

Assistência de enfermagem e complicações pós-operatórias imediatas

Nursing care and immediate postoperative complications

Cuidados de enfermería y complicaciones postoperatorias inmediatas

Luciana Martins da Silva¹, Carlos Eduardo Peres Sampaio², Deyse Conceição Santoro³, Lisandra Rodrigues Risi⁴

Como citar esse artigo. Silva LM. Sampaio CEP. Santoro DC. Risi LR. Assistência de enfermagem e complicações pós-operatórias imediatas. Rev Pró-UniverSUS. 2024; 15(3):60-73.

Resumo

Introdução: O período pós-operatório inicia-se com a saída do paciente da sala de cirurgia, sendo dividido em: recuperação anestésica (até sua alta para unidade), imediato (primeiras 24 horas), mediato (após 24 horas até a alta hospitalar) e tardio (término do período pós-operatório mediato até um ou dois meses, com completa cicatrização do sítio cirúrgico). **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um Hospital Universitário localizado no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2022. O tratamento dos dados foi realizado no programa IBM SPSS 25 Statistics for Windows. Foram utilizados o teste de correlação de Spearman, para as associações entre as variáveis de interesse e o teste de Mann-Whitney, para as comparações das variáveis de estudo por sexo. **Resultados e discussão:** Os resultados demonstraram que a dor é a complicação mais comum (61,32%) dos casos, seguido da sede (54,72%) e náuseas (16,04%). O grupo masculino apresentou valores maiores da idade ($p < 0,05$) quando comparado ao grupo feminino. No entanto, o grupo feminino apresentou maior quantidade de complicações ($p < 0,05$). O tempo médio de jejum foi de 10,73 horas e o estudo encontrou correlações positivas e significativas ($p < 0,05$) entre tempo de jejum e quantidade de complicações. **Considerações finais:** Análises acerca dos resultados obtidos neste estudo possibilitam elaborar intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório imediato, formando um sentido para estudos focados na validação de intervenções de melhorias futuras.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Assistência de Enfermagem; Complicações Pós-operatórias; Cuidados Perioperatórios; Recuperação Pós-Anestésica.

Abstract

Introduction: The postoperative period begins with the patient leaving the operating room, being divided into: anesthetic recovery (until discharge to the unit), immediate (first 24 hours), mediate (after 24 hours until hospital discharge) and late (end of the post-operative period up to one or two months, with complete healing of the surgical site). **Materials and Methods:** This is an observational, prospective study, with a quantitative approach. The study was carried out at a University Hospital located in the city of Rio de Janeiro. Data collection took place from April to August 2022. Data processing was carried out using the IBM SPSS 25 Statistics for Windows program. The Spearman correlation test was used for associations between the variables of interest and the Mann-Whitney test, for comparisons of study variables by gender. **Results and discussion:** The results demonstrated that pain is the most common complication (61.32%) of cases, followed by thirst (54.72%) and nausea (16.04%). The male group presented higher values for age ($p < 0.05$) when compared to the female group. However, the female group had a greater number of complications ($p < 0.05$). The average fasting time was 10.73 hours and the study found positive and significant correlations ($p < 0.05$) between fasting time and number of complications. **Final considerations:** Analysis of the results obtained in this study makes it possible to develop nursing interventions for patients in the immediate postoperative period, forming a meaning for studies focused on validating interventions for future improvements.

Key words: Surgicenter, Nursing Care; Postoperative Complications; Perioperative Care; Anesthesia Recovery Period.

Resumen

Introducción: El postoperatorio comienza con la salida del paciente del quirófano, dividiéndose en: recuperación anestésica (hasta el alta a la unidad), inmediata (primeras 24 horas), mediata (después de 24 horas hasta el alta hospitalaria) y tardía (final del postoperatorio de hasta uno o dos meses, con curación completa del sitio quirúrgico). **Materiales y Métodos:** Este es un estudio observacional, prospectivo, con enfoque cuantitativo, el estudio se realizó en un Hospital Universitario ubicado en la ciudad de Río de Janeiro. La recolección de datos se realizó de abril a agosto de 2022. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS 25 Statistics para Windows. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman para las asociaciones entre las variables de interés y la prueba de Mann-Whitney, para comparaciones de variables de estudio por género. **Resultados y discusión:** Los resultados demostraron que el dolor es la complicación más común (61,32%) de los casos, seguido de la sed (54,72%) y las náuseas (16,04%). El grupo masculino presentó valores más altos para la edad ($p < 0,05$) en comparación con el grupo femenino. Sin embargo, el grupo femenino tuvo un mayor número de complicaciones ($p < 0,05$). El tiempo promedio de ayuno fue de 10,73 horas y el estudio encontró correlaciones positivas y significativas ($p < 0,05$) entre el tiempo de ayuno y el número de complicaciones. **Consideraciones finales:** El análisis de los resultados obtenidos en este estudio posibilita desarrollar intervenciones de enfermería para pacientes en el postoperatorio inmediato, formando significado para estudios enfocados a validar intervenciones para futuras mejoras.

Palabras clave: Centro Quirúrgico; Atención de Enfermería; Complicaciones Posoperatorias; Atención Perioperativa; Periodo de Recuperación de la Anestesia.

Afiliação dos autores:

¹Enfermeira residente em centro cirúrgico e central de material e esterilização no Hospital universitário Pedro Ernesto- HUPE/UERJ. Rio de Janeiro- Brasil. E-mail: lucy1703.lm@gmail.com. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-6936-2526>. ²Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). HUPE/UERJ. Rio de Janeiro- Brasil. E-mail: carlosedusampa@yahoo.com.br. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-6770-7364>. ³Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro- Brasil. E-mail: deysesantoro@yahoo.com.br. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-7970-3419>. ⁴Prof. Ms. Lisandra Rodrigues Risi, Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Mestre em Enfermagem - EEAP/UNIRIO, Professor do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da UERJ, Consultor Técnico e Especialista em Medical Devices, Gestor do Grupo de Ensino e Atualização em Saúde e Auditoria – GEAAAS. Rio de Janeiro- Brasil Currículo Lattes: http://bit.ly/lattescnpqLisandra_Risi. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-8436-5100>.

* E-mail de correspondência: lucy1703.lm@gmail.com

Recebido em: 02/04/24 Aceito em: 09/10/24

Introdução

Nas horas iniciais após a cirurgia, os pacientes enfrentam complicações importantes. Essas complicações são monitoradas desde o momento em que o paciente entra na Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) para que voltem à consciência, seus efeitos anestésicos desapareçam, sua respiração se estabilize e sua saúde se normalize.^{1,2}

É crucial considerar o histórico do paciente até o tratamento das complicações pós-operatórias, especialmente relacionadas ao POI (Período Pós-Operatório Imediato) de pacientes cirúrgicos. A nutrição durante o perioperatório está sob análise devido aos benefícios do jejum na prevenção da broncoaspiração e no manejo do estresse metabólico pós-cirúrgico.³

É importante notar que a sede aumentada decorrente do jejum pré-operatório e de medicações aplicadas pode resultar em desconforto e comportamentos negativos. No POI, a sede é uma complicação prevalente, afetando muitos pacientes.

As complicações no POI estão relacionadas ao estado de saúde pré-cirúrgico, ao tipo de cirurgia, a eventos durante a operação e à qualidade dos cuidados prestados.^{4,5} O monitoramento próximo do paciente na SRPA e a intervenção precoce são essenciais devido à alta incidência de complicações nesse período crítico.^{6,7}

Dentre as complicações mais comuns estão problemas cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, urológicos, neurológicos, dor, desequilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, além de choque.^{8,9,10}

Os cuidados de enfermagem visam garantir a estabilidade do paciente no POI, monitorando sinais vitais, função motora e sensorial, e prevenindo complicações. A avaliação do paciente por meio do índice de Aldrete e Kroulik é uma prática comum para observar diferentes sistemas fisiológicos.

As complicações mais frequentes são as complicações cardiovasculares (alteração da pressão arterial, arritmias como a bradicardia, taquicardia e infarto do miocárdio); complicações respiratórias (hipoxemia, obstrução de via aérea, broncoespasmo, taquipneia, bradipneia e dispneia); complicações gastrointestinais (náuseas e vômitos); complicações urológicas (retenção urinária, poliúria, oligúria e anúria); complicações neurológicas (atraso ao despertar, desorientação, tremores, agitação, excitação, convulsão e *delirium*); dor, complicação metabólica (hipotermia); o desequilíbrio hidroeletrólítico (DHE), distúrbio acidobásico e choque.³

Ressalta-se também, a sede aumentada por fatores como jejum pré-operatório, medicações aplicadas e redução sanguínea no intraoperatório. O que tem como resultado comportamentos negativos, bem

como estresse, irritabilidade, ansiedade e desespero. O desconforto da sede no POI demonstra uma prevalência acentuada, indo de 83,7 a 88,6% no paciente em período pós-operatório imediato (POI).¹¹

A enfermagem perioperatória busca melhorar a qualidade dos cuidados e garantir a segurança do paciente cirúrgico, compreendendo as manifestações clínicas e complicações adversas do procedimento cirúrgico e anestésico.^{12,13}

O estudo das complicações pós-operatórias é essencial devido ao número significativo de procedimentos cirúrgicos e complicações evitáveis. A implementação de sistemas de monitoramento é crucial para identificar e prevenir essas complicações, especialmente considerando o crescimento esperado no setor cirúrgico.

No Brasil, embora a prevalência de procedimentos cirúrgicos não seja precisamente conhecida, é vital desenvolver sistemas de análise para monitorar complicações pós-operatórias e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.¹³ Referente ao Brasil, a prevalência de procedimentos cirúrgicos é inexata, pois não há dados, disponibilizados pelo sistema, que abordam esses procedimentos. Contudo, um banco de dados do sistema nacional de saúde brasileiro, relata que o quantitativo cirúrgico no país foi de 4.433 procedimentos/100.000 pessoas em 2014. Sendo assim, é extremamente importante que haja um desenvolvimento de um sistema de análise e monitoramento dos pacientes que passam por procedimentos cirúrgicos para que haja a identificação de complicações pós-operatórias.¹⁴

Este estudo é de extrema importância para agregar conhecimento sobre a assistência de enfermagem e principais complicações no pós-operatório imediato e a implementação de estratégias de enfrentamento e cuidado realizadas pela enfermagem para melhoria da qualidade de vida do paciente no POI.

O paciente deve ser assistido desde o momento de sua admissão. Os profissionais de enfermagem devem proporcionar as devidas orientações, assistência e apoio psicológico necessário. Assim, com os devidos cuidados e tratamentos.

Tendo em vista que se pretende identificar as principais complicações desenvolvidas no período pós-operatório imediato e suas causas, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as principais complicações desenvolvidas no período pós-operatório imediato? Tendo como objeto de estudo as Principais complicações desenvolvidas no período pós-operatório imediato e suas causas.

Objetivos: Analisar as complicações desenvolvidas no período pós-operatório imediato para a melhoria da recuperação do paciente cirúrgico. Identificar as principais complicações evidenciadas no período pós-operatório imediato. Relacionar o tempo de jejum com o desenvolvimento de complicações

metabólicas no período pós-operatório imediato.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo¹⁵ e com abordagem quantitativa, com coleta de dados ao longo do período de pós-operatório imediato. O estudo apresenta variáveis de interesse onde a coleta de dados pode determinar como as mudanças ocorrem durante a análise dos dados em um tempo caracterizado como observacional.

Local de estudo

O estudo foi realizado a partir da Sala de Recuperação Pós- anestésica (SRPA) de um Hospital Universitário localizado município do Rio de Janeiro atendendo um período de pós-operatório imediato. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2022.

O Hospital Universitário conta com 20 salas de cirurgia, atualmente, em funcionamento e uma média de 800 cirurgias por mês, segundo dados da secretaria do centro cirúrgico. Ainda contam com dois carrinhos de parada nos corredores do centro cirúrgico, 23 enfermeiros e realizam cirurgias ortopédicas, cardíacas, urológicas, cirurgia geral, gastrintestinais, proctologia, plásticas, neurológicas, otorrinolaringologia, oftálmicas, por robótica, híbrida, vasculares, entre outras.

A sala de Recuperação Anestésica do hospital comporta 13 leitos. Sendo que desses 13 leitos, 6 tem monitorização e 7 sem monitorização. Há também o posto de enfermagem que contém um enfermeiro, 5 técnicos de enfermagem e um anestesista por plantão.

População e amostra

População de referência: Pacientes cirúrgicos em período de pós-operatório imediato.

População de amostra: Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico eletivo e de urgência, em pós-operatório imediato.

Tamanho da amostra: 106

Crítérios de inclusão: Pacientes lúcidos e orientados submetidos a procedimento cirúrgico eletivo e de urgência de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, em pós-operatório imediato, a partir da sala de recuperação pós-anestésica.

Crítérios de exclusão: Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico que não estavam em condições responsivas no pré-operatório, que vieram a óbito no intraoperatório ou que tenham ultrapassado o período de 24 horas do pós-operatório imediato.

Para a análise do estudo, foi desenvolvido um

instrumento de coleta de dados aplicado como entrevista e observação aos pacientes no período de pós-operatório imediato, a partir da SRPA. Foi realizado teste piloto do instrumento de coleta de dados, para adequação e constatar efetividade do mesmo. Todos os envolvidos assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dentre esses dados de pesquisa destacam-se:

Perfil do paciente – idade, sexo, estado físico ASA.

Informações sobre a cirurgia – eletiva ou de urgência, tipo de anestesia utilizada, tipo de anestésico utilizado, utilização de alguma medicação pré-anestésica ou trans anestésica, tipo de cirurgia e tempo cirúrgico.

Complicações durante a recuperação anestésica – alterações na temperatura corporal, nível de saturação arterial, frequência cardíaca, presença de dor, náuseas, vômitos, agitação, sangramento, ansiedade, tontura, tremor, prurido, calafrio, dispneia, choque, glicemia capilar, entre outros.

Análise de dados

Os dados foram tabulados em planilhas de Excel e posteriormente apresentados em gráficos e tabelas. Ainda assim, para maior confiabilidade e alcance da relevância dos dados para determinação dos objetivos, foram realizados tratamentos estatísticos, onde os dados sofreram estatística descritiva, com apresentação dos mesmos em dados absolutos e relativos. Além da compilação sendo apresentados em médias, desvio padrão e estatística descritiva.

O teste de correlação de Spearman foi utilizado para analisar as associações entre as variáveis de interesse. O teste de Mann-Whitney foi empregado para as comparações das variáveis de estudo por sexo. O valor de $p < 0,05$ foi admitido para a significância estatística. O tratamento dos dados foi realizado no programa IBM SPSS 25 Statistics for Windows.

Ética na pesquisa

Projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Instituição-CEP, segundo os critérios éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, com aprovação constando no Parecer nº 5.274.808.

Resultados e Discussão

Características clínicas e demográficas

A amostra é composta de 106 pacientes, submetidos à procedimentos cirúrgicos eletivos e

de urgência. Destes pacientes, 69 (65,09%) do sexo feminino e 37 (34,91%) do sexo masculino. Onde foram divididos por faixa etária: 26 (24,53%) pacientes com idade entre 18 a 39 anos, 46 (43,40%) pacientes entre 40 a 59 anos e 34 (32,08%) pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.

Sobre os fatores de risco anestésicos, levou-se em conta que o mesmo paciente pode possuir um ou mais fatores de risco associados. Sendo estes: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) o mais prevalente representando 57 (53,77%). Seguido de Diabetes Mellitus com 23 (21,70%), tabagismo com 16 (15,09%) e etilismo com 10 (9,43%). Com 5 (4,72%) hipotireoidismo, arritmia cardíaca e IAM com 4 (3,77%) cada; asma 3 (2,83%), artrose, depressão, glaucoma e dislipidemia 2 (1,89%) cada. Com 1 (0,94%) hérnia de disco, hepatite c, insuficiência renal, enfisema pulmonar, HIV+ e DPOC cada.

Os pacientes são classificados: 38 (35,85%) com ASA I (paciente saudável), 64 (60,38%) ASA II (paciente com doença sistêmica leve), 4 (3,77%) ASA III (doença sistêmica grave, sem ameaça a vida). Os pacientes classificados com ASA IV, V e VI, não foram identificados no estudo.

Acerca de históricos cirúrgicos anteriores: 33 (31,13%) dos pacientes da amostra informaram não ter realizado algum tipo de procedimento cirúrgico, 39 (36,79%) uma cirurgia, 22 (20,75%) duas cirurgias, 7 (6,60%) três cirurgias e 5 (4,72%) quatro cirurgias ou mais.

Foi identificado que apenas 11 pacientes possuem alergia medicamentosa, o que corresponde a 10,38%. Destes, 4 (3,77%) com alergia a analgésicos e AINES cada e 3 (2,83%) com alergia a antibacterianos. Assim como mostra a tabela 1:

Tabela 1. Características clínicas e demográficas pré-operatórias. Rio de Janeiro-RJ. Brasil 2022.

VARIÁVEIS	VALOR	%	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
SEXO			-	
Feminino	69	65,09		
Masculino	37	34,91		
IDADE				
18 - 39 anos	26	24,53	28,50	7,14
40 - 59 anos	46	43,40	52,54	5,92
>60 anos	34	32,08	68,13	5,74
ASA				
I	38	35,85		
II	64	60,38		
III	4	3,77		
FATORES DE RISCO-ANESTÉSICOS				
HAS*	57	53,77		
DM*	23	21,70		
Asma	3	2,83		
Tabagismo	16	15,09		
Etilismo	10	9,43		
Artrose	2	1,89		
Arritmia Cardíaca	4	3,77		
Depressão	2	1,89		

Tabela 1 (cont.). Características clínicas e demográficas pré-operatórias. Rio de Janeiro-RJ. Brasil 2022.

VARIÁVEIS	VALOR	%	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Glaucoma	2	1,89		
Hérnia de disco	1	0,94		
Dislipidemia	2	1,89		
Hepatite C	1	0,94		
Insuficiência Renal	1	0,94		
Enfisema Pulmonar	1	0,94		
Hipotireoidismo	5	4,72		
Doença renal crônica	2	1,89		
IAM*	4	3,77		
DPOC*	1	0,94		
HIV +*	1	0,94		
HISTÓRICO CIRÚRGICO		-		
0	33	31,13		
1	39	36,79		
2	22	20,75		
3	7	6,60		
4	5	4,72		
ALERGIA MEDICAMENTOSA		-		
Analgesicos	4	3,77		
AINEs*	4	3,77		
Antibacterianos	3	2,83		

*IAM: infarto agudo do miocárdio/ *DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica/ *HIV: vírus da imunodeficiência humana/
*HAS: hipertensão arterial sistêmica/ *DM: diabetes mellitus/ AINEs: anti-inflamatórios não-esteroidais.

Fonte. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

O grupo masculino apresentou valores maiores da idade ($p < 0,05$) quando comparado ao grupo feminino. No entanto, o grupo feminino apresentou maior quantidade de complicações ($p < 0,05$) em média 2,49 e 1,78 respectivamente. As demais variáveis não apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Podemos observar esses dados nas tabelas 2 e quadro 1

Características intraoperatórias

Na tabela 3, pode-se observar as características intraoperatórias. Os tipos de cirurgias mais frequentes foram: do aparelho digestivo com 20 (18,87%), urológicas com 17 (16,04%) ortopédicas com 13 (12,26%), ginecológicas com 12 (11,32%), otorrinolaringológicas com 9 (8,49%), cabeça e pescoço com 8 (7,45%),

Tabela 2. Comparações por sexo: masculino vs. Feminino. Rio de janeiro-RJ. Brasil 2022.

Estatísticas de grupo				
	Sexo	N	Média	Desvio padrão
Idade	Masculino	37	56,19	12,01
	Feminino	69	48,43	16,51
Tempo de jejum	Masculino	37	10,73	6,72
	Feminino	69	11,49	4,77
Quantidade de Fatores de Risco	Masculino	37	1,59	1,17
	Feminino	69	1,16	1,17
ASA (classe)	Masculino	37	1,76	0,55
	Feminino	69	1,64	0,54
Porte Cirúrgico	Masculino	37	1,76	0,83
	Feminino	69	1,94	0,75
Quantidade de anestésias	Masculino	37	2,00	0,41
	Feminino	69	1,91	0,37
Quantidade de complicações	Masculino	37	1,78	1,57
	Feminino	69	2,49	1,63

Fonte. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Quadro 1. Teste de Mann- Whitney

Teste de Mann-Whitney		
	Diferença média	Valor-p
Idade	7,75	0,017
Tempo de jejum	-0,76	0,054
Quantidade de Fatores de Risco	0,44	0,051
ASA (classe)	0,12	0,293
Porte Cirúrgico	-0,19	0,171
Quantidade de anestésias	0,09	0,277
Quantidade de complicações	-0,71	0,022

Rio de janeiro-RJ. Brasil 2022.

neurológicas com 7 (6,60%), bucomaxilofacial com 6 (5,66%), vascular com 5 (4,72%), plástica com 4 (3,77%), cardíaca com 3 (2,83%) e torácica com 2 (1,89%). As cirurgias são classificadas levando-se em conta o potencial de contaminação e foram divididas em: limpas com 40 (37,74%), 34 (32,08%) potencialmente contaminadas, 32 (30,19%) cirurgias classificadas como contaminadas.

O tempo de duração dos procedimentos cirúrgicos compreende o período <60 minutos, 60 – 120 minutos e >120 minutos. As cirurgias com tempo inferior a 60 minutos correspondem a 5 (4,72%), 34 (32,08%) com tempo entre 60 minutos e 120 minutos, e 67 (63,21%) com tempo superior a 120 minutos. As cirurgias com classificação de porte I (de até 2 horas) representaram

36 (33,96%) da amostra, enquanto as de porte II (de 2 a 4 horas) 50 (47,17%), as de porte III (de 4 a 6 horas) 17 (16,04%) e as de porte IV (> 6 horas) representam 03 (2,83%).

O tipo anestésico mais utilizado foi anestesia geral representando 85 (80,19%) da amostra, seguido de anestesia raquidiana com 21 (19,81%) e epidural/peridural com 6 (5,66%). Na anestesia geral foram utilizados sedativos em 77,36% dos casos, na anestesia raquidiana 16,98%, na anestesia epidural/peridural em 3,77%.

Com relação às complicações intraoperatórias, dor em 65 (61,32%) dos casos, sede em 58 (54,72%), náuseas em 17 (16,04%), hipertensão e hipotermia em 13 (12,26%) cada, hipotensão em 10 (9,43%), tremores

em 8 (7,55%), dispneia em 6 (5,66%); bradicardia, hipoglicemia e retenção urinária em 5 (4,72%) cada. Ainda se constatou sangramento em 4 (3,77%), tosse e vômitos em 3 (2,83%) cada; taquicardia e arritmia em 2 (1,89%) cada e agitação, desorientação, tontura e soluço em 1 (0,94%) cada.

Foram administrados medicamentos no intraoperatório sendo os tipos mais utilizados: opióides com 89 (85,85%), benzodiazepínicos com 56 (52,83%), analgésicos com 95 (89,62%), antibacterianos com 91 (85,85%), antieméticos com 86 (81,13%), corticóides com 52 (49,06%), anti-hipertensivos com 46 (46,40%), antifibrinolíticos com 27 (25,47%), protetores da mucosa gástrica com 22 (20,75%), fármacos vasoativos com 21 (19,81%), fármacos vasopressores com 19 (17,92%) e anticoagulantes com 7 (6,60%).

Características e complicações

O gráfico em evidência na figura 1 mostra a incidência dos tipos de complicações POI. Sendo as complicações pós-operatórias mais frequentes: dor com 65 (61,32%), sede com 58 (54,72%), náuseas com 17 (16,04%), hipertensão com 13 (12,26%), hipotermia com 11 (10,38%), tremores e hipotensão com 8 (7,55%) cada, dispneia, bradicardia, retenção urinária e hipoglicemia com 5 (4,72%) cada, sangramento com 4 (3,77%), tosse e vômito com 3 (2,83%) cada; desorientação, obstrução de vias aéreas, taquicardia e arritmia com 2 (1,89%) cada; agitação, tontura e hipertermia com 1 (0,94%) cada. Entre as complicações observamos média de 2,13 e DP 5,02.

Tabela 3. Características Intraoperatórias. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2022.

Variáveis	Valor	%	Média	Desvio padrão
Tipos de cirurgia			-	
Torácica	2	1,89		
Plástica	4	3,77		
Ginecológica	12	11,32		
Cabeça e pescoço	8	7,55		
Ortopédicas	13	12,26		
Aparelho digestivo	20	18,87		
Bucomaxilofacial	6	5,66		
Urológica	17	16,04		
Neurológicas	7	6,60		
Vascular	5	4,72		
Otorrinolaringológica	9	8,49		
Cardíaca	3	2,83		
Potencial de contaminação			-	
Limpa	40	37,74		
Potencialmente contaminadas	34	32,08		
Contaminada	32	30,19		
Tempo de cirurgia			-	
<60 MIN.	5	4,72		
60 – 120 MIN.	33	32,08		
>120 MIN.	68	63,21		
Porte cirúrgico			-	
I (ATÉ 2 H.)	36	33,96		

Tabela 3 (cont.). Características Intraoperatórias. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2022.

Variáveis	Valor	%	Média	Desvio padrão
II (2 – 4 H.)	50	47,17		
III (4 - 6 H.)	17	16,04		
IV (> 6 H.)	03	2,83		
Anestesia		-		
Epidural/peridural	6	5,66		
Raquidiana/espinhal	21	19,81		
Geral	85	80,19		
Sedação (adjuvante)		-		
Epidural + sedação	4	3,77		
Raquidiana + sedação	18	16,98		
Geral + sedação	82	77,36		
Complicações		-	2,13	5,02
Dor	65	61,32		
Tosse	3	2,83		
Agitação	1	0,94		
Dispnéia	6	5,66		
Desorientação	2	1,89		
Hipotermia	13	12,26		
Tontura	1	0,94		
Taquicardia	2	1,89		
Arritmia	2	1,89		
Hipotensão	10	9,43		
Hipertensão	13	12,26		
Bradycardia	5	4,72		
Tremores	8	7,55		
Sangramento	4	3,77		
Obstrução vias aéreas	2	1,89		
Hipoglicemia	5	4,72		
Náuseas	17	16,04		
Vômitos	3	2,83		
Soluço	1	0,94		
Retenção urinária	5	4,72		
Sede	58	54,72		

Fonte. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

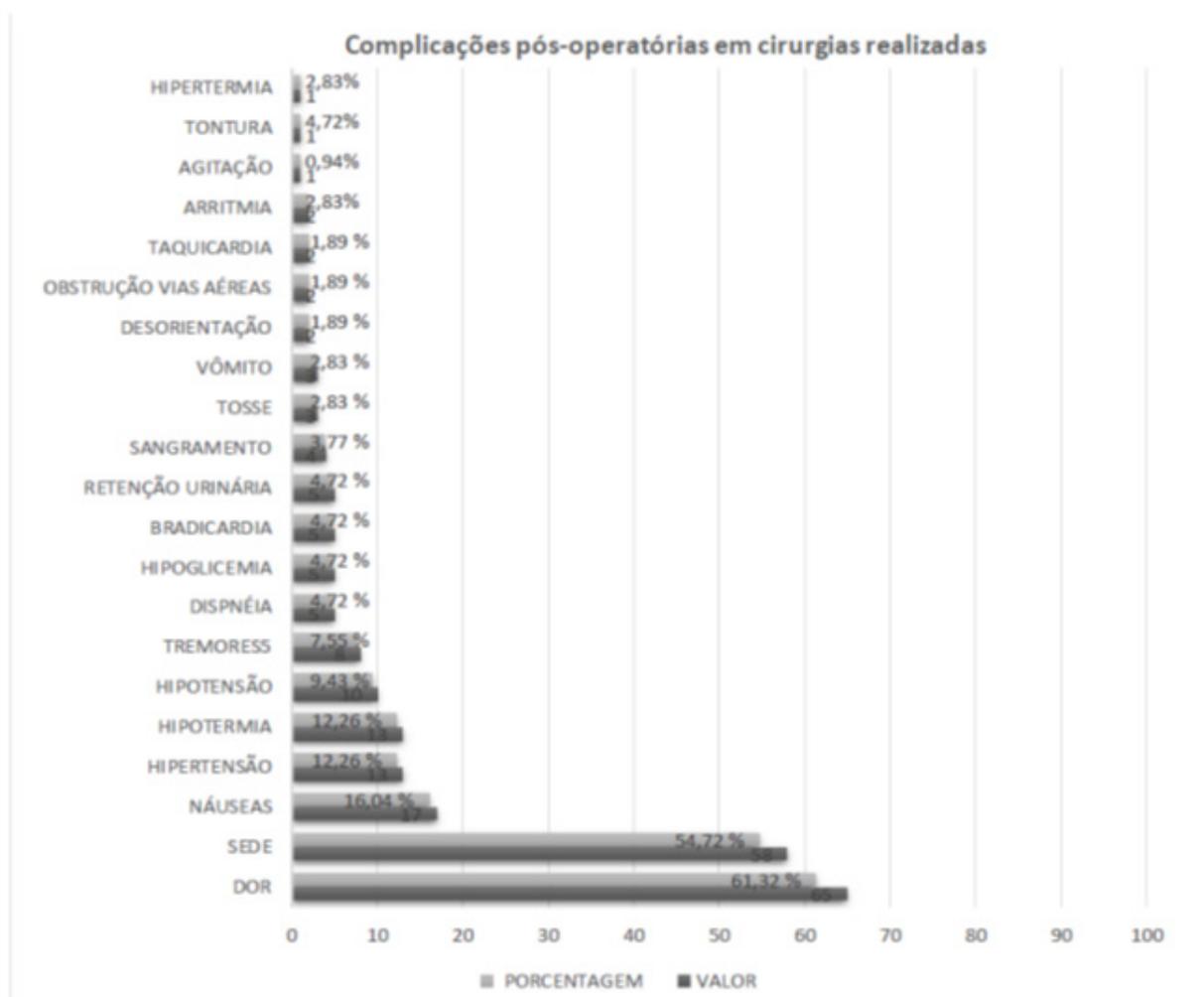


Figura 1. Complicações pós-operatórias em cirurgias realizadas.

Fonte. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

A prevalência da sede pós-operatória neste estudo foi de 54,72%, demonstrando a relevância que esse sintoma tem em pacientes no POI.

Em meio aos desconfortos da sede, o mais destacado pelos pacientes é boca seca, o que demonstra o quão incômodo este desconforto pode se tornar. Deste modo, a percepção da sede não acontece apenas pela presença e pela intensidade da sede, mas também por outros sinais, como boca seca, lábios ressecados, língua e saliva grossas, garganta ressecada, gosto ruim na boca e pela necessidade de beber água.

A quantidade de horas de jejum absoluto pré-operatório influencia a ocorrência do desconforto da sede, o que representa aumento deste incômodo vivenciado pelos pacientes.

É possível observar, tanto da sede como dos desconfortos relacionados, que parte dos participantes, mesmo tendo sede intensa, não informou o incômodo. Resultado equivalente descreve que somente 10,38% dos pacientes informaram, de forma espontânea, o sintoma. Como demonstrado na tabela 4:

Tabela 4. Associação entre presença de sede e desconforto apresentados pelos pacientes no pós-operatório imediato

VARIÁVEIS	VALOR	%
DESCONFORTO		
Lábios ressecados	20	18,87
Boca seca	26	24,53
Garganta ressecada	24	22,64
Hipossalivação	13	12,26
Procura por água	11	10,38
Língua grossa	3	2,83
Sede	58	54,72
Sem desconforto	34	32,08

Fonte. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Dados referentes ao tempo de jejum no período pré-operatório são demonstrados na Tabela 5. Onde o tempo de jejum pré-operatório, contando todas as clínicas, foi dividido em até 08 H (total de 29 horas), 8H - 24H (total de 72 horas) e >24 H (total de 5 horas). Dentre esses a prevalência maior foi do aparelho digestivo como se pode verificar na tabela 5.

O estudo revelou que o tempo de jejum foi longo, excedendo as recomendações. Alguns pacientes ficaram em jejum por mais de 11 horas, inclusive sem água. A falta de orientações sobre o reinício da alimentação nos registros médicos prolongou o jejum, contribuindo para complicações pós-operatórias, como náuseas, vômitos e sede excessiva. O estudo encontrou correlações positivas e significativas ($p < 0,05$) entre Idade e quantidade de fatores de risco; idade e ASA (classe), ASA e quantidade de fatores de risco; Tempo de jejum e quantidade de complicações; Porte cirúrgico e quantidade de anestésias e Porte cirúrgico e quantidade de complicações.

A correlação positiva mostra que as duas variáveis

relacionados variam seus valores no mesmo sentido, ou seja, quando uma delas aumenta, a outra também aumenta, ou vice-versa. Exemplo: quanto maior a idade, maior é a frequência de fatores de risco. Por conseguinte, há correlação positiva entre tempo de jejum e quantidade de complicações, ou seja, quanto maior o tempo de jejum maior o número de complicações pós-operatórias.

Dentre os casos investigados neste estudo, destaca-se que o maior número é de mulheres com 69 (65,09%) em relação aos homens com 37 (34,91%). Sendo a maior prevalência de pacientes entre 40 e 59 anos com 46 (43,40%), seguido dos pacientes com idade >60 anos com 34 (32,08%) e pacientes com idade entre 18 e 39 anos com 26 (24,53%). Resultados semelhantes ao deste estudo. Por conseguinte, os pacientes que apresentaram maior índice de complicações pós-operatórias são do sexo feminino e com idade superior a 40 anos, devido às comorbidades, riscos e condutas anestésico-cirúrgicas pré-procedimento, incluindo tempo elevado de jejum.^{3,16}

Tabela 5. Tempo de jejum por clínica cirúrgica. Rio de Janeiro- RJ, Brasil, 2022.

Variáveis	Valor			Média	Desvio padrão
	Até 8h	8h – 24h	> 24h		
Tipos de cirurgia					
Cardíaca	1	2		8,67	1,2
Torácica		2		9,5	0,5
Neurológica	1	6		9,57	0,9
Aparelho digestivo	4	13	3	13,85	9,7
Bucomaxilo	1	4	1	13,33	6,4
Vascular	2	3		10	2,4
Ginecológica	4	8		11,08	3,2
Urológica	7	9	1	10,76	5,0
Ortopédica	5	8		9,69	1,8
Plástica	1	3		10	1,5
Otorrinolaringológica	2	7		10,22	1,9
Cabeça e pescoço	1	7		12,13	3,0
Todas as clínicas	29	72	5	10,73	2,57

Fonte. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Quadro 2. Correlação de Spearman

Correlação de Spearman		Idade	Tempo de jejum	Quantidade de Fatores de Risco	ASA (classe)	Porte Cirúrgico	Quantidade de anestésias
Tempo de jejum	rho	0,032					
	valor-p	0,748					
Quantidade de Fatores de Risco	rho	0,549	-0,036				
	valor-p	0,000	0,717				
ASA (classe)	rho	0,501	-0,012	0,744			
	valor-p	0,000	0,900	0,000			
Porte Cirúrgico	rho	-0,144	-0,083	-0,141	-0,109		
	valor-p	0,141	0,396	0,150	0,267		
Quantidade de anestésias	rho	0,079	0,002	0,064	-0,018	0,255	
	valor-p	0,422	0,984	0,515	0,853	0,008	
Quantidade de complicações	rho	-0,083	0,260	0,044	0,052	0,446	0,172
	valor-p	0,397	0,007	0,657	0,594	0,000	0,077
	N	106	106	106	106	106	106

Fonte. Rio de Janeiro-Rj. Brasil 2022.

A anestesia geral foi a mais utilizada, seguida da raquianestesia, que são as que inferem situações de maior risco ao apresentar complicações perioperatórias e se estiver combinada à anestesia geral tem um efeito aumentado. Observa-se uma taxa de 16,04% para náuseas, o que pode ter relação com o tipo de anestesia, já que há maior prevalência de anestesia geral e o uso de opioides pode gerar esse desconforto, bem como o tempo de jejum e comorbidades como a obesidade colaboram para esta complicação.¹⁶⁻¹⁷

Cirurgias com tempo superior a 120 minutos e porte II (tempo entre 2- 4 horas) tiveram maior prevalência. Pacientes com fatores de risco anestésico são representados por 70% da amostra, Outro estudo⁷ também encontrou a HAS e DM como principais comorbidades. Sendo assim, constata-se que há relação com o perfil de atendimento cirúrgico do hospital, onde são predominantes: cirurgias de médio a grande porte, onde a comorbidade com maior prevalência é a HAS seguido de DM conforme observado anteriormente na tabela 1.

Neste estudo as cirurgias limpas (38%), cirurgias potencialmente contaminadas (32%) e cirurgias contaminadas (30%) foram prevalentes. Não houve registros de cirurgias infectadas. Isto ocorre devido

à grande demanda de cirurgias eletivas e aos tipos de cirurgias predominantes. Concomitantemente este estudo coincide com o achado, que relata um maior número de cirurgias limpas e potencialmente contaminadas.³

Neste estudo, aproximadamente 80% dos pacientes apresentaram alguma intercorrência no período POI. Sendo a dor a complicação mais comum com 61,32% dos casos, seguido da sede com 54,72% e náuseas com 16,04%.¹⁸⁻¹⁹

Entre os participantes do estudo, constatou-se que pacientes submetidos a procedimentos traumatológicos, oncológicos, vasculares e hemodinâmicos, são os que mais relataram dor no POI. A dor no pós-operatório imediato é esperada e se não tratada de modo eficaz, gera efeitos prejudiciais ao organismo do paciente e confere aumento da morbimortalidade.¹⁹⁻²⁰ Deste modo o aumento do número de pacientes que refere dor no pós-operatório imediato mostra que esta deve ser objeto de atenção do enfermeiro e da equipe multiprofissional.^{7,21}

A dor é mais intensa quando o paciente chega na SRPA, sendo que no tempo de internação na SRPA é realizado administração de medicamentos para esta complicação. Neste estudo, a dor também foi a de maior prevalência ao admitir o paciente na SRPA. Por

consequente, o manejo da dor depende de uma análise rigorosa levando-se em conta que o efeito de anestésicos, a dificuldade de verbalização e o nível de consciência interferem na identificação da complicação.^{13,19}

Em um estudo foi constatado hipotermia em cerca de 80% dos casos em estudo. Todavia, no presente estudo, a hipotermia está presente em 12,26% dos pacientes – uma porcentagem bem menor em comparação. Muitos motivos podem definir essa diferença no índice de hipotermia em POI. Controle da temperatura em salas cirúrgicas, idade dos pacientes, porte e tipo de procedimento, administração de líquidos ou de medicamentos no transoperatório, uso de manta térmica e demais cuidados com a temperatura corporal devem estar associados.^{17,19,22}

O acompanhamento nutricional é de grande importância no período perioperatório por implicar em alterações em vários sistemas orgânicos. Em estudo sobre diagnósticos de enfermagem da seção nutrição em pacientes em pós-operatório, 70% dos procedimentos foram abdominais e chegou-se à conclusão de que a maior parte dos pacientes (58,8%) apontou o diagnóstico Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais.²³⁻²⁴ Os valores extremos de tempo de jejum absoluto sobressaíram entre os resultados, o que gera sofrimento acentuado nos pacientes. O que corrobora para este estudo, onde o tempo de jejum referente é superior a 12 horas chegando até a mais de 48 horas nos procedimentos cirúrgicos do aparelho digestivo.^{10,25-26}

Certas técnicas podem ser indicadas para diminuir o tempo de jejum. A prescrição com foco em cada paciente possibilitará o controle e diminuição dos desconfortos resultantes de um jejum prolongado. Além disso, programas de educação permanente para a equipe multidisciplinar abordando instruções atualizadas, prescrições médicas e evoluções de enfermagem precisas e minuciosas são imprescindíveis para uma sensibilização à mudança de práticas empíricas.²⁷

Não obstante as implicações são graves, atuando de forma negativa na recuperação do paciente cirúrgico. Entre estas estão: aumento do tempo de internação, atraso no processo de cicatrização, resistência à insulina e aumento da mortalidade. Todos os fatores relatados colaboram para a permanência do jejum e acarretam aflições ao paciente, como a sede, que neste estudo representou 54,72% da amostra.^{10-11, 28}

O risco elevado de evolução dos desconfortos relacionados a sede pelo paciente cirúrgico é comprovado por condições como jejum pré-operatório estendido, perda sanguínea, intubação orotraqueal e medicamentos administrados durante o procedimento anestésico cirúrgico. O desconforto da sede é tratado como vivência subjetiva, o que interfere na sua relevância e identificação.²⁹

O emprego da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP), presente em estudos, busca

entender a amplitude deste desconforto e avaliar as diferentes formas de percepção da sede, pois busca a percepção do desconforto por meio de sete atributos: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, hipossalivação, garganta seca, gosto ruim e procura por água.^{10-11,23,29}

Todavia a aplicação da técnica de alívio da sede no pós-operatório imediato é impactada pelo modo como cada profissional efetua sua avaliação para perceber a sede, levando-se em conta as inúmeras formas para alívio da sede. Estudos ressaltam as estratégias empregadas pela equipe de enfermagem para amenizar a sede como: umedecer os lábios do paciente com algodão ou gaze umedecido com água, gargarejo com água fria, oferta de pequenos volumes de água na seringa, lascas de gelo e uso do picolé mentolado.^{11,23,29} O que confere com as práticas adotadas pela SRPA para melhoria do desconforto da sede no estudo em questão, excluindo a prática das lascas de gelo e do picolé mentolado os quais ainda não foram abordados na instituição.^{10,30}

A revisão do jejum absoluto nas fases pré e pós-operatórias por um tempo demasiado longo ainda é uma prática comum. O tempo de jejum prolongado nos pacientes cirúrgicos aumenta os sintomas da sede e propicia riscos como o da broncoaspiração, por causa da elevada produção de suco gástrico e redução do pH.²⁹⁻³⁰

Contudo, os resultados dispostos nesta pesquisa formam elementos importantes na avaliação do paciente em POI. Os dados correspondem a fatores relevantes observados pelo profissional de enfermagem, justificando seu empenho em realizar uma evolução de enfermagem rica em detalhes que beneficie o instrumento de registro e a comunicação da condição clínica do paciente, colaborando para a qualidade da assistência e do cuidado de enfermagem.¹⁸

Conclusão

Este estudo destaca a necessidade de medidas para reduzir as complicações no POI. A importância do conhecimento prévio na identificação e prevenção precoce das complicações é crucial. Análises mostram diferenças entre gêneros em relação à idade e incidência de complicações, associando tempo de jejum com complicações.

A recuperação eficaz do paciente vai além do uso de tecnologia. Cuidados embasados em conhecimento científico e habilidades técnicas individualizadas são essenciais. Intervenções de enfermagem visam preparar profissionais para oferecer cuidados de qualidade no POI, promovendo benefícios para pacientes e equipes multidisciplinares.

É fundamental capacitar a equipe de enfermagem, liderada pelo enfermeiro, para avaliar e cuidar dos pacientes de forma adequada, focando na prevenção

de complicações e atentando para o tempo de jejum apropriado.

Contribuições

Todos os autores contribuíram de forma uniforme na elaboração do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na elaboração da versão final do estudo.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

Referências

1. 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. 7ª ed. São Paulo: SOBECC; Barueri: Manole; 2017.
2. Fengler FC, Medeiros CRG. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros. *Rev SOBECC* [Internet]. 3º de abril de 2020 [citado 24º de outubro de 2022];25(1):50-7. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/517>
3. Dias, TLF. Complicações anestésico-cirúrgicas em sala de recuperação pós-anestésica. 2017. 50 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) —Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/23339>. Acesso em: 20 jul. 2021.
4. Dill MCP, Arboit Éder L, Kaefer CT, Arboit J. Perceptions About an Instrument Used for Patients' Evaluation and Discharge from Post-Anesthesia Care Units / Percepções Acerca de um Instrumento para Avaliação e Alta da Sala Recuperação Pós-Anestésica. *R. pesq. cuid. fundam.* online [Internet]. 1º de julho de 2018 [citado 25º de outubro de 2022];10(3):711-9. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6178>
5. Silveira BT. Análise de parâmetros clínicos da Recuperação Pós-anestésica - RPA: uma contribuição para a segurança do paciente cirúrgico. E-USF [Internet]. 10º de dezembro de 2018 [citado 24º de outubro de 2022];2(1):1-13. Disponível em: <http://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/46>
6. Prearo M, Fontes C. Sistematização da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 10(7), 2019 [citado 2022 Oct 25]. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2470>
7. Nascimento PDFS. Análise das Complicações de Pacientes Idosos no Período do Pós-operatório até a Alta Hospitalar. 2018. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais, MG, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B2ZNB9>. Acesso em: 20 jul. 2021.
8. Andrade AYT, Tanaka PS de L, Poveda V de B, Turrini RNT. Complicações no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio. *Rev SOBECC* [Internet]. 13º de dezembro de 2019 [citado 24º de outubro de 2022];24(4):224-30. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/482>
9. Siqueira, EMP, Diccini S. Complicações pós-operatórias em neurocirurgia eletiva e não eletiva. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2017, v. 30, n. 1 [Acessado 24 Outubro 2022], pp. 101-108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700015>. Epub Jan-Feb 2017. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700015>
10. Silva, S., Ferreira, R., Pinto, A., Andrade, L., Gomes, P., &

Tavares, J. (2020). Pós-operatório de paciente oncológico em jejum prolongado: diagnósticos e intervenções de enfermagem [Post-operative oncological patients in prolonged fast: nursing diagnosis and interventions] [Postoperatorio del paciente oncológico bajo ayuno prolongado: diagnósticos e intervenciones de enfermería]. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e50567. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50567>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/50567>. Acesso em: 20 jul. 2021.

11. Nascimento LA, Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Serato VM, Fonseca LF. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Rev SOBECC* [Internet]. 5º de julho de 2019 [citado 24º de outubro de 2022];24(2):85-90. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/477>
12. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Esc. Anna Nery.* [online]. 2018, v. 22, n. [Accessed 25 October 2022], e20170375. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375>. Epub 21 May 2018. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375>.
13. Pereira NHC, Mattia AL. Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 2022 Oct 25]; 18(55): 270-313. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300009&lng=es. Epub 21-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.328791>.
14. SOUSA A. F. L. et al. Late postoperative complications in surgical patients: na integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190290. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0290>.
15. POLIT D. F., BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
16. Redivo JJ, Machado JA, Trevisol FS. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS NA SRPA EM UM HOSPITAL GERAL DO SUL DE SANTA CATARINA. *Arq Catarin Med* [Internet]. 25º de junho de 2019 [citado 24º de outubro de 2022];48(2):81-9. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/516>
17. 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]. 19º de dezembro de 2017 [citado 25º de outubro de 2022];22(4):218-29. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/268>
18. Lopes ROP, Castro J, Nogueira CSC, Braga DV, Gomes JR, Silva RC, Brandão MAG. Complicações do pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca eletiva: estudo transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 22, 2019 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388261155003> DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19042>
19. 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]. 30º de agosto de 2018 [citado 25º de outubro de 2022];23(3):160-8. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385>
20. Alvarez AG, Girondi JBR, Knih NS. Metodologias ativas na educação em enfermagem perioperatória. *Rev. SOBECC*, São Paulo. JAN./MAR. 2018 [citado 24º de outubro de 2022]; 23(1): 1-2. ISSN 1414-4425 (Impresso) / 2358-2871 (Online). Vol. 23, N.1 – janeiro/março2018. DOI: 10.5327/Z1414-4425201800010001.
21. Meier AC, Siqueira FD, Pretto CR, Colet CF, Gomes JS, Dezordi CCM, Stumm EMF. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2017, v. 38, n. 2 [Acessado 20 julho 2021], e62010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62010>. Epub 17 Jul 2017. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62010>.
22. Sanguiné A da S, Ramos GF do N, Boschetti JR, Treviso P. Hipotermia no pós-operatório imediato: percepção de técnicos de enfermagem. *Rev SOBECC* [Internet]. 20º de dezembro de 2018 [citado 24º de outubro de 2022];23(4):205-11. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/438>
23. Araújo JNM, Moura LA, Araújo MG, Pitombeira DO, Fernandes APNL, Allyne FV. Nutritional clinical indicators of NANDA international in post operatory patients. *Rev. Enferm. UFSM* [Internet]. 2016; 6(4): 559-68.

Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21472/pdf>.

24. Araújo JNM, Moura LA, Araújo MG, Pitombeira DO, Fernandes APN de L, Vitor AF. Indicadores clínicos nutricionais da nanda internacional em pacientes no pós-operatório. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 9º de março de 2017 [citado 25º de outubro de 2022];6(4):559-68. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21472>
25. Nanda International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11ª ed. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2017.
26. Tofani V, Milhorini CR, Paladini GM, Gaspar LO, Garcia AKA, Pierotti I, Conchon MF, Nakaya TG, Nascimento LA do, Fonseca LF. Jejum pós-operatório prolongado: Um problema negligenciado. *REME Rev Min Enferm*. [Internet]. 8º de abril de 2022 [citado 24º de outubro de 2022]; 26:1-9. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/38657>
27. Martins MS, Castro GP, Santos KPC, Fontenele FF, Rocha VS. Tempo de jejum, estado nutricional e complicações pós-operatórias de pacientes submetidos a cirurgias eletivas. *Research, Society and Development*, 9(7), 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3646>
28. Silva Lopes J, Rocha Itacarambi L, Nogueira Silva AK, Travassos Cavalcanti de Souza L, Ramos de Andrade Antunes Gomes J, Silva Matos R, Costa Quirino GM, Yonaha Pereira M, Pereira dos Santos O, Fernandes Guimarães M. O papel do enfermeiro na sala de recuperação pós anestésica: revisão integrativa. *HRJ* [Internet]. 6º de janeiro de 2022 [citado 25º de outubro de 2022];3(14):1032-53. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/337>
29. Araripe TS de O, Aguiar APN, Alexandrino RKC, Maia FMM, Mendonça P da S. Impacto do estado nutricional e do tempo de jejum nas complicações gastrointestinais e no tempo de hospitalização em pacientes cirúrgicos. *hu rev* [Internet]. 1º de agosto de 2019 [citado 25º de outubro de 2022];45(1):22-30. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/25664>
30. Pereira EBF, Oliveira KNG, Santos MR, Modesto BCM, Souza CFQ, Aquino JM. Conhecimento, práticas e métodos para o alívio da sede no pós-operatório imediato entre profissionais de enfermagem. *Enfermagem Brasil* 2021;20(4):452-464. Doi: 10.33233/eb.v20i4.4259.