



CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TAMIRES ALVES FERREIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ANESTESIA
GERAL**

Apucarana

2018

TAMIRES ALVES FERREIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ANESTESIA
GERAL**

Trabalho de conclusão de curso
presentado ao curso de Enfermagem da
Faculdade de Apucarana – FAP como
requisito parcial á obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Esp. Caroline Zanetti
Segatto

Apucarana

2018

TAMIRES ALVES FERREIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ANESTESIA
GERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof Esp. Caroline Zanetti Segatto
Faculdade de Apucarana

Prof Esp. Daniela Cristina Wielecki
Teixeira
Faculdade de Apucarana

Prof Esp. Rita de Cassia R Ravelli
Faculdade de Apucarana
Apucarana, ____ de _____ de
2018.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a Nossa Senhora, por serem essencial em minha vida, autores do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angustia e momentos de desespero.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui, a quem sempre supriu minhas necessidades aos longos desses anos de estudo, me deu capacidade, sabedoria e principalmente força para atingir meus objetivos e enfrentar esta caminhada.

Ao meu pai, Nilton e minha mãe Rosalina, que são minhas fontes de inspiração eterna, meu apoio, meu norte, que com seu amor me supriu de energia e força para transgredir essa trajetória. Vocês foi meu alento, com seu apoio pude me reerguer por diversas vezes, mesmo quando o cansaço e desânimo eram intensos vocês sempre estavam ali me estendendo à mão e me colocando de pé novamente. Por vocês tive o desejo de prosseguir e a certeza de que o amor é o alimento da alma.

Ao meu marido Anderson que esteve ao meu lado me apoiando em todos os momentos e acompanhou esta trajetória deis do início e nunca me deixou desistir. Às minhas irmãs Rosimeire e Camila que com seu carinho e amor me impulsionaram a perseverar.

Sou muito grata a minha orientadora, professora Caroline que me prestigiou com tamanha sabedoria e dedicação, passando todo seu conhecimento e prática, contribuindo para minha formação profissional e pessoal.

Em especial a todos meus amigos de sala quero dizer um até breve, porque as experiências comuns valem a pena viver, devem ser partilhadas, repartidas, sentidas em comum. Hoje vamos dizer um até breve. Um até breve cheio de saudades e lembranças de vários momentos vividos e partilhados juntos. A vida é assim, a gente se encontra em um caminho, se desencontra em uma esquina e reencontra em outra. Sentirei muita falta de vocês.

*Ainda que a minha mente e o meu
corpo enfraqueçam, Deus é a minha
força, ele é tudo o que eu preciso.*

(Salmo 73:26)

FERREIRA, Tamires Alves. **Assistência de Enfermagem frente anestesia geral.** Projeto de Pesquisa apresentado á disciplina de Trabalho de Curso I do 9° Semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana-FAP. 2018

RESUMO

O centro cirúrgico (CC) é marcado por rotinas e equipamentos que os diferem de outros setores, tornando um ambiente desconhecido e ameaçador para o paciente. A equipe de enfermagem tem que se preocupar em prestar uma assistência em que as necessidades do paciente que passa por essa experiência cirúrgica seja atendida. No Brasil a anestesia é privativa do medico anestesista que muda de acordo com as condições clinicas do paciente, cabendo a enfermagem promover segurança e bem estar ao paciente, assegurando boas condições pós-operatória. A pesquisa teve como objetivo analisar evidencias disponíveis sobre as ações dos profissionais de enfermagem no centro cirúrgico durante os procedimentos anestésicos. Tendo como método utilizado para a pesquisa uma revisão bibliográfica atendendo-se aos objetivos proposto pelo trabalho.

Palavra Chave: Assistência de enfermagem, Anestesia, Enfermagem médico-cirúrgica.

FERREIRA, Tamires Alves. **Nursing care in general anesthesia**. Research Project presented to the Course of Work of Course I of the 9th Semester of the Nursing Course of the Faculty of Apucarana-FAP. 2018

ABSTRACT

The surgical center (CC) is marked by routines and equipment that differ from other sectors, making an environment unknown and threatening to the patient. The nursing team has to worry about providing care in which the needs of the patient who goes through this surgical experience are met. In Brazil, anesthesia is exclusive to the anesthesiologist who changes according to the clinical conditions of the patient, nursing being responsible for promoting safety and well being for the patient, ensuring good postoperative conditions. The aim of the research was to analyze available evidence on the actions of nursing professionals in the surgical center during anesthetic procedures. Having as method used for the research a bibliographical revision attending to the objectives proposed by the work.

Keyword: Nursing care, Anesthesia, Medical-surgical nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.1	EXERCICIO DA ENFERMAGEM NO CENTRO CIRURGICO.....	14
3.2	HISTÓRIA DA ANESTESIA.....	16
3.3	ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM: PROCESSO DE TRABALHO.....	16
3.4	ANESTESIA GERAL.....	18
3.4.1	ANESTESIA GERAL EM CRIANÇAS.....	20
3.4.2	ANESTESIA GERAL INALATÓRIA.....	20
3.4.3	ANESTESIA GERAL: VENOSA TOTAL.....	21
3.4.4	ANESTÉSICOS GERAIS MAIS COMUNS E SUAS DESVANTAGENS.....	22
3.4.5	circuito de anestesia geral.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	25
4.2	COLETA DE DADOS.....	25
4.3	ANALISE DE DADOS.....	26
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
5	DISCUSSÃO E RESULTADO.....	27
6	CONCLUSÃO.....	33
7	REFERÊNCIAS.....	34

1 Introdução

No Brasil, de acordo com o artigo 4º da lei nº 12.842 de 10 julho de 2013 a realização da sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral são procedimento privativo do medico anestesista e muda de acordo com as condições clinicas do paciente; doenças preexistentes; estado mental e psicológico; período de recuperação pós-operatória, tipo e duração do procedimento cirúrgico, além da posição do paciente durante a cirurgia (LEMOS; PENICHE, 2016.); já o cirurgião é encarregado pela equipe cirúrgica e o ato cirúrgico, tendo que zelar pela boa formação profissional dos membros da equipe, garantindo ao paciente um procedimento cirúrgico ético, legal e seguro (GOMES, 2013).

Médicos anesthesiologistas no ano de 1984 fizeram o conceito de segurança do paciente nos Estados Unidos em um encontro do Comitê Internacional de Morbidade e Mortalidade preveníveis, no ano seguinte foi criada a fundação para a Segurança do Paciente em anesthesiologia (LEMOS; PENICHE, 2016). Vale ressaltar que anestesia são técnicas realizadas para retirar a sensação e reação de um procedimento cirúrgico, que quer dizer perda de todas as modalidades de sensação como: dor, tato, temperatura ou posição. (ADAMS; CASHMAN, 1994).

Um grupo internacional de anesthesiologistas decidiu no inicio do ano 1990 como missão a elaboração de normas para a prática de anestesia, tendo em vista á uniformidade das ações e do aumento da segurança do procedimento anestésico mundial, sendo aprovadas no Congresso Mundial de Anestesia em 1992, as normas que abrangem assistência Peri anestésica e monitorização, sendo adotadas como padrões mundiais pelo World Federation of Societies of Anesthesiologists (WFSA), essas normas foram revisadas e atualizadas em 2008 e 2010 em busca de melhoria e aperfeiçoamento dos padrões (LEMOS; PENICHE, 2016)

A Assembleia Nacional de Organização Mundial da Saúde (OMS) criou uma resolução em 2002 para segurança dos cuidados no decorrer dos procedimentos cirúrgicos, devido às altas taxas de morbidade e mortalidade correlacionadas aos procedimentos assim sendo definido como padrão de qualidade para o serviço de saúde: prevenção de infecção no centro cirúrgico; anestesia segura; equipe cirúrgica segura; e indicadores de assistência cirúrgica (LEMOS; PENICHE, 2016). A

Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o manual de cirurgia segura no ano de 2004 com o programa Cirurgias Segura Salvam Vidas com o propósito de informar os profissionais da área da saúde e administradores sobre as funções e padrões de segurança cirúrgica em saúde pública, determinar medidas ou indicadores para a vigilância nacional e internacional da assistência a saúde; detectar padrões de segurança na sala cirúrgica; conforme uma lista de verificação (LEMONS; PENICHE, 2016).

O centro cirúrgico (CC) é marcado por rotinas e equipamentos que os diferem dos outros, tornando um ambiente desconhecido e ameaçador para o paciente, por esse motivo o medo, ansiedade e os significados em relação ao procedimento anestésico cirúrgico vai se manifestando por ser um momento que marca a entrada do paciente em um ambiente desconhecido e possivelmente ameaçador, além da ausência de seus familiares. A equipe de enfermagem tem que se preocupar em prestar uma assistência em que as necessidades do paciente que passa por essa experiência cirúrgica seja atendida, porque quando o paciente recebe uma assistência humanizada, é possível diminuir a insegurança que passa pelo seu imaginário (MENDONÇA, et.al.;2016).

Para isso toda equipe de enfermagem deve encarar o paciente como sendo membro da sua família e da comunidade, que necessita como todo ser humano de amor, atenção, dedicação e respeito pela sua personalidade, sendo comum ouvir que a enfermeira tem pouco contato com o paciente na sala de recuperação, talvez essa seja a razão por ter poucos profissionais especializados nessa área, se formos considerar todas as funções realizadas no centro cirúrgico, veremos que a responsabilidade da enfermeira é bastante grande no sentido de fornecer conforto e segurança ao paciente durante a cirurgia e ficar assegurado de boas condições pós-operatórias (MENDONÇA; et. al.; 2016).

Entretanto, o centro cirúrgico é constituído por atividades específicas do enfermeiro que tem grande responsabilidade, como, por exemplo, orientar e preparar carrinho cirúrgico, materiais para posicionamento do paciente, preparar salas cirúrgicas, testar equipamentos, auxiliar nos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, além das atividades administrativas exclusivas do setor (GOMES, 2013). Durante o procedimento cirúrgico o paciente encontra-se em defesa e inteiramente

sobre nossos cuidados (SALZANO, 1968). A equipe cirúrgica é responsável por zelar pelo paciente anestesiado, proporcionando durante toda a cirurgia condições para ter um pós-operatório calmo e feliz, independente da anestesia a qual foi administrado (SALZANO, 1968).

Através de artigos e sites revisados, foi realizado um levantamento dos problemas encontrados; considerando a assistência prestada ao paciente cirúrgico. O trabalho mostra maneiras de questionar e responder ao problema da pesquisa. Os enfermeiros prestam os cuidados necessários aos pacientes

O presente estudo apresenta cuidados específicos do enfermeiro dentro do centro do centro cirúrgico, a importância do aporte fornecido ao paciente ao chegar em um lugar desconhecido e muitas vezes temido por todos, fazendo com que haja confiança por parte da família e garantindo ao paciente uma assistência de qualidade e um pós operatório bem sucedido.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar e determinar evidências disponíveis sobre as ações dos profissionais de enfermagem no centro cirúrgico durante o procedimento anestésico.

2.2 Especificos

- Identificar o tipo da assistência de enfermagem prestada dentro da sala cirúrgica

- Determinar os cuidados prestados ao paciente perante o ato anestésico

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Exercício da enfermagem no centro cirúrgico

O século XIX foi marcado por diversas descobertas relacionadas a dor, infecções e do sangramento intraoperatorio que moveram os avanços cirúrgicos. A enfermagem em centro cirúrgico foi iniciada no ano de 1880 junto com técnicas assépticas de Lister permitindo à realização de cirurgias mais complicadas, cabendo a enfermeira a responsabilidade com instrumentar, com a virada do século a higiene do ambiente passa a ser importante (LEITE; TURRINI, 2014).

As ações de elaboração em enfermagem começaram a aparecer no início da enfermagem moderna, obtendo maior destaque na década de 1950 devido à colocação dos primeiros cursos de mestrado e doutorado na área. Diante dos diversos focos das pesquisas de enfermagem brasileiro sendo destaque o tema enfermagem em centro cirúrgico, entende-se como sendo um dos períodos mais críticos da assistência ao doente. Através do avanço no conhecimento em centro cirúrgico acabou sendo necessária a participação do enfermeiro em eventos da área efetuando cursos (atualização, especialização, mestrado e doutorado).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Enfermeiros em CC, RPA, Central de Materiais e Esterilização a equipe que trabalham em CC deve lidar com competência, técnica, relacionamento em grupo e saber interagir com o paciente e familiar (CAMPOS, 2014).

A partir da autorização da lei 7.498, de 25/06/1986, tendo o regulamento do exercício de enfermagem não havendo duvida sobre a responsabilidade deste profissional atuante desta atividade. Essa lei dispõe que é responsabilidade do enfermeiro como profissional da saúde a prevenção e controle sistemático de problemas que podem ser causados aos pacientes no decorrer da assistência de enfermagem. O centro cirúrgico é composto por muitos profissionais tais como: cirurgiões, enfermeiros, técnicos e auxiliares de diversas áreas e estudantes, membros não profissionais sendo pacientes familiares e pessoais operacionais (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

O enfermeiro anestesista é aquele que realiza uma pratica avançada e especializada realizada á mais de um século em diversos países, mais para isso

acontecer eles tem o respaldo legal para administrar anestésico e realizar a manutenção do procedimento anestésico. (CURI; PENICE, 2004).

A primeira especialidade clínica de enfermagem surgiu no ano 1870 nos Estados Unidos, esse profissional realiza os cuidados em anestesia no período pré, intra e pós-operatório, na recuperação anestésica e no tratamento da dor seja aguda ou crônica. É uma especialidade que não existe em nosso país, mas podemos perceber que as atividades assistenciais de enfermeiros em centro cirúrgico no Brasil e dos enfermeiros anestesistas nos Estados Unidos tem uma semelhança entre elas, havendo também uma sobreposição das atribuições de ambos. (CURI; PENICE, 2004).

A escolha sobre o tipo de anestesia é de responsabilidade do anestesiológico e varia de acordo com as condições clínicas do paciente, as doenças preexistentes, as condições mentais e psicológicas, o tempo de recuperação pós-operatória, a presença de dor pós-operatória, o tipo e a duração do procedimento cirúrgico e a posição do paciente durante a cirurgia. (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

É terminantemente proibido ao profissional de enfermagem a indução de anestésico pois é atividade de anesthesiologia sendo privativo do médico (SANTOS, 2010, p59); Durante toda a cirurgia, cabe a enfermagem a responsabilidade de fornecer segurança e bem-estar do paciente, a coordenação do pessoal da sala e realização das atividades de instrumentador e circulante as condições emocionais do paciente permanece como uma preocupação, o cuidado iniciado pelas enfermeiras pré-operatórias é continuado pela equipe de enfermagem intra-operatória, que proporciona ao paciente as informações e tranquilidade. (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

3.2 Histórias da anestesia

Durante muito tempo a dor havia sido o problema do homem e vencer-la era considerado quase impossível com o descobrimento da anestesia sem dúvida seria uma grande vitória do homem civilizado para o bem da humanidade. O ato cirúrgico era utilizado ferro em brasa para conter sangramento, o paciente tinha que ficar imóvel durante a cirurgia por isso eram realizadas técnicas de contenção a força. A primeira cirurgia realizada com anestesia geral foi no dia 16 de Outubro de 1946,

essa foi a primeira demonstração bem sucedida na sociedade científica (MAIA, FERNANDES, 2002). Quem descobriu o dióxido de carbono e oxigênio utilizado na anestesia foi Joseph Priestley no ano de 1771 já no ano seguinte 1772 fez a descoberta do óxido nitroso. Morton fez a primeira demonstração pública bem sucedida de anestesia geral em 16 de outubro de 1846 quando realmente ela começou a valer. (ADAMS, CASHMAN, 1994).

Anestesia é denominada como sendo a arte ou ciência de remover a sensação e a reação a um processo cirúrgico, tendo como significado perda de todas as maneiras de sensação seja sentido de dor, tato, temperatura ou posição. (ADAMS, CASHMAN, 1994).

3.3 Assistências de enfermagem: processo de trabalho

A enfermagem moderna foi desenvolvida a partir do século XIX, reformulada por Florence Nightingale que ratificou a divisão do trabalho em enfermagem e trouxe uma profissionalização científica das atividades. As “lady-nurses”, enfermeiras da alta sociedade eram capacitadas para ocupar cargos de chefias em enfermarias e superintendências. As “nurses” de classe social inferior faziam a assistência direta ao paciente. Por causa das modificações dos hospitais em espaços terapêuticos para a cura nos quais se privilegiavam a relação médico-paciente a enfermagem começa um treinamento dos profissionais para a normatização e regulamentação institucional e dos recursos humanos (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

A divisão das atividades em enfermagem teve uma forte ação das teorias da administração realizadas na revolução industrial. O trabalho passou a ser dividido em técnicas e tarefas, entre os que pensavam e executavam. Dessa maneira foi atribuída primeiramente a enfermeira as ações administrativas e de educação, atividades essas consideradas intelectuais, ao passo que as demais categorias, as ações assistências ficavam com auxiliares e técnicos de enfermagem (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997). Com o passar dos anos para uma prática de enfermagem mais organizada foi necessário à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como meio de trabalho do enfermeiro. A SAE procura proporcionar uma assistência holística, individual e de mais qualidade para o paciente estabelecendo o compromisso e responsabilidade do profissional diante

dos pacientes, familiares e comunidade. Nessa perspectiva proporciona ações tanto na área assistencial quanto administrativa, facilitando a organização do trabalho e dos serviços de enfermagem (ADAMY; TOSATTI, 2012). De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002, a SAE deve ser registrada exatamente no prontuário do paciente, cliente, ou usuário devendo ser aplicada em todas as instituições públicas ou privadas (COFEN,2002).

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP) sofreu mudanças ao longo da história é de caráter mais abrangente, prestada de forma mais especializada, personalizada e humanizada. Essa metodologia preconiza a atuação do enfermeiro nas fases pré-operatório, transoperatório e pós-operatório (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

A Fase pré-operatória começa no momento em que se toma a decisão de seguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para mesa cirúrgica. O papel da enfermagem durante esse período inclui o estabelecimento de uma avaliação basal do paciente antes da cirurgia ao realizar uma entrevista pré-operatória (que inclui não apenas um exame físico, avaliação emocional, histórica anestésica prévia, identificação de alergia ou problemas genéticos que possam interferir no resultado cirúrgico), certificar que os exames necessários foram feitos ou serão realizados, proporcionar a educação preparatória a respeito da recuperação da anestesia e cuidados pós-operatórios. (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

Pré-operatório mediato é a assistência praticada ao paciente com cirurgias pretendidas e constatada desde o momento da internação até 24 horas antes da cirurgia, tendo como objetivo disponibilizar condições positivas para a cirurgia e estabilizando condições que podem intervir na recuperação. Nesse momento a enfermagem esclarece todas as dúvidas do paciente e sua família sobre a cirurgia (SANTOS, 2005).

Pré-operatório imediato assistência prestada imediatamente 24 horas antes da cirurgia e termina na hora da anestesia nesta fase geralmente o pré-anestésico deve ser administrado no quarto antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico. A equipe de enfermagem deve estar atenta e ter o cuidado redobrado porque ele se encontra fora do seu estado normal (SANTOS, 2005).

Transoperatório ou intraoperatório inicia quando a equipe de enfermagem recebe o paciente no centro cirúrgico, anota horário e condições que se encontra, verifica se á identificação pessoal do paciente, certificar se todos os preparos foram realizados, conduzi-lo ate a sala cirúrgica, passar o paciente para mesa cirúrgica, colocar na posição correta para a anestesia e o procedimento, ajudar a equipe medica a se paramentar e acaba quando ele é internado na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA). (SANTOS, 2010).

Pós-operatória depois da cirurgia o paciente é encaminhado para SPA (Sala após anestesia) que pode demorar de 1 á 2 horas. Neste local o paciente fica sendo monitorado e observado com frequência. Nessa fase a enfermagem auxilia na retirada de campos e materiais utilizados, ajuda no curativo, passar o paciente da mesa para a maca transferindo para RPA com suas documentações em ordem, retirar o material da sala e preparando-a para próxima cirurgia (SANTOS, 2010).

Na sala de recuperação o paciente é encaminhado de volta para o quarto acompanhado pela enfermeira da sala de recuperação, ao chegar no quarto a equipe de enfermagem deve verificar sinais vitais, curativo se á sangramento, tubos, cateteres o posicionamento correto e qualquer anormalidade identificada comunicar imediatamente a enfermeira responsável pelo setor (SANTOS, 2010).

3.4 Anestesia geral

A anestesia geral caracteriza-se pela inconsciência reversível, imobilidade, analgesia e bloqueios dos reflexos autônomos, através de fármacos específicos. Os componentes da anestesia geral são: hipnose, analgesia, relaxamento muscular e bloqueio neuro vegetativo (JUNIOR, 2011).

A hipnose é a ausência da consciência, necessariamente sem realizar analgesia sendo obtida através do uso de agentes indutores como: benzodiazepínicos (midazolam e diazepam), barbitúricos (tiopental), etomidato, ketamina e propofol. A analgesia faz com que ocorra o alivio ou ausência da dor e faz uso de drogas opióides como morfina, alfentanil, fantanil e sufentanil. O relaxamento muscular reduz o tônus muscular, facilitando os procedimentos cirúrgicos e a intubação traqueal com o uso de bloqueadores como succinilcolina,

atracurio, pancurônio. O relaxamento é alcançado através de bloqueios centrais e regionais ou pela alta concentração de anestésico inalatório.

O bloqueio neurovegetativo é secundário a analgesia e hipnose adequada, possibilitando a atenuação da resposta do sistema nervoso autônomo ao estímulo cirúrgico. Na ausência do plano anestésico podem ocorrer alterações da frequência cardíaca, pressão arterial, sudorese, midríase, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, liberação de glucagon e cortisol séricos (CANGIANI, 2006 apud JUNIOR,2011).

A anestesia geral é composta por períodos que são indução, manutenção e reversão.

O período de indução constitui o preparo do paciente para o início do procedimento anestésico. Neste momento, envolve explicar ao paciente o procedimento anestésico e a intubação, posicionar o paciente em decúbito horizontal dorsal na mesa cirúrgica, colocar a cabeça do paciente olfativa ótima (manutenção da permeabilidade das vias aéreas por meio da luxação mandíbula, extensão cervical e elevação da região occipital com um Coxim), monitorar o paciente (eletrocardioscópio, pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso, capnografia e estimulador neural periférico, caso o paciente receba relaxante muscular); pré oxigenação com O₂ a 100% de três a cinco minutos utilizando máscara facial ou máscara com balão (AMBU); administração do agente hipnótico, analgésico e relaxante muscular, lubrificação da cânula traqueal, laringoscopia na cavidade oral, e introdução da cânula de intubação (CANGIANI, 2006 apud JUNIOR,2011).

O período de manutenção da anestesia geral é o momento de infusão das doses contínuas ou tituladas das drogas para assegurar a realização da cirurgia pela inibição da consciência intraoperatória, da analgesia e do relaxamento muscular. O paciente encontra-se inconsciente devido à administração contínua de vapor ou gás. O Sistema Nervoso Central (SNC) está deprimido são usadas doses complementares da inicial, essa fase é indicada para cirurgias de grande porte (SANTOS, 2010).

Reversão da anestesia geral envolve a supressão dos fármacos administrado ao decorrer do procedimento anestésico por meio da infusão de antagonistas específicos, contribuindo para o despertar seguro do paciente e a extubação.

3.4.1 Anestesia geral em crianças

A ansiedade da criança pode ser manifestada por diversas formas no período que antecede a anestesia. Algumas relatam seus temores, enquanto outras demonstram ansiedade por meio de alteração comportamental. Muitas delas encontram-se assustadas, agitadas, apresenta respiração profunda, tremores ao conversar ou simplesmente choram (MORO; MÓDULO, 2004). O período peri-operatório inclui o medo da criança de se separar dos pais, incerteza sobre anestesia, á cirurgia e os resultados relacionado ao procedimento, o medo de sentir dor, insegurança de não sobreviver ou ouvir sons estranhos também são causas de ansiedades na criança(MORO;MÓDULO, 2004).

No papel do enfermeiro para prestar uma assistência integralizada á criança e sua família sendo importante avaliar as respostas comportamentais das crianças quando passa por uma situação de stress. A enfermagem tem por objetivo simplificar o comportamento de adaptação frente uma situação agressiva para a criança, como vivendo o ato cirúrgico, diminuindo os riscos de trauma e proporcionando melhores condições de recuperação (DUARTE, et.al. 1987).

A euforia no pós-operatório também conhecida como emergence delirium ocorrendo principalmente em crianças. Representa por confusão mental, irritabilidade, desorientação, choro incontrolável e acréscimo do tempo na RPA, podendo ocorrer perda de cateteres intravenosos, desconexões de cabos e aparelhos de monitoração. Fazendo com que aumente o nervosismo, ansiedade e preocupação dos familiares que aguardam pelo paciente (SILVA; BRAZ; MÓDOLO, 2008).

Os primeiros 30 minutos após acordar caracterizam-se por maior agitação, geralmente de curta duração e resolução espontânea (SILVA; BRAZ; MÓDULO,2008).

3.4.2 Anestesia geral: inalatória

Os anestésicos inalatórios são os maiois usados na manutenção da anestesia, devido à precisão no controle do nível de profundidade anestésica, podendo ser usado como anestésico único em determinadas situações clinicas, pequeno custo operacional quando utilizado em baixo fluxo, potencializando o bloqueio

neuromuscular, diminuindo a quantidade de relaxante muscular e um despertar mais rápido (MANICA, 2004).

Para se obter melhores resultados com uso de agentes inalatórios deve se levar em conta o aparelho de anestesia, condições clínicas do paciente que influenciam a concentração do agente por mais tempo e seus efeitos farmacodinâmicos (cardiovascular, respiratório e sistema nervoso central) (MANICA, 2004).

3.4.3 Anestesia geral: venosa total

É uma técnica muito utilizada por causa de novos fármacos que surgiram, suas características farmacocinéticas promovem a administração intravenosa contínua, parecida com a técnica inalatória. Com o objetivo de obter a hipnose e analgesia várias drogas podem ser combinadas em destaque o propofol e o fentanil, sufentanil ou remifentanil (CANGIANI, 2006 apud JUNIOR, 2011).

As vantagens das técnicas venosas total são: diminuição da poluição da sala cirúrgica causadas pelos agentes inalatórios, maior estabilidade hemodinâmica e a redução do estresse cirúrgico. As doses adequadas de anestésicos intravenosos dependem da condição clínica do paciente. Idade avançada, doenças preexistentes, pré-anestésicos e coadministração de fármacos auxiliam diminuir a dose necessária para indução (CANGIANI, 2006 apud JUNIOR, 2011).

Em várias situações sinais somáticos e autônomo são utilizados para avaliar a profundidade da anestesia, principalmente alterações dos tônus musculares, frequência e padrão respiratório, e hiperatividade de autonomia (taquicardia, hipertensão, lacrimejamento e sudorese), (CANGIANI, 2006 apud JUNIOR, 2011).

Regional também conhecida como anestesia local, utilizadas em pequenos procedimentos essa anestesia não faz com que haja perda de consciência e a depressão das funções vitais, fazendo apenas perda da sensibilidade passageira causada pela inibição da condução nervosa (SANTOS, 2010).

Peridural ou Raquianestesia é realizada para cirurgia em membros inferiores (MMII) e abdômen inferior, o anestésico faz com que deprime as funções da cintura para baixo. O anestésico da peridural é introduzido no espaço peridural, ou seja, camada de gordura anterior conhecida como dura-máter membrana que cobre a medula vertebral. Raquianestesia a agulha é introduzida e ultrapassa a dura-máter, sem

atingir a medula. O anestésico é introduzido abaixo da medula onde só a filamentos nervosos (SANTOS, 2010).

Para cirurgias simples é indicada anestesia local que abrange pequenas áreas como cirurgias plásticas, cortes ou suturas (SANTOS 2010).

3.4.4 Anestésicos gerais mais comuns e suas desvantagens

O Óxido Nítrico é capaz de causar hipóxia em grande quantidade, não permite o relaxamento da musculatura, procedimentos que necessitam de relaxamento muscular são necessários um bloqueador neuromuscular (BARBIERI; MICELE).

Halotano causa arritmia devida depressão miocárdica, abala o coração á ação de catecolamina, pode ocasionar depressão circulatória ou respiratória, depende da dose, não possui efeito analgésico (BARBIERI; MICELE).

Enflurano depressão miocárdica, diminui o limiar convulsivante, aumenta hipotensão conforme a anestesia se torna mais profunda, tremores ao longo da recuperação, problemas circulatório ou respiratório depende da dose (BARBIERI; MICELE)..

Isoflurano aumenta ação de relaxamento muscular não despolarizante, tremores, pende a baixar pressão sanguínea a medida que anestesia se aprofunda; o pulso continua um pouco alterado (BARBIERI; MICELE).

Tiopental Sodico obstrução de vias aéreas, depressão respiratória e laringoespasmoprovavelmente ocasionando á hipóxia, não proporciona relaxamento muscular e fornece pouca analgesia, pode ocorrer depressão cardiovascular, principalmente em paciente hipovolêmicos ou debilitados (BARBIERI; MICELE).

Diazepam ocasiona irritação quando administrado em veia periférica, há meia-vida de longa eliminação (BARBIERI; MICELE).

Midazolam ocasiona depressão respiratória (BARBIERI; MICELE).

Cloridato de cetamina é capaz de causar sonhos desagradáveis e alucinações, eleva a frequência cardíaca, pressão sanguínea e a pressão intraocular, protege a tonicidade muscular, trazendo a um baixo relaxamento durante a cirurgia (BARBIERI; MICELE).

Propofol causa hipotensão, dor se for injetado em veias que não são calibrosas, movimentos clônicos ou mioclônicos na emergência, pode haver

interação com benzodiazepinas aumentando os efeitos do propofol, não é capaz de causar analgesia profunda (BARBIERI; MICELE).

Doperidol capaz de causar hipotensão porque é um vasodilatador periférico (BARBIERI; MICELE).

Citrato de fentanil provoca depressão respiratória, euforia, bradicardia, broncoconstrição, náusea, vômito e miose também pode causar rigidez musculoesquelética e da parede torácica (BARBIERI; MICELE).

Droperidol e fentanil depressão respiratória, sintomas extrapiramidais, apneia, laringoespasma, broncoespasmo, bradicardia e alucinações (BARBIERI; MICELE).

3.4.5 Circuito de anestesia geral

Desde o nascimento da anestesia os riscos dos anestésicos inalatório tanto para o paciente quanto para as equipes cirúrgicas são conhecidos; eventualmente os pacientes sofriam intoxicação como insuficiências hepáticas após fazer uso de clorofórmio e as equipes cirúrgicas ficavam expostas ao risco de fogo e explosão por causa do uso de éter e ciclopropano. Revelação da época diz que os profissionais que ficavam expostos nas salas operatórias com grande quantidade de resíduos anestésicos sentiam múltiplos sintomas (OLIVEIRA, 2009).

Vaisman no ano de 1967 publicou resultado de uma pesquisa executada na Antiga União Soviética analisando exames de saúde 198 anestesilogista homens e 110 mulheres. Todos os dias eram usados o éter dietílico, óxido nitroso e halotano. Sendo constatado elevado índice de sintomas como: cefaleia, fadiga e irritabilidade sendo analisados pela primeira vez, efeitos adversos na reprodução humana, de 31 gestações 18 mulheres teve aborto espontâneo (OLIVEIRA, 2009).

O equipamento de anestesia é fundamental para a pratica anestésica fazendo com seu funcionamento adequado garanta a segurança do paciente. A verificação dos gases anestésicos pode ser importante durante qualquer procedimento em que anestesia inalatória pode ser usada (CRUVINE; CASTRO; COSTA, 2003).

Os principais motivos de contaminação das salas por anestésicos inalatórios é ocasionada por vazamento do gás durante sua administração. Uma das falhas é não desligar todas as válvulas (oxigênio, óxido nitroso e ar) ou o vaporizador em que o sistema anestésico não é desconectado do paciente. Na maioria das vezes isso ocorre durante a intubação, podendo acontecer em qualquer momento da anestesia.

A partir do momento em que a máscara facial estiver mal colocada pode ocorrer vazamento de gás, vários anesthesiologistas costumam lavar o sistema anestésico após o procedimento para que o paciente desperte mais rápido, se isso acontecer o fluxo precisara ser direcionado para o sistema de exaustão que se encontra no aparelho de anestesia, enfim, se for permitido ao paciente respirar espontaneamente ao longo da anestesia, ao ser desconectado o circuito os resíduos dos gases anestésicos devem sofrer exaustão na sala cirúrgica (OLIVEIRA, 2009).

4 Metodologia

4.1 Delineamentos da pesquisa

A pesquisa bibliográfica desenvolve-se através de material que já estão prontos especialmente livros e artigos científicos. Entretanto outros tipos de estudos exigem trabalho dessa natureza, a pesquisa é desenvolvida unicamente por fontes bibliográficas (GIL, 2008).

Dessa maneira o presente trabalho foi desenvolvido através de um levantamento bibliográfico com artigos científicos disponíveis, livros e revistas, buscando descrever, com base na literatura existente para obter um resultado de conceito e ideia diante do tema abordado, analisando a assistência de enfermagem prestada ao paciente em relação aos cuidados prestados ao paciente perante a anestesia a ser realizada. Foram selecionadas referencias exclusivas do tema abordado sendo o mais antigo com 50 anos de diferença do presente ano, atingindo o objetivo do trabalho.

4.2 Coletas de dados

Após identificar, localizar e obter as obras suficientes para realizar a pesquisa, seguiu-se a leitura do material. Esta leitura foi realizada para obter respostas ao problema proposto, seguindo essas etapas: identificação das informações e dos dados constantes no material impresso, estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto e realização da análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores (GIL, 2002).

A leitura seguiu o proposto pelo autor, que considerou quatro tipos de leitura, que ocorre de acordo com a pesquisa bibliográfica. Inicialmente desenvolveu a leitura exploratória tendo como objetivo averiguar o quanto as obras consultadas interessava á pesquisa; em seguida procedeu a leitura seletiva, isto é, a definição do material que de fato interessou a pesquisa. Logo seguiu para a leitura analítica, para ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, fazendo com que haja obtenção de resposta ao problema da pesquisa. Por fim ocorreu a leitura

interpretativa com objetivo de relacionar o que os autores diziam com o problema para o qual se propuseram uma solução (GIL, 2002).

Os livros, periódicos e artigos pesquisados foram do período de 1968 ao ano de 2016 por não existirem publicações mais recentes sobre o tema abordado. Ainda para completar essa busca foram utilizadas as palavras chaves assistência de enfermagem, anestesia, enfermagem médico-cirurgico.

4.3 Análises de dados

O material coletado das fontes que foram utilizadas com a finalidade de aprofundar o conhecimento, obtendo assim diferentes pontos de vista e ampliando a visão em relação ao tema abordado.

As informações colhidas foram redigidas em documento do Word seguindo o guia de normas básicas para apresentação de trabalhos acadêmicos e capa institucionalizada.

4.4 Considerações éticas

O pesquisador respeitou a autoria das fontes pesquisadas, referenciando os autores citados no texto e nas referencias bibliográficas conforme a lei vigente que rege os direitos autorais no país (BRASIL, 1998).

A citação das fontes utilizadas foi realizada conforme as normas da ABNT e normas da instituição FAP (Faculdade de Apucarana), que atualmente estão válidos no país.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas com a descrição dos artigos encontrados, conforme as formações do autor principal, base de dados que foram encontrados, ano de publicação, título do trabalho e tipo de periódico.

Quadro 1- Relação dos artigos utilizados na pesquisa.

Estudo	Formação do autor principal	Base de dados	Ano	Título do trabalho	Tipo de periódico
01	Enfermeira, Pós-graduada em Enfermagem Saúde do Adulto.	SCIELO	2016	Assistência de enfermagem nos procedimentos anestésicos.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
02	Graduada em enfermagem, professora do curso de enfermagem.	LILACS / BVS	2016	Concepção de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico.	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM)
03	Enfermeira	LILACS/ BVS	2015	Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013.	Revista Sobecc
04	Enfermeira	SCIELO	2014	Análise do ensino de enfermagem em centro cirúrgico nas escolas de São Paulo	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn
05	Enfermeira graduada, especialista em bioética, CC, Ra, Central de materiais, mestre em ciência da saúde, doutoranda e docente.	REV. SOBECC	2013	A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico.	Revista Sobecc

06	Doutor em medicina, Pós-graduado em engenharia clinica,	SCIELO	2012	Fatores de riscos para o despertar intraoperatorio.	Revista Brasileira de Anestesiologia
07	Enfermeira mestre em saúde coletiva. Enfermeira ingressa UDESC	LILACS/ BVS	2012	Sistematização da assistência de enfermagem no período Perioperatório: visão da equipe de enfermagem	Revista de Enfermagem da UFSM
08	Professor de anestesiologia	Livro	2011	Anestesiologia básica: manual de anestesiologia, dor e terapia intensiva.	Livro, Manole.
09	Enfermeira, Advogada e Sanitarista.	LIVRO	2010	O exercício da enfermagem: uma abordagem étnico-legal.	Grupo Editorial Nacional (Gen), Livro.
10	Enfermeira Obstetra, especialista em auditoria.	LIVRO	2010	Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem.	Livro, Editora látria
11	Graduado em medicina, Responsável pela Santa Casa da Misericórdia de Santos, 2º secretario da Sociedade de Anestesiologia do estado de SP.	SCIELO	2009	Exposição ocupacional a resíduos de gases anestésicos.	Revista Brasileira de Anestesiologia
12	Graduanda de enfermagem, enfermeira mestre.	LILACS / BVS	2009	Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória-estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação	Ciência, Cuidado e Saúde, Revista de enfermagem.

13	Graduado em ciência social e pedagogia, doutorado e mestrado em administração.	LIVRO	2008	Métodos e técnicas de pesquisa social	Livro publicado pela editora Atlas
14	Medico anesthesiologista, Doutor e Professor.	SCIELO	2008	Agitação no despertar da anestesia em crianças: aspectos atuais	Jornal de Pediatria
15	Enfermeira	LIVRO	2006	Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica	Livro, Editora Guanabara Koogan.
16	Especialista em anesthesiologia	Livro	2006	Tratado de anesthesiologia	Livro, Editora Atheneus
17	Enfermeira Obstetra, especialista em auditoria.	LIVRO	2005	Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem	Livro, Editora látria
18	Enfermeira	LIVRO	2005	Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica	Livro, Editora Guanabara Koogan.
19	Médico anesthesiologista, pós graduando em anesthesiologista	SCIELO	2004	Ansiedade, a criança e os pais.	Revista Brasileira de anestesia
20	Anesthesiologista	LIVRO	2004	Anesthesiologia: princípios e técnicas.	Livro, Editora Artmed
21	Responsavel pela triagem e pela orientação de enfermagem FONEMEDBRASIL, professora e doutora em enfermagem.	REV. SOBECC	2004	Enfermeiro anestesista: uma verticalização do enfermeiro Peri operatório.	Revista Sobecc

22	Anestesista, coordenador do departamento de anestesista.	SCIELO	2003	O uso do analisador de anestésicos inalatórios como método de detecção de falha no aparelho de anestesia e prevenção de consciência no per-operatorio.	Revista Brasileira de Anestesia
23	Presidente enfermeiro do COFEN	COFEN	2002	Estabelece como privativo do enfermeiro implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem.	Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
24	Graduado em ciência social e pedagogia, doutorado e mestrado em administração.	LIVRO	2002	Como elaborar projetos de pesquisas	Livro publicado pela editora Atlas
25	Doutoranda em anestesia	SCIELO	2002	O alvorecer da anestesia inalatória.	Revista Brasileira de anestesia
26	Professor e doutor em biologia celular	LIVRO		Enfermagem médica e hospitalar.	Livro publicado pela Editora Ridell
27	Presidente da Republica	BRASIL	1998	Lei do direito autoral	Ministério da Justiça
28	Docente, mestrando. Enfermeira mestranda.	SCIELO	1997	Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem	Revista Latino-Americana de Enfermagem

29	Professor de anestesia.	LIVRO	1994	Anestesia, analgesia e tratamento intensivo.	Livro Publicado pela REVINTER
30	Professora, enfermeira e psicóloga.	SCIELO	1987	A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem á criança	Revista Brasileira de Enfermagem
31	Enfermeira	SCIELO	1968	Cuidado de enfermagem ao paciente anestesiado	Revista Escola de Enfermagem da USP.

Fonte: Autor do trabalho, 2018.

Como já citado na metodologia, foram encontrados 31 artigos ou outros trabalhos indexados nas bases de dados consultadas. Desse total 11 artigos estavam indexados na base SCIELO, 04 na base LILACS, 12 livros, 01 resolução do COFEN, 01 Lei do Ministério da Justiça, 02 Revista SOBECC. Os artigos escolhidos foram publicados no ano de 1968 até o ano de 2016. Em relação à autoria principal, 10 (32,2%) dos artigos foram publicados por enfermeiros, destes 4 (12,9%) são mestre e 3 (9,6%) são doutores, outros artigos 14 (45,1%) foram publicados por outro profissional da saúde e educação.

Durante o estudo foram apresentados vários trabalhos e grandes autores como Campos (2014) que apresenta em sua teoria que a atuação do enfermeiro em centro cirúrgico é constituída através de atividades específicas e de grande responsabilidade, favorecendo o sucesso do procedimento cirúrgico envolvendo o gerenciamento e a assistência. Assim sendo completando esse trabalho Gomes (2013) compara a cirurgia como uma orquestra metaforicamente regida, em que a principal meta é garantir assistência de qualidade ao paciente de maneira holística, sendo fundamental que o trabalho em equipe ocorra de maneira harmônica, sincronizada e sistematizada.

Outro autor de grande importância para esse trabalho foi Curi; Peniche (2004) explicando que nos Estados Unidos o enfermeiro anestesista é aquele que administra e mantém o processo anestésico. Popularmente o termo anestesista diz respeito ao enfermeiro, esse profissional executa os cuidados em anestesia no período pré, intra e pós-operatório, na recuperação anestésica e no tratamento da dor aguda e crônica.

No entanto trata-se de uma especialidade inexistente em nosso país Lemos; Peniche (2016), traz que no Brasil, de acordo com o artigo 4º da lei nº 12.842 de 10 julho de 2013 a realização da sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral são procedimento privativo do medico anestesista e muda de acordo com as condições clinicas do paciente; doenças preexistentes; estado mental e psicológico; período de recuperação pós-operatória, tipo e duração do procedimento cirúrgico, além da posição do paciente durante a cirurgia. Assim sendo Curi; Peniche (2004) chegou à conclusão ao escrever e analisar as atividades assistenciais do enfermeiro no Brasil e nos Estados Unidos que ambos possuem semelhanças entre elas havendo uma sobreposição de atribuições. Desta maneira acredita-se que a função exercida por enfermeira anestesista pode ser implantada em nossa realidade, apesar de que implique uma reflexão da nossa profissão, a de reestruturarmos.

6 CONCLUSÃO

A atuação da enfermagem em anestesia é um tema com poucos estudos no Brasil, porém com grande relevância na enfermagem Peri operatória. O estudo nos fez refletir sobre o papel do enfermeiro e sobre quais as possibilidades de assistência durante a anestesia, considerando as leis que regem o exercício profissional.

É terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a indução de anestésico, pois é atividade de anesthesiologia sendo privativo do médico; Durante toda a cirurgia, cabe a enfermagem a responsabilidade de fornecer segurança e bem-estar do paciente, a coordenação do pessoal da sala e realização das atividades de instrumentador e circulante as condições emocionais do paciente permanece como uma preocupação.

No Brasil o enfermeiro de centro cirúrgico auxilia o médico anesthesiologista durante o procedimento anestésico, porem não existe uma definição de todas as ações que devem ser realizada, nem sobre a importância da atuação do enfermeiro; talvez construção de um protocolo assistencial possa padronizar os cuidados de enfermagem ofertados nos serviços de saúde, proporcionando um auxilio ao médico com qualidade e entendimento, garantindo maior segurança durante os procedimentos anestésicos e prevenção de efeitos adversos ao paciente.

O cotidiano do enfermeiro de centro cirúrgico consiste em ofertar qualidade na assistência ao paciente, garantindo a segurança dos serviços prestados durante todas as etapas do procedimento anestésico-cirúrgico evitando intercorrências, porque quando o paciente recebe uma assistência humanizada é possível diminuir a insegurança que passa pelo seu imaginário.

A anestesia caracteriza-se como um momento critica, no qual todos os profissionais devem atuar juntos para garantir o sucesso da intervenção. Para isso toda a equipe de enfermagem deve trata-los de maneira humanizada, ofertando amor, atenção, dedicação e respeito pala sua pessoa, porque eles se encontram inteiramente sobre nossos cuidados.

REFERENCIAS

ADAMY, Edlamar Kátia; TOSATTI, Maiara. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PERIODO PERIOPERATÓRIO:VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Revista de enfermagem da ufsm**, Santa catarina, v.2, n.2, mai./ago.2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5054/3754>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

ADAMS, Anthony P; CASHMAN, Jeremy N. **Anestesia, analgesia e tratamento intensive**. Rio de Janeiro: REVINTER, 1994, 1p.

BARBIERI, Renato Lamounier; MICELE , Tânia Regina. Enfermagem médica e hospitalar. 1ed.São Paulo:Rideel. 150-53p.

BELLATO, Roseney; PAST, Maria José; TAKEDA, Elizabete. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O MÉTODOFUNCIONAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM.**Rev.Latino-am.Enfermagem**, Ribeirão preto, v.5, n.1,p.75-81,jan.1997.

BRASIL. Ministério da justiça. **Lei nº9610, 19 de fevereiro de 1998**: Lei do Direito Autoral. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

CAMPOS, J.A.R.et al. PRODUÇÃO CIENTIFICA DA ENFERMAGEM DE CENTRO CIRURGICO DE 2003 A 2013. Revista Sobecc, São Paulo, p.81-95, jan.2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n2/a5023.pdf>. Acesso em: 24 mai.2018.

CANGIANI, L. M. et al. **Tratado de anesthesiologia**. 6° ed. Saesp. São Paulo: Atheneus, 2006. V.2.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-272/2002. Estabelece como privativo do enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 30 mai.2018.

CURI, Carla; PENICHE Aparecida de Cassia Giani. Enfermeiro anestesista: uma verticalização do enfermeiro perioperatório. V9.n3.20004. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/292>>acesso em 27 de maio.2018.

CRUVINE, Marcos Guilherme Cunha; CASTRO, Carlos Henrique Viana; COSTA, José Roberto de Rezende. O Uso do Analisador de anestésicos inalatórios como Método de Detecção de Falha no Aparelho de Anestesia e Prevenção de Consciência no Per-Operatório. **Revista brasileira anesthesiol**, Belo Horizonte, v.53,n.5, p.640-645, set./out.2003.

DUARTE, Êrica Rosalba Mallmann; MÜLLER, Ana Maria; BRUNO, Sônia Maria Alexandre; DUARTE, Ana Lúcia Saldanha. A utilização do brinquedo na sala de

recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem á criança. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, n.40, n.1 a 13, jan./fev./mar.1987. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v40n1/v40n1a13.pdf>>. Acesso em: 01 jun.2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas s. a, 2002.77p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**: deliamento da pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas s.a,2008.50p.

GOMES, J.R. de A.A. et al. A pratica do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. **Sobecc**, São Paulo, v.18, n.1, p.54-63, jan./mar.2013. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_a_pratica-do-enfermeiro-comoinstrumentador-cirurgico.pdf> Acesso em: 22 fev.2018.

JUNIOR, J. O. C. A. et al. **Anestesiologia basica**: manual de anestesiologia, dor e terapia itensiva. São Paulo: Manole, 2011. 437-440p.

LEITE, Aline Suelem; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. **Análise do ensino de enfermagem em centro cirúrgico nas escolas de são Paulo**, São Paulo, v.67, n.4, jul./ago.2014.

LEMOS Cassiane de Santana; PENICHE Aparecida de Cassia Giani. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.50, n.1, p.158166,06./abr.2016.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0158.pdf. Acesso em:14 mar.2018.

MAIA, Ricardo Jakson de Freitas; FERNANDES Cláudia Regina. O alvorecer da anestesia inalatória.**Revista brasileira de anestesia**, Fortaleza, v.52, n.6, p. 774-782, fev./abr. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0d/rba/v52n6/v52n6a15.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MANICA, James. Et al. **Anestesiologia**: princípios e técnicas. 3 ed. Porto alegre: Artmed, 2004. 409-491 p.

MENDONÇA, É.T. et al. Concepção de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. **Recom**, Minas gerais,v.6,p. 2389-2397, set./dez.2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-836105>> acesso em: 22 fev.2018.

MORO, Eduardo Toshiyuki; MÓDULO, Norma Sueli Pinheiro. Ansiedade a crianças e os pais. **Revista brasileira de anestesia**, São Paulo, v.54, n.5, p. 728-738, set./out.2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>. Acesso em: 20 agost. 2018.

NUNES, R.R.et.al. Fatores de riscos para o despertar intraoperatório. Revista brasileira de anestesiologia, Fortaleza, v.62n.3,mai./jun.2012.

OGUISSO, Taka; SCHMIDT, Maria José. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 127p.

OLIVEIRA, Carlos Rogério Degrandi. Exposição ocupacional a resíduos de gases anestésicos. **Revista brasileira de anesthesiologistas**, Campinas, v.59, n.1, jan./fev.2009.

SALZANO, Sonia Della Torre. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ANESTESIADO. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 81-92, Mar. 1968 . Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341968000100081&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2018.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem**. 6 ed. São Paulo: Iátria, 2010. 57p.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 2 ed. São Paulo: Iátria,2005.24-25p.

SARAGIOTTO, Isabella Rita Do Amaral; TRAMONTINI, Cibele Cristina. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória-estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. CIÊNCIA, CUIDADO & SAÚDE, Londrina, v.8, n.3, jul./set.2009. Disponível em:
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612009000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 mai.2018.

SILVA, Leopoldo Muniz da Silva; BRAZ, Leandro Gobbo; MÓDOLO, Norma Sueli Pinheiro. Agitação no despertar da anestesia em crianças: aspectos atuais. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.2, mar./abr.2008. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572008000200004&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 01 jun.2018.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**.10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol.1.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**.10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. vol.1.

