



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAL DA ANESTESIA RAQUIDIANA EM
PACIENTES ACOMETIDOS A CIRURGIA, NO HOSPITAL GERAL DE
LUANDA, SEGUNDO SEMESTRE 2023**

Autora: Maria Laura de Assunção Songo

Orientador: Professor Eliseu Xilo, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAL DA ANESTESIA RAQUIDIANA EM
PACIENTES ACOMETIDOS A CIRURGIA, NO HOSPITAL GERAL DE
LUANDA, SEGUNDO SEMESTRE 2023.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Licenciada em Enfermagem, no Instituto Superior de Angola, sob orientação do Prof. Eliseu Xilo, MSc.

Autora: Maria Laura de Assunção Songo

Orientador: Professor Eliseu Xilo, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAL DA ANESTESIA RAQUIDIANA EM
PACIENTES ACOMETIDOS A CIRURGIA, NO HOSPITAL GERAL DE
LUANDA, SEGUNDO SEMESTRE 2023.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

A minha Família especialmente aos meus amados filhos, por todo amor e apoio incondicional depositado, e por sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente a, aos meus pais, aos meus irmãos, e ao meus tios, por todo esforço que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível e por sempre estarem presente me apoiando e me incentivando em tudo. Sem dúvidas tudo que conquistei até hoje devo a eles.

Ao meu orientador, Professor Eliseu Xilo, MSc., pela orientação e apoio no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos.

Aos intervenientes que colaboraram na minha pesquisa de campo como o Pedagogo: Artur Vaz Monteiro.

Aos meus colegas e amigos , especial aqueles que sempre estiveram presentes em todos os momentos ao decorrer desse estudo.

EPÍGRAFE

As nossas emoções anestesiam a razão.

Anónimo

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de fim de curso, visa abordar sobre as implicações assistenciais da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda durante o segundo semestre de 2023. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, com um modelo de abordagem quali-quantitativo. Neste trabalho traçou-se as seguintes hipóteses: As implicações assistenciais da anestesia raquidiana influenciam na pressão baixa, sensação de não conseguir respirar; A preparação do paciente para anestesia minimiza os riscos das implicações raquidiana. Neste contexto, traçou-se como objectivos os seguintes: Objectivo Geral: Conhecer as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes Acometidos a Cirurgia, no Hospital Geral de Luanda, Segundo Semestre 2023. Objectivos Específicos: Caracterizar perfil sociodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço; Identifica as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023; Descrever as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023; Propor sugestões acerca das implicações assistencial da anestesia raquidiana em Pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023. Extraiu-se uma amostra de trinta e sete (37) indivíduos. Sugestões: Ao Hospital geral de Luanda: que promova formações de capacitação dos seus profissionais que actuam na sala de cirurgia no sentido de proporcionar uma assistência baseada na igualdade entre pacientes, evitando o nepotismo. Conclusões: Com isso podemos afirmar que os nossos objectivos foram alcançados e as nossas confirmadas.

Palavras-Chave: Implicações assistenciais, Anestesia raquidiana e Pacientes.

ABSTRACT

This end-of-course conclusion work aims to address the care implications of spinal anesthesia in patients undergoing surgery, at the General Hospital of Luanda, second semester 2023. The methodology applied in this work was descriptive research, regarding the approach model we used qualitative-quantitative research. In this work, the following hypotheses were outlined: The healthcare implications of spinal anesthesia influence low blood pressure, the feeling of not being able to breathe; Preparing the patient for anesthesia minimizes the risks of spinal implications. In this context, the following objectives were outlined: General Objective: To understand the care implications of spinal anesthesia in patients undergoing surgery, at the General Hospital of Luanda, Second Semester 2023. Specific Objectives: To characterize sociodemographic profile according to the variables: age group, academic level, length of service; Identifies the care implications of spinal anesthesia in patients undergoing surgery, at the General Hospital of Luanda, second half of 2023; Describe the care implications of spinal anesthesia in patients undergoing surgery, at the General Hospital of Luanda, second half of 2023; Propose suggestions about the care implications of spinal anesthesia in patients undergoing surgery, at the General Hospital of Luanda, second half of 2023. A sample of thirty-seven (37) individuals was extracted. Suggestions: To the General Hospital of Luanda: promote training for its professionals who work in the operating room in order to provide assistance based on equality between patients, avoiding nepotism. Conclusions: With this we can say that our objectives were achieved and ours confirmed.

Key Words: Care implications, Spinal anesthesia and Patients.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 População e Amostra	39
Tabela 2 Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	40
Tabela 3 Distribuição da amostra quanto ao nível académico	41
Tabela 4 Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	42
Tabela 5- Detecção de consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.....	43
Tabela 6 Realização dos procedimentos técnico-assistenciais.....	44
Tabela 7 Conhecimento dos factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição da amostra segundo a faixa etária	40
Gráfico 2 Distribuição da amostra quanto ao nível académico	41
Gráfico 3 Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço	42
Gráfico 4 Detecção de consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.....	43
Gráfico 5 Realização dos procedimentos técnico-assistenciais	44
Gráfico 6 Conhecimento dos factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.....	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVITURAS

H1: Hipótese 1

H2: Hipótese 2

SRPA: Sala de recuperação pós-anestesia.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de termos e conceitos.....	5
1.2. História da raquianestesia	6
1.3. Procedimento	8
1.4. Vantagens da raquianestesia	9
1.5. Complicações da raquianestesia.....	9
1.6. Atribuições da equipe de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica	12
1.6. Humanização do cuidado	13
1.7. Evolução no controle da dor cirúrgica	15
1.8. Segurança e qualidade da analgesia subaracnóidea	19
1.9. Raquianestesia em obstetria	24
1.10. Comparação entre a raquianestesia e a epidural.....	26
1.11. Bloqueio diferencial e local de acção	27
1.12. Ventilação pulmonar.....	31
1.13. Diferenças da anestesia raquidiana e a geral	32
1.13.1. Funcionamento da anestesia raquidiana.....	32
1.13.2. Funcionamento da anestesia geral	33
1.13.3. Vantagens e desvantagens da anestesia geral.....	33
1.13.4. Principais técnicas anestésicas raquidiana	34
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA	35
2.1. Tipo de pesquisa	35
2.2. Modelo de abordagem	35
2.3. Níveis de estruturação de métodos.....	35
2.4. Técnicas de recolha de dados.....	37

2.5. Instrumento e procedimentos	37
2.6. População e amostra	38
2.7. Dificuldades encontrada	39
CAPITULO- III: RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados	40
3.2 Discussão dos resultados.....	46
CONCLUSÃO	49
SUGESTÕES.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema “Implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023”. O paciente ao se submeter a um procedimento anestésico-cirúrgico fica sujeito a diversas complicações e eventos adversos devido à anestesia e à cirurgia, tais como, a sedação e a anestesia que causam a perda temporária da função cognitiva, de mecanismos biológicos de autoproteção, capacidade de se comunicar, perda da percepção dolorosa e dos reflexos.

Sabe-se que quando se pensa em realizar algum procedimento cirúrgico, o paciente fica muito ansioso, pensando em como será este espaço, momento da anestesia, os profissionais que os recepcionará, será curado, enfim uma série de dúvidas pairam em sua cabeça. Por isso, a equipe de profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem deverá estar preparada para acolher este paciente, oferecendo tranquilidade e profissionalismo.

As metas do tratamento de enfermagem para o paciente consistem em fornecer o cuidado até que o paciente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia, esteja orientado, apresente sinais vitais estáveis e não mostre evidências de hemorragia nem outras complicações. A unidade de centro cirúrgico representa lugar de muita importância no contexto hospitalar, devido a alta complexidade que lhe é peculiar, da assistência prestada no atendimento a pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico decorrente das mais diversas afecções, seja em caráter eletivo ou emergencial.

A raquianestesia, também chamada de bloqueio subaracnóideo ou anestesia raquidiana, é o nome dado para a anestesia decorrente da aplicação de um anestésico local no interior do espaço subaracnóideo. Este procedimento leva ao bloqueio nervoso reversível das raízes anteriores e posteriores, dos gânglios das raízes posteriores e de parte da medula espinhal, resultando em perda da atividade autônoma, sensitiva e motora. Esta técnica anestésica tem o objetivo de melhorar a aceitação do paciente para o acto cirúrgico, pois lhe oferece um certo tipo de amnésia, analgesia e minimiza o estresse, enfim a ocorre a sedação durante o bloqueio espinal.

Sabe-se que a raquianestesia, no seu efeito residual, pode trazer complicações apresentando sinais precoces e estes se compreendidos e avaliados serão restaurados sem prejudicar o cliente, porém nem sempre alguns enfermeiros conseguem estar presentes nesta assistência que deveria ser integral. Outros não apresentam preparo para análise clínica destes efeitos por falta de conhecimento, ou até mesmo, por certo cuidado, comprometendo a equipe de enfermagem e a ação imediata à alteração apresentada.

Durante o segundo semestre do ano 2023, notou-se um número elevado de casos de implicações assistencial da anestesia raquidiana no Hospital Geral de Luanda, os pacientes apresentaram um estado clínico não premeditado pelos profissionais da saúde. Pelo que, realizamos o presente estudo no sentido de apurarmos os factores que estão na base disso e propor as possíveis soluções.

Para o efeito partimos da seguinte pergunta de partida: **Quais são as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes Acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023?**

• Hipóteses

Para Marconi e Lakatos (2017, p. 27), dizem que “toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto”. Para o presente trabalho, elaboramos as seguintes hipóteses:

H1- As implicações assistenciais da anestesia raquidiana influenciam na pressão baixa e sensação de não conseguir respirar;

H2- A preparação do paciente para anestesia minimiza os riscos das implicações raquidiana.

Objectivos

Para Silva & Meneses (2015), num estudo de pesquisa científico, há necessidade de formular objectivos para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.

Objectivo Geral:

Conhecer as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes Acometidos a Cirurgia, no Hospital Geral de Luanda.

Objectivos Específicos:

1. Caracterizar perfil sociodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço;
2. Identificar as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda;
3. Descrever as implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda.

Delimitação e limitação**a) Delimitação**

O presente tema foi delimitado a estudar as implicações assistencial da anestesia raquidiana em Pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023.

b) Limitação

O presente trabalho foi limitado aos seguintes intervenientes: três (03) Médicos, dezassete (17) Enfermeiros e dezassete (17) Pacientes, perfazendo trinta e sete (37) indivíduos que constituíram a nossa base de pesquisa.

Justificativa

O estudo sobre as implicações assistenciais da anestesia raquidiana é um assunto de grande importância, nos sentimos preparados em buscar os elementos que incidem sobre o caso, na aceção de procurar saber os factores que originam a problemática em estudo. Sendo finalista do curso voltado à saúde, foi imperioso levantar este tema que preocupa tanto os profissionais da saúde como os pacientes em geral, no sentido de entender quais são os efeitos colaterais previstos na ciência e quais são os efeitos que têm sido recorrentes, que a ciência não premeditou.

Assim, para que se promova a segurança e o bem-estar aos pacientes durante o intraoperatório é essencial que as enfermeiras realizem o cuidado com habilidade,

conhecimento no gerenciamento das novas tecnologias e com a humanização de toda a equipe cirúrgica. Queremos com este estudo propor sugestões sobre a problemática e encontrar medidas que possam erradicar a situação.

Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

No primeiro capítulo abordamos a fundamentação teórica.

No segundo capítulo Falamos da metodologia de pesquisa.

No terceiro capítulo tratamos dos resultados e discussão.

E por fim mencionamos as conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de termos e conceitos

Neste capítulo, apresentaremos as palavras-chaves extraídas a partir do tema, com o intuito de conceituarmos os termos, buscando teorias de autores que tenham realçado ideias inerentes ao tema em questão.

• Implicações assistencial

Segundo Avelar (2011, p. 44), “implicações assistencial é a acção de assistir, auxiliar ou ajudar, ou seja, acção de fornecer algum tipo de assistência, de auxílio ou ajuda”.

De acordo Basso (2014, p. 13), “implicações assistencial é um termo amplo para se referir exatamente à actuação mais comum do enfermeiro”.

Para Brasil (2010), é o acto de prestar atenção humanizado e exclusivo à alguém que se encontra num estado clínico crítico ou não crítico.

Na nossa visão entendemos que é uma expressão relativa à assistência, à acção de assistir.

• Anestesia raquidiana

Segundo Galdeano (2017, p.40) “é um tipo de anestesia regional que torna incesível à dor apenas uma parte do corpo, fazendo com que o paciente mantenha a consciência durante o procedimento cirúrgico”.

Na perspectiva de Vale (2018, p. 53), “anestesia raquidiana é o nome dado para a anestesia decorrente da aplicação de um anestésico local no interior do espaço subaracnóideo”.

De acordo Silva (2013, p. 33), “anestesia raquidiana é um tipo de bloqueio neuroaxial regional que ocorre pelo acesso e injeção de anestésicos no líquido cefalorraquidiano medular do paciente ao nível lombar.

Na nossa visão entendemos que anestesia raquidiana é um procedimento usado para anular a dor e sensação tátil dos nervos que emergem da medula espinal.

• Paciente

Segundo Carmello & Silva (2019), paciente é uma indivíduo que está submetido aos cuidados de médicos.

De acordo Azulay e Avello (2018), paciente é uma pessoa que está sendo cuidada por um médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, cirurgião-dentista ou outro profissional da área da saúde referido pelo.

Para Ferreira (2010), paciente é um utente que recebe atendimento especial ao profissional de saúde.

No nosso entender paciente é toda pessoa que recebe cuidados médicos.

1.2. História da raquianestesia

Thomas Jonnesco, em 1908 na cidade de Bucarest introduziu o conceito de raquianestesia. Na América em 1885, Corning já havia preconizado tal anestesia aceita na Alemanha por Bier e na França por Tuffier, entretanto, foi suspensa pois causou muitos acidentes e retorno apenas em 1904, quando Fourneau descobriu a estovaina, menos tóxica e tão potente quanto a cocaína (Ermita, 2019).

Em 1908, Jonnesco, após anos de estudo, fez uma apresentação no Congresso Internacional de Bruxelas, preconizando a utilização da anestesia para cirurgia de abdome alta, no ano seguinte, Bier, no Congresso de Cirurgia da Alemanha, não aceitou inteiramente o processo, no que foi acompanhado por Rehn, de Frankfurt (Soares, 2014).

Jonnesco não desistiu e em 1910 publicava trabalhos na França, Inglaterra e Alemanha, relatando 103 anestésias altas. Prosseguiu seu trabalho com empenho e fez demonstrações práticas na Inglaterra, e ainda na América, em Filadélfia, Chicago, Rochester, e New York. Ao final do ano de 1910, relatou 238 anestésias altas ao Congresso de Cirurgia de Paris (Galdeano, 2017).

Em 1912, foi a vez da Alemanha, tendo obtido a conversão do próprio Bier que antes a condenara tão veementemente (Oliveira & Jorge (2015).

Em 1931, Faure visita a Romênia e é recebido pelos antigos discípulos de Jonnesco, cuja escola se mantinha íntegra e coesa e diz admirar profundamente a utilização da anestesia raquidiana (Dyer & Joubert, 2014).

Observa-se então que a raquianestesia tem seu lugar hoje perfeitamente colocado, e a menção do trabalho de Jonnesco tem o mero objetivo de prestar tributo à memória de um pioneiro e desbravador, um médico sério e competente, pesquisador e coerente, o desenvolvimento das habilidades anestésicas percorreu um grande caminho até a contemporaneidade (Rezende, 2010).

Atribui-se a Crawford Williamson Long, um jovem médico estadunidense do século XIX, a utilização do éter inalável como a primeira forma de anestesia, embora o reconhecimento do seu trabalho tenha ocorrido apenas após sua morte (Silva, 2013).

Para Ermita (2019), define a raquianestesia como uma modalidade anestésica neuroaxial na qual uma substância com essa propriedade é aplicado no espaço subaracnóideo, diretamente em contato com o líquido cefalorraquidiano, permitindo a anestesia em localizações regionais, dessa forma, a autora enfatiza que é factível que as técnicas de anestesia foram aprimoradas tanto em complexidade quanto em qualidade oferecida ao paciente.

Segundo Oliveira & Jorge (2015), a raquianestesia é uma das ferramentas disponíveis para o anestesiológico no manejo da dor e na preparação dos procedimentos cirúrgicos, é uma opção indicada em muitas situações, sobretudo àquelas em regiões infraumbilicais, de membros inferiores, ortopédicas e urogenitais/obstétricas.

Além disso, o bloqueio neuroaxial proporcionado pela técnica possui grande relevância no que diz respeito à redução de morbidades pós-operatórias e mortalidade dentro e fora do hospital, podendo ser considerado, então, uma visão positiva sobre a utilização dessa técnica em situações cirúrgicas em condições e em populações específicas, como idosos e gestantes (Di Filippo & Adembri, 2016).

Entretanto, Mendonça (2019, p. 46), ressalta que a técnica de raquianestesia apresenta alguns possíveis efeitos colaterais importantes para o paciente. Existem estudos que apontam que 20% dos pacientes podem apresentar hipotermia pós-operatória, a qual é uma morbidade relevante dentro do contexto hospitalar, ameaçando a vida do indivíduo.

Somado a isso, Oliveira (2015, p. 57) complementa sobre outras formas de agravantes apresentados por pacientes que foram submetidos à técnica em questão, como complicações neurológicas, cefaleia pós-punção, repercussões.

Nesse contexto, o autor enfatiza que é válido dizer que embora a raquianestesia seja um grande avanço da medicina moderna, cabe ao anestesiológista selecionar, com base em critérios clínicos e laboratoriais, os pacientes que podem ou não serem eletivos para o procedimento, com o objetivo de oferecer uma melhor qualidade na prestação de serviço (Oliveira & Jorge, 2015).

1.3. Procedimento

Uma vez que o anestésico é introduzido no líquido cefalorraquidiano (líquor), para que a anestesia seja eficiente, é necessária somente uma pequena quantidade de anestésico local, sendo que esta é uma das grandes vantagens da anestesia raquidiana quando comparada com a peridural, pois, deste modo, o risco de uma intoxicação por anestésicos locais é quase nulo (Meldau, 2011).

No entanto, este tipo de anestesia apresenta algumas desvantagens, sendo que a mais evidenciada é a cefaléia pós-punção (dor de cabeça causada em seguida à perfuração da dura-máter) (Soares, 2014).

O autor acredita que este sintoma seja causado pela diminuta abertura (“furinho”) que persiste por alguns dias na dura-máter após o procedimento anestésico, provocando perda de líquido do espaço subaracnóideo, caso o paciente apresente dor de cabeça que melhora ao deitar e piora ao ficar de pé, comunique imediatamente o seu anestesiológista para que ele possa reverter esse quadro (Meldau, 2011).

Com o uso de agulhas de menor calibre e, conseqüentemente, menos traumáticas, esta técnica ganhou força, pois a incidência de cefaléia pós-punção reduziu consideravelmente com a utilização do novo material (Mota & Schraiber, 2014).

Os pacientes submetidos a esta técnica anestésica devem, ser informados sobre a perda de sensibilidade cutânea, para que possam proteger a área afetada de qualquer traumatismo, sobre o risco de cefaleias e sobre a capacidade de micção, que pode ficar afetada (Malster & Parry, 2013).

1.4. Vantagens da raquianestesia

Segundo Braga (2010, p. 47), as suas principais vantagens estão associadas ao início rápido de ação, curta latência, boa intensidade de bloqueio sensitivo e motor e possibilidade de analgesia pós-operatória prolongada.

São possíveis desvantagens, a maior ocorrência de cefaleias, em relação a outras técnicas anestésicas, e a limitada duração da anestesia quando utilizada técnica que não implica colocação de cateteres, situação mais comum em CA (Imbelloni, 2013).

É utilizada em procedimentos cirúrgicos realizados abaixo do umbigo, como cirurgias urológicas, ginecológicas, ortopédicas e vasculares, assim como correções de hérnias umbilicais e inguinais (Galdeano, 2017).

O autor realça que com o término da cirurgia o paciente é encaminhado à sala de recuperação pós anestésica e será acompanhado pela equipe de enfermagem, este período é considerado crítico, considerando-se que o cliente estará, inicialmente, sob efeito da raquianestesia. Nessa circunstância o paciente, encontrase muito vulnerável às complicações (Di Filippo & Adembri, 2016).

Assim, é fundamental que a equipe de enfermagem atue de forma a restabelecer-lhe as funções vitais, aliviando-lhe a dor e os desconfortos pós-operatório (náuseas, vômitos e distensão abdominal), mantendo-lhe a integridade da pele e prevenindo ocorrência de infecções (Soares, 2014).

1.5. Complicações da raquianestesia

De acordo o Galdeano (2017), as complicações anestésicas podem alterar o curso peri-operatório ou a recuperação pós-anestésica aumentando a morbimortalidade do ato anestésicocirúrgico:

Podem ocorre em função das Drogas, do Equipamento, das Alterações Fisiológicas do Paciente ou ainda, Falha Humana na condução da anestesia. Variam desde Complicações Menores sem sequelas, sem prolongar período de internação, até Complicações Maiores com sequelas definitivas com prologamento do tempo de internação, ou até mesmo levando o paciente ao óbito (Piccoli, 2010).

A incidência das complicações no período pós-operatório imediato poderão estar associadas às condições do paciente no pré-operatório, as especificidades do procedimento cirúrgico, intercorrências no período transoperatório e as medidas terapêuticas adotadas (Oliveira & Jorge, 2015).

Para Possari (2013) acredita-se que todo procedimento anestésico poderá gerar complicações, necessitando que a equipe de enfermagem aja de forma preventiva para sanar tal problemática, para que isso ocorra é necessário que conheça as complicações que o procedimento pode acarretar.

De acordo Ramos (2012) as principais complicações são: Complicações menores caracterizados pelo hematoma pós injeção venosa:

- Cefaléia pós anestesia geral;
- Náuseas e vômitos moderados;
- Lesão de dentes, gengivas ou lábios;
- Perda da memória;
- Lembrança do pós-operatório;
- Distúrbio do sono;
- Mialgia após o uso de succinilcolina;
- Paresias, parestesias ou neurites temporárias .

Na mesma senda Ramos (2012, p. 55), realça que complicações Moderadas: são os distúrbios graves e/ou prolongamento da hospitalização mas sem incapacidade permanente:

- Vômitos prolongados ;
- Cefaléia pós raquianestesia;
- Embolia pulmonar ;
- insuficiência cardíaca, respiratória, renal, hepática reversíveis;
- Infecção pulmonar;
- Infarto do miocárdio ;

- Distúrbios psicológicos com lembrança do ato operatório .

Complicações graves podem causar lesões ocasionando incapacidade permanente (Oliveira & Jorge, 2015):

- Insuficiência cardíaca irreversível;
- Insuficiência respiratória irreversível;
- Insuficiência renal irreversível;
- Insuficiência hepática irreversível ;
- Anóxia cerebral;
- Morte per-operatória; ou no pós-operatório imediato.

Complicações Respiratórias: estatisticamente são as principais causas de mortalidade e morbidade relacionada a anestesia e alguns fatores como: idade avançada, tabagismo, doenças pulmonares previas, obesidade, cirurgia torácica ou em abdômen superior podem aumentar consideravelmente o risco de complicações pulmonares relacionadas ao ato anestésico (Basso & Picoli, 2011).

Os autores enfatizam que complicações Relacionadas a Intubação e Extubação: podem ocorrer em qualquer fase da intubação, sendo que neste momento podem ocorrer dificuldades devido ao trauma na orofaringe, intubação seletiva, instabilidade cardiovascular, aspiração, obstrução do tubo por corpo estranho, problemas relacionados ao balonete e desconexão do sistema (Oliveira & Jorge, 2015).

Na extubação os problemas mais freqüentes são: laringoespasmo, aspiração, instabilidade cardiovascular, dor na garganta e laringe (Basso & Picoli, 2011).

Realiza-se facilmente o diagnóstico do paciente com complicações quando se observa que vômito e o conteúdo gástrico são aspirados através da traquéia, sendo regurgitado silenciosamente (Soares, 2014).

As manifestações clínicas são predominantemente: cianoses, dispnéia, taquipnéia, sibilos e roncos a ausculta (Peniche, 2010).

1.6. Atribuições da equipe de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica

Para que o paciente tenha segurança, é fundamental um número de enfermeiros suficientes para o atendimento humanizado e com qualidade (Sibilla & Zatelli, 2010).

Para o dimensionamento de recursos humanos, se propõe um cálculo proporcional do número de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes na SRPA (Peniche, 2010).

O período de recuperação pós-anestésica é considerado crítico. O paciente necessita de vigilância contínua das equipes médica e de enfermagem que atuam no setor, pois, além de ter recebido drogas anestésicas, foi submetido as agressões impostas pelo ato cirúrgico (Oliveira & Jorge, 2015).

A assistência de enfermagem deve estar voltada para três situações distintas, porém interdependentes, que serão chamadas de recepção, permanência e avaliação para alta o paciente do SRPA (Ramos, 2012).

Na mesma sequência de ideias, o autor enfatiza que a recepção do paciente no SRPA é feita pelo enfermeiro e anestesista responsáveis por este setor, estes recebem o paciente do anestesista e circulante de sala de operação encarregados de transportá-lo até o SRPA, e que lhes passam as informações básicas sobre o paciente e o tratamento cirúrgico a que foi submetido (Nettina, 2013).

A equipe de enfermagem deve instalar a oxigenoterapia, se indicada, oxímetro de pulso, monitorização cardíaca, quando necessária e proceder à avaliação preliminar o paciente que, necessariamente, inclui: função respiratória e permeabilidade das vias aéreas, sinais vitais, nível de consciência, circulação periférica, coloração da pele, infusões venosas, condições do curativo cirúrgico, posicionamento de sondas, drenos e cateteres, função motora e sensitiva (Doenges, 2013).

O decúbito lateral é a posição ideal em que o paciente deve ser colocado no pós-operatório imediato, por facilitar a eliminação de secreções acumuladas na orofaringe, caso esta não seja possível, colocá-lo na posição indicada, tornando-a funcional e confortável (Malster & Parry, 2013).

1.6. Humanização do cuidado

Segundo Köller (2010, p. 66), o cuidado de enfermagem considerando a integralidade considera aspectos objetivos e subjetivos que sustentam a prática humanizada de saúde.

Isso requer, por um lado, valorizar tanto o ambiente em que o cuidado ocorre, quanto os sujeitos nele implicados; e, por outro lado, refletir sobre a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem diretos ou indiretos, objeto deste trabalho, tendo em vista os elementos que integram o ambiente da sala de recuperação pós-anestésica (Meldau, 2011).

Conforme já destacado pelo autor, o centro cirúrgico possui uma dinâmica bastante diferenciada daquela encontrada em outras unidades hospitalares. Apesar da especificidade das atribuições da equipe de enfermagem nos diferentes setores que o compõe, muitas vezes, os cuidados são desenvolvidos pelo mesmo profissional em um e outro setor (Oliveira & Jorge, 2015).

Contudo, por vezes, esta discussão poderá emergir de forma articulada, dada à característica mencionada. Ocorre também que os cuidados, salvo aqueles privativos da enfermeira, são desenvolvidos, tanto pela enfermeira, quanto pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (Keinert, 2012).

No tocante às ações próprias da enfermeira, destaca-se que ela é responsável pela gestão do ambiente e do cuidado, assim como, por procedimentos de maior complexidade técnica, como o cateterismo vesical; e outros cuidados diretos a pacientes graves com risco de morte (Hackel & Kleinerman, 2010).

Vale dizer que a exclusividade da enfermeira na execução de determinadas ações e cuidados não a exime da responsabilidade quanto aos demais cuidados prestados ao cliente e, mesmo, da possibilidade de realizá-lo (Malster & Parry, 2013).

A humanização proposta pela Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde - PNH, em 1992 previa mudanças estruturais na gestão, no processo de trabalho e nos relacionamentos interpessoais, pois a participação, o compromisso e o respeito às subjetividades dos usuários e dos profissionais da

saúde tendo em vista a maneira em que as unidades de saúde vinham tratando seus usuários (Basso, 2014).

O processo de desumanização da gestão das organizações relaciona-se com a industrialização, da qual advém a mecanização, a padronização e a burocratização do trabalho humano e conseqüentemente do homem, este pensamento fundamenta-se na neutralidade da técnica, na negação da existência de conflitos, na rotinização e na transformação do ser numa peça padronizável, como forma de controle e legitimação do poder (Keinert, 2012).

Para a implantação da humanização do atendimento nas unidades é necessário considerar as pessoas como portadoras de necessidades e demandas específicas (Corbani & Matheus, 2010).

Verifica-se que o Humaniza SUS destacou na avaliação dos serviços de saúde, o despreparo dos profissionais em lidar com as questões subjetivas presentes no atendimento da saúde, além de modelos de gestão centralizados e verticais (Corbani, Brêtas & Matheus, 2010).

Destacou então, que estes resultados apontam para a necessidade de mudanças no modelo de atenção e de gestão (Doenges, 2013).

Ressaltou como valores que norteiam essa política: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Hackel & Kleinerman, 2010).

Para Ward (2011, p.41), “acolhimento é entendido como:” recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”

No sentido de clarear os significados dos termos utilizados frequentemente, para se abordar a questão da humanização e apontados nesta pesquisa, buscou-se na própria Política de Humanização a conceituação destes, como esclarece o

glossário do Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, do HumanizaSUS (Oliveira & Jorge, 2015).

1.7. Evolução no controle da dor cirúrgica

A análise linear da História ressalta os feitos dos antepassados que convergiram para o atual estágio tecnológico do bloqueio subaracnóideo. O sucesso dos pioneiros com a anestesia espinhal resultou em sua atual popularidade como um dos importantes métodos de analgesia cirúrgica na moderna anestesiologia (Ward, 2011).

Os autores enfatizam que a dor tem seu caráter protetor contra agressões ambientais ao evitar potenciais lesões tissulares, o que foi indispensável na evolução das espécies. Segundo Goethe, o que faz a consciência do Homem é a dor. No entanto, o controle da dor sempre fez parte da atividade médica, segundo a máxima hipocrática: *Sedare dolorem opus divinum est* (sedar a dor é obra dos deuses) (Hackel & Kleinerman, 2010)

Na era pré-cristã, o uso medicamentoso ou religioso de plantas, pelos povos primitivos, constituiu-se a posteriori num legado para a farmacologia dos analgésicos de nosso tempo (Ramos, 2012).

O emprego de plantas medicinais analgésico-sedativas e anti-espasmódicas no atendimento cirúrgico não superou “perse” a precariedade da ciência médica do primeiro milênio, somente após as grandes navegações oceânicas, a máquina a vapor, o mecanicismo, a revolução francesa e o predomínio do império britânico, ocorrem as gradativas mudanças da alquimia para a química, a influência da eletricidade como força motriz e a prevalência da bacteriologia sobre a geração espontânea no controle da infecção (Malster & Parry, 2013).

Antes da extração da cocaína das folhas do arbusto sul-americano *E. coca*, por Niemann (2012), a Europa já usufruía da analgesia cirúrgica do éter, que fora objeto de demonstração pública hospitalar pelo dentista Morton, na manhã de 16 de outubro de 1846 no Hospital Geral de Boston (EUA), para desenvolvimento da anestesia regional foi essencial a invenção da agulha hipodérmica por (Ward, 2011).

A primeira anestesia infiltrativa com finalidade cirúrgica foi realizada com a injeção de acetato de cocaína pelo cirurgião militar peruano Tomás Moreno y Raiz, em 1862 (Corbani & Matheus, 2010).

Seis anos mais tarde, este cirurgião publica na França uma tese experimental sobre atividade analgésica da cocaína em 22. Possivelmente a leitura do trabalho de Moreno e de Niemann tenham inspirado Freud a executar, em Viena, seus experimentos pioneiros com a cocaína, que resultaram no livro *Über coca*, publicado em 1884 (Doenges, 2013).

No entanto, o dia 15 de setembro de 1884 continua a ser histórico por ter sido a data de apresentação oficial do uso cirúrgico da cocaína por via tópica conjuntival, por J. Brettauier, no Congresso Oftalmológico em Heidelberg, técnica de cirurgia oftalmológica desenvolvida por Karl Köller, em Viena, nos últimos dois meses, que teve rápida difusão no meio médico da época (Keinert, 2012).

A anestesia infiltrativa de Hall e Halsted, no Hospital John Hopkins, foi realizada somente 23 anos após o trabalho de Moreno y Raiz, no Peru (Morgan, 2010).

Episódio similar ocorrera com a anestesia geral, pois Long Crawford, na Geórgia (30/03/1842), já anestesiara pacientes com éter, para extração de tumor cervical, isto é, quatro anos antes da anestesia administrada por Morton com seu *létheon*, em Boston, para realização da histórica cirurgia de Warren 18 (Basso, 2014).

De acordo Doenges (2013, p. 75), a primeira analgesia cirúrgica por injeção raquidiana de cocaína em 1898 (Bier) seria feita com a agulha longa desenvolvida por Quincke (1891). Ao contrário de Freud, que delegou a paternidade da anestesia local para Köller, embora tendo sido autor dos estudos pioneiros sobre a cocaína, Tuffier nunca se conformou com a perda da paternidade da raquianestesia:

A raquianestesia, da qual julgo-me descobridor, testada e logo abandonada por Bier, foi centro de minhas investigações entre 1899 e 1902. Ao lado dos cuidados de assepsia e anti-sepsia do final do século XIX, deve ser destacado o início de preocupação cirúrgica com as vias aéreas para manobras de ressuscitação:

intubação traqueal por MacEvan (1878) e o invento do laringoscópio por Kirstein (Morgan, 2010).

Não se pode usar a história como escopo para predizer o futuro da raquianestesia no terceiro milênio, pois ela não é uma profecia. No entanto, o conhecimento da atual evolução da raquianestesia aponta ao profissional de hoje a realidade de contínuas mudanças nas táticas e técnicas anestésicas, pois a medicina está estreitamente vinculada à multicasualidade de mudanças biopsicossociais (Avelar, 2011).

O único anestésico local (AL) do século XIX era a cocaína, cuja alta toxicidade já era conhecida na época. O primeiro trabalho de Del Bosc (Paris) sobre 80 acidentes no uso clínico não espinhal do alcalóide mostra uma alta incidência de síncope e convulsões com altíssima taxa de mortalidade: 10% 26 (Souza & Tardelli, 2011).

A tecnologia disponível na época justifica a precariedade do material empregado, a quase inexistente monitorização do paciente e o desconhecimento de princípios básicos de fisiopatologia ao alcance de qualquer estudante de medicina de hoje, estes fatos valorizam a realização da primeira raquianestesia cirúrgica por Bier. No Brasil o destaque foi de Augusto Paes Leme, que realiza a primeira raquianestesia latino-americana, no Rio de Janeiro (Malster & Parry, 2013).

Na França deve-se ressaltar o trabalho de Tuffier na sistematização da raquianestesia cirúrgica. Em 1900, Kreis (Alemanha) e Marx (EUA) iniciam-se nas primeiras aplicações de raquianestesia com cocaína hipobárica para o parto vaginal, mas com resultados insatisfatórios em função do desconhecimento das mudanças hemodinâmicas da gestação e das propriedades dos anestésicos locais hipobáricos, injetados no neuro-eixo (Hackel & Kleinerman, 2010).

Em 1903, Braun associou AL à adrenalina para aumentar a duração da anestesia, por reduzir sua absorção sistêmica; tornou-se, também, o pai da anestesia condutiva ao ser o primeiro a empregar a procaína (Einhorn) e a estovaína, ésteres menos tóxicos do que a cocaína (1905) (Possari, 2013).

Em 1907, o cirurgião londrino Barker introduz a raquianes-tesia hiperbárica ao utilizar solução de estovaína associada à glicose a 5%, aumentando a previsibilidade topográfica da analgesia (Brasil, 2011).

Em contraste, há o trabalho do romeno Jonnesco, que introduziu a raquianestesia geral sem oxigenar ou repor perda hidroeletrólítica. A experiência do método de Jonnesco foi por demais desastrosa em nosso meio em função da alta morbimortalidade (Choi & Kim, 2010).

O ano de 1912 foi decisivo para a segurança da raquianestesia, com a descoberta do bloqueio simpático espinhal como fator determinante do quadro hipotensivo, que seria mais tarde corrigido farmacologicamente com drogas adrenérgicas (efedrina) e antimuscarínicas (atropina) (Bogra & Srivastava, 2015).

Os autores realçam que na década de 30, a tetracaína hiperbárica permitiu a realização de cirurgias mais prolongadas, inclusive começa a ser rotina a reposição volêmica e a correção farmacológica da hipotensão arterial no peroperatório.

Na década de 40 ocorrem mudanças na raquianestesia: Lemmon obteve o aumento da duração da analgesia com reaplicação do anestésico por agulha maleável fixa na região lombar (acesso por um buraco na mesa cirúrgica) e Tuohy usa cateteres intratecais com a mesma finalidade (Ward, 2011).

Adriani e Roman-Vega aperfeiçoam a raquianestesia hiperbárica de Barker para obter analgesia pélvica por bloqueio exclusivo dos nervos espinhais - raque em sela, nos anos 50, introduz-se a lidocaína hiperbárica para raquianestesia, na concentração de 5%, hoje considerada elevada, pois a concentração utilizada na peridural é de 2% (Morgan, 2010).

No final dos anos 60 usou-se bupivacaína hiperbárica, mas na mesma concentração usada na anestesia peridural, isto é, 0,5% 44,45. Na década de 80 ficou revalidada a vantagem da anestesia espinhal com bupivacaína isobárica, em função da maior duração (Possari, 2013).

Também de relevância são os trabalhos de associação espinhal dos anestésicos locais com agentes opióides hidrossolúveis, como a morfina e, posteriormente, com os lipossolúveis, como o fentanil, alfentanil e sufentanil (Malster & Parry, 2013).

Actualmente iniciam-se os primeiros trabalhos com ropivacaína intratecal. Outras associações também estão sendo testadas (clonidina, dexmedetomidina, prostigmina) para aumentar a segurança e a qualidade da analgesia Braga & Braga, 2010).

A fundação da SBA no Rio de Janeiro em 1948 foi a pedra angular para início da modernidade da anestesiologia nacional, através de encontros científicos que serviram de escopo para a formação de novas gerações de anestesiológicos e integração da atividade nos vários estados (Ward, 2011).

Ironicamente, o autor realça que na mesma época, na Inglaterra, dois acidentes de raquianestesia com cocaína hipobárica (13/10/1947) levados a julgamento no tribunal provocaram um retrocesso de pelos menos 25 anos nos estudos ingleses sobre anestesia espinhal, os pacientes Cecil Roe e Albert Wooley apresentaram para-lisia espástica como seqüela irreversível e o anestesiológico foi condenado após exaustiva batalha jurídica (Possari, 2013).

1.8. Segurança e qualidade da analgesia subaracnóidea

A raquianestesia oferece excelentes condições para cirurgia infra-umbilical, já que as reações tóxicas sistêmicas são previsíveis e seu controle farmacológico é atualmente efetivo e está sempre à mão do profissional (Avelar, 2011).

Em pacientes com problemas médicos relevantes, que suportariam uma anestesia geral com alto grau de sofisticação em monitorização e intensos cuidados pós-operatórios, a segurança é muito importante (Gomez & Santos, 2013).

Além do fácil manejo, a raquianestesia reduz custos e permanência hospitalar ao garantir recuperação rápida e excelente analgesia pós-operatória (Possari, 2013).

Há também consenso entre os pesquisadores sobre outros benefícios da raquianestesia, como: atenuação do estresse cirúrgico; diminuição de fenômenos trombóticos; redução da perda sangüínea; menor incidência de íleo paralítico no pós-operatório imediato. Assim, em cirurgias eletivas devidamente selecionadas, a anestesia subaracnóidea significa analgesia mais duradoura, rápida recuperação, custos reduzidos e convalescença acelerada (Ghellere & Souza, 2010).

O controle da infecção hospitalar somente foi mais efetivo após a descoberta da penicilina e sua posterior industrialização durante a II guerra mundial, pois os anti-sépticos, as sulfas e as medidas de assepsia comuns no final do século XIX tornavam-se paulatinamente ineficazes (Gomez & Santos, 2013).

O autor realça que mesmo assim, é infrequente o relato de casos de meningite infecciosa após punção subaracnóidea, o que atesta a qualidade dos cuidados preventivos de higiene de cirurgiões e anestesistas na prática da punção espinal.

No década de 50 foram incrementados os cuidados com os pacientes cirúrgicos com a formalização da visita pré-anestésica e a criação das salas de recuperação pós-anestésica para garantir a recuperação monitorizada do paciente por uma equipe não só habituada aos avanços da farmacologia e bioengenharia, mas também treinada em medidas pré-estabelecidas do suporte básico e avançado em reanimação cardiorrespiratória (Malster & Parry, 2013).

Novos medicamentos lançados a cada ano no mercado anestesiológico, pela incessante atividade da química fina das grandes indústrias farmacêuticas, foram indispensáveis à melhoria da raquianestesia (Miyamoto & Cunha, 2013).

De acordo Morgan (2010), os anestésicos locais do grupo amino-éster (escurocaína, tetracaína), eram alergênicos e não podiam ser autoclavados, o que foi solucionado com a síntese das amino-amidas de ação intermediária (lidocaína, prilocaína) e prolongada (bupivacaína, ropivacaína).

Na década de 70, Aldrete lança a base mais adequada à boa sedação per-operatória na vigência de anestesia espinal a fim de aumentar o conforto do paciente: ansiolítico associado a opióide (Ward, 2011).

No entanto, já na década de 80, Fortuna alertava para o risco da hipóxia decorrente da sedação 58, antes mesmo do alerta expresso no trabalho clássico de Kaplan, relacionando casos de parada cardíaca durante bloqueio espinal à presença concomitante de hipóxia associada ou não à hipotensão arterial (Gomez & Santos, 2013).

Como sedativos, além do clássico tiopental, destacam-se os benzodiazepínicos de ação prolongada - diazepam e o midazola hidrossolúvel, cuja sedação é passível de reversão pelo flumazenil, o propofol pode ser usado em infusão contínua. Como

hipnoanalgésicos, além da morfina e da meperidina, destacam-se o grupo da fenilpiperidina, como o fentanil isolado ou associado ao droperidol, o alfentanil e o sufentanil, cuja apnéia pode ser revertida pela naloxona (Miyamoto & Cunha, 2013).

A anestesia dissociativa da cetamina é ainda útil na complementação analgésica, quando cessa a analgesia do bloqueio no final de uma cirurgia prolongada, desde que não se tenha optado por complementação analgésica com anestésico geral (Nocite, 2010).

A partir de anos 80 passa a ser muito utilizada a associação intratecal de anestésico local e opióides. Os monitores para ajudar os sentidos do anestesiológista no manejo clínico-cirúrgico do paciente sob anestesia regional eram poucos: estetoscópio, tensiômetro e termômetro (Samuel, 2011).

O próprio eletrocardiógrafo era um instrumental primário, sujeito a muitas interferências. O avanço tecnológico na eletrônica, nos transístores, nos polímeros, nos computadores, entre outros, ocorrido a partir dos anos 50, permitiram a elaboração de monitores mais úteis na tarefa de ajudar o anestesista a controlar os parâmetros fisiológicos do paciente sob anestesia espinal oximetria de pulso e a tensiometria não invasiva vêm dividindo com o eletrocardiógrafo importante papel como monitorização mínima de sala de cirurgia (Souza & Albuquerque, 2010).

Outras medidas são importantes em função do estado físico do paciente, como diurese, pressão venosa central, pressão de capilar pulmonar, capnografia, pH e gases sangüíneos, recentemente, Goda e col apresentaram a análise espectral da variação do traçado do ECG como um método eficaz no prognóstico da evolução hemodinâmica do paciente e na qualidade da anestesia espinal (Miyamoto & Cunha, 2013).

Novas agulhas de raquianestesia, de desenho mais funcional, foram adicionadas ao arsenal do anestesiológista, pois o consenso actual é que o calibre e a ponta das agulhas são fatores determinantes da cefaléia pós-punção (Vale, 2018).

Pouco sabemos do calibre das agulhas usadas nas primeiras raquianestesias, mas o modelo Quincke de uma agulha calibrosa e bisel cortante em muito favoreceu a atual comemoração centenária da primeira cefaléia pós-punção espinal (Possari, 2013).

Na década de 20, Greene descreveu uma agulha com ponta redonda e afiada, para reduzir o trauma à duramáter e a perda de liquor. Em 1951, Hart and Whitacre desenham e utilizam a agulha espinhal em ponta de lápis, não cortante, que apenas divulsiona as fibras das meninges, o que justificaria a menor incidência de cefaléia (Ward, 2011).

Em 1987, Sprotte, Schedel and Pajunk modificam a agulha de Whitacre, aumentando o tamanho do orifício, a agulha de Eldor para anestesia combinada raqui-peridural apresenta uma agulha 18G (Tuohy-Huber) com acoplamento lateral de agulha fina ponta-de-lápis (Hackel & Kleinerman, 2010).

Recentemente foi lançada a agulha Atraucan com ponta de Huber em bico de Concorde, atraumática, que também concorre para diminuir a incidência de cefaléia pós-raquianestesia ou após anestesia combinada raqui-peridural (Souza & Ballone, 2014).

Além dos cateteres peridurais e os microcateteres subaracnóideos para a raquianestesia contínua em cirurgias prolongadas, foi lançada a agulha fina revestida externamente por cateter plástico: Spinocath (Braun - Melsungen).

O autor enfatiza que na prevenção da cefaléia é consensual a opção por agulhas finas: a cefaléia é menos freqüente, de menor duração e de mais fácil tratamento.

Medidas terapêuticas conservadoras (cintas, hidratação) ou farmacológicas (analgésicos, tiaprida, sumatriptan, cafeína) ao lado de medidas invasivas, como a injeção peridural de solução fisiológica e o tampão sangüíneo, contribuíram para reduzir o problema (Vale, 2018).

A anestesia combinada raqui-peridural ou a combinação de anestesia espinhal associada à geral representa uma nova fronteira na busca de melhor qualidade anestésica: analgesia mais duradoura, menor incidência de cefaléia e diminuição na relação custo/eficácia (Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, 2013).

A mesma sociedade ainda acrescenta que a proibição provisória FDA que se estendeu espontaneamente a outros países quanto ao emprego dos microcateteres subaracnóideos descartou a possibilidade do emprego da raquianestesia contínua

através de agulhas finas para assegurar analgesia prolongada, devido ao medo de radiculopatias.

A não utilização do microcateter estimula o maior emprego da ACRP nas cirurgias prolongadas. Na técnica inicial de Soresi, a então chamada anestesia epi-subdural era conseguida com duas punções lombares, utilizando-se o mesmo anestésico local (procaína) (Soares, 2014).

Em 1979, o sueco Curalaru usa dupla punção lombar em 150 pacientes: após a injeção intratecal com anestésico local, realiza punção peridural dois espaços acima para posterior injeção complementar de anestésico através de cateter lombar (Reis, 2012).

Em 1982, Coates, na Inglaterra, e Mumtaz, na Suécia, fazem o primeiro aperfeiçoamento da técnica com a introdução da agulha fina de raquianestesia através da luz da agulha peridural 18G, no mesmo espaço intervertebral, seguindo-se a colocação de cateter peridura (Reis, 2012).

Em 1988, Eldor e Torrieri descrevem um conjunto especial em que uma agulha fina, em ponta de lápis, para raquianestesia, fica acoplada lateralmente a uma agulha peridural 18G para inserção de cateter peridural lombar antes da punção subaracnóidea (Piccoli, 2010).

Na técnica de Eldor pode-se fazer a dose teste e reduz-se a cefaléia pós-punção, havendo ainda menor risco do cateter penetrar pelo buraco da agulha subaracnóidea (raque total) ou de se transportarem partículas metálicas para o interior do liquor, em 1981, Brownridge já divulgava (carta ao editor) o uso combinado de anestesia peridural e subaracnóidea para aplicação de anestésicos locais e opióides no neuro-eixo de pacientes obstétricas (Choi & Kim, 2010).

Em 1986, Rawal aplica a técnica em cesariana e, no ano de 1991, Abouleish utiliza a técnica da anestesia combinada em tocoanalgesia, injetando morfina subaracnóidea e complementando a analgesia com bupivacaína pelo cateter peridural, com bons resultados (Choi & Kim, 2010).

Segundo Nocite Samuel (2011, p. 77), actualmente o uso de doses mais baixas, o melhor controle da hipotensão arterial e a adesão ao uso de agulhas mais finas e de diferentes biséis para minimizar a cefaléia ensejaram a volta da

raquianestesia com bupivacaína hiperbárica a 0,5% para a cesariana como opção válida e mais segura do que a peridural.

Na mesma sequência de ideias, o autor ainda realça que o bloqueio espinal isolado ou combinado permite o controle do estresse cirúrgico, diminui o risco de bronco-aspiração do conteúdo gástrico, enquanto o paciente permanece consciente ou sob sedação controlada, neste final de século continua nítida a prevalência do uso de anestesia espinal sobre a anestesia geral no atendimento cirúrgico hospitalar (Nocite, 2010).

Conhecer e respeitar as conquistas do passado ajuda o médico valorizar questões antropológicas, terapêuticas e sociais. A leitura da história da evolução da anestesia espinal afasta a tendência simplória de imaginá-la que sempre foi como se pratica hoje (Hackel & Kleinerman, 2010).

Os agentes anestésicos, técnicas empregadas, medidas de assepsia e anti-sepsia, instrumental e monitorização, até as agulhas e os tubos têm mais um século de avanços e recuos em função da experiência adquirida, cinco anos de anestesia subaracnóidea contínua para assegurar uma analgesia prolongada não garantiram a continuidade do emprego de modernos microcateteres (Braga, 2010).

Da mesma forma Morgan (2010, p. 88), cinquenta anos de uso de lidocaína hiperbárica a 5% na raque em sela não impediram uma rediscussão do risco neurológico da técnica, quando se empregam agulhas finas com injeção lenta e massa de lidocaína acima de 75 mg.

O esforço dos pioneiros não deve ser esquecido sob pena de se repetir os mesmos erros do passado. Todo o conhecimento médico derivou-se da necessidade humanística em atender a questões específicas e a demandas do bem-estar social a partir do paradigma correlação clínico-patológica e a base molecular da doença (Doenges, 2013).

1.9. Raquianestesia em obstetricia

Corretamente administrada a anestesia raquídea pode aliviar a parturiente da dor do parto sem comprometer o feto (Paech & Orlikowski, 2014).

Os autores afirmam que níveis mais elevados podem afetar negativamente o curso do trabalho de parto assim como determinar graus de hipotensão graves e capazes de prejudicar a circulação placentária e a oxigenação fetal.

Níveis de hipotensão toleráveis em pacientes não grávidas frequentemente não são igualmente bem toleradas pelas parturientes. Isto é especialmente verdadeiro quando a gestante está em trabalho de parto (Samuel, 2011).

De acordo os autores Souza & Tardelli (2011, p. 64), as contrações uterinas na vigência de hipotensão podem comprometer significativamente a oxigenação fetal. Para evitar hipotensão materna é mister:

- 1) Usar pequenas doses de anestésico local (gestantes à termo desenvolvem níveis mais altos de anestesia do que as não grávidas com a mesma quantidade de anestésico local administrado da mesma maneira);

- 2) Usar a manobra de deslocamento do útero para a esquerda enquanto a paciente estiver em decúbito dorsal (inclusive na posição ginecológica);

- 3) Hidratar adequadamente (muitas parturientes ficam desidratadas próximo ao final do trabalho de parto e no período expulsivo);

- 4) Manter adequados o retorno venoso e o débito cardíaco evitando a posição de proclive cefálico após obter nível fixo de anestesia (embora a posição de proclive cefálico seja mandatoria durante a indução de raquianestesia com soluções hiperbáricas).

De acordo os autores Braga, (2019, p. 87), o tratamento da hipotensão materna deve basear-se principalmente na correção dos fatores contribuintes mais do que no uso de vasopressores, os vasopressores, se forem usados, devem ser administrados nas menores quantidades eficazes afim de evitar a indesejável vasoconstrição placentária.

Para o Vale (2018, p. 87) a anestesia subaracnóidea apresenta duas vantagens sobre a anestesia epidural em obstetrícia:

- 1) Pode ser instituída mais rapidamente, vantagem de especial importância em emergências obstétricas quando os minutos contam;

2) As drogas usadas na raquianestesia não apresentam efeitos sobre o feto. Na anestesia epidural, por outro lado, as drogas podem afetar o recém-nascido.

A principal desvantagem da raquianestesia em obstetrícia é não constituir um método tão satisfatório de alívio da dor durante o trabalho de parto; a epidural contínua é muito mais satisfatória que a raquianestesia neste período (Vale, 2018).

1.10. Comparação entre a raquianestesia e a epidural

De acordo com Karaman, Kocabas & Uyar (2016), as respostas fisiológicas a idênticos níveis sensitivos de raque e epidural são muito diferentes, isto decorre em parte da inexistência de bloqueio simpático diferencial na epidural, embora nesta anestesia a zona de bloqueio diferencial motor seja substancialmente maior (cinco segmentos) do que na raque (dois segmentos).

Mais importante ainda é o fato de que as drogas injetadas no espaço epidural, tanto os anestésicos como os vasoconstritores, são usados em volumes grandes e capazes de exercer efeitos farmacológicos periféricos após absorção sanguínea (Paech & Orlikowski, 2014).

As respostas periféricas às drogas usadas durante anestesia epidural são especialmente nítidas nas reações do sistema cardiovascular (Paech & Orlikowski, 2014).

Elas são totalmente diferentes das alterações cardiovasculares associadas com idênticos níveis sensitivos de raquianestesia, a hipotensão produzida pela epidural com adição de adrenalina acompanha-se por aumento do débito cardíaco, e não por diminuição como na raquianestesia. Isto é devido ao efeito inotrópico positivo da adrenalina absorvida (Oliveira, 2015)

A vasodilatação periférica e a diminuição da resistência vascular periférica são substancialmente maiores na epidural do que na raque por causa do efeito beta estimulante da adrenalina (Imbelloni, 2013).

A combinação de aumento do débito cardíaco com vasodilatação periférica durante anestesia epidural resulta em condições de hiperperfusão periférica não observadas na raquianestesia (Nocite, 2010).

Por outro lado, o aumento do débito cardíaco durante anestesia epidural (com adrenalina) aumenta as necessidades de oxigênio do miocárdio (maior trabalho) concomitante com a possibilidade de não estar o suprimento de oxigênio ao miocárdio (fluxo coronariano) proporcionalmente aumentado face à diminuição da pressão de perfusão na aorta (Oliveira, 2015).

Efeitos periféricos mais sutis das drogas usadas na anestesia epidural também são evidentes, incluindo alterações da atividade neurocomportamental dos recém-nascidos (Malster, & Parry, 2013).

Estas diferenças nas respostas à raque e à epidural não significam que uma técnica é melhor do que a outra; significam apenas que as duas técnicas são muito diferentes, qual tem suas vantagens e suas desvantagens, conseqüentemente, suas indicações dependem de uma correta avaliação de cada paciente para que possam ser ajustadas às suas necessidades específicas (Sng & Sai, 2019).

1.11. Bloqueio diferencial e local de acção

Clinicamente as zonas de bloqueio diferencial durante anestesia raquidiana são tão importantes como seu nível sensitivo (Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, 2013), a mesma sociedade ainda realça que o bloqueio simpático, principal determinante das respostas fisiológicas à raquianestesia, estende-se em média dois segmentos espinhais acima do nível sensitivo (Malster, & Parry, 2013).

Em casos individuais, entretanto, os nervos simpáticos podem ser bloqueados até cinco ou mesmo seis segmentos espinhais acima dos níveis sensitivos, em tais circunstâncias as respostas fisiológicas, especialmente modificações na pressão arterial, podem ser inesperadamente intensas apesar de níveis sensitivos relativamente baixos (Paech & Orlikowski, 2014).

Por outro lado, os autores Miyamoto & Cunha (2013, p. 88), o bloqueio somático motor só atinge, em média, até dois segmentos espinhais abaixo dos níveis sensitivos. O bloqueio simpático decorrente da raquianestesia desenvolve-se no interior do espaço subaracnóideo comprime assim as fibras simpáticas preganglionares.

Daí surgem três importantes implicações. Primeiro, as fibras simpáticas pré-ganglionares mais altas saem da medula a nível de T 1, sempre que o nível sensitivo

alcançar T 3 existirá bloqueio simpático total, pois a zona de bloqueio simpático diferencial é, em média, dois segmentos espinhais acima (Oliveira, 2015).

À raquianestesia são quase inteiramente devidas à extensão da desnervação simpática, as fibras pós-ganglionares distribuem-se então periféricamente nos dermatômos sensitivos de modo bem distinto das fibras sensitivas que os definem e que emergem da dura no mesmo nível segmentar (Braz & Braz, 2014).

Assim, a estimulação (ou bloqueio) de uma simples fibra pré-ganglionar simpática em T 6 produz respostas periféricas detectáveis em dermatômos sensitivos de T 3 a T 9 inclusive, o resultado da desnervação pré-ganglionar simpática produzida pela raquianestesia pode ser uma resposta periférica inesperadamente difusa, em vista da sua importância é útil avaliar o nível de bloqueio simpático durante raquianestesia (Malster, & Parry, 2013).

Na clínica esta avaliação é mais facilmente realizada pela determinação do nível da perda da capacidade de discriminar modificações de temperatura, isto pode ser feito encostando levemente uma substância gelada na pele do tronco, este simples teste é baseado no fato que as fibras transmissoras da discriminação de temperatura são apenas ligeiramente maiores que as fibras simpáticas pré ganglionares (Hackel & Kleinerman, 2010).

Quando a perda da discriminação da temperatura alcança, digamos T4, as fibras simpáticas estão bloqueadas no mínimo ao mesmo nível, os autores realçam que a avaliação do nível de perda da discriminação da temperatura merece ser feito rotineiramente do mesmo modo que a avaliação do nível de perda da sensação à picada de agulha (Mendonça & Guimarães, 2019).

Os resultados são frequentemente muito instrutivos embora inesperados. A avaliação da discriminação de temperatura é também um excelente meio para apreciar a duração e extensão do bloqueio simpático na sala de recuperação (Dyer & Joubert, 2014).

O bloqueio simpático comumente persiste no pós-operatório mesmo após retomo das funções somáticas motora e sensitiva. Enquanto persistir a desnervação simpática o paciente permanecerá em risco de graves alterações da função

cardiovascular relacionadas com mudanças de posição, especialmente hipotensão postural (Oliveira, 2015)

Segundo o Paech & Orlikowski (2014), duas explicações têm sido aventadas para o aparecimento de zonas de anestesia diferencial, ambas implicam na definição do local em que o anestésico atua após sua injeção no espaço subaracnóideo, uma explicação é que o local principal de ação seja as próprias fibras nervosas ao atravessarem o espaço subaracnóideo em seu trajeto da medula para seu ponto de saída pela dura.

Para Souza & Tardelli, 2011), a concentração do anestésico local no líquido cerebrospinal diminui em função da distância a partir do lugar de injeção. Sabe-se também que tipos diferentes de fibras nervosas variam em suas sensibilidades aos anestésicos locais, a sensibilidade depende da mielinização (quanto maior a mielinização maior a resistência) e da distância entre os nódulos de Ranvier (quanto maior a distância maior a resistência).

Uma observação recente e de grande importância clínica é que a sensibilidade aos anestésicos locais depende da frequência de transmissão dos impulsos nervosos, a sensibilidade aos anestésicos locais depende também do diâmetro da fibra nervosa, quanto menor for a fibra, mais sensível será à ação bloqueadora do anestésico local (Avelar, 2011).

Assim, no espaço subaracnóideo as fibras simpáticas pré-ganglionares seriam bloqueadas a uma certa distância do lugar de injeção por uma concentração de anestésico local tão baixa que torna-se incapaz de bloquear as fibras somáticas sensitivas (Sng & Sai, 2019).

Mais próximo ao lugar de injeção a concentração do anestésico local seria suficientemente grande para bloquear tanto as fibras simpáticas pré-ganglionares como as somáticas sensitivas ((Souza & Tardelli, 2011).

Finalmente, ainda mais próximo ao lugar de injeção a concentração do anestésico local no líquido cérebro-espinhal seria suficiente para bloquear todas as fibras, inclusive as somáticas motoras (Vale, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (2013), uma explicação alternativa para as zonas de bloqueio diferencial sugere que a própria medula espinhal seja um dos locais de ação dos anestésicos.

Esta teoria admite que os anestésicos locais atuam nas raízes nervosas dentro do espaço subaracnóideo, mas enfatiza que apresentam efeitos diretos igualmente importantes na medula, na mesma sequência de ideias, os autores enfatizam que há dupla evidência em apoio a esta explicação. Primeiro, sabe-se que durante anestesia raquidiana experimental em animais os anestésicos locais são encontrados na medula espinhal (Souza & Tardelli, 2011).

Como seria de esperar suas concentrações são maiores nas porções superficiais na medula pois as drogas se difundem do espaço subaracnóideo para a medula, os tratos simpáticos e sensitivos na medula são localizados de uma maneira geral mais superficialmente e por este motivo se os anestésicos locais difundissem na medula apenas uns poucos milímetros à transmissão nestes tratos ficaria comprometida (Possari, 2013).

Por outro lado, os tratos situados mais profundamente, como os somáticos motores, não seriam igualmente afetados pelos anestésicos locais adsorvidos na medula, uma segunda observação proposta em apoio da tese que durante a anestesia raquidiana existe uma transecção farmacológica temporária da medula consiste em dados sugestivos de que em condições clínicas a sequência de recuperação da função nervosa, durante a regressão da raquianestesia, pode ser melhor explicada aceitando que o anestésico local atua na medula e não somente nas raízes nervosas S (Paech & Orlikowski, 2014).

Os autores realçam que esta observação, entretanto, foi contestado por Forbes e Roizen. Estes investigadores descreveram minuciosa e acuradamente a sequência de recuperação da função nervosa após raquianestesia em condições clínicas indicando conclusivamente que a medula em si é pouco bloqueada e que as raízes nervosas constituem o local primário de ação do anestésico após sua injeção no espaço subaracnóideo (Malster, & Parry, 2013).

Observações clínicas da sequência de recuperação da raquianestesia não descartam a possibilidade de que os anestésicos locais possam ter efeitos na

medula, vidências atuais sugerem, entretanto, que estes efeitos são quando muito sutis, e não constituem o mecanismo primário de produção da anestesia (Samuel, 2011).

1.12. Ventilação pulmonar

Segundo o Barbosa (2010, p. 96) o nervo frênico raramente é bloqueado durante raquianestesia lombar mesmo em níveis médio-cervicais de anestesia, a zona diferencial de bloqueio motor deixa o nervo frênico intacto durante raquianestesia alta.

Na ausência de obesidade acentuada ou de comprometimento cirúrgico da excursão diafragmática, a ventilação pulmonar e as trocas gasosas mantêm-se normais durante raquianestesia mesmo quando for suficientemente alta a ponto de produzir bloqueio intercostal total (Barbosa, 2010).

A parada respiratória que ocorre durante raquianestesia alta geralmente é devida a hipotensão acentuada, suficiente para provocar isquemia bulbar, a ressuscitação cardiovascular imediata geralmente determina pronto restabelecimento da respiração o que não ocorreria se a apnéia fosse devida ao bloqueio dos nervos frênicos (Malster, & Parry, 2013).

A apnéia fosse devida a presença de anestésico local no líquido ventricular em concentração suficiente para bloquear os neurônios respiratórios centrais periventriculares localizados superficialmente, estes neurônios na ótica do Soares são sensíveis aos anestésicos locais aplicados intraventricularmente, mas somente em concentrações superiores às que possivelmente poderiam alcançar o líquido ventricular durante raquianestesia lombar (Soares, 2014).

Durante raquianestesia no homem, mesmo em nível cervical, a concentração de anestésico local no líquido cérebroespinal da cisterna magna é inferior a necessária para exercer efeitos farmacológicos detectáveis (Dyer & Joubert, 2014).

1.13. Diferenças da anestesia raquidiana e a geral

A anestesia raquidiana e a anestesia geral são diferentes na forma como são aplicadas e nos efeitos provocados no corpo do paciente. Cada uma é usada para fins específicos, mas ambas são técnicas bastante seguras para a realização de cirurgias.

A decisão sobre qual tipo de anestesia será aplicada é liderada pelo anestesista. É o profissional que tem profundo conhecimento das técnicas mais recentes indicadas para cada ocasião. Esse especialista atua em conjunto com o cirurgião e sua equipe médica.

Cabe ao anestesista não só aplicar a medicação para a anestesia. Esse profissional é responsável também por controlar o estado geral do paciente durante todo o tempo antes, durante e após a cirurgia. Portanto, durante a consulta com o especialista em anestesia, ofereça todas as informações necessárias para que ele possa tomar a decisão sobre qual a melhor técnica e a dosagem do medicamento para o seu caso.

1.13.1. Funcionamento da anestesia raquidiana

A anestesia raquidiana é um tipo de anestesia regional que torna insensível à dor apenas uma parte do corpo, fazendo com que o paciente mantenha a consciência durante o procedimento cirúrgico. Pode ou não ser associada a uma sedação, na qual o paciente fica sonolento, dormindo e, geralmente, não se lembra de nada.

A raquidiana – também chamada de raquianestesia ou, simplesmente, raqui – é bastante utilizada no parto (tanto na cesária quanto no parto vaginal) e em cirurgias nas pernas e nos pés. Por promover o bloqueio de troncos nervosos específicos, é indicada para cirurgias na região abdominal e nos membros inferiores.

Funciona da seguinte forma: o anestésico é aplicado por meio de uma injeção na coluna vertebral. A agulha atinge o espaço subaracnóideo, que promove o bloqueio dos nervos nas raízes anteriores e posteriores. Esse espaço fica entre as terminações nervosas da medula espinhal e a membrana que as protege.

A substância anestésica atinge o líquido – um fluido que envolve e protege a medula espinhal e o cérebro. Por meio dele, o medicamento é disseminado para o tronco de nervos que controlam as partes do corpo que devem ser insensibilizadas. Assim, o paciente perde a sensibilidade e os movimentos, mas não a consciência.

1.13.2. Funcionamento da anestesia geral

Basicamente, existem três tipos de anestesia geral: inalatória, endovenosa e balanceada. De maneira geral, são utilizados pelo menos três medicamentos diferentes. O primeiro tem o papel de fazer o paciente adormecer. O segundo serve para manter o corpo imóvel e relaxado. O terceiro é responsável pela analgesia, ou seja, bloqueia a sensação de dor.

A anestesia geral é indicada para cirurgias em qualquer parte do corpo.

Anestesia geral inalatória: a substância anestésica é vaporizada para que o paciente possa aspirar o medicamento. Por meio desse processo, o anestésico é carregado pelo ar até os pulmões e, conseqüentemente, é disseminado para todo o corpo por meio da corrente sanguínea. Ao chegar no cérebro, faz com que os sinais nervosos sejam bloqueados, interrompendo a consciência e alterando a percepção de dor.

Anestesia geral endovenosa: é aplicada por meio de uma injeção na veia, como o nome sugere. Ao ser introduzida diretamente na corrente sanguínea, a substância rapidamente circula pelo corpo, por meio do sangue, e ao atingir o cérebro, promove o mesmo bloqueio das sensações dolorosas e da consciência.

Anestesia geral balanceada: é uma combinação das duas técnicas, que reduz a dose de cada uma, combinando seus efeitos e, assim, reduzindo os efeitos colaterais. Em geral, o paciente adormece e tem sua dor bloqueada por meio da medicação venosa. O estado de inconsciência é mantido por meio do anestésico inalatório.

1.13.3. Vantagens e desvantagens da anestesia geral

A grande vantagem da anestesia geral é que ela permite a realização de cirurgias mais complexas ou de grande porte. Quando são afetadas diversas partes

do corpo, essa é a mais indicada. O paciente fica totalmente desacordado, imóvel e pode precisar de intubação, com respirador artificial.

Alguns efeitos colaterais relatados após a anestesia geral se referem a náuseas e vômitos depois da cirurgia. Mas isso pode ser prevenido por meio de uma avaliação prévia com o anestesista.

Muitas pessoas têm receio da anestesia geral, porém, ela é bastante segura, com baixos índices de complicações. Geralmente, o que causa os efeitos adversos não é a anestesia geral, propriamente dita, mas condições prévias do paciente ou intercorrências durante a cirurgia, como hemorragias ou lesões. Mais uma vez, reafirmamos que a consulta prévia com o anestesista é essencial para a prevenção de consequências não desejadas.

1.13.4. Principais técnicas anestésicas raquidiana

Estas são duas técnicas utilizadas para realizar de um modo indolor um ato cirúrgico ou obstétrico. Elas tornam insensíveis a parte do corpo que vai ser intervencionada:

A raqui-anestesia consiste em injetar um medicamento (anestésico local) no líquido cefalorraquidiano (coluna vertebral) onde se encontram as raízes nervosas, através de uma agulha, que é em seguida retirada. Em casos raros, é possível colocar através da agulha um cateter (um tubo muito fino) que permite re-injetar novas doses do medicamento.

A anestesia epidural consiste em injetar um medicamento (anestésico local) no espaço epidural (coluna vertebral) através de um cateter que é deixado no local durante a intervenção.

Esta anestesia é indicada para cirurgias que sejam de curta duração, pois existe um limite de quantidade de anestésico local que pode ser usado. O efeito dela costuma durar entre 3 a 4 horas.

CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA

Marconi e Lakatos (2017), resumem o método como um conjunto de actividades sistemáticas e racionais que permitem com maior segurança e economia alcançar o objectivo de conhecimento válido verdadeiro.

2.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa foi descritiva, observacional, prospectiva de tipo transversal. A escolha do tipo de pesquisa descritiva, prospectiva e transversal, permitiu fazer a colheita de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitaram a compressão dos diversos factores que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Modelo de abordagem

O presente trabalho esteve focado dentro de uma técnica de abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema.

Segundo Oliveira (2012), é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos.

Já abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

a) Nível teórico

• Histórico

Segundo Haydt (2011), o método histórico permite o investigar pedquisar na instituição em estudo acontecimentos do passado, para verificar sua influência na sociedade de hoje.

Este método auxiliou na demonstração de todo o processo histórico sobre as implicações assistenciais da anestesia raquidiana, isto é, estudando a sua evolução e os seus efeitos na medida em que o tempo foi passando.

• **Hipotético/Dedutivo**

Segundo Ramos e Naranjo (2014, p.115), “consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções”.

Com este método tivemos a possibilidade de propor as possíveis respostas acerca do fenómeno em estudo.

• **Análise Síntese**

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p.103), a análise “é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades”.

Com este método fizemos uma análise minuciosa dos factores que estão na base das implicações assistenciais da anestesia raquidiana, fazendo uma síntese para propor respostas através das hipóteses.

b) Nível empírico/experimental

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa foi, o inquérito por questionário aplicadas aos membros da direcção do estabelecimento em estudo, assim como a observação não estruturada.

Optamos esse método para nos permitir alcançar dos objetivos propostos, assim como na confirmação ou infirmação das hipóteses levantadas.

c) Nível Estatístico/Matemático

É essencialmente, possibilitar uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado.

Segundo Freitas & Prodanov (2013, p.38), “este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais” Devemos considerar, no entanto, que as

explicações obtidas mediante a utilização do método estatístico não devem ser consideradas absolutamente verdadeiras, mas portadoras de boa probabilidade de serem verdadeiras.

Este método nos permitiu na clarificação da investigação no momento de quantificar em termos percentuais os dados colectados na investigação de campo a ser realizado.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Para a coleta de dados serão utilizados:

- Observação
- Inquérito por questionário
- Pesquisa bibliográfica e documental
- O tipo de observação será participante ou directa

Na óptica de Andrade (2010, p. 58), “a técnica da observação é um procedimento metodológico, utilizado em pesquisa de cunho teórico-empírico (pesquisa de campo), que faz uso dos sentidos para obtenção de determinados aspectos da realidade”.

Segundo Estrela (2010, p. 25), “o inquérito por questionário constitui uma técnica fundamental de observação quando se pretende obter uma considerável variedade de respostas”.

Para Ferrari (2010), pesquisa bibliográfica consiste na etapa inicial de todo o trabalho científico ou académico. Tem o objetivo de reunir as informações e dados que servirão de base para a construção da investigação proposta a partir de determinado tema.

2.5. Instrumento e procedimentos

A grelha de observação serviu para a obtenção sem termos o contacto directo com os nossos intervenientes, adquirindo assim informações sobre o tema em estudo.

Utilizou-se o guião de questionário para aquisição de informações sobre o tema em causa. Depois de ter a permissão dos intervenientes, acertou-se uma data e hora para a distribuição dos guiões e a sua recolha.

Recorreu-se a pesquisa bibliográfica e documental como instrumento de grelha de dados para facilitar a consultar, matérias e documentos que falam sobre o assunto em estudo.

2.6. População e amostra

• População

Segundo Demo (2010), população é o conjunto de indivíduos que habitam uma determinada localidade. Os estudos populacionais são de suma importância para o planeamento territorial. População caracteriza-se pelo conjunto de indivíduos que habitam um determinado território.

A população da nossa investigação foi constituída por: cento e catorze (114) indivíduos, os quais: três (03) Médicos, doze (17) Enfermeiros e noventa e nove (99) Pacientes, perfazendo cento e catorze (114) indivíduos.

• Amostra

Segundo Cervo & Silva (2010, p. 70), “amostra é um conjunto de dados coletados e/ou selecionados de uma população estatística por um procedimento definido”. Os elementos de uma amostra são conhecidos como pontos amostrais, unidades amostrais ou observações.

Na nossa população, extraímos uma amostra de trinta e sete (37) indivíduos, na qual temos: três (03) médicos, dezassete (17) enfermeiros e dezassete (17) pacientes.

Tabela 1 População e Amostra

Designação	População	Amostra	Percentagem
Médicos	03	03	8,10%
Enfermeiros	17	17	45,94%
Pacientes	99	17	45,94%
Total	114	37	32,4%

Fonte: Elaboração Própria

2.7. Dificuldades encontrada

Dificuldades financeiras;

Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;

Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;

Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica.

CAPITULO- III: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em função dos dados colhidos durante a pesquisa de campo, faremos uma ilustração para analisarmos os indicadores que incidem nas implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023,

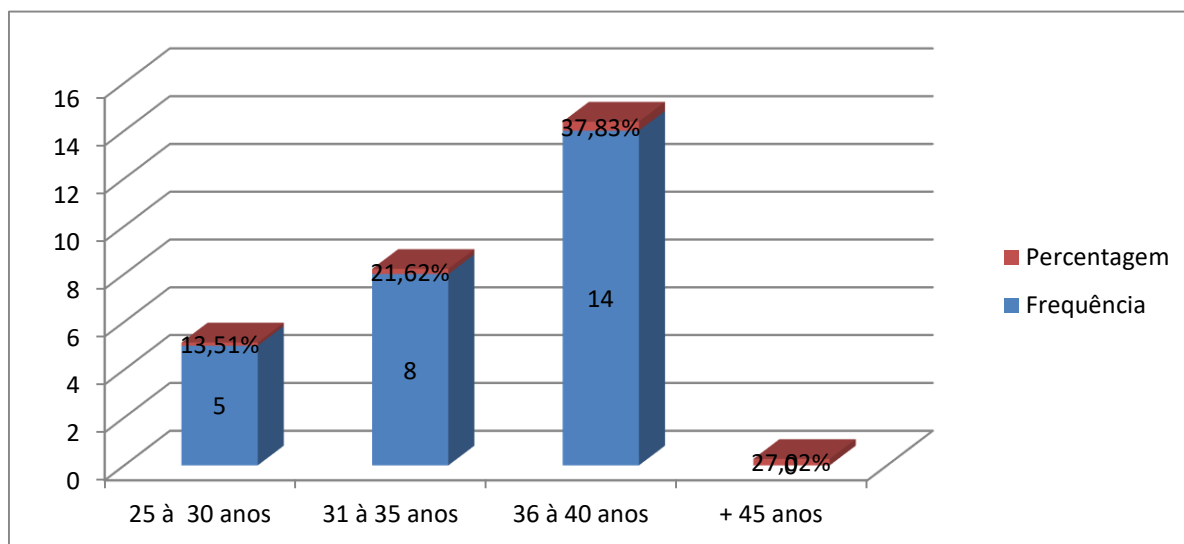
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Tabela 2 Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Percentagem
25 à 30 anos	05	13,51%
31 à 35 anos	08	21,62%
36 à 40 anos	14	37,83%
+ 45 anos	10	27,02%
Total	37	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1 Distribuição da amostra segundo a faixa etária



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 35 à 40 anos que perfaz 37,83%, seguida pela faixa de 40 à 45 anos que perfaz 27,02%,

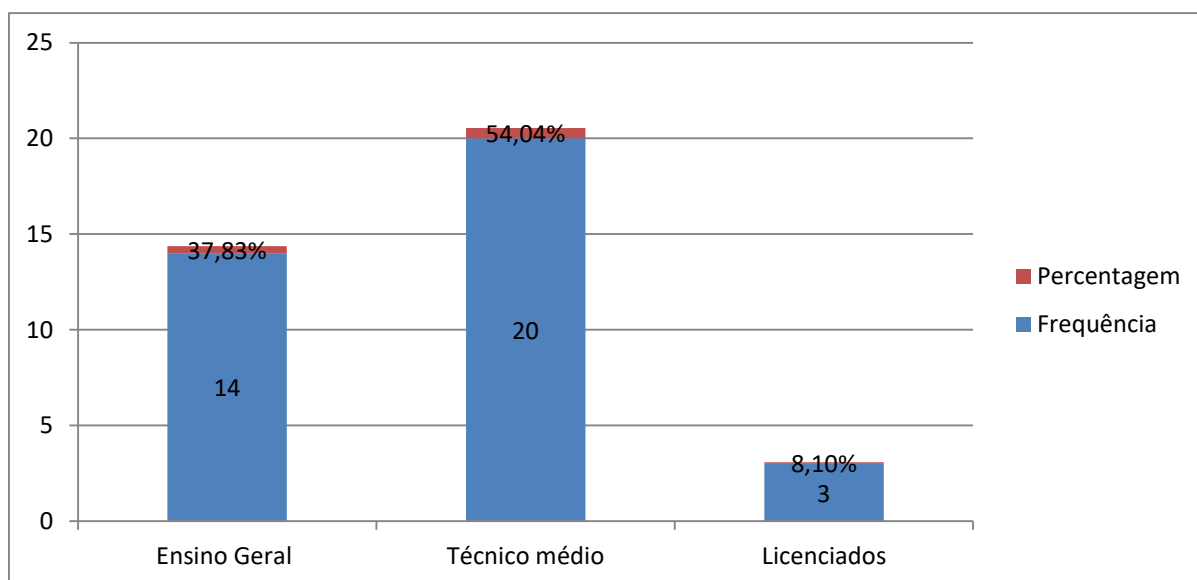
Conforme Nocite (2010), a maior parte dos interlocutores entrevistado no Hospital Geral de Luanda tem idades compreendidas dos 36 aos 40 anos.

Tabela 3 Distribuição da amostra quanto ao nível acadêmico

Descrição	Frequência	Percentagem
Ensino Geral	14	37,83%
Técnico médio	20	54,04%
Licenciados	03	8,10%
Total	37	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 Distribuição da amostra quanto ao nível acadêmico



Fonte: Elaboração própria.

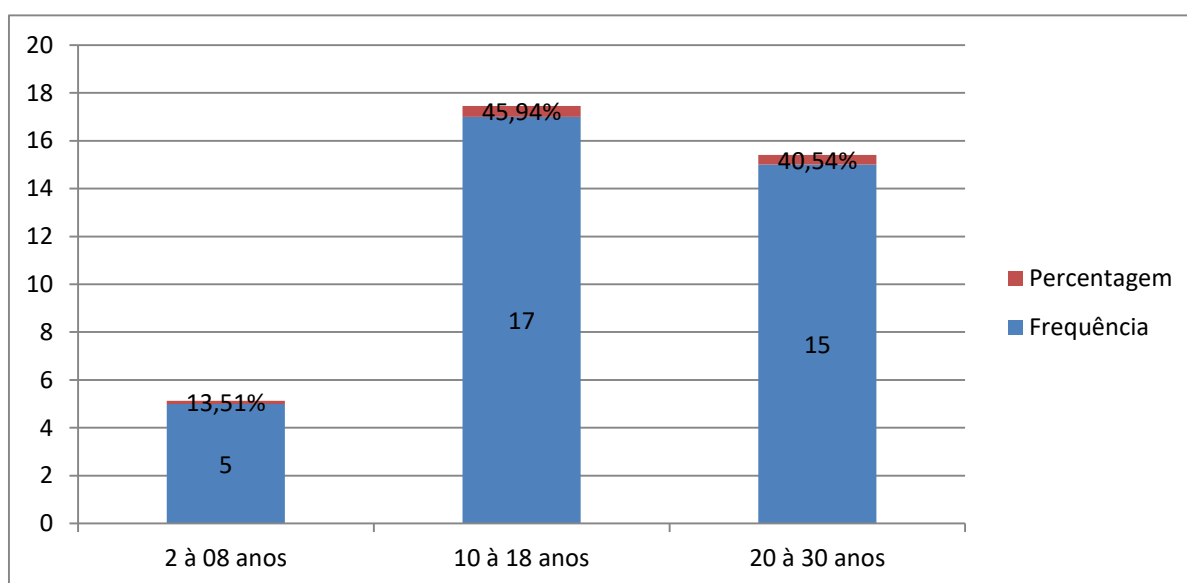
O nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20) que perfaz 54,04%, seguido pelos do ensino geral com catorze (14) que perfaz 37,83% e finalmente os licenciados com três (03) que perfaz 8,10%, conforme outro estudo feito por Oliveira (2012).

Tabela 4 Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Anos de serviço	Frequência	Percentagem
2 à 08 anos	05	13,51%
10 à 18 anos	17	45,94%
20 à 30 anos	15	40,54%
total	37	100%

Fonte: Elaboração própria

Ilustração 3 Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço



Fonte: Elaboração própria

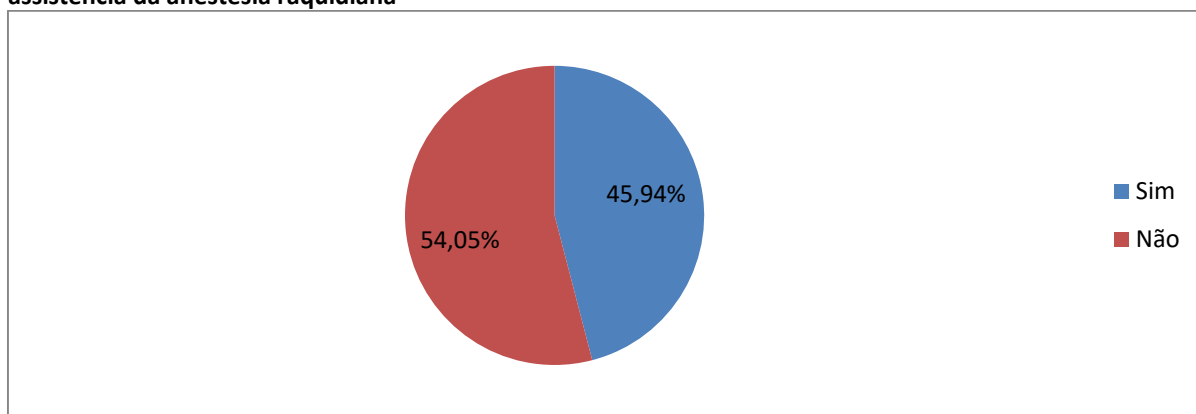
45,94% dos profissionais de saúde tem mais de 10 anos de serviço, seguido 40,45% tem mais de 20 anos de experiência e 13,51% tem entre 2 a 8 anos de serviço. Conforme outro estudo realizado por Barbosa (2010), verifica-se que o Hospital geral de Luanda conta com uma equipa muito experiente.

Tabela 5- Detecção de consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana

Respostas	Frequência	Percentagem
Sim	17	45,94%
Não	20	54,05%
Total	37	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4 Detecção de consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana



Fonte: Elaboração própria

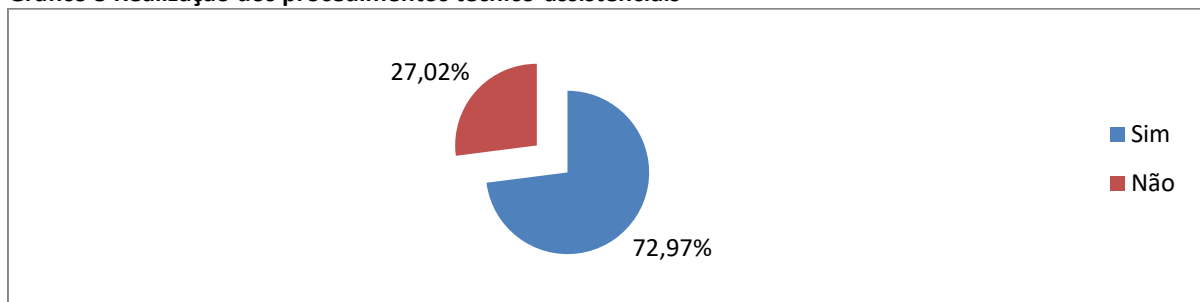
54,05% dos profissionais não detectaram consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana, ao passo que 45,94%, detectam. Os resultados coincidem com o estudo de Bogra e Srivastava (2015).

Tabela 6 Realização dos procedimentos técnico-assistenciais

Respostas	Frequência	Percentagem
Sim	27	72,97%
Não	10	27,02%
Total	37	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 5 Realização dos procedimentos técnico-assistenciais



Fonte: Elaboração Própria

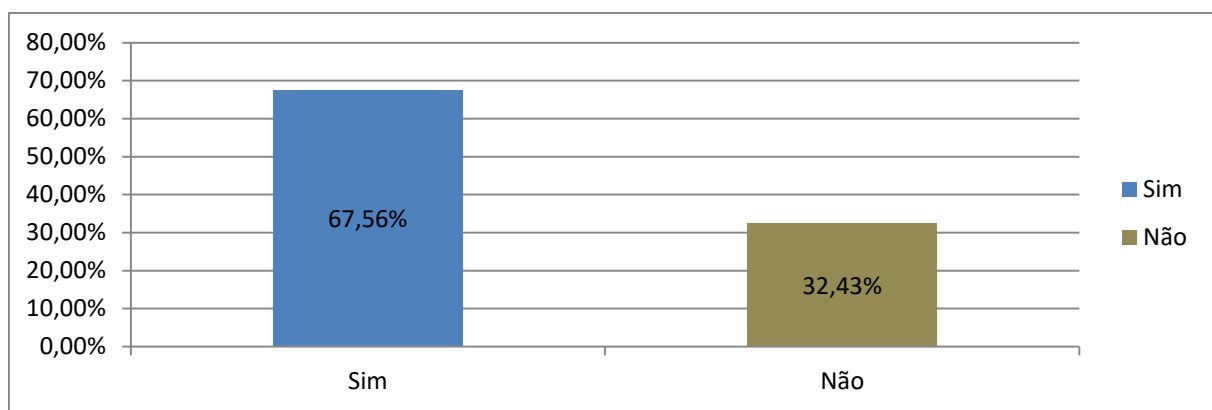
73 % dos profissionais realizam procedimentos técnico-assistenciais, ao passo que os restantes 27 % estão em actividades administrativas e de outras naturezas. Representando um desafio na gestão e alocação de recursos humanos, face a gritante falta de profissionais nas unidades sanitárias. Os resultados vão de acordo os resultados da pesquisa de Di Filippo e Adembri (2016).

Tabela 7 Conhecimento dos factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana

Respostas	Frequência	Percentagem
Sim	25	67,56%
Não	12	32,43%
Total	37	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 6 Conhecimento dos factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana



Fonte: Elaboração própria.

Embora 72,97% dos profissionais realizarem procedimentos técnicos assistências (tabela 6) apenas 67,56% dos profissionais conhecem os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana. O que implica a necessidade de melhorar a disseminação da informação conforme estudo realizado por Braz & Braz (2014), isso nos levou a concluir que, no Hospital geral de Luanda a maior parte dos profissionais conhecem os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.

3.2 Discussão dos resultados

Em função dos dados representados através de tabelas e gráficos, procede-se a discussão dos mesmos no sentido de estabelecermos as comparações e presumir factos que possam influenciar no fenómeno em estudo.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 35 à 40 anos que perfaz 37,83%, seguida pela faixa de 40 à 45 anos que perfaz 27,02%, posteriormente pela faixa de 30 à 35 anos que perfaz 21,62% e finalmente pela faixa de 25 à 30 anos que perfaz 13,51%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

Em comparação com os dados da nossa pesquisa de campo com os resultados obtido na pesquisa do autor Nocite (2010), isso nos levou a concluir que, houve uma coincidência com os dados obtido na nossa pesquisa de campo.

Com isso podemos dizer que a instituição em causa possui uma boa camada juvenil, pois esses possuem força e maturidade suficiente para lidar com os possíveis fenómenos que possam ocorrer.

Segundo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20) que perfaz 54,04%, seguido pelos auxiliares de enfermagem com catorze (14) que perfaz 37,83% e finalmente os licenciados com três (03) que perfaz 8,10%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Nesta senda comparando os dados obtido na nossa pesquisa de campo esses dados concidem com da pesquisa feito por Oliveira (2012), isso nos levou a concluirmos que no Hospital geral de Luanda, a maior parte dos intervenientes entrevistado são técnico médio.

Atendendo esses dados podemos afirmar que o Hospital possui um problema quanto aos serviços especializados, pelo que, precisa de mais técnicos superiores para o atendimento de diversos problemas inerentes à saúde.

De acordo a tabela e o gráfico 03, os profissionais com mais anos de serviço são os de 10 à 18 anos que perfaz 45,94%, seguido por os de 20 à 30 anos que perfaz 40,45%, posteriormente por os de 2 à 8 anos que perfaz 13,51% e finalmente por os correspondendo assim à 100% sa nossa pesquisa.

Encontra partida a pesquisa de campo realizado durante a nossa pesquisa comparando com da Barbosa (2010), isso nos levou a concluir que no Hospital geral de Luanda, a maior parte dos intervenientes entrevistado tem o tempo de serviço de 10 à 18 anos.

Com esses dados, acreditamos que o Hospital possui profissionais cheio de experiência, pois atendendo os anos de serviço, esses foram adquirindo mais habilidades.

Segundo o gráfico e a tabela 04, sobre a pergunta: Detectas consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana, tivemos vinte (20) que responderam não, perfazendo 54,05% e dezassete (17) responderam sim, perfazendo 45,94%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Nesta ordem de ideias os dados obtido durante a nossa pesquisa de campo comparando com da pesquisa realizado por Bogra e Srivastava (2015), nos levou a concluir que no Hospital geral de Luanda a maior parte dos profissionais detectam consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.

De acordo a tabela e o gráfico 05 sobre a pergunta: Tens realizado os procedimentos técnico-assistenciais? vinte e sete (27) profissionais responderam sim perfazendo 72,97% e dez (20) responderam não, perfazendo 27,02%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Portanto os dados obtido na pesquisa de campo concidem com da pesquisa de Di Filippo e Adembri (2016), por isso concluímos que, no Hospital geral de Luanda a maior parte dos profissionais realizam os procedimentos técnico-assistenciais.

Isso nos leva acreditar que a maior parte dos profissionais de saúde que trabalham no Hospital, realizam os procedimentos técnico-assistenciais

Segundo a tabela e o gráfico 06 sobre a pergunta: Conheces os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana? vinte e cinco (25) profissionais responderam sim perfazendo 67,56% e doze (12) responderam não, perfazendo 32,43%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Portanto esses dados, nos leva acreditar que os profissionais de saúde que trabalham no Hospital, Conhecem os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana

Nesta senda os dados obtidos na nossa pesquisa coincidiram com da pesquisa realizado por Braz & Braz (2014), isso nos levou a concluir que, no Hospital geral de Luanda a maior parte dos profissionais conhecem os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana.

CONCLUSÃO

Depois de pesquisas feitas com toda rigorosidade aplicada, assim primando as normais que demonstram o plantel da nossa instituição do ensino superior, partindo dos objectivos preconizados assim bem como as nossas hipóteses foram satisfatoriamente confirmadas de modo geral chegou-se as seguintes conclusões:

Quanto a faixa etária, podemos afirmar que a instituição em causa possui uma boa camada juvenil, pois esses possuem força e maturidade suficiente para lidar com os possíveis fenómenos que possam ocorrer, pois a faixa dos 35 à 40 anos predominou a nossa pesquisa.

Atendendo os dados ilustrados no gráfico e tabela 02, podemos afirmar que o Hospital possui um problema quanto aos serviços especializados, pelo que, precisa de mais técnicos superiores para o atendimento de diversos problemas inerentes à saúde.

Com os dados apresentados na tabela e gráfico 03, acreditamos que o Hospital possui profissionais cheios de experiência, pois atendendo os anos de serviço, esses acreditam que possuem uma vasta experiência e habilidades.

Em função da pergunta dada na tabela e gráfico 04, concluímos que a maior parte dos nossos inqueridos não possuem capacidades em detectar consequências em pacientes acometidos a cirurgia, contudo, esse é um problema que pode gerar várias anomalias por pacientes. Estes dados contrastam com o tempo de serviço e larga experiência dos profissionais.

Os profissionais do Hospital em causa quanto a pergunta da tabela e o gráfico 05 responderam satisfatoriamente, afirmando que têm realizado os procedimentos técnico-assistencial.

Os profissionais conhecem os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia, pois a percentagem das respostas positivas predominou a nossa pesquisa, isto é, vinte e cinco (25) profissionais.

Contudo, é possível afirmar que os nossos objectivos foram alcançados e as nossas hipóteses confirmadas.

SUGESTÕES

Com base os resultados obtidos na análise do trabalho feito, sugerimos o seguinte:

Ao Hospital geral de Luanda:

- ❖ Que promova formações de capacitação dos seus profissionais que actuam na sala de cirurgia no sentido de proporcionar uma assistência baseada na igualdade entre pacientes, evitando o nepotismo ;
- ❖ Que os profissionais do referido centro passem actuar de uma forma sélere e eficaz para a mitigação de mortes prematuras;
- ❖ Que os técnicos da área de estudo e académicos investiguem e abordem mais acerca do tema com intuito de dar mais contribuições.

A sociedade em geral:

- ❖ Que ganhem maior interesse no conhecimento dos tipos de procedimentos cirúrgicos disponíveis, para que se garanta o direito de escolha dos pacientes.

A comunidade académica do ISA

- ❖ Que a Direcção científica continue a direccionar a pesquisa para temas pouco abordados e inovadores;
- ❖ Que se formule um curso de licenciatura ou especialização em anestésias
- ❖ Que os estudantes e técnicos da área de estudo e académicos investiguem e abordem mais acerca do tema com intuito de dar mais contribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. M.(2010). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 5. ed.São Paulo: Atlas.
- Azulay e Avello (2018). *Pacientes com doenças infecciosas*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Avelar, M. C. Q. (2011). *A prática do enfermeiro de centro cirúrgico*. São Paulo. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, USP. (Tese Doutorado).
- Basso, R. S. (2014). *Recuperação pós anestésica diagnosticado em pacientes*, Revista Eletrônica
- Basso, R. S. & Picoli, M. (2011). *Manual de anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia*.
- Barbosa, C. (2010). *O emprego de corretivos vago-simpáticos em raqueanestesia*. Rev Bras Cir.
- Braga, A.F.A., & Braga, F.S.S. (2019). *Anestesia espinhal com 10 mg de bupivacaína hiperbárica associada a 5 µg de sufentanil para cesariana*.
- Bogra, J., & Srivastava, P. (2015). *Synergistic effect of intrathecal fentanyl and bupivacaine in spinal anesthesia for Cesarean section*. BMC Anesthesiology.
- Braga, A.F.A., & Braga, F.S.S. (2010). *Anestesia espinhal com 10 mg de bupivacaína hiperbárica associada a 5 µg de sufentanil para cesariana*.
- Braz, J.R.C., & Braz, L.G. (2014). *Efeitos da associação da clonidina à bupivacaína hiperbárica na anestesia subaracnóidea alta*. Rev Bras Anesthesiol.
- Carmello & Silva, L. (2019). *Professional profile of nurses working in intensive care units of a teaching hospital*.
- Choi, D.H., & Kim, M.H. (2010). *Bupivacaine sparing effect of fentanyl in spinal anesthesia for cesarean delivery*. Reg Anesth Pain Med.
- Cervo, P. A. D. & Silva (2010). *Metodologia Científica*. 6ª ed. São Paulo: Pearson.
- Chasco, C. El geomarketing y la distribución comercial.
- Demo, P. (2010). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: atlas.

Corbani, N. M. de S.; Brêtas, A. C. P.; Matheus, M. C. C. (2010). *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?* Rev. bras. enferm. Brasília.

Di Filippo, A., & Adembri, C. (2016). Volume mínimo de anestésico em anestesia regional guiada por ultrassom. *Brazilian Journal of Anesthesiology*.

Dyer, R. A. & Joubert, I.A. (2014). *Low-dose spinal anaesthesia for Caesarean section*. Curr Opin Anaesthesiol.

Doenges, M. (2013). *Planos de Cuidados de Enfermagem*. 5ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan.

Estrela, C. (2010). *Metodologia científica*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ermita, D. A. C. F (2019). *Raquiianestesia com ropivacaína, cetamina e dexmedetomidina – estudo da neurotoxicidade e avaliação de bloqueio*.

Ferrari, T. A. (2010). *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: McGraw-Hill.

Freitas, E. C. & Prodanov (2013). *Metodologia do Trabalho científico. Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª Edição. Brasil. Rio Grande do Sul: Editora Feevale.

Ferreira, M. (2010). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Galdeano, L. (2017). Tipos e riscos anestésicos: Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri. S. Paulo: Manole.

Ghellere & Souza, M. L. (2010). *Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem*. Florianópolis: Editora da UFS.

Gomez & Santos, E. T. M. (2013). *Novas tendências da raquiianestesia em cirurgia ambulatorial*.

Haydt, S. W. (2011). *Iniciação a pesquisa científica*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Papyrus.

Hackel, D. B., & Kleinerman, J. (2010). *Effect of hypotension dueto spinal anesthesia on coronary blood flow and myoca.rdial metabolism in man*. Circulation.

Imbelloni (2013). *Raquianestesia posterior para cirurgias anorretais em regime ambulatorial*. Estudo piloto. *Revista Brasileira de Anestesiologia*.

Köller, C. (2010). *On the use of cocaine for producing anaesthesia on the eye*. *Lancet*.

Keinert, T. M. M. (2012). *Organizações Sustentáveis: Utopias e Inovações*. São Paulo: Annablume/FAPEMIG.

Karaman e Uyar, M. (2016). *The effects of sufentanil or morphine added to hyperbaric bupivacaine in spinal anaesthesia for caesarean section*.

Marconi, M. A. & Lakatos, E.M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ª Edição). São Paulo: Atlas.

Mendonça, F, & Guimarães, G. M. N. (2019). *Fatores de risco para hipotermia pós-operatória em sala de recuperação pós-anestésica: estudo piloto prospectivo de prognóstico*.

Meldau, D. C. (2011). Raquianestesia. (Disponível em: <http://www.infoescola.com>).

Malster, M. & Parry, A. (2013). *Cirurgia Ambulatória*. Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada. Loures: Lusociência.

Miyamoto, A. C. J., Cunha, I. C. K. O. (2013). *Hipotermia na sala de recuperação anestésica*. *Rev Enferm UNISA*.

Mota, A., & Schraiber, L. B. (2014). *Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas*. *Ciência & Saúde Coletiva*.

Morgan, P. (2010). *Spinal anesthesia in obstetrics*. *Can J Anaesth*.

Nettina, S. (2013). *Prática de Enfermagem*, 7ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan.

Nocite, J.R. (2010). *Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais*. *Rev Bras Anest*

Niemann, A. (2012). *Ueber eine organische Base in der Coca*. *Annalen Chemi*.

Oliveira, A. (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição. São Paulo: editora Platano.

Oliveira, T. R; & Jorge, J. C. (2015). *Spinal anesthesia: pros and cons*. Revista Médica de Minas Gerais.

Piccoli, M. (2010). *Enfermagem Perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine*. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Paech, M.J. e Orlikowski, C. E. P. (2014). *Postcesarean analgesia with spinal morphine, clonidine, or their combination*. Anesth Analg.

Possari, J. F. (2013). *Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós anestésica*. São Paulo: Iatria.

Peniche, A.C.G. (2010). *Abrangência da atuação do enfermeiro em sala de recuperação anestésica como perspectiva de melhor assistência ao paciente no período pósoperatório*. Rev Esc Enferm USP.

Ramos, S. & Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição Lobito- Angola. Editora Escolar.

Rezende, J. M. (2010). *À Sombra do Plátano: Contos de história da medicina*. FAP-Unifesp.

Ramos, F. (2012). *Complicações anestésicas*. (Disponível em: <http://fernandora>).

Reis, J. R. (2012). *A Anestesia Regional Intravenosa Primeiro Centenário*. Início. Desenvolvimento e Estado Atual. Rev Bras Anesthesiol.

Sng & Sai, A.T.H. (2019). *An observational prospective cohort study of incidence and characteristics of failed spinal anaesthesia for caesarean section*.

Silva & Meneses (2015). *Pesquisa quantitativa-metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4ª Edição. Rio de Janeiro. Editora: Florianópolis.

Soares, L. B. (2014). *Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas*. Ciência & Saúde Coletiva.

Sibilla & Zatelli, R. (2010). *Perioperative analgesia for caesarean section: comparasion of intrathecal morphine and fentanyl*.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. (2013). *Recuperação Pósanestésica e Centro de Material e Esterilização*.

Souza, F. M. & Albuquerque, M.T. (2010). *Relato de experiência: monitorização da SO*. Rev. São Paulo: SOBECC.

Souza, V.P, & Tardelli, M.A. (2011). *Efeitos da infusão contínua profilática de fenilefrina sobre a estratégia de redução*.

Souza, J. & Ballone, G. J. (2014). *Psicopatologia e psiquiatria básicas*. São Paulo: Vetor: UCDB.

Silva, M. (2013). *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. 2ª Edição. São Paulo: EPU.

Samuel, G.R. (2011). *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. 2ª. Ed. São Paulo: EPU.

Vale, N.B. (2018). *Centenário da raquianestesia cirúrgica*. (Rev Bras Anesthesia).

Ward, R. J. (2011). *Epidural and subarachonoid anesthesia: Cardiovascular and rcspiratory effects*. JAMA.

APENDICES

QUESTIONÁRIO

Autora	Maria Laura de Assunção Songo
Orientador	Professor Eliseu Xilo, MSc.
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023.

Maria Laura de Assunção Songo estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Projeto Final do Curso para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: Implicações assistencial da anestesia raquidiana em pacientes acometidos a cirurgia, no Hospital geral de Luanda, segundo semestre 2023.

Grata pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

25-30	
30-35	
35-40	
40-45	

2- Qual é o seu nível acadêmica como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Básico	
Médio	
Licenciado	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

2 a 8 anos	
10 a 18 anos	
20 a 30 anos	

4- Detectas consequências em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

5. Tens realizado os procedimentos técnico-assistenciais?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

6. Conheces os factores de risco em pacientes acometidos a cirurgia na assistência da anestesia raquidiana?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADA!

ANEXOS