer attributable to tobacco and alcohol in cities of three Brazilian regions. *Rev Bras epidemiol*. 2018;21:e180005. DOI: 10.1590/1980-549720180005
12. Galvan C, Paczeki RS, Brum BN, Espírito Santo DMN, Tanaka AKSR, Brito DT. A efetividade do tratamento da dor no pós operatório de cirurgias ortopédicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(10):e4875. DOI: 10.25248/reas.e4875.2020
13. Pereira, N.H.C. y De Mattia, A.L. 2019. Postoperative complications related to intraoperative hypothermia. *Enfermería Global*. 2019;18(3):270-313. DOI: 10.6018/eglobal.18.3.328791.
14. Maciel BL, Nunes FC, Pereira NHC, Nascimento PDFS, Periañez CAH, Caetano EPS et al. Oxygenotherapy related to peripheral oxygen saturation in patients in the anesthetic recovery room. *Rev. SOBECC*. 2017; 22(2):60-7. DOI: 10.5327/Z1414-4425201700020002
- 15: Vieira ALG, Stocco JGD, Ribeiro ACG, Frantz CV. Dressings used to prevent surgical site infection in the postoperative period of cardiac surgery: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03393. DOI: 10.1590/S1980-220X2017011803393
16. Souza VS, Corgozinho MM. Nursing in evaluation and control of postoperative pain. *Rev. Cient. Sena Aires [internet]* 2016 [citado 25 mar. 2022];5(1):70-8. Disponível em: revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/257/125#
17. Stangler MI, Lubianca JP, Lubianca JN, Lubianca Neto JF. Dipyron as pre-emptive measure in postoperative analgesia after tonsillectomy in children: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2021;87:227-36. DOI: 10.1016/j.bjor.2020.12.005
18. Pereira RJ, Munechika M, Sakata RM. Pain management after outpatient surgical procedure. *Rev. dor* 2013; 14(1):61-67. DOI: 10.1590/S1806-00132013000100015
19. Franco AC, Bicudo-Salomão A, Aguilar-Nascimento JE, Santos TB, Sohn RV. Ultra-early postoperative feeding use and its impact on reducing endovenous fluids. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47:e20202356. DOI: 10.1590/0100-6991e-20202356
20. Teixeira V P, Polakowski C, De Almeida M, Pereira JL, Santos Junior A. Implementation of the multimodal protocol ACERTO (Acceleration of Total Postoperative Recovery) in the urology specialty of an oncological hospital. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2020; 40(3):162-168. DOI: 10.12873/403

21. Silva MR, Cazorla IM, Silva JLA, Almeida THRC, Oliveira PP, Barbosa DA. Continuing education in bladder catheterization for the prevention of urinary tract infection. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1219. DOI: 10.5935/1415-2762.20190067
22. Anziliero F, Corrêa APA, Batassini E, Soler BED, Silva BA, Beghetto MG. Implementation of nursing diagnoses and care after nasoenteral tube placement in an emergency service. *Cogitare.* 2017;22(4):e50870. DOI: 10.5380/ce.v22i4.50870
23. Leite MS, Aguiar LC. Diagnosis in nursing patients subjected to colostomy. *Enferm. Foco* 2017;8(2):72-76. DOI: 10.21675/2357-707X.2017.
24. Silva Junior JG, Silveira JM. Tracheostomy influence on mechanical ventilation time. *Revista Amazônia Science & Health.* 2017; 5(1):35-9. DOI: 10.18606/2318-1419
25. Salgueiro-Oliveira AS, Basto ML, Braga LM, Arreguy-Sena C, Melo NM, Parreira PMSD. Nursing practices in peripheral venous catheter: phlebitis and patient safety. *Texto contexto - enferm.* 2019;28:e20180109. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0109
26. Vilar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Patient safety in hospital care: a review of the patient's perspective. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(12):e00223019. DOI: 10.1590/0102-311X00223019
27. Cavalcante AC, Cardoso Rocha R, Tolstenko Nogueira L, Dantas Avelino F, Santiago da Rocha S. Safe patients care: nursing contributions. *Rev Cubana Enferm.* [internet] 2015 [citado 25 mar 2022];31(4) Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907>
28. Cruz LF, Felix MMS, Ferreira MBG, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Influence of socio-demographic, clinical and surgical variables on the Aldrete-Kroulik Scoring System. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):3013-9. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0
29. Giancoli LGT, Fonseca MAFLA, Constantino E, Pires OC, Posso IP. Pain treatment presentation and manual have not changed the prescription of analgesics in the postoperative period of gynecological surgeries. *Rev. Dor.* 2018;13(4):338-42. DOI: 10.1590/S1806-00132012000400006
30. Steckert JS, Sartor MC, Miranda EF, Rocha JG, Martins JP, Wollmann MCFAS, Freitas CD, Steckert Filho A. Analysis of Late Complications of Anorectal Procedures: Experience of a Referral Coloproctology Unit. *Rev bras. colo-proctol.* 2010;30(3):305-317. DOI: 10.1590/S0101-98802010000300006
31. Pirez C, Peluffo D, Giachetto G, Menchaca A, Pérez W, Machado K et al. Oxygen therapy. *Arch. Pediatr. Urug.* 2020;91(suppl 1):26-8. DOI: 10.31134/ap.91.s1.1

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2022/11/30
Revisão: 2023/01/27
Aceite: 2023/05/25
Publicação: 2023/06/20

Editor Chefe ou Científico: José Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Emiliania Bezerra Gomes

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.