

O manejo dos pacientes pós-cirúrgicos: A atuação do profissional de enfermagem

*Antônia da Paz Piedade
Claudeice Machado Cardoso
Lais Cristina Marinho Soares
Maria Francisca Silva
Nelcivan de Maria Neto Coelho*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.19

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem ao longo da história retratam diferentes realidades, e para cada uma delas práticas assistenciais que foram aplicadas inicialmente de forma experimental, e com o avanço científico assumiu patamar atualmente considerado como uma ciência generalista na equipe multiprofissional da saúde. Sobre essa atuação do enfermeiro podemos definir como:

É a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência é o cuidado ao ser humano, seja enquanto indivíduo, no seio familiar ou em comunidade de modo integral, desenvolvendo atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, com base filosófica, científica, tecnológica e ética, para uma abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades (SELBACH, 2009, p. 61)

Entre tantas atribuições que esse profissional desempenha, a sua atuação no período pós-operatório se torna indispensável e essencial para que o desfecho seja positivo, e isto vai compreender desde o momento em que o paciente sai da sala de cirurgia até o retorno as suas atividades normais. Este período é dividido em três etapas: pós-operatório imediato que compreende as primeiras 24 horas após o término da cirurgia, pós-operatório mediato que se inicia após as primeiras 24 horas até em torno de sete dias e pós-operatório tardio que se estende até a reabilitação do paciente (SMELTZER *et al.*, 2009).

Os profissionais da equipe de enfermagem são os que compõem a equipe que vai atuar nesta primeira etapa, e por isso necessitam atender em maior número e em tempo integral, prestando assistência direta ao paciente, a UTI é o setor responsável por prestar cuidados intensivos e especializados a pacientes considerados clinicamente graves e tem o objetivo de reestabelecer as funções adequadas de seu organismo (DUARTE *et al.*, 2012).

O período pós-operatório imediato (POI) abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia e inclui o tempo em que o cliente permanece na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), é nesta etapa que ocorre a recuperação pós-anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tona simpático naquele que recebeu anestesia regional. (SAAGER *et al.*, 2014)

Para a avaliação e o plano de cuidado do paciente na SRA algumas escalas são utilizadas, no entanto, muitas foram elaboradas e validadas por médicos, como a Escala de Aldrete e Kroulick, entre outras, essa escala é de 1970 e nos dias atuais ainda é a mais utilizada na SRA, porém, não avalia complicações ou riscos (ALDRET, 1970).

Deste modo, a equipe de enfermagem que presta assistência ao paciente em pós-operatório deve estar atenta ao nome da cirurgia, à anestesia recebida, o nível de consciência, às infusões venosas, ao aspecto do curativo, à perfusão periférica, à expansibilidade torácica, à presença de cateteres, sondas e drenos visando uma recuperação rápida e eficiente do paciente (MORAES; PENICHE, 2003).

Diante do arsenal de exigências no ambiente de terapia intensiva, especificamente no que diz respeito ao cuidado no pós-operatório de cirurgia cardíaca, cabe a reflexão sobre a qualificação da equipe de enfermagem que atua nesse cenário e sobre as dificuldades que encontram diariamente durante a assistência a esse paciente

O momento da alta é um período de muita ansiedade, que envolve muitas dúvidas, tanto do paciente quanto da família. O indivíduo encontra-se em um processo em que ele está saindo de um local onde lhe é oferecido assistência realizada por profissionais capacitados, para poder voltar para casa, lugar esse em que algum familiar terá que desenvolver o papel de cuidador. Tal fato colabora para que muitas orientações oferecidas no hospital não sejam assimiladas, pois o estresse que envolve este processo atrapalha a concentração e a memorização (CARVALHO *et al.*, 2008).

Por esse motivo, é preciso sistematizar o cuidado do profissional, utilizando conhecimentos teórico-práticos para qualificar a assistência e o acolhimento como estratégias de minimizar o sofrimento do sujeito que se submete ao procedimento cirúrgico.

JUSTIFICATIVA

No processo de trabalho da enfermagem, é essencial ser sensível ao sofrimento do outro e saber ouvir seus anseios e necessidades, pois aproxima o profissional do paciente, que se sente solitário e ansioso diante de um procedimento cirúrgico, muitas vezes desconhecido. Por isso, é preciso conhecer a singularidade de cada paciente e realizar o cuidado de forma individualizada e humanizada.

O paciente, ao ser internado para uma cirurgia, traz consigo receios e dúvidas ao saber que será submetido a um procedimento invasivo, que representa uma situação crítica, além de uma indefinição quanto aos fatos que poderão advir. Nessa perspectiva, o papel do enfermeiro no espaço social e técnico da unidade de clínica cirúrgica torna-se mais complexo a cada dia, à medida que necessita interligar os aspectos humanos explicitados no atendimento ao paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades (URSI; GALVAÕ, 2006).

Nesse contexto, o trabalho da equipe de enfermagem é fundamental, uma vez que realiza a observação contínua do paciente e necessita tomar decisões rápidas, exigidas pelo pós-operatório da cirurgia cardíaca (DORDETO, 2016). Esses profissionais devem identificar e prevenir complicações, atuando de imediato e contribuindo para a redução do tempo de internação (SILVA *et al.*, 2018)

Na prática, ainda ocorre a inserção de enfermeiros e técnicos de enfermagem ingressarem na UTI sem o preparo necessário para atuar no cuidado a pacientes graves, sobretudo no pós-operatório de cirurgia cardíaca, visto que esses pacientes requerem dedicação extrema desde o momento que chegam à unidade até a alta (FERNANDES; SOUZA, 2009).

A utilização de protocolos e listas de verificação tem sido defendida como um meio de mitigar fragilidades no processo do cuidado e de padronizar a assistência, a implementação e a sustentabilidade de tais protocolos somente são possíveis por meio de uma mudança de cultura, criando uma infraestrutura que promova um atendimento padronizado ao paciente e com mecanismos de feedback que verifiquem e equilibrem os principais impulsionadores do processo do cuidado (FAIZ *et al.*, 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) rege a metodologia de trabalho do enfermeiro, uma vez que por meio desse instrumento ele identifica as situações de saúde doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações em saúde concretas na promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (FULLY; ALMEIDA, 2003).

A alta rotatividade de pacientes na SRPA, a SAE nem sempre é aplicada de forma integral, porém a utilização da mesma em todas as suas etapas é fundamental, já que facilita a assistência de enfermagem prestada, de forma dinâmica, organizada e sistemática, exigindo que o enfermeiro desenvolva habilidades cognitivas, interpessoais e técnicas, no sentido de atender as necessidades do ser humano que está sendo cuidado (LUVISSOTO; GALDEANO, 2007).

Portanto, a utilização da SAE no pós-operatório imediato torna-se relevante no cuidado do paciente pós-cirúrgico, uma vez que permite ao enfermeiro cuidar de forma integral e individualizada, contribuindo para melhores prognósticos clínicos e psicossociais dessa clientela. Para ter sucesso em suas intervenções, a enfermagem necessita atender às demandas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do paciente, proporcionando uma visão holística desde seu acolhimento na unidade até a alta hospitalar.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar os cuidados de enfermagem diante das principais e complicações pós cirúrgicas nos pacientes do pós-operatório a recuperação anestésica a alta hospitalar, através da revisão da literatura da temática.

Objetivos Específicos

- Identificar as complicações e os riscos que os pacientes possam desenvolver na sala de recuperação anestésica;
- Compreender as dificuldades para implantação de estratégias de segurança do paciente no ambiente hospitalar;
- Contribuir para a melhoria da assistência ao paciente hospitalizado;

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura que será realizada através da busca de artigos publicados e disponíveis nas bases de dados do Google Acadêmico a qualquer momento, que deve ser realizado no primeiro semestre 2022. Para busca e seleção dos artigos, será realizado os seguintes procedimentos: palavras-chaves na língua portuguesa usando os descritores de forma combinada no Google acadêmico “enfermagem” “pós-operatório” “atuação” “cuidados” “complicações” apenas na língua portuguesa.

Critérios de Elegibilidade dos Artigos

As buscas eletrônicas serão realizadas em quatro etapas: seleção de artigos encontrados (primeira etapa). Posteriormente serão selecionados pelo título e resumo (segunda etapa).

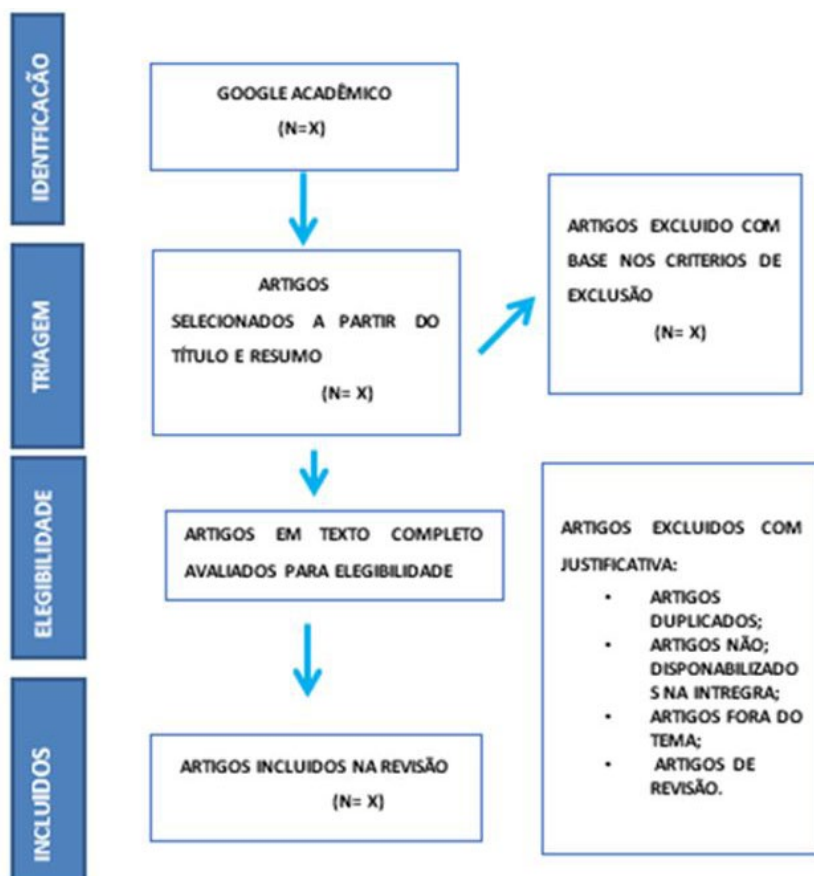
Os resumos devem ser lidos e avaliados, (terceira etapa) e por fim, todos os artigos no qual o resumo se adequar aos critérios de inclusão serão lidos na íntegra (quarta e última etapa).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Todos os estudos identificados pela estratégia de busca e pesquisa avaliados na primeira etapa que não se adequem aos critérios de elegibilidade serão excluídos, tais como: artigos duplicados, artigos não disponibilizados na íntegra, artigos fora do tema e de revisão. Apesar deste estudo não necessitar de aprovação de Comitê de ética em pesquisa, será levado em consideração os preceitos éticos nas buscas dos trabalhos.

Todos os estudos pré-selecionados serão avaliados pela leitura completa do artigo conforme os seguintes critérios de inclusão: (1) população (profissional da enfermagem); (2) temática (pós operatório, recuperação anestésica, alta hospitalar, manejo do paciente,); (3) desfecho (produção científica produzida acerca da temática sobre pós-operatório atuação do profissional de enfermagem);(4) resultados obtidos pós intervenções; além de serem protocolos de estudos experimentais ou quase-experimentais.

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos estudos para revisão integrativa



Fonte: Próprio Autor

REFERENCIAL TEÓRICO

Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de riscos e intervenções de Enfermagem

A sala de recuperação anestésica (SRA) é o local destinado a receber os pacientes no pós-operatório imediato e tem como objetivo prevenir possíveis complicações decorrentes do ato anestésico cirúrgico. Para tanto, há necessidade de recursos humanos especializados e materiais diferenciados para prestar uma assistência de qualidade (LIMA *et al.*, 2010). A atuação da equipe de enfermagem é fundamental nesse período de instabilidade, no qual os riscos podem desencadear problemas, sendo de grande importância a estabilidade do nível de consciência e dos sinais vitais do paciente (POPOV; PENICHE, 2009).

A assistência de enfermagem nesse período deve ser planejada desde sua admissão até o paciente ter condições de alta da SRA. A sistematização da assistência de enfermagem é uma das estratégias para a obtenção de um processo seguro (MENDOZA; PENICHE, 2010). A utilização da Escala de Aldrete e Kroulick (ALDREAT, 1970) para o plano de cuidado do paciente na SRA ainda é muito comum, no entanto, ela assim como muitas outras não foram elaboradas e validadas por profissionais da enfermagem e sim por médicos, ainda que tenha sido criada nos anos 70 ainda é a mais utilizada na SRA, porém, não é capaz de avaliar complicações ou riscos.

Os principais temas identificados por meio da análise crítica da literatura e suas implicações são apresentados e discutidos na sequência:

Hipotermia

A anestesia geral foi a técnica mais utilizada, seguida da anestesia combinada (geral mais bloqueios do neuroeixo), as quais representam situações de maior risco de apresentar hipotermia perioperatória não intencional, pois a anestesia regional diminui o limiar de vasoconstrição cutânea e quando associada à geral tem seu efeito SOMATIZADO (JOHNSON, *et al.*, 2005). A hipotermia interfere no ritmo e na condução do coração com o aparecimento de disritmias, e na incidência de infecção do sítio cirúrgico (ZAPPELINI *et al.*, 2008).

No que se refere ao tempo cirúrgico, a maior frequência de hipotermia leve e moderada encontra-se no tempo cirúrgico mínimo de 61 minutos e máximo de 240 minutos (AMANTE *et al.*, 2012). A ausência de métodos preventivos de hipotermia (como aquecedores) em sala operatória foi a causa de temperatura abaixo de 35°C nos pacientes durante o período trans operatório. E quando admitidos na SRA, esses pacientes se mantiveram hipotérmicos ainda por 30 minutos. (JOHNSON, *et al.*, 2005).

A quantidade de tecido adiposo do paciente e o uso concomitante de medicações anestésicas podem alterar o gradiente de temperatura entre os compartimentos central e periférico, levando a uma hipotermia (ZAPPELINI *et al.*, 2008).

- Tendo como principais riscos para hipotermia:
- porte cirúrgico médio e grande, maior risco de hipotermia;
- quantidade de tecido adiposo;
- anestesia geral ou geral associada com bloqueio;
- infusão de líquidos não aquecidos;
- tempo cirúrgico prolongado;

- cirurgias abdominais nas quais ocorre maior perda de calor;
- idade avançada; e
- retenção de gás carbônico.

Hipoxemia

Os pacientes que recebem anestesia geral, devido ao efeito residual das drogas anestésicas, foram os que apresentaram, em maior número, hipoxemia no pós-operatório (MARCONDES *et al.*, 2006). Outra variável que pode levar o paciente a desenvolver hipoxemia na SRA e a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) a qual classifica os pacientes mediante a ausência ou presença de moléstias associadas ao problema cirúrgico. Quanto mais alta a classificação na escala (1 a 6), maior será a possibilidade do paciente desenvolver hipoxemia. (ASA, 2014)

As cirurgias cardiotorácicas, gastroproctológicas e de cabeça e pescoço, em pacientes oncológicos, associadas à debilidade física e nutricional, são fatores que podem levar o paciente à hipoxemia (BISINOTTO; CARDOSO; ABUD, 2008). Pacientes idosos possuem déficit nutricional e diminuição da reserva respiratória, e estão mais expostos ao risco de manifestarem hipoxemia na SRA (OLIVEIRA *et al.*, 2001). Variáveis que podem levar o paciente a indicar hipoxemia:

- estado físico ASA II e III;
- idade acima de 55 anos;
- DPOC;
- diabetes mellitus;
- SpO2 pré-operatório menor que 95%;
- déficit nutricional;
- pacientes do sexo feminino; e
- anestesia geral.
- Apneia e edema agudo de pulmão

Pacientes que apresentam laringoespasmos na SRA podem evoluir para edema agudo de pulmão (BISINOTTO; CARDOSO; ABUD, 2008). O uso da oxigenioterapia é indicado principalmente após a anestesia geral. E em procedimentos de cabeça e no pescoço, a cirurgia de tireoidectomia é um fator de risco para apneia na SRA (REZENDE, 2003). São fatores de riscos para edema agudo de pulmão:

- maior frequência em pacientes jovens;
- sexo masculino; tipo musculoso;
- pescoço curto;
- com história de apneia;

- tabagista;
- laringospasmo.

Até o momento não existe um instrumento que atenda às necessidades dos cuidados de enfermagem, os quais são prestados em tempo integral ao paciente. Diante de tais considerações e da importância da segurança do paciente no pós-operatório imediato, compreende-se que é necessário identificar as complicações e os riscos que aos quais os pacientes estão sujeitos e propor um instrumento que contenha as intervenções de enfermagem para cada complicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento realizado na literatura mostrou as seguintes complicações na SRA: hipotermia, hipoxemia, edema pulmonar; apneia, com alguns fatores desencadeante de complicações no pós-operatório imediato.

Essas complicações descritas podem servir de base para a construção do questionário, com perguntas e respostas, no qual a somatória dos pontos classifica o nível do risco em baixo, médio e alto para o paciente desenvolver a complicação. Espera-se, com isso, que os enfermeiros, com o levantamento precoce dos riscos, venham a prevenir as complicações e realizar uma assistência de enfermagem mais segura.

Diante disso, faz-se necessário voltar o olhar para o cuidado de enfermagem no pós-operatório imediato pautado na detecção, atenção e prevenção das complicações que possam resultar do procedimento anestésico cirúrgico, visto que esse período de internação na SRPA pode ser crucial para prevenir possíveis complicações, bem como para tratá-las precocemente.

REFERÊNCIAS

Aldrete, J. A., Kroulik, D. (1970). A postanesthetic recovery score. *Anesthesia e Analgesia*, 49(6), 1970. 924-934. Disponível em: . Acesso em: 18 jun. 2022

Amante, L. N., Slomochenski, L. A., Teixeira, M. G. P. N., Bertoncello, K. C. GOcorrência de hipotermia não planejada em sala de recuperação anestésica. *Journal of Health Sciences*, v. 14, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/8>. Acesso em: 20 jun.2022.

ASO, Anesthesiologists. ASA physical status classification system. ASA House of Delegates, 2014. Disponível em: <http://napanc.ca/assets/Forms/APPENDICES%202018.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Bisinotto, F. M. B., Cardoso, R. D. P., Abud, T. M. V..Edema agudo pulmonar associado à obstrução das vias aéreas: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 58, p. 165-171, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/rba/a/B8Cmq8sM6QPs9Ktw56Nt9bR/abstract/?lang=pt>. Acesso em :20 jun 2022.

Bjorklund de Lima, L., Borges, D., da Costa, S.,Rejane Rabelo, E. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 18, núm. 5, outubro, 2010, pp. 1-7 Universidade de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 5, p. 1-7, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500007>. Acesso em: 20 jun. 2022

Carvalho, A. R. S., Matsuda, L. M., Stuchi, R. A. G., Coimbra, J. Â. H. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2) 2008. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8062>. Acesso em :18 jun. 2022.

Dordetto, P. R., Pinto, G. C., Camargo Rosa, T. C. S. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. *Revista da Faculdade de Ciências médicas de Sorocaba*, 18(3),144-149, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201625868>. Acesso em: 18 jun 2022.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.657- 665, 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yXLBXXKdrPh5Gvn7tcDhyBF/abstract/?lang=pt>. Acesso: 18 jun. 2022.

Faiz, T., Saeed, B., Ali, S., Abbas, Q., Malik, M. OR to ICU handoff: theory of change model for sustainable change in behavior. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*, 27(6), 452-458, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0218492319850730>. Acesso em: 19 jun.2022.

Fernandes MVB, Aliti G, Souza MN. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*,11(4):993-9,2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a25.pdf>. Acesso em: 18 jun.2022.

Fuly PSC, Freire SM, Almeida RT. The nursing process and its application in intensive care at Rio de Janeiro as a support to the development of an electronic patient record. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2(3), 2003. Disponível em: <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn203fulyfreirealmeida.html>. Acesso em: 19 jun. 2022.

Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC. In: *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC*. p. 506-506. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736492>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Luvisotto, M. M., Carvalho, R. G. L. E., Galdeano, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. *Einstein*, 5(2), 117-22, 2007. Disponível em : https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45024661/441-einstein5-2_online_ . Acesso em; 19 jun. 2022

Marcondes, G., Soeiro, F. S., Ferreira, E. D. A., Udelsmann, A. Transporte de pacientes sem oxigenoterapia para a sala de recuperação pós-anestésica: repercussões na saturação de oxigênio e fatores de risco associados à hipoxemia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 56, p. 352-361, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/7LPW3rrtx6hxx3y63F3ysNn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Mendoza, I. Q., Peniche, A. D. C. G. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. *Investigación y educación en enfermería*, v. 28, n. 3, p. 355-362, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721006>. Acesso em: 21 jun. 2022.

Moraes, L. O. D., Peniche, A. D. C. G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37, 34-42 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/twG4ZzKnLzP9YJ4PV6SXTzL/?lang=pteformat=html>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Oliveira Filho, G. R. D., Garcia, J. H. S., Ghellar, M. R., Nicolodi, M. A., Boso, A. L., Dal Mago, A. J. Fatores associados com a ocorrência de hipoxemia no período pós-anestésico imediato. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 51, p. 185-195, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/F9mzQTn5Y4pVvmvgyYFkXD4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun 2022.

Popov, D. C. S., Peniche, A. D. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 953-961, 2009. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/4084>. Acesso em: 20 jun.2022. Acesso em: 20 jun. 2022.

Rezende, J. M. Apneia na sala de recuperação pós-anestésica: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 53, p. 377-381, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/qgTqY9KmMchF7xs5nHN7Thx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun 2022.

Saager, L., Hesler, B. D., You, J., Turan, A., Mascha, E. J., Sessler, D. I., Kurz, A. Intraoperative transitions of anesthesia care and postoperative adverse outcomes. *Anesthesiology*, 121(4), 695-706, 2014. Disponível em: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/121/4/695/12184/Intraoperative-Transitions-of-Anesthesia-Care-and>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SELBACH, P. T. S. Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular: um estudo com professores do Curso de Enfermagem. São Luis/MA: EDUFMA, 2009. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=eco_obra=132264. Acesso em: 17 jun. 2022.

Silva, L.D.C., Melo, M.V.P., Rolim, I.L.T.P., Dias, R.S. Intervenções de enfermagem em pacientes de unidade de terapia intensiva cardiológica de um hospital universitário submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *J Manag Prim Health Care* 25];9(e12):01-18.2018. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/510/735>. Acesso: 19 jun. 2022

Smeltzer, S. C., e Bare, B. G. Brunner e Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In Brunner e Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica (pp. 1133-1133,2005). Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-622244>. Acesso em: 17 jun. 2022.

Ursi, E. S., e Gavão, C. M. Prevenção de lesões de pele no peri operatório: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 124-131, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Zappellini, C. E. M., Sakae, T. M., Bianchini, N., Brum, S. P. B. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior de duas horas. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 37, n. 2, p. 25-31, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xisebase=LILACSelang=penextAction=lnkeexprSearch=499736eindexSearch=ID> Acesso em: 20 jun. 2022.