

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ANESTESIADO

Sonia Della Torre Salzano\*

### 1. INTRODUÇÃO

É comum ouvir-se que a enfermeira tem pouca oportunidade de contato com o paciente na sala de operação, daí a razão porque são raros os profissionais especializados nesse campo. No entanto, se considerarmos todas as funções realizadas no Centro Cirúrgico, veremos que a responsabilidade da enfermeira é muito grande no sentido de proporcionar conforto e segurança ao paciente no decorrer da cirurgia e assegurar boas condições pós-operatórias.

A organização da maioria de nossos Centros Cirúrgicos nem sempre permite cuidados contínuos de enfermagem, do período pré ao pós-operatório, e desse modo o paciente a ser operado é quase sempre desconhecido para a enfermeira de sala de operações.

Ela deve encarar o paciente como um indivíduo, membro de uma família e da comunidade, com necessidades básicas comuns a todo ser humano, entre elas amor, atenção, dedicação e respeito pela sua personalidade. Essas necessidades assumem importância maior se considerarmos que o paciente, durante a cirurgia, está completamente indefeso e portanto inteiramente sob nossos cuidados.

Cabe à equipe cirúrgica a responsabilidade de zelar pelo paciente anestesiado, proporcionando durante a cirurgia condições que assegurem um pós-operatório calmo e feliz, seja qual for a anestesia a ele ministrada.

---

\* Instrutora de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

## 2 - TIPOS DE ANESTESIA

1. Anestesia Geral - é um estado decorrente de uma depressão do sistema nervoso central, no qual o paciente perde a consciência e a capacidade de sentir dor e reagir a uma série de estímulos externos, tendo preservadas as funções de vital importância.

2. Anestesia Parciais - são aquelas cujo comprometimento da sensibilidade abrange apenas áreas do corpo, de extensão variável, sem ser acompanhado de inconsciência. Compreendem vários tipos:

2.1. Raqueanas - devem ser distinguidos dois tipos de anestésias raqueanas ou espinais, conhecidos, por sinonímia variada: intradural, subdural, subaracnóidea, raqui; extradural, epidural, peridural.

Na anestesia intradural o anestésico é posto em contato direto com o líquido céfalo-raquidiano; na anestesia extradural, é injetado no espaço compreendido entre o saco dural e o estôjo ósseo.

2.2. Tronculares: são aquelas em que se coloca um anestésico local em contato com determinado tronco nervoso, em várias regiões do corpo. Exemplo: o bloqueio do nervo radial, do cubital ou de qualquer outro nervo periférico acessível à introdução de agulha em sua proximidade.

2.3. Plexulares: o anestésico embebe os troncos nervosos que constituem um plexo. A anestesia plexular de principal aceitação atualmente é a do plexo braquial, anestesia plexular de Kuhlern-Kampff, por meio da qual se pode anestésiar o braço em seus vários segmentos.

2.4. Paravertebrais: a solução anestésica é injetada próxima ao buraco de conjugação (por onde passam as raízes nervosas), em qualquer altura da coluna vertebral. O bloqueio atinge tanto as vias sensitivas do sistema nervoso crânio-espi-nal periférico quanto as autônomas (bloqueio simpático).

3. Anestesia Local: os anestésicos locais paralizam ou deprimem temporariamente as terminações nervosas, ou as fibras nervosas periféricas sensitivas, sem afetar outros tecidos, causando perda de sensibilidade à dor, mas não a perda da consciência. A sua ação é, portanto, seletiva e reversível.

### 3 - ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ANESTESIADO

Os cuidados de enfermagem ministrados ao paciente a ser submetido à cirurgia interferem favorável ou desfavoravelmente com a realização da anestesia e o período pós-operatório. Devem os mesmos ser iniciados na unidade cirúrgica e continuar na sala de operação e no setor de recuperação pós-anestésica.

#### Cuidados antes da anestesia

Bons cuidados de enfermagem são aqueles que proporcionam bem estar físico e psicológico ao paciente. Ao lado do preparo físico, a assistência psicológica antes da anestesia assume importância muito grande para o sucesso desta e, conseqüentemente, da cirurgia e prevenção de complicações pós-operatórias. Isso se justifica se considerarmos que uma das causas de tensão do paciente no período que antecede a cirurgia é o medo da anestesia e receio de não despertar da mesma.

Além da assistência psicológica individualizada, da ao paciente na unidade cirúrgica, cabe à enfermeira de sala de operação continuar esses cuidados, recebendo-o cordialmente e dispensando-lhe a atenção e a dedicação necessárias para que ele se tranqüilize e aguarde os poucos minutos que antecedem a cirurgia no estado emocional o mais calmo possível.

Uma boa medicação pré-anestésica, aplicada aproximadamente 40 minutos antes da anestesia, contribui grandemente para assegurar essa tranqüilidade. É dever da enfermeira de sala de operações verificar a sua prescrição e hora de administração, concorrendo assim para uma boa indução.

A observação das condições físicas do paciente é indispensável para anestesia segura e prevenção de complicações durante e após a mesma. Qualquer anormalidade observada nos sinais vitais, a presença de resfriado, tosse, secreções, erupções cutâneas, sinais de manifestação alérgica tais como, sensibilidade a certos medicamentos ou materiais (ex.: esparadrapo) devem ser relatados ao anestesista para as providências cabíveis, inclusive cancelamento da cirurgia, se ele julgar não favoráveis as condições do paciente. É de suma importância

ainda que o anestesista esteja bem informado quando o paciente, além da moléstia de tratamento cirúrgico, apresentar outras condições clínicas tais como: diabete, afecções cardíacas, renais, etc.

Outros cuidados pré-operatórios relacionados à anestesia e indispensáveis para o seu êxito são: remoção de próteses dentárias em geral, para prevenir o seu deslocamento para a traquéia ou esôfago; jejum, a fim de evitar vômitos durante a anestesia, com possível aspiração e asfixia; boa higiene oral, para prevenção de infecções da árvore respiratória; esvaziamento do intestino, através de lavagem intestinal e o esvaziamento da bexiga, espontaneamente ou pelo cateterismo vesical, prevenindo assim eliminação de excreta pelo relaxamento dos esfíncteres durante a anestesia.

No caso do paciente chegar à sala de operação com sondas, estas devem ser abertas, permitindo a sua drenagem em recipientes próprios.

A passagem do paciente da maca ou cama para a mesa operatória deve ser feita por duas pessoas: uma que ampare a maca contra a mesa operatória, evitando que ela deslize durante a passagem, prevenindo assim a queda do paciente, e outra que recebe o paciente do outro lado da mesa, auxiliando-o e evitando possível queda pelo lado oposto ao da maca. Especial cuidado devem merecer os pacientes com membros ou partes do corpo excessivamente dolorosos, para que essa dor não seja exacerbada, assim como pacientes obnubilados devido à medicação pré-anestésica, para que não corram o perigo de cair no chão.

O ambiente na sala de operações na fase pré-anestésica deve ser o mais calmo possível, evitando-se conversas, movimentação desnecessária e ruídos de qualquer espécie, que podem ser sentidos exageradamente pelo paciente, interferindo no seu equilíbrio nervoso. Condições ideais de temperatura, umidade e ventilação também contribuem para o bem estar físico e emocional do paciente antes da anestesia.

#### Cuidados durante a anestesia

Apesar da anestesia ser função do anestesista, a responsabilidade pela previsão e provisão do material e

medicamentos necessários à sua realização recaí sobre a enfermeira de sala de operações. O fornecimento de gases anestésicos e o cuidado e conservação dos aparelhos de anestesia, poderão ser da responsabilidade do Serviço de Enfermagem, se no hospital não existir um serviço especializado de Anestesia ou de Gasoterapia.

Ao iniciar a anestesia, a circulante deve estar ao lado do paciente a fim de dar-lhe o conforto e a segurança necessários; as vezes é preciso contê-lo, se na fase de indução êle apresentar contrações musculares; além disso, ela deve auxiliar o anestesista na conexão de intermediários dos aparelhos de anestesia e da seringa, assim como na aspiração de secreções que possam ocasionalmente ocorrer.

Nos hospitais modernos as tubuladuras de aspiradores, gases anestésicos e oxigênio estão instaladas de modo a ficarem pendentes do teto, alcançando diretamente a parte superior da mesa operatória. Isso evita: 1 - que as tubuladuras repousem no piso da sala, o que, além de prejudicar a movimentação da equipe cirúrgica, pode ocasionar quedas; 2 - que haja desconexão ou compressão das tubuladuras, e conseqüente interrupção do fluxo com prejuízo para o paciente.

Nos casos de anestesia geral o paciente só é colocado em posição adequada à cirurgia depois de anestesiado. A circulante da sala é responsável por essa colocação, auxiliada pelo anestesista e cirurgião ou assistente. Ao colocar o paciente anestesiado em posição para a cirurgia, a enfermeira da sala deve observar certos itens importantes a saber:

- qualquer movimentação da mesa operatória ou do paciente deve ser previamente comunicada ao anestesista e este deve ser o único a fazer a movimentação da cabeça evitando, desta forma, que a sonda endotraqueal saia do lugar; em operações que exigem a posição lateral a cabeça deve ser apoiada em um coxim, a fim de manter boa mecânica corporal;

- a movimentação do paciente anestesiado deve ser firme, delicada e lenta, pois a adaptação da dinâmica circulatória à nova posição não é imediata, podendo causar hipotensão;

- a movimentação do paciente ou da mesa operatória durante a cirurgia deve ser acompanhada de observação constante da cor, aspecto e condições do paciente e verificação da continuidade das conexões dos aparelhos de anestesia; a falta de

cuidado, agravado pela dificuldade que os campos cirúrgicos a carretam à boa visualização da área de operação, pode trazer conseqüências sérias e até fatais ao paciente;

- em qualquer posição, e principalmente nas lateral e ventral, deve ser observada a possibilidade de ocorrência de a cotovelamentos na sonda endotraqueal, com interrupção do flu xo anestésico;

- os membros devem ficar apoiados em talas ou supor tes apropriados a fim de possibilitar boa circulação e conse quente oxigenação;

- os vasos sanguíneos superficiais devem estar isentos de compressão a fim de permitir livre fluxo de medicamentos e anestésicos endovenosos, prevenindo a formação de trombos pela diminuição da corrente circulatória;

- a ventilação do paciente deve ser assegurada atra vés de boa expansão pulmonar; a prevenção de compressão do tórax em posição ventral é assegurada por meio de coxins colo cados ao nível dos ombros e da região ilíaca;

- nenhuma parte do corpo deve ficar sobre superfície fria e metálica da mesa, que iria acarretar isquemia e mesmo escaras em pacientes em mau estado geral; sendo assim os suportes metálicos devem ser protegidos com campos;

- o intermediário metálico (cotovêlo), que liga a sonda endotraqueal ao aparelho de anestesia, não deve ser forçado pe lo pêso, o que poderia acarretar o deslocamento da sonda; co xins ou campos dobrados mantém essa peça amparada e fixa;

- as sondas de drenagem gástrica e vesical devem ser observadas durante a movimentação, para prevenir saída das mesmas.

No decorrer da anestesia e da cirurgia, a enfermei ra de sala de operação tem grande responsabilidade na observa ção cuidadosa do paciente e de situações que possam advir exi gindo a sua atenção pronta e rápida. Para isso ela deve se inte ressar continuamente pela pressão arterial, pulso, respiração, côr da pele do paciente ou pela ocorrência de qualquer sinal de choque, modificação das condições físicas e perda sanguínea e xagerada durante a cirurgia. Nestes casos, faz necessário pro visão imediata de transfusões, soluções e drogas medicamento sas.

Os olhos do paciente devem ser mantidos fechados cuidadosamente a fim de evitar ulcerações da córnea pela exposição prolongada ao ar, sendo aconselhável a sua proteção com gaze umedecida ou vaselinada.

A circulante deve observar periodicamente se o sangue, as soluções, o plasma administrados ao paciente estão correndo bem, e providenciar sua reposição antes que a provisão termine. Formação de soroma ou hematoma no local de aplicação de solução e sangue denotam falta de observação. Quando o sangue está sendo impulsionado por bomba, esta deve ser removida imediatamente após o término da transfusão, prevenindo-se uma embolia fatal pelo uso indevido da bomba.

Atenção constante a todas as atividades realizadas na sala de operação é necessária para que qualquer indício de ocorrência anormal, demandando necessidade imediata de material, medicamento, anestésico ou aparelhos, seja urgentemente atendida em benefício do paciente.

É durante a anestesia que a responsabilidade da enfermeira e de toda a equipe cirúrgica, pelo respeito ao paciente como indivíduo, assume papel preponderante. O paciente anestesiado é indefeso e está totalmente entregue aos cuidados do pessoal da sala de operações. Conversas alheias à intervenção, piadas e comentários devem ser abolidos durante a cirurgia. O paciente não deve ser exposto desnecessariamente. Devemos respeitá-lo como se fosse pessoa de nossa família e como gostaríamos de ser respeitados.

### Cuidados após a anestesia

Os cuidados de enfermagem após a anestesia são iniciados na sala de operação e continuam na Unidade de Recuperação Pós Anestésica, quando houver, ou na unidade do paciente.

Terminada a anestesia e a cirurgia, o paciente é colocado imediatamente em posição dorsal e agasalhado suficientemente. Cobertores elétricos já disponíveis permitem aquecimento rápido. O cuidado ao movimentar o paciente semi-anestesiado, a observação contínua de possíveis sinais de choque; como palidez, cianose, hipotermia, hipotensão, taquicardia, hemorragia, tremores, respiração entrecortada (movimen

to respiratório curto seguido de apnéia), etc. são importantíssimos nas primeiras horas após a anestesia, pois não são raras as ocorrências de choque nessa fase. Por isso, a observação cuidadosa das condições do paciente devem continuar durante toda a fase pós anestésica até que os sinais vitais estejam normais e a possibilidade de ocorrência de choque pós-operatório seja afastada.

O aparelho e material usados para aspiração das vias aéreas, devem estar à mão e em perfeito funcionamento, pois, terminada a anestesia e com a volta dos reflexos, é comum a tosse provocada pela sonda endotraqueal, como mecanismo de defesa e com eliminação de grande quantidade de secreção.

A cabeça do paciente deve ser mantida lateralmente em nível mais baixo que o tronco, evitando aspiração de secreções ou vômitos. A circulante participa desse cuidado oferecendo cuba com água para limpeza da sonda de aspiração e auxiliando o anestesista nesse mister.

Ao despertar da anestesia o paciente pode apresentar-se calmo ou não. Neste momento a presença da circulante a seu lado se faz necessária para que ela possa dar-lhe proteção física, restringindo-o com o seu próprio corpo, prevenindo, desse modo, sua possível queda da mesa operatória. Para aliviar sua tensão a enfermeira deve informá-lo que já foi operado, tranqüilizando-o e recomendando-lhe que repouse.

A observação da respiração é muito importante, pois a depressão do centro respiratório (bulbo), conseqüente da administração anestésica, a obstrução das vias aéreas superiores pela queda da língua e a presença de secreção ou edema da laringe podem ocasionar uma parada respiratória. Para prevenir esse acidente, usa-se a cânula oro-faríngea que deve ser observada permanentemente, fazendo-se aspiração de secreções para manter as vias aéreas superiores livres.

A posição da cabeça deve favorecer boa aeração.

A passagem do paciente da mesa operatória para a maca ou cama merece atenção especial. De preferência, ela deve ser realizada por quatro pessoas: uma que ampare a cabeça, outra os membros inferiores e duas lateralmente transportando o corpo do paciente com auxílio do lençol móvel. Movimentos

sincronizados e movimentação lenta, firme e delicada com o máximo de proteção no sentido de prevenir possíveis quedas e choques bruscos devem ser observados. Membros com soluções ou sangue ligados devem ser amparados cuidadosamente para que a agulha não saia da veia, ou fique encostada na parede da mesma, impedindo fluxo livre dos líquidos, pois interrupções podem causar obstrução da agulha. Toda a equipe cirúrgica deve participar na passagem do paciente da mesa operatória para a cama, o que infelizmente nem sempre é observado.

A maca ou cama onde o paciente é transportado para o Setor de Recuperação Pós Anestésica ou Unidade de Enfermagem deve ser provida de grades, as quais devem ser levantadas, e os pacientes agitados devem ser restringidos. A cabeça do paciente é conservada virada para o lado e o seu corpo protegido contra correntes de ar.

Anotações completas no impresso próprio e papelada, com dados sobre a anestesia administrada, dose, medicamentos, sinais vitais e outras intercorrências devem acompanhar o paciente. Recomendações sobre a necessidade de oxigênio, ou cuidados especiais além dos constantes da rotina, devem ser transmitidos aos responsáveis pela continuidade dos cuidados de enfermagem.

Modernamente os planejadores hospitalares estão cada vez mais convencidos da necessidade da existência de um Setor de Recuperação Pós Anestésica localizada no conjunto do Centro Cirúrgico (o que é ideal para a comunicação e assistência rápida de anestesistas e cirurgiões e obtenção de equipamento esterilizado para cuidados urgentes), ou em área reservada dentro da Unidade de Enfermagem.

O Setor de Recuperação Pós Anestésica tem por finalidade prestar cuidados especializados de enfermagem e médicos, necessários aos pacientes que ainda estão sob o efeito da anestesia até que eles estejam conscientes e os seus sinais vitais estejam normalizados, quando é permitida a sua transferência para a própria Unidade. Um anestesista deve dar assistência a esses pacientes durante todo o período de funcionamento do Setor e os cuidados de enfermagem devem ser prestados por enfermeiras, o que seria o ideal, ou por auxiliares de enfermagem, devidamente treinados,

sob a supervisão de uma enfermeira. O local deve ser calmo, com boas facilidades físicas e equipado com todo material esterilizado, aparelhos de uso rotineiro e para casos de emergência. Normas de trabalho e rotinas organizadas de vem reger o bom funcionamento do Setor.

Ao receber o paciente no Setor de Recuperação Pós Anestésica, a responsável deve se inteirar das anotações contidas no relatório e relacioná-las ao tipo da anestesia, cirurgia e condições gerais do paciente. Mesmo os pacientes submetidos a anestesia local devem ficar algum tempo em observação no Setor, pois podem ocorrer, às vezes, hipotensão ou sensibilidade a drogas anestésicas. A prescrição médica é administrada e os sinais vitais observados e anotados de 15 em 15 minutos até que se normalizem, sendo depois mais espaçado esse controle. A cabeça continua em posição lateral e em nível mais baixo que o tronco. Quando houver presença de vômitos ou secreção é feita aspiração cuidadosa. Anti-eméticos, sob prescrição médica, são administrados se houver persistência de vômitos.

Periódicamente deve ser verificado se sangue e soluções estão correndo bem e em velocidade desejada. Quando necessária deve ser feita a restrição do membro que estiver recebendo transfusão, principalmente em crianças. O oxigênio é ligado sempre que houver cianose, hipotensão e taquicardia. O curativo cirúrgico é observado constantemente e na ocorrência de sangramento deve ser notificado ao cirurgião para as providências necessárias.

Quando consciente o paciente é incentivado a tossir para eliminação de secreções.

A observação constante do paciente nesta fase pós anestésica é importantíssima na identificação de quaisquer sinais de choque, que observados precocemente permitem providências imediatas prevenindo-se complicações, que poderiam ser fatais se não atendidas a tempo. Ao observar a presença de qualquer sinal de choque, a enfermeira deve avisar o anestesista e ao mesmo tempo tomar as seguintes providências: colocar o paciente em Trendelenburgo no caso de hipotensão, aumentar o fluxo de soro e sangue para compensar a hipovolemia, quando a causa é hemorrágica, aquecer e controlar continuamente os sinais vitais, etc.

A ocorrência mais grave que pode suceder ao paciente pós anestesiado é uma parada respiratória ou cardíaca. Nesse caso as vias aéreas superiores são observadas para verificação de qualquer obstrução que deve ser eliminada. A ventilação pulmonar bôca a bôca ou insuflação periódica de oxigênio e massagem cardíaca devem ser iniciadas imediata e continuamente até a chegada do anestesista. Para isso todo o pessoal do Setor de Recuperação deve ser treinado e apto a realizar êsses cuidados imediatos de emergência, pois qualquer de mora pode ser fatal ao paciente ou trazer sequelas graves e irreversíveis.

Recuperada a consciência, a enfermeira dá ao paciente informações breves e responde perguntas de seu interesse a fim de tranquilizá-lo, facilitando a sua recuperação.

Após a alta dada pelo anestesista, o paciente é removido para a enfermaria e a observação de suas condições é continuada pelo pessoal de enfermagem da Unidade, após tomar conhecimento dos relatórios anteriores.

#### 4 - CONCLUSÕES

É grande a responsabilidade da equipe de enfermagem que presta ao paciente anestesiado a assistência física e psicológica do pré ao pós operatório. Essa assistência só é possível quando feita por pessoal altamente especializado.

Sentimos também a importância da existência de um Setor de Recuperação Pós Anestésica bem equipado, para o melhor atendimento e segurança do paciente anestesiado.

#### 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIANI, J. - La Seleccion de la anestesia. Buenos Aires, Vallardi, 1955.
- ALVES, E. - Vademecum de pré e pós-operatório. Rio de Janeiro, Saber, 1957.

- CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ANESTESIOLOGIA, 29, São Paulo, 1954 - Anais do II Congresso Latino Americano de Anestesiologia e do I Congresso Brasileiro de Anestesiologia. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 1955.
- CORBERTT, C.E. - Elementos de Farmacodinâmica. 2.<sup>a</sup> Ed. São Paulo, Artes Médicas, 1966.
- EACHERN, M. T. - Centro de Recuperação pós anestésica e pós operatória. Revista Paulista de Hospitais, 11 (5) : 30-36, maio 1964.
- FERRARINI, C. - Centro de Recuperação pós anestésica do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Revista Brasileira de Enfermagem, 16 (4) : 245-258, ago. 1963.
- GODWIN, E. - Anesthesia for nurses. Bristol, Wright, 1957.
- HARMER, B. |y otros| - Tratado de Enfermeria teorica y Practica. México, Mexicana, 1959.
- LANG, C. - Centro de Recuperação pós-operatória. Revista Paulista de Hospitais, 8 (4) : 20-21, abril, 1960.
- MACCLAIN, M. E. |e outros| - Princípios científicos da enfermagem. Rio de Janeiro, Científica, 1963.
- MEIRA, D.G. - Anestesia Geral na criança. Rio de Janeiro, Atheneu, 1958.
- MINGOLA, Q. - Química Farmacêutica. São Paulo, Melhoramentos, 1967.
- RAPIER, D.K. |and others| - Practical nursing. 2.<sup>a</sup> ed. St. Louis, Mosby, 1962.
- SADOVE, M. - The recovery room: immediate postoperative management. Philadelphia, Saunders, 1956.

<p>SALZANO, S.D.T. - Cuidados de enfermagem ao paciente anestesiado. <u>Revista da Escola de Enfermagem da USP</u>, 2(1):81-92, mar. 1968.</p>
--