

# CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Bruna Noschang de Brum

Carina Galvan

Dagmar Elaine Kaiser

Débora Machado Nascimento do Espirito Santo

Elizete Maria de Souza Bueno

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Rosaura Soares Paczek

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Escola de Enfermagem**

Diretora: Profª Drª Gisela Maria Schebella Souto de Moura

**Projeto Gráfico, Ilustrações e Diagramação:**

Acadêmica de Enfermagem Bruna Noschang de Brum

**DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

C327

Cartilha de orientações sobre cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica / Ana Karina Silva da Rocha Tanaka ... [et al.] - Porto Alegre: UFRGS, 2021.

26 p. : il.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86232-82-0

1. Período de Recuperação da Anestesia. 2. Educação em Enfermagem. 3. Enfermagem em Pós-Anestésico. I. Tanaka, Ana Karina Silva da Rocha. II. Brum, Bruna Noschang. III. Galvan, Carina. IV. Kaiser, Dagmar Elaine. V. Espírito Santo, Débora Nascimento. VI. Bueno, Elizete Maria de Souza. VII. Matzenbacher, Lisiane Paula Sordi. VIII. Paczek, Rosaura Soares.

CDU 614

**CATALOGAÇÃO NA FONTE: AMANDA DE ABREU GULARTE CRB10/2500**

# CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka  
Bruna Noschang de Brum  
Carina Galvan  
Dagmar Elaine Kaiser  
Débora Machado Nascimento do Espirito Santo  
Elizete Maria de Souza Bueno  
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher  
Rosaura Soares Paczek



Porto Alegre  
2021

Elaborado por:

**Ana Karina Silva da Rocha Tanaka**

Enfermeira. Doutora em Geriatria e Gerontologia Biomédica  
Escola de Enfermagem – UFRGS

**Bruna Noschang de Brum**

Acadêmica de Enfermagem. Escola de Enfermagem – UFRGS

**Carina Galvan**

Enfermeira. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

**Dagmar Elaine Kaiser**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem  
Escola de Enfermagem – UFRGS

**Lisiane Paula Sordi Matzenbacher**

Enfermeira. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

**Débora Machado Nascimento do Espirito Santo**

Enfermeira. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

**Elizete Maria de Souza Bueno**

Enfermeira. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

**Rosaura Soares Paczek**

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva - UFRGS  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

## Sumário

Apresentação .....	6
Sala de Recuperação Pós Anestésica.....	8
Admissão do Paciente na SRPA.....	9
Anestesia .....	10
Anestesia Sedação .....	12
Anestesia Geral .....	13
Anestesia Regional.....	14
Anestesia Local .....	17
Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica .....	18
Cuidados de Enfermagem para Alta da SRPA.....	25
Referências .....	26



## Apresentação

Prezado(a),

Esta cartilha foi elaborada por enfermeiras, acadêmica de enfermagem e professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS, com objetivo de auxiliar você, profissional e/ou estudante de enfermagem, nos cuidados aos pacientes em sala de recuperação pós anestésica, podendo fazer consultas rápidas e melhorar seu conhecimento para prestar uma melhor assistência aos pacientes.





## Sala de Recuperação Pós Anestésica

A Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) é a área destinada à permanência do paciente logo após o término do ato cirúrgico. Tem como finalidade oferecer as melhores condições estruturais e assistenciais para admitir o paciente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico. O tempo de permanência do paciente na SRPA pode ser variável de acordo com a técnica anestésica-cirúrgica escolhida e o paciente permanece na SRPA até que retorne ao padrão basal hemodinâmico pré-cirúrgico, tenha seu nível de consciência prévio, recupere seus reflexos, tenha controle e alívio da dor pós-operatória. Durante todo o tempo, o paciente está sob assistência constante de uma equipe de enfermagem que deve auxiliar na prevenção e/ou tratamento das possíveis intercorrências relacionadas ao período pós operatório imediato, visando restabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente.

A SRPA esta localizada o mais próximo possível do Centro Cirúrgico (CC), pois ambos pertencerem na mesma planta física e estrutural.

Essa localização próxima ao CC tem o objetivo de facilitar o transporte do paciente, com o intuito de diminuir possíveis distúrbios circulatórios provocados pelo transporte (uma pequena distância a percorrer reduz a possibilidade de complicações), facilitar o acesso do cirurgião e anestesologista, tornando o atendimento em situações de urgência e emergência mais rápido, caso seja necessário o retorno do paciente à sala de cirurgia.

## Admissão do Paciente na SRPA

O paciente deve ser encaminhado a SRPA logo após o término do procedimento anestésico-cirúrgico, esta transferência deve ser realizada pelo enfermeiro, técnico em enfermagem e/ou um membro da equipe cirúrgica e pelo anestesista. A responsabilidade da transferência do paciente é do anesthesiologista, que deve permanecer na cabeceira da cama/maca para manutenção das vias aéreas. Esta fase é um momento que requer cuidado e atenção, pois o paciente está sob efeitos residuais de anestésicos e com os reflexos prejudicados, podendo apresentar, dor, náuseas, frio, tremores, sentimentos de solidão e temor relacionado às expectativas diante dos resultados da cirurgia. O transporte deve ser realizado proporcionando segurança, manter a cabeceira da cama/maca elevada, grades laterais elevadas, promover aquecimento térmico e deve-se utilizar, quando necessário, suporte de oxigênio e oximetria de pulso.

Os principais critérios para admissão do paciente na SRPA é ter sido submetido a procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos provenientes do Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), Hemodinâmica, Endoscopia, sob Anestesia Geral, Raquidiana, Peridural, Sedação ou Local.

# Anestesia

**Os critérios de escolha estão relacionados aos seguintes fatores:**

- ⦿ Presença de doenças coexistentes e/ou gravidade;
- ⦿ Tipo, duração e abordagem do procedimento cirúrgico;
- ⦿ Posição do paciente durante a cirurgia;
- ⦿ Condições de recuperação pós-anestésica;
- ⦿ Manejo pós-operatório específico: procedimentos com grande chance de dor aguda intensa (associando técnicas de bloqueio regionais combinados ou não com anestesia geral/sedação).

## **Objetivos primordiais da anestesia:**

- ⦿ Suprimir a sensibilidade dolorosa;
- ⦿ Manter ou não a consciência;
- ⦿ Promover relaxamento muscular;
- ⦿ Proporcionar condições ideais de atuação para os médicos cirurgiões.



Figura 1 – Critérios

# Anestesia

Classificação do estado físico de acordo com a escala

*American Society of Anesthesiology /ASA*

ASA	Caracterização
I	Saúde normal.
II	Doença sistêmica leve. EX.: Hipertensão Arterial Sistêmica.
III	Doença sistêmica grave, não incapacitante.
IV	Doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça grave à vida.
V	Paciente moribundo, com expectativa de sobrevida mínima, independente da cirurgia.
VI	Doador de órgãos (cadáver).

Cirurgia de emergência acrescenta-se a letra "E" após cada classificação do estado físico.

Tipos de Anestesia				
Sedação	Geral	Regional	Combinada	Local
Leve	Inalatória	Raquidiana	Regional	
Moderada	Intravenosa	Peridural	Geral	
Profunda	Balanceada	Peribulbar		
		Plexos Nervosos		

## Anestesia Sedação

Sedação é um estado alterado de consciência, caracterizado clinicamente por vários níveis de depressão do sistema nervoso central (SNC), cujo o objetivo é proporcionar conforto ao paciente durante a realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos de menor porte.

**Sedação Leve:** O paciente permanece respondendo a comandos verbais e os reflexos protetores estão normais ou minimamente alterados.

**Sedação Moderada:** Há depressão do estado de consciência, porém o paciente responde a comandos verbais quando estimulado (verbalmente ou com toque).

**Sedação Profunda:** O paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde à estímulos dolorosos, a ventilação espontânea pode estar comprometida ou insuficiente.

# Anestesia Geral

É um estado de inconsciência reversível, caracterizado por amnésia, analgesia, perda parcial ou total de reflexos, relaxamento muscular, incluindo uma incapacidade de manter via aérea. Tem como objetivo a depressão irregular e reversível do sistema nervoso central, produzida por fármacos, que determinarão graus variados de bloqueio sensorial, motor, de reflexos e cognição.

Para que ocorra uma anestesia geral segura é necessária a permeabilidade eficaz das vias aéreas, sendo necessário a intubação traqueal.

## **Anestesia geral pode ser dividida em três fases:**

**Fase de Indução:** compreende o período entre a administração de agentes anestésicos até o início do procedimento anestésico.

**Fase de Manutenção:** corresponde ao período entre o início e o fim do procedimento cirúrgico.

**Fase de Despertar:** corresponde a reversão da anestesia e termina quando o paciente está prestes a sair da sala de cirurgia.

## Anestesia Regional

⤵ Consiste na perda sensorial reversível em uma área ou região específica do corpo, bloqueio ou anestesia das fibras nervosas no sítio operatório e ao redor dele.

⤵ As técnicas incluem: bloqueios espinhais, epidurais, caudais e os bloqueios dos principais nervos periféricos.

A anestesia loco-regional são divididas em: Local, subaracnóideo ou raquidiana, peridural ou epidural e Bloqueio peribulbar e bloqueio de nervos periféricos.

**BLOQUEIO PERIDURAL** (lombar ou sacral): difusão do anestésico pela dura máter (maior analgesia pós operatória)

- ⤵ Anestésico no espaço epidural;
- ⤵ Entre a dura-máter;
- ⤵ Atinge as raízes nervosas;
- ⤵ Difunde-se pelos forames intervertebrais.

## Anestesia Regional

**BLOQUEIO SUBARACNÓIDE / RAQUIANESTESIA:** anestesia decorrente da aplicação de um anestésico local no interior do espaço subaracnóideo.

- ⤵ Anestésico no espaço subaracnóideo;
- ⤵ Anestésico é injetado diretamente em contato com o Líquido cefalorraquidiano (LCR);
- ⤵ Contato direto com a medula espinal.

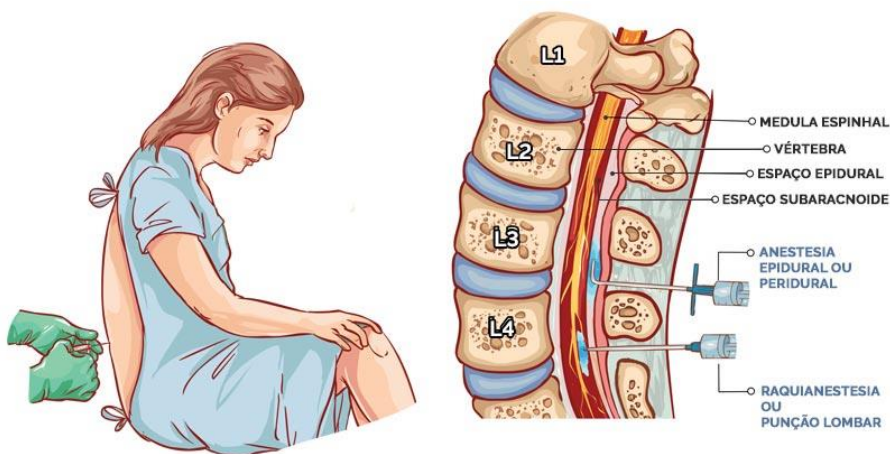


Figura 2 – Bloqueio Peridural e Raquianestesia



# Anestesia Regional

## BLOQUEIO PERIBULBAR

- ⊙ Produz boa anestesia e imobilidade.

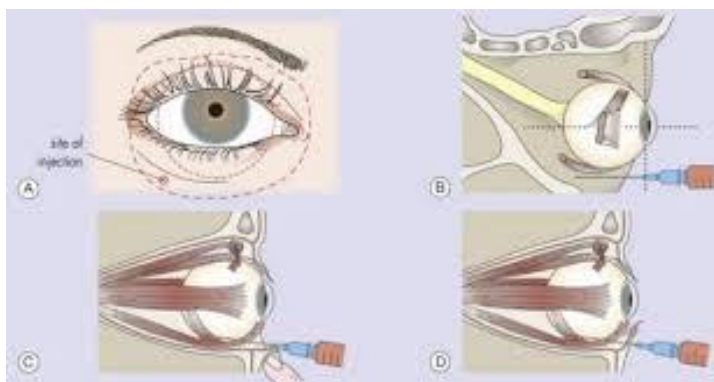


Figura 3 – Bloqueio Peribulbar

## BLOQUEIO DE NERVOSOS PERIFÉRICOS

- ⊙ Permite a anestesia dos membros superiores, do ombro até a ponta dos dedos;
- ⊙ Excelente relaxamento muscular e analgesia pós operatória podendo durar até 18 horas.

# Anestesia Local

## ANESTESIA LOCAL

É o procedimento anestésico muito usual, sendo utilizado para bloquear a dor, anestesiando pequenas regiões do corpo, sendo administrado injeção de lidocaína na pele e nos tecidos, através de infiltração de anestésicos no local que será abordado, por este motivo é chamada de anestesia local e não necessita ser administrada exclusivamente pelo anestesista, podendo ser aplicado diretamente pelo cirurgião. O paciente pode ou não estar acordado durante o procedimento.

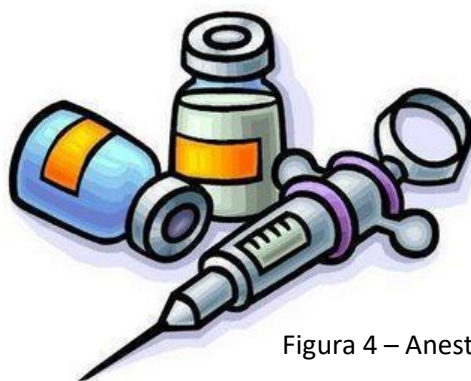


Figura 4 – Anestesia Local

## Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

O enfermeiro da Sala de Recuperação Pós Anestésica deve receber o plantão e o registro com as informações clínicas necessárias para realizar o planejamento da assistências no Pós Operatório Imediato (POI) como:

⊗ Classificação das condições físicas do paciente pela *Physical Status Classification System da American Society of Anaesthesiologists (ASA)*;

- ⊗ Tipo de técnica anestésica e agentes utilizados;
- ⊗ Profilaxias administradas e analgésicos;
- ⊗ Tipo de cirurgia ou procedimento realizado;
- ⊗ Perdas hídricas ou sanguíneas estimadas, tratamento e reposições;
- ⊗ Complicações;
- ⊗ Presença de sondas, drenos, cateteres e acessos venosos;
- ⊗ Recepcionar o paciente de forma segura;
- ⊗ Avaliar vias aéreas, respiração e circulação;
- ⊗ Providenciar recursos e equipe de enfermagem;
- ⊗ Prestar assistência adequada, realizando registros de enfermagem conforme rotina estabelecida pela instituição;
- ⊗ Instalar monitorização dos sinais vitais: cardíaca, oximetria e pressão arterial, podem ser invasiva ou não;
- ⊗ Avaliar nível de consciência e padrão ventilatório;

## Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

⊗ Pacientes sob Anestesia Geral, Bloqueio ou Sedação. Deve-se verificar os sinais vitais a cada 15 minutos na 1ª hora, de 30 em 30 minutos na 2ª hora e a cada 1 hora a partir da 3ª hora e nas horas subsequentes;

⊗ Atentar para que o manguito de pressão não invasiva seja do tamanho adequado para cada paciente, respeitando as individualidades como peso corporal e circunferência do braço e posicionando-o na fossa cubital;

⊗ Quando houver presença de infusão de drogas vasoativas, deve-se registrar pressão arterial (PA) a cada 15 minutos e se o paciente estiver com a monitorização de pressão arterial invasiva (PAM) a enfermeira deve realizar o nivelamento da linha arterial;

⊗ Avaliar a dor como 5º sinal vital (local, característica e intensidade). REAVALIAR a dor no intervalo de 30 minutos após administração de medicações endovenosas (EV) e reavaliar após 1 hora de administração de medicações via oral (VO).



Figura 5 – Cuidados de Enfermagem

# Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

## Registrar

- ⊗ Verificar as condições da ferida operatória e anotar local dos curativos;
- ⊗ Pacientes com possibilidade de sangramento. Deve-se reavaliar a ferida operatória sempre que realizar a conferência dos sinais vitais.
- ⊗ Verificar presença de drenos, cateteres, medindo drenagem na chegada na SRPA e conforme prescrição médica e de enfermagem;
- ⊗ Ler toda a prescrição médica e de enfermagem, conferindo o nome completo do paciente e registro com os dados da pulseira de identificação do paciente;
- ⊗ Observar a validade das prescrições e as inclusões;
- ⊗ Verificar as infusões dos acessos venosos, se pausadas ou finalizadas, comunicar enfermeira e se necessário reiniciar;
- ⊗ Posicionar o paciente no leito conforme procedimento, atentar para cabeceira a 30°, manter roupas de cama e camisola limpas e secas, atentar para dobras das mesmas evitando fricção e cisalhamento de pele;
- ⊗ Manter grades da maca/cama elevadas;
- ⊗ Em pacientes diabéticos deve-se verificar a glicemia capilar na chegada e repetir se necessário;

## Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

⊗ Identificar com etiquetas todas as medicações que forem ser administradas e as soluções parenterais com etiqueta padrão da instituição com o nome da solução/data/horário/nome do funcionário;

⊗ Realizar os registros com letra legível, assinatura e carimbo;

⊗ No mínimo 1 hora de recuperação para pacientes submetidos à sedação leve ou cirurgias oftalmológicas sob sedação leve com bloqueio peribulbar. Para os demais procedimentos no mínimo 2 horas de recuperação;

⊗ Pacientes com procedimentos urológicos ou ginecológicos deverão apresentar diurese espontânea para alta;

⊗ Observar e registrar características da diurese;

⊗ Paciente com anestesia no Neuroeixo (Raquidiana e peridural) elevar cabeceira no máximo a 30° antes de desbloquear (investigar se paciente não possui história de cefaleia);

⊗ Fixação da sonda vesical de demora (SVD): mulheres – face anterior da coxa; homens – íliaco ou abdome;

⊗ Observar alarme dos monitores, deixar em espera quando o paciente não estiver monitorizado;

## Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

- ⊗ Paciente com sinais vitais estáveis, dor controlada, sem sangramento ativo, náuseas e vômitos controlados, mobilidade e sensibilidade de membros inferiores, iniciar manobras de alta;
- ⊗ Realizar o cuidado por meio de manejo tranquilo e seguro, orientando o paciente sobre os procedimentos que estão sendo realizados;
- ⊗ Balanço hídrico (BH): parcial a cada 6 horas (6h, 12h, 18h e 24h) e na alta realizado pelo técnico de enfermagem. BH total à meia noite realizado pela Enfermeira;
- ⊗ Evitar mudança de decúbito na 1ª hora para evitar náuseas, vômitos e hipotensão.



Figura 6 – Equipe SRPA

# Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

## Cuidados em SRPA de pacientes com Bloqueio Regional

- ⤵ Observar condições do curativo do cateter peridural (CPD) quanto à fixação adequada e presença de secreção ou sangramento no local de inserção na pele, trocando se necessário pelo Enfermeiro;
- ⤵ Atentar para hipotensão nos pacientes com analgesia por CPD e bloqueio subaracnóideo com opióides;
- ⤵ Monitorar o funcionamento da bomba de infusão de analgesia contínua por CPD, manter teclado bloqueado;
- ⤵ Registrar em Evolução de Enfermagem a avaliação do CPD;
- ⤵ Realizar a troca e bloquear o teclado da bomba de infusão de analgesia contínua por CPD, pelo Enfermeiro, quando o paciente for para a unidade de internação.



Figura 7 – Enfermeira



## Cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica

### Cuidados em SRPA de pacientes com Dreno de Tórax

- ⊗ Observar o volume do frasco redutor que deve sempre se manter no mesmo nível;
- ⊗ Observar volume do frasco redutor do dreno de tórax;
- ⊗ A medida da drenagem do dreno de tórax: quando estiver com dois terços de drenagem ou a cada 24 horas, realizado pelo Enfermeiro;
- ⊗ Manter curativo oclusivo no pertuito, ao redor do dreno de tórax, e trocar quando úmido ou sujudade;
- ⊗ Manter o dreno de tórax fixado à pele com fita adesiva microporosa hipoalergênica para evitar tração ou deslocamento;
- ⊗ Manter os frascos coletor do dreno de tórax, posicionados abaixo do nível do tórax do paciente (no chão) para evitar retorno de ar ou líquido;
- ⊗ Quando dreno de tórax estiver em aspiração contínua, abrir a válvula da rede de aspiração central, observando o funcionamento do frasco redutor (borbulhamento);
- ⊗ Manter o dreno sempre desclampeado ou conforme prescrição médica;
- ⊗ Durante o transporte do paciente, o frasco coletor deve ser mantido abaixo do nível do tórax do paciente, desconectado do sistema de aspiração e desclampeado.

## Cuidados de Enfermagem para Alta da SRPA

- ⊗ Sinais vitais estáveis;
- ⊗ Acordado e orientado com padrão sensorio habitual;
- ⊗ Ventilação espontânea;
- ⊗ Saturação de oxigênio (SpO2 maior que 90%);
- ⊗ Dor controlada;
- ⊗ Vômitos, náuseas e sangramentos controlados;
- ⊗ Bloqueio motor em regressão.

### Em pacientes ambulatoriais seguir os seguintes critérios

- ⊗ Bloqueio motor ausente se técnica anestésica peridural ou raquidiana;
- ⊗ Deambulando conforme condições prévias ao procedimento;
- ⊗ Diurese espontânea em pacientes submetidos a procedimento com risco de retenção urinária;
- ⊗ Verificar presença dos documentos referente ao retorno para reavaliação médica e orientações pós procedimentos;
- ⊗ Presença de acompanhante maior de 18 anos.

## Referências

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/LEIS/L7498.htm> Acesso em 28 out 2020.

CANGIANI, LM; CARMONA, MJC; TORRES, MLA; BASTOS, OC; FERREZ, D; SILVA, ED; DUARTE, LTD; TARDELLI, MA. Tratado de anestesiologia SAESP. 8 ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

POSSARI JF. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica (RPA). São Paulo: Iátria; 2003.

POTTER, PA; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 9 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

RIEGEL F, JUNIOR NJO. Centro Cirúrgico, recuperação pós-anestésica e esterilização para enfermagem. 1 ed. Porto Alegre: Moriá, 2019.

SMELTZER, SC; BARE, BG; HINKLE, JL; CHEEVER, KH. Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas Recomendadas da SOBECC: centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

