



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**BRUNA SÁVIO
JULIANA MARTINS FERREIRA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE
CIRURGIA ELETIVA: proposta de intervenções, baseado em NANDA e
NIC**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

**BRUNA SÁVIO
JULIANA MARTINS FERREIRA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE
CIRURGIA ELETIVA: proposta de intervenções, baseado em
NANDA e NIC**

Trabalho de conclusão de curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II
(INT5162) do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina.

Orientadora: Dra Kátia Cilene Godinho
Bertoncello

**Florianópolis
2011**

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS DE BRUNA

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela vida e por estar sempre no meu caminho, me protegendo, iluminando e guiando nas escolhas certas.

Aos meus pais, Ana e Jânio, por ser a base da minha vida, o meu porto seguro, a minha luz. Obrigada por me entenderem nas situações mais difíceis, por me apoiarem em todos os momentos, por acreditarem em mim e principalmente pelo amor e carinho de todas as horas.

Ao meu irmão, Gustavo, por estar sempre ao meu lado, dando carinho e força para continuar o meu caminho.

A minha avó Angelina, minha madrinha Sueli, meu padrinho Aníbal, minha tia Claudete e meus primos Thiago e Mariana, pelo carinho, incentivo e por acreditar no meu potencial.

Aos meus amigos da vida, que mesmo longe estão sempre perto.

Aos meus lindos amigos, que ganhei durante a graduação, pela compreensão, carinho e amizade em todas as situações, levarei vocês sempre comigo. A turma 072 por ter me acolhido da melhor maneira.

A minha família aveirense, por me dar força e atenção no momento em que estive mais sozinha, em especial aos meus amigos Juliana e Felipe.

A minha dupla Juliana, por toda paciência, carinho, empenho e determinação para a realização desse trabalho.

Aos pacientes, que compartilharam conosco seus momentos mais difíceis, muitos deles sendo exemplos a serem seguidos e por acreditaram que éramos capazes.

A orientadora, Prof. Kátia Bertoncello, por estar sempre disposta a nos ajudar, mostrando o melhor caminho e nos apoiando em todos os momentos.

Aos exemplos de profissionais que encontrei ao longo da graduação.

As enfermeiras Magali, Tatiana e Bárbara, por toda a atenção, ensinamentos, paciência, carinho e conselhos. A toda equipe da UICCII do HU/UFSC, por ter nos recebido e ajudados a cumprir esse desafio, principalmente nos momentos mais difíceis.

Em fim, a todos que fizeram e fazem parte da minha vida, que direta ou indiretamente contribuíram para que mais uma etapa da minha vida fosse cumprida e para o sucesso desse trabalho.

Meus sinceros agradecimentos!

AGRADECIMENTOS DE JULIANA

Agradeço...

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a chance de ser aquilo que escolhi, por ter confiado a mim o dom de cuidar e por todas as coisas maravilhas que têm feito em minha vida.

Aos meus pais, Milton e Marinez, por terem acreditado em mim, me apoiado e por muitas vezes terem se sacrificado para me dar tudo o que precisei. Agradeço por sempre me ajudarem a acreditar que eu era capaz, e por todos os conselhos, todo carinho, e compreensão, especialmente nos momentos em que estive ausente.

Ao meu padrinho Ferreira, por ter acreditado em mim e me apoiado na minha formação.

À minha avó Rita por toda força, confiança e dedicação dispensada nesses quatro anos de graduação.

Ao meu irmão Astor, pelo entusiasmo, gestos de carinho e por ter sido muito mais que um irmão, um grande amigo.

Aos meus amigos, por terem compartilhado bons e maus momentos ao meu lado, fazendo meu dia a dia ser diferente e melhor.

À minha amiga Camila, que compartilhando expectativas, alegrias e ansiedades, soube cultivar uma amizade que com o tempo amadureceu. Agradeço pelas palavras de apoio, incentivo e pelo seu carinho.

À minha amiga Bruna Sávio, pela paciência e trabalho em equipe, que tornou possível este nosso trabalho.

Ao Juan, por todo carinho, cumplicidade e compreensão, especialmente nos momentos mais difíceis.

Aos pacientes, heróis de batalhas pessoais, que compartilharam suas vivências, choraram e riram conosco, pela confiança depositada e toda cumplicidade, mostrando-nos a riqueza e a beleza da relação humana.

À Professora Kátia Bertoncelo, exemplo de profissional, por toda dedicação, carinho e confiança; por mesmo estando longe, fazer-se presente a cada momento que precisávamos.

As Enfermeiras Tatiana, Magali e Barbara, pela disponibilidade, todos os conselhos e dicas. Por nos acolher e terem aceitado enfrentar este desafio.

À Equipe de Enfermagem da UICCII do HU/UFSC, por ter nos recebido tão bem, e nos tratado com tanto amor e respeito. Obrigada pela confiança, pelas risadas e por todos os preciosos ensinamentos.

Agradeço, sinceramente, pela contribuição de cada um de vocês nesse trabalho e em minha vida. Sentirei saudades!

À equipe médica do Hospital Universitário, por todo carinho, pela confiança e todas as dicas ao qual sempre serei grata.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse concluído com sucesso. Muito obrigada, de coração!

EPÍGRAFE

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

(José de Alencar)

NOME DOS ALUNOS

- Bruna Savio
- Juliana Martins Ferreira

NOME DO TRABALHO

Cuidados de Enfermagem no pós-operatório de Cirurgia Eletiva: elaboração de um protocolo de intervenções, baseado em NANDA e NIC

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Katia Edlene Gedeão Barboza Hübner
Lúcio Nazarek Anah Hübner
Jatiana Turkina Dura

Florianópolis, 07 de julho de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

- TCC aprovada nota 10 (dez) *Alcides*

FERREIRA, Juliana Martins; SÁVIO, Bruna. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA: proposta de intervenções, baseado em NANDA e NIC.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

O objetivo da presente investigação foi apresentar os diagnósticos e intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, os diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA e as intervenções de acordo com a NIC. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, em uma das unidades de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário da cidade de Florianópolis (Santa Catarina). A amostra foi constituída de vinte e sete pacientes submetidos à cirurgia das especialidades médicas de cirurgia plástica, proctológica, urológica e vascular. Após a coleta de dados, que foi realizada nos meses de março a abril de 2011, utilizando o instrumento de evolução de Enfermagem do tipo SOAP, foi realizada a identificação dos problemas clínicos, seguida da identificação dos diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e os fatores relacionados, utilizando-se para isso o processo de raciocínio diagnóstico de Risner, cujas etapas são a análise e a síntese. Foram identificados dezoito diagnósticos de Enfermagem no período pós operatório imediato e, neste estudo, analisamos aqueles que obtiveram uma frequência igual ou maior que 50%, a saber: dor aguda (100%); integridade da pele prejudicada (100%); risco de infecção (100%); déficit no autocuidado para banho (90,5%); risco de quedas (88,8%); mobilidade física prejudicada (85,1%); risco de constipação (85,1%); risco de sangramento (85,1%); déficit de autocuidado para higiene íntima (77,7%); déficit de autocuidado para vestir-se (70,3%) e constipação 14 (51,8%). E, por fim, foi proposto de intervenções de Enfermagem, segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* para esses diagnósticos e elaborado um instrumento de prescrição de enfermagem para o paciente em pós operatório imediato, diante das especificidades do campo.

Palavras-chaves: Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem perioperatória. Processos de enfermagem.

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO GERAL	13
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 REVISÃO INTEGRATIVA	19
5 METODOLOGIA.....	25
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
5.2 LOCAL DO ESTUDO	25
5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	27
5.5 COLETA DE DADOS	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
APÊNDICE A	54
APÊNDICE B.....	55
APÊNDICE C.....	56
ANEXO A.....	57

1 INTRODUÇÃO

Diante da definição de Enfermagem pela *American Nurses Association (ANA)*, em seu *Social Policy Statement* (ANA, 1995 apud SMETTZER, BARE, 2009), como “diagnóstico e o tratamento das respostas humanas à saúde e a doença” e com a procura dos profissionais de Enfermagem em estabelecer um conjunto de conhecimentos específicos da sua prática, principalmente através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com o Processo de Enfermagem (PE).

Buscamos desenvolver este Trabalho de Conclusão do Curso, que se insere na disciplina Estágio Supervisionado II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com a temática do Processo de Enfermagem na Unidade de Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC.

O Processo de Enfermagem segundo Horta (1979) é uma atividade dinâmica, dividida em seis fases; histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, evolução de Enfermagem e prognóstico de Enfermagem. Fundamentadas pela autora, apresentamos duas dessas etapas, o diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de Enfermagem, com suas intervenções.

O diagnóstico de Enfermagem “é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de Enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de Enfermagem, visando alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” por definição da *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA* (NANDA I, 2010).

As intervenções de Enfermagem são qualquer tratamento, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, que a enfermeira executa para melhorar os resultados do paciente, segundo a definição da *Nursing Interventions Classification – NIC* (BULECHEK, BUTCHER, DOCHTERMAN, 2011).

A Resolução do COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da

Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, resolve que o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, sendo registrado formalmente (COFEN, 2009).

Além disso, ao realizarmos nossas atividades teórico práticas, da quarta unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na Unidade de Clínica Cirúrgica II, notamos a ausência de uma uniformidade nas ações de Enfermagem, principalmente nos cuidados ao paciente em pós operatório, fazendo que nem sempre o paciente fosse atendido na sua total complexidade, muitas de suas fragilidades no momento do pós operatório não eram contempladas nos cuidados.

Acreditamos que um instrumento que trouxesse as intervenções para os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes venham contribuir, facilitar e organizar melhor a assistência de Enfermagem a esses pacientes. Por isso realizamos esse trabalho, com o qual buscamos responder: Quais os diagnósticos e intervenções de Enfermagem mais frequentes em pacientes em pós operatório imediato de cirurgias eletivas internados na Unidade de Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago HU- UFSC?

2 OBJETIVO GERAL

Apresentar os diagnósticos e intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva internados na Unidade de Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago – HU-UFSC.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os diagnósticos de Enfermagem assim como suas características definidoras e os fatores relacionados, segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011 (*North American Nursing Diagnosis Association*), dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, internados na Unidade de Clínica Cirúrgica II do HU-UFSC.

Propor intervenções de Enfermagem, baseado no *Nursing Interventions Classification* (NIC 2011), para o cuidado dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, à partir dos mais frequentes diagnósticos da Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011 (*North American Nursing Diagnosis Association*).

3 REVISÃO DE LITERATURA

A cirurgia, para qualquer pessoa, é uma situação estressante e complexa e a sua história, vem de muito tempo (SMELTZER, BARE, 2009).

Desde a pré-história já eram realizados procedimentos cirúrgicos, porém acredita-se que a maioria deles não tinha objetivo terapêutico e sim o objetivo da expulsão de espíritos malignos, visto que essa era a crença naquela época. Com o passar do tempo surgiram às escolas médicas e posteriormente os cirurgiões-barbeiros, que realizavam procedimentos, como sangrias, drenagem de abscessos entre outros sem nenhum cuidado com higiene ou processos anestésicos, que levavam a um grande número de infecções e morte (FERREIRA, BORGES, FIGUEIREDO, 2007).

A taxa de mortalidade começou a diminuir no século XIX, com a melhora da higiene, sendo que uma das principais responsáveis foi à enfermeira Florence Nightingale, na Guerra da Criméia, devido a suas medidas de limpeza, alimentação e vigilância (FERREIRA, BORGES, FIGUEIREDO, 2007).

Segundo Ferreira, Borges e Figueiredo (2007), os procedimentos cirúrgicos, vem evoluindo a cada dia, se tornam um procedimento mais seguro, com a maior exatidão dos diagnósticos pré operatórios, segurança na indicação cirúrgica como terapia e o planejamento da técnica cirúrgica a ser utilizada, o que contribui para um pós operatório mais rápido para os pacientes.

Hoje em dia, com o avanço tecnológico, bem como a evolução das anestésias, muitas cirurgias vem sendo realizadas em âmbito ambulatorial. Cerca de 60% das cirurgias eletivas são realizadas em ambulatório (SMELTZER, BARE, 2009).

Dessa forma os pacientes que permanecem em internação hospitalar no pós operatório requerem maiores cuidados, mesmo os pacientes de cirurgia eletiva, visto que a internação é necessária, geralmente, para pacientes que serão submetidos a cirurgias importantes, de médio a grande porte e que apresentam distúrbios clínicos concomitantes (SMELTZER, BARE, 2009).

A enfermagem perioperatória é uma especialidade que abrange vários aspectos do cuidado em enfermagem. Segundo Calicchio et al (2007) a atuação do enfermeiro nesse período, é efetuar uma avaliação em cada uma das fases desse período que são o pré operatório, o intra operatório e o pós operatório.

Segundo Smeltzer e Bare (2009), estas três fases se dividem em:

- **Fase pré operatória:** período desde [...] “quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa de cirurgia”. As funções do enfermeiro dentro dessa etapa vão de uma avaliação basal do paciente, a entrevista pré operatória, onde além de toda a situação do paciente se pesquisa doenças associadas, alergias, o uso de substâncias que possam complicar ou até mesmo impedir o procedimento cirúrgico; verificação de documentos necessários para a cirurgia, e a preparação do paciente, que é constituído por preparos específicos, tais como: o jejum absoluto, a higiene corporal, a remoção de adornos metálicos e próteses dentárias, o esvaziamento vesical e o intestinal. Segundo Calicchio et al (2007), o enfermeiro nesse período deve avaliar todos os riscos, na tentativa de prevenir ou minimizar as possíveis complicações.
- **Fase intra operatório:** é caracterizada pelo período em que “[...] o paciente é transferido para sala de cirurgia e termina quando ele é internado na unidade de recuperação pós – anestésica (URPA)”. Nessa fase as funções do enfermeiro são dentro do centro cirúrgico, sendo que além de garantir um funcionamento adequado da sala cirurgia, o enfermeiro tem um importante papel no fornecimento de segurança ao paciente, já que essa sustenta as estratégias de enfrentamento do estresse e reforça a capacidade do paciente em influenciar nos resultados do procedimento cirúrgico.
- **Fase pós operatória:** se, inicia “[...] com a admissão do paciente na URPA e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou em casa”. A abrangência dos cuidados nessa fase é muito grande, visto que o seu tempo de duração depende das condições do paciente e porte da cirurgia.

O pós operatório subdivide-se em recuperação pós anestésica, que abrange a chegada do paciente a URPA até sua alta para a unidade de origem; pós operatório imediato que vai da alta da URPA até as primeiras 48 horas após a cirurgia e pós operatório mediato, que começa a partir das 24 horas após a cirurgia, estendido até a alta do paciente (CALICCHIO et al, 2007).

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização (SOBECC), representado por Calicchio et al (2007), faz algumas recomendações para avaliação no pós operatório. Na

URPA, a equipe de enfermagem diante das prescrições médicas e de enfermagem, prestam cuidados intensivos e semi intensivos voltados à recuperação da consciência, para a estabilização dos sinais vitais e para a motilidade e a homeostase do paciente.

Já no pós operatório imediato deve-se:

- a) Verificar as condições clínicas do paciente através de entrevista, exame físico, aferição dos sinais vitais, controle de curativos, acessos, ingesta alimentar e hídrica e eliminações;
- b) Checar a presença ou ausência de infecção na ferida cirúrgica, intercorrências com acessos, integridade da pele e a fixação de cateteres e drenos;
- c) Avaliar a validade das orientações recebidas na visita pré operatória;
- d) Ouvir o paciente e seus familiares, esclarecendo e reforçando orientações recebidas;
- e) Fazer avaliação do processo e examinar se alguma conduta precisa ser aprimorada ou modificada.

A SAE eleva a qualidade da assistência de enfermagem, o que beneficia o paciente, visto que o atendimento é individualizado. Porém, segundo Cunha e Barros (2005) na prática o PE não vem sendo usado pelas enfermeiras, devido sua falta de decisão com base no raciocínio clínico e ainda por não se preocuparem com a qualidade dos registros referentes à precisão do planejamento do cuidado e, além disso, as fases diagnósticas e de planejamento não são realizadas. O que é confirmado por Andrade e Vieira (2005), ao referirem que 63% dos enfermeiros entrevistados afirmam não aplicar ou aplicar superficialmente o PE.

Entretanto, não se descarta a importância da SAE. Assunto esse bastante discutido, principalmente no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem, o qual, diante da literatura, é uma contradição dentro dessa classe profissional, alguns conseguem perceber a sua importância, outros acham desnecessária a sua utilização.

Desde a criação do HU-UFSC, em 1980, as enfermeiras docentes, em consonância com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, desenvolvem a SAE, fundamentada no PE dessa mesma teoria, sendo adotadas três das seis fases propostas: histórico, evolução e prescrição de enfermagem.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas se apóia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais. A teoria é baseada na teoria da motivação humana, de Maslow, o qual afirma que Necessidades Humanas Básicas (NHB) são como estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Quando a pessoa está em equilíbrio as NHBs não se manifestam,

entretanto são latentes, surgindo com menor ou maior intensidade, quando um desequilíbrio se instala. As NHBs são comuns a todas as pessoas, variando apenas o modo como se manifestam e são satisfeitas. Porém, há vários fatores que interferem, tais como: individualidade, idade, sexo, cultura, ciclo saúde/enfermidade, ambiente físico, escolaridade, fatores sócio/econômicos.

Segundo Horta (1979)

A Enfermagem é parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

A viabilização do cuidado se faz por meio do PE que é a dinâmica das ações sistematizadas e inter/relacionadas, visando à assistência ao ser humano, caracteriza-se pelo inter/relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. O processo de enfermagem tem sido considerado uma possibilidade de resposta a sérios questionamentos referentes à qualidade do cuidado e desenvolvimento científico da enfermagem (GALDEANO, ROSSI, 2002).

O PE, segundo Horta (1979), é constituído de seis fases: Histórico de Enfermagem, que é um roteiro sistematizado com o objetivo de levantar dados do indivíduo que indiquem seus problemas; Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a identificação das necessidades do ser humano que necessitam do atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão; Plano Assistencial, determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido; Prescrição de Enfermagem, é o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano; Evolução de Enfermagem, que é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, indicando alterações positivas e negativas das NHBs e Prognóstico de Enfermagem que é a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades humanas básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

A expressão diagnóstico de Enfermagem (DE) passou a ser utilizada formalmente na década de 50, no contexto de diagnósticos clínicos. Em 1973, realizou-

se uma conferência internacional para identificar as necessidades dos pacientes que estivessem no âmbito da enfermagem, estabelecendo termos descritivos que pudesse ser utilizados no mundo todo. Desde então os DE representam a apreciação clínica das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos existenciais reais ou potenciais, portanto é “um julgamento quanto à necessidade ou um problema que requer intervenções de Enfermagem e tratamento” (DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009).

Em decorrência da construção desses diagnósticos únicos, em 1982, foi criada a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que até 2000 classificava os DE de acordo com a taxonomia I, que era estruturada por nove categorias a partir do modelo conceitual dos Padrões de Respostas Humanas (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir), porém após estudos foram percebidos diversas dificuldades para categorizar alguns diagnósticos e houve a necessidade de uma nova estrutura taxonômica. Em 2000 foi definida a taxonomia II, contendo treze domínios, 106 classes e 155 diagnósticos, sendo que desde então essa taxonomia vem sendo aperfeiçoada (DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009).

No Brasil, a NANDA foi apresentada aos enfermeiros numa publicação em 1990, pelos enfermeiros da Universidade Federal da Paraíba, sendo que posteriormente as versões oficiais foram sempre publicadas na língua portuguesa (DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009).

A mais recente edição da NANDA (2009-2011) se caracteriza pela estrutura multiaxial, organizada em sete eixos, treze domínios, 47 classes e 211 diagnósticos de Enfermagem aprovados até o momento, sendo estes identificados como diagnóstico real, diagnóstico de risco, de promoção da saúde e de bem estar (NANDA, 2010).

Os DE da NANDA estão relacionadas com as intervenções da *Nursing Interventions Classification* (NIC), que foi construída por pesquisadoras enfermeiras, da Universidade de Iowa, lançado em 1987, que utiliza uma linguagem padronizada e compreensiva para descrever as intervenções realizadas pelas enfermeiras de todas as áreas, utilizadas para documentar o cuidado (BULECHEK, BUTCHER, DOCHTERMAN, 2010).

Segundo a NIC, a intervenção de Enfermagem é “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente” (BARROS, 2009). Essas intervenções fazem parte, do é que dito por Horta (1979) como prescrição de Enfermagem.

Na atualidade a NIC, está hoje na sua quinta edição, contém trinta classes, sete domínios e 542 intervenções listadas em ordem alfabética, que incluem intervenções que os enfermeiros realizam nos pacientes, independentes ou colaborativas, de cuidado direto e indireto. Cada intervenção aparece na classificação com um título, uma definição, um conjunto de atividades para realização da intervenção e referências para consulta (BULECHEK, BUTCHER, DOCHTERMAN, 2010).

A evolução de Enfermagem é o roteiro diário que coordena a ação da equipe de Enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano, em síntese é a avaliação global do plano de cuidado e a forma de apresentação depende da metodologia aplicada (HORTA, 1979).

No HU-UFSC, segundo o seu modelo assistencial de 1980, as notas de evolução devem ser organizadas em SOAP, orientadas para o problema e divididas em quatro partes: dados subjetivos (S), que representam informações do paciente ou familiar; dados objetivos (O), que contém as observações clínicas e os cuidados e tratamentos significativos; análise de dados (A), os significados dos dados subjetivos e análise das observações clínicas e o plano de tratamento (P), nessa etapa mostra-se a conduta a ser tomada, com base nos dados obtidos no S e O. Esse método assegura um registro detalhado, porém é um sistema de descrição desenvolvido por médicos e exige que todos os dados estejam interligados a um problema (DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009).

3.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Diante da necessidade de uma revisão mais profunda foi realizada uma revisão integrativa, que é um método de pesquisa que permite a síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidas mundialmente, o que agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para a qual procederam-se as seguintes etapas, com base Beyaes e Nicoll (1988): seleção das palavras-chave; definição da base de dados para busca; estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; análise geral dos resultados da busca; construção e

preenchimento de um formulário para registro dos dados coletados; análise dos dados e interpretação dos resultados.

O formulário construído para síntese e análise dos resultados, visou identificar a procedência e tipo de estudo, os descritores, o objetivo da pesquisa, a metodologia, os resultados e a relação do trabalho com esse TCC. Esses foram codificados com números e identificados com o título do trabalho.

Para realização dessa revisão integrativa foi utilizado uma base de dados relevante para a produção latino-americana em saúde, a base “Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS)”, limitando-se a trabalhos publicados de janeiro de 2006 até março de 2011. Essa busca ocorreu entre os meses de março e abril de 2011, a princípio foram utilizados seis descritores, registrados nos Descritores em Ciências da Saúde: Enfermagem Perioperatória, Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem em Pós-Anestésico, Registros de Enfermagem, Planejamento de Assistência ao Paciente e Processos de Enfermagem. A seguir foram realizados dez cruzamentos associando os descritores mencionados anteriormente, sendo excluídos os cruzamentos repetidos ou com resultado nulo.

Desta forma seis cruzamentos se mostraram produtivos para a constituição da amostra. Para fazerem parte da amostra os trabalhos deveriam atender os seguintes critérios: textos na forma de artigos, teses e dissertações disponíveis na íntegra e que abordaram de alguma forma o tema diagnóstico de enfermagem no pós operatório, nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Para o processo de seleção dos trabalhos, inicialmente procedeu-se a leitura dos títulos dos trabalhos, excluindo os que não tinham relação com o tema e dos que ficaram foram lidos os resumos, com o intuito de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Definidos os trabalhos selecionados, buscou-se os textos completos, que foram analisados através dos dados registrados nos formulários.

Obtivemos os seguintes resultados: dentro dos seis cruzamentos que constituíram a amostra foram captados 609 trabalhos (Tabela 1). Sendo que na primeira análise, a análise do título do trabalho, foram selecionados dezessete trabalhos, todos artigos científicos. Posteriormente, com a leitura dos resumos foram selecionados sete artigos. Na busca pelos trabalhos completos dois não estavam disponíveis no meio eletrônico. Desta forma a amostra final foi constituída de cinco trabalhos, todos no formato de artigos científicos. A Tabela 1 apresenta os resultados da primeira análise:

Tabela 1 - Resultados obtidos na base de dados LILACS

Cruzamento de descritores	Trabalhos Encontrados		Excluídos/ Critérios de exclusão						Selecionados	
	Nº	%	Fora do período		Repetidos		Fora do tema		Nº	%
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1. Diagnóstico de Enfermagem	547	89,8	354	64,7	04	0,7	180	32,9	09	1,6
2. Enfermagem em Pós-Anestésico	31	5	20	64,5	00	-	07	22,5	04	12,9
3. Enfermagem Perioperatória e Diagnóstico de Enfermagem	19	3,1	13	68,4	00	-	02	10,5	04	21
4. Enfermagem Perioperatória e Registros de Enfermagem	06	0,9	03	50	02	33,3	01	16,6	00	-
5. Enfermagem Perioperatória e Planejamento de Assistência ao Paciente	04	0,6	03	75	01	25	00	-	00	-
6. Enfermagem Perioperatória e Processos de Enfermagem	02	0,3	02	100	00	-	00	-	00	-
Subtotal	609	100	395	64	07	1,1	190	31	17	2,8
Total	609	100	395	64	07	1,1	190	31,1	17	2,8

Diante dessa primeira análise, com 6 cruzamentos, o descritor que mais apresentou publicações foi *Diagnóstico de Enfermagem*, com 89,8% dos trabalhos encontrados, sendo que o descritor que teve o segundo maior índice foi *Enfermagem em Pós-Anestésico*, com 5%. Os outros cruzamentos juntos tiveram um pouco mais de 5% dos trabalhos encontrados. Com os critérios de exclusão (fora do período, repetidos e fora do tema), foram excluídos cerca de 97% dos trabalhos encontrados, tendo como critério de exclusão mais significativo (64% dos casos), estar fora do período pré determinado (ter mais de 5 anos de publicação), seguido de fora do tema (31%) e repetidos (1%).

Em uma segunda análise, através dos resumos dos trabalhos, foram selecionados sete artigos, que mostraram maior relevância para o tema “diagnóstico de enfermagem no pós operatório”, através de três cruzamentos de descritores, *Diagnóstico de Enfermagem* (três artigos), descritor mais significativo na primeira análise, *Enfermagem perioperatória e Diagnóstico de Enfermagem* (três artigos) e *Enfermagem em Pós-Anestésico* (um artigo). Como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultado da segunda análise dos trabalhos, conforme os descritores

Cruzamento de descritores	Trabalhos selecionados
Diagnóstico de Enfermagem	3 artigos
Enfermagem em Pós-Anestésico	1 artigo
Enfermagem Perioperatória e Diagnóstico de Enfermagem	3 artigos
Total	7 artigos

Por fim, a amostra foi composta por cinco artigos, visto que dois dos artigos selecionados anteriormente, não estavam disponíveis na íntegra em meio eletrônico, a amostra final compreende os seguintes trabalhos (Quadro 1).

Quadro 1 - Artigos selecionados por período, local e ano de publicação

Título do artigo	Periódico	Ano	Instituição do autor principal
1. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	Revista Brasileira de Enfermagem	2006	Hospital Messejana – Ceará
2. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato	Einstein	2007	Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo
3. Diagnósticos De Enfermagem De Pacientes Em Período Pós-Operatório Imediato De Colectomia Laparoscópica	Revista Latino-americana de Enfermagem	2006	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
4. Pacientes Transplantados Renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem	Revista Gaúcha de Enfermagem	2010	Universidade Federal do Ceará
5. Diagnóstico de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco – contribuição de Orem	Revista Brasileira de Enfermagem	2006	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Analisando os cinco artigos selecionados, observa-se que são oriundos das Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, tendo uma pequena predominância (60%) de publicações da Região Sudeste, esse quadro corresponde com a distribuição das Universidades no país, sendo que a Região Sudeste conta com 59% das Universidades do Brasil, seguida pela Região Sul e Nordeste (13%), Centro-Oeste (11%) e Norte (4%), o que de certa forma justificaria a distribuição das publicações (MARTINS, 2000). Porém se for analisado estados e não região, esse panorama muda completamente, pois o Estado do Ceará tem 60% das publicações.

No que diz respeito ao tipo de estudo, quatro artigos foram pesquisas descritivas exploratórias, do tipo transversal e um estudo de caso fundamentado na Teoria do déficit do autocuidado. Houve uma predominância (80%) de estudos com delineamento das pesquisas quantitativas, sendo que apenas o estudo de caso apresentou abordagem qualitativa. A maioria dos estudos mostrou uma abordagem quantitativa.

Em relação à metodologia, as técnicas de coletas de dados foram diversificadas. Incluindo entrevista clínica e exame físico, consulta de prontuários, instrumento com base no modelo conceitual de Horta, porém de certa forma houve uma uniformidade nas técnicas de coleta de dados, já que em todos os trabalhos, independente do instrumento para a coleta, teve como base a entrevista clínica, junto com o exame físico para obter os diagnósticos de enfermagem e desenvolver uma das etapas do PE.

Analisando os sujeitos da pesquisa, os cinco trabalhos voltaram-se pacientes submetidos a cirurgia. Em quatro trabalhos os pacientes se encontravam em pós-operatório imediato em apenas um deles, o trabalho foi realizado em pacientes que estavam em atendimento ambulatorial. Essas pesquisas foram realizadas 100% em hospitais, visto que se trata de pacientes em pós-operatório, que em geral são tratados em unidades hospitalares. Houve uma predominância (80%) de hospitais públicos, sendo que desses, dois eram hospitais universitários e um hospital privado.

Quanto aos objetivos dos trabalhos, todos traziam claramente a objetividade relacionada aos diagnósticos de enfermagem. Em dois deles, como neste trabalho, o objetivo estava em usar os diagnósticos de enfermagem para planejar a assistência de enfermagem, diante das intervenções de enfermagem, segundo o NIC. Já em outros dois o objetivo se restringia na identificação dos diagnósticos encontrados com maior frequência para aqueles pacientes e um único trabalho buscou analisar os diagnósticos de enfermagem em sua integridade, incluindo os fatores relacionados e as características definidoras.

Enfim, no que diz respeito aos resultados encontrados, houve uma diversidade muito grande, o que era esperado já que todos os trabalhos tratavam de tipos específicos de cirurgias e todos distintos. Além disso, o tipo de análise foi diferente, em todos os trabalhos foi encontrada a lista geral dos diagnósticos de enfermagem, porém em dois deles foram analisados apenas os diagnósticos com mais de 50% de frequência, outro apenas os com mais de 75% e ainda os demais, apenas analisaram os com 100% de presença.

Em um dos trabalhos foram encontrados 19 diagnósticos, sendo que apenas 15 foram analisados por terem mais de 50% de frequência, no outro que utilizava o mesmo tipo de análise foram encontrados 18 e analisados oito. Naquele que se deteve aos 75% de frequência foram analisados 10 de 38 diagnósticos. Nos demais foram identificados 25 e nove diagnósticos presentes em 100% dos pacientes. Com base em todos os diagnósticos analisados nos artigos, portanto que estavam presentes em mais de 50% dos pacientes, pode-se observar uma lista de 21 diagnósticos, porém nenhum deles estava presente nos cinco artigos e alguns em apenas um dos casos (Tabela 3).

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem analisados por número de trabalhos que o citaram

Diagnóstico	Presença em trabalhos
Risco para infecção	4 trabalhos
Déficit de autocuidado – banho	3 trabalhos
Dor	3 trabalhos
Risco para Integridade da pele prejudicada	2 trabalhos
Mobilidade prejudicada	2 trabalhos
Risco para desequilíbrio de temperatura	2 trabalhos
Integridade tissular prejudicada	2 trabalhos
Percepção sensorial prejudicada – visão e audição	2 trabalhos
Risco de aspiração	2 trabalhos
Nutrição desequilibrada	2 trabalhos
Risco para função respiratória alterada	1 trabalho
Hipotermia	1 trabalho
Risco para Nutrição desequilibrada	1 trabalho
Padrão de sono prejudicado	1 trabalho
Fadiga	1 trabalho
Disfunção sexual	1 trabalho
Risco para lesão orgânica renal	1 trabalho
Risco para constipação	1 trabalho
Integridade da pele prejudicada	1 trabalho
Risco para volume de líquido desequilibrado	1 trabalho
Risco de queda	1 trabalho

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, prospectiva, de natureza quantitativa. Pesquisa exploratória é o contato inicial com o tema a ser analisado, com os sujeitos a serem investigados e com as fontes secundárias disponíveis. “Os estudos exploratórios são baseados na pressuposição de que através do uso de procedimentos relativamente sistemáticos, podem-se desenvolver hipóteses relevantes a um determinado fenômeno” (TRIPODI et al apud RÉVILLION, 2001).

Na pesquisa descritiva os dados são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador e uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, no presente estudo foi utilizado a evolução de enfermagem.(RODRIGUES,2007)

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa realizou-se na Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Este Hospital Universitário, é cadastrado pelo SUS, foi fundado em 1980, conta com 274 leitos no total e 251 ativos atualmente, possuem a assistência de enfermagem realizada de forma integral, seja na área ambulatorial ou de internação. A assistência de enfermagem é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

No Centro Cirúrgico do Hospital Universitário são realizadas em média 150 cirurgias mês, excluindo cirurgias de urgência e emergência. Cabe ressaltar, que salvo

as possíveis intercorrências, os pacientes depois da intervenção cirúrgica, retornam, já em pós operatório imediato, a sua unidade de internação, que são as Clínicas Cirúrgicas I ou II.

A Unidade da Clínica Cirúrgica II foi escolhida para este estudo porque é uma unidade de referência dentro do presente Hospital Universitário nas áreas de pré e pós operatório das especialidades de urologia, proctologia, vascular e cirurgia plástica. Além disso, tendo vista que realizamos um dos nossos grupos de atividades teórico práticas na mesma, e vimos à necessidade de um protocolo de intervenções de enfermagem para os pacientes de tais especialidades.

A unidade da Clínica Cirúrgica II, é uma unidade mista, localiza-se no quarto andar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), é composta por 30 leitos, sendo dividida em 12 quartos, destes 04 quartos dispõe de 04 vagas cada, e 08 quartos que dispõe de 02 vagas cada.

Destes 30 leitos: 08 são reservados para especialidade de urologia, 10 para a especialidade vascular, 06 para cirurgia plástica e 06 para a especialidade de proctologia.

Conta com uma equipe de Enfermagem compostas por uma enfermeira responsável pelo gerenciamento da unidade; 10 enfermeiras assistenciais, sendo que duas estão em estágio probatório e três em licença maternidade; 21 técnicos de enfermagem; três auxiliares de saúde e um escriturário. As enfermeiras assistenciais fazem geralmente plantões de seis horas, exceto a do período noturno e os técnicos, normalmente trabalham em plantões de 12 horas.

5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos da pesquisa foram todos os pacientes internados na Clínica Cirúrgica II, que estiveram em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, durante os meses de março e abril de 2011. Totalizando 27 pacientes. Cabe ressaltar, que depois de serem esclarecidos dos objetivos da pesquisa, os que consentiram a sua participação, participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Apesar de ter sido estimado uma amostra de aproximadamente 40 pacientes, fundamentadas pela média de 20 cirurgias eletivas mês, realizadas pelas quatro especialidades cirúrgicas desta unidade, essa amostra não foi alcançada devido à agenda cirúrgica da unidade. Foi observado que a maioria dos pacientes fica internado por vários dias no pré-operatório e muitas das cirurgias são condicionais a disponibilidade de vaga de UTI, quando o pós operatório imediato é realizado na UTI, lembramos que foram excluídos todos os pacientes que necessitassem de reoperação e/ou de intervenções de UTI.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Devido os sujeitos da pesquisa desse estudo serem seres humanos, levamos em conta os aspectos éticos durante toda a aplicação do mesmo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o certificado nº 1169/2010 (Anexo A).

Com base na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, que expõe às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, aplicamos nesse estudo os seguintes aspectos éticos:

- a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (Apêndice A);
- b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos;
- c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados;
- d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 1996)

5.5 COLETA DE DADOS

A investigação foi desenvolvida em três etapas, a saber.

A primeira etapa constituiu-se da coleta de dados, que foi realizada nos meses de março a abril de 2011, desenvolvendo-se durante o período pós operatório imediato, por meio de realização da evolução de enfermagem de 27 pacientes cirúrgicos. Além da evolução e registro desta através do instrumento informatizado tipo SOAP, a consulta ao prontuário foi outra fonte de informação utilizada na obtenção de dados, principalmente, o histórico de enfermagem.

A segunda etapa consistiu na identificação do diagnóstico de enfermagem. Após a coleta de dados junto aos pacientes, utilizando o instrumento de evolução de Enfermagem tipo SOAP, foi realizada a identificação dos problemas clínicos, seguida da identificação dos diagnósticos de Enfermagem, com suas características definidoras e os fatores relacionados.

Utilizando-se para isso o processo de raciocínio diagnóstico de Risner (1990), cujas etapas são a análise e a síntese. A etapa da análise é aquela na qual o material coletado é separado em partes e examinado criticamente. Nessa fase, existem duas etapas, a saber: categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa na qual os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados. Cabe ressaltar que neste estudo a fase de análise foi realizada durante a coleta de dados, através do instrumento de evolução de Enfermagem tipo SOAP.

A etapa da síntese é a fase na qual o processo de raciocínio é realizado, considerando as seguintes etapas: agrupamento de dados é o início dessa fase onde os dados relevantes são agrupados; comparação dos dados agrupados com teorias, modelos e conceitos, consistem na maior etapa da fase de síntese em que os dados coletados sobre o paciente são interpretados e comparados com normas e padrões; identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese) é a etapa do julgamento clínico, é a elaboração de hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas

sobre os problemas do paciente após comparação com teorias, modelos e conceitos; proposição de relações etiológicas. Nessa etapa, os fatores que influenciaram ou contribuíram para a elaboração das hipóteses (inferências) são identificados.

Após a aplicação do processo de raciocínio diagnóstico nos dados coletados, construímos as afirmativas diagnósticas tendo como referência a Taxonomia II da Classificação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2009-2011).

A terceira etapa constituiu na elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem, segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* (NIC 2011), para os diagnósticos de enfermagem que obtiveram a frequência igual e superior que cinquenta por cento dos pacientes investigados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA: elaboração de um protocolo de intervenções, baseado em NANDA e NIC

Bruna Sávio
Juliana Martins Ferreira
Kátia C. G. Bertoncello

RESUMO

O objetivo da presente investigação foi apresentar os diagnósticos e intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, os diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA e as intervenções de acordo com a NIC. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, em uma das unidades de clínica cirúrgica de um hospital escola da cidade de Florianópolis (Santa Catarina). A amostra foi constituída de vinte e sete pacientes submetidos à cirurgia das especialidades médicas de cirurgia plástica, proctológica, urológica e vascular. Após a coleta de dados, que foi realizada nos meses de março a abril de 2011, utilizando o instrumento de evolução de Enfermagem do tipo SOAP, foi realizada a identificação dos problemas clínicos, seguida da identificação dos diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e os fatores relacionados, utilizando-se para isso o processo de raciocínio diagnóstico de Risner, cujas etapas são a análise e a síntese. Foram identificados dezoito diagnósticos de enfermagem no período pós operatório imediato e, neste estudo, analisamos aqueles que obtiveram uma frequência igual ou maior que 50%, a saber: dor aguda (100%) integridade da pele prejudicada (100%), risco de infecção (100%), déficit no autocuidado para banho (90,5%), risco de quedas (88,8%), mobilidade física prejudicada (85,1%), risco de constipação (85,1%), risco de sangramento (85,1%), déficit de autocuidado para higiene íntima (77,7%), déficit de autocuidado para vertir-se (70,3%) e constipação 14 (51,8%). E por fim foram propostas intervenções de Enfermagem, segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* para esses diagnósticos.

Palavras-chaves: Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem perioperatória. Processos de enfermagem.

1

¹ Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. ² Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental USP. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia, para qualquer pessoa, é uma situação estressante e complexa e sua história, vem de muito tempo (SMELTZER, BARE, 2009). Segundo Ferreira, Borges e Figueiredo (2007), os procedimentos cirúrgicos vem evoluindo a cada dia, se tornam um procedimento mais seguro, com a maior exatidão dos diagnósticos pré operatórios, segurança na indicação cirúrgica como terapia e o planejamento da técnica cirúrgica a ser utilizada, o que contribui para um pós operatório mais rápido para os pacientes.

Dessa forma, os pacientes que permanecem em internação hospitalar no pós operatório requerem maiores cuidados, mesmo os pacientes de cirurgia eletiva, visto que a internação é necessária, geralmente, para pacientes que serão submetidos a cirurgias, de médio a grande porte e que apresentam distúrbios clínicos concomitantes (SMELTZER, BARE, 2009).

A enfermagem perioperatória é uma especialidade que abrange vários aspectos do cuidado em enfermagem. Segundo Calicchio et al (2007) a atuação do enfermeiro nesse período é efetuar uma avaliação em cada uma das fases desse período que são o pré operatório, o intra operatório e o pós operatório.

O Processo de Enfermagem (PE) segundo Horta (1979) é uma atividade dinâmica, dividida em seis fases; histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Fundamentadas pela autora, apresentamos duas de suas etapas, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição de enfermagem, com

suas intervenções de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem “é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais, esse proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” por definição da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA I, 2010).

A expressão diagnóstico de enfermagem passou a ser utilizada formalmente na década de 50, no contexto de diagnósticos clínicos. Em 1973, realizou-se uma conferência internacional para identificar as necessidades dos pacientes que estivessem no âmbito da enfermagem, estabelecendo termos descritivos que pudesse ser utilizado no mundo todo. Em decorrência da construção desses diagnósticos únicos, em 1982, foi criada a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (DOENGENS, MOORHOUSE, MURR, 2009).

As intervenções de enfermagem são qualquer tratamento, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, que a enfermeira execute para melhorar os resultados do paciente, segundo a definição da *Nursing Interventions Classification* (NIC) (DOENGENS, MOORHOUSE, MURR, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem relacionados com o pós operatório é um assunto ainda pouco abordado, assim como todos os temas que abrangem a sistematização da assistência (SAE), porém se vê uma evolução gradual nos estudos com esses assuntos.

Por fim como esse trabalho procuramos responder: Quais os diagnósticos e intervenções de Enfermagem mais frequentes em pacientes em pós operatório imediato de cirurgias eletivas internados na unidade de clínica cirúrgica de um hospital escola na região sul do Brasil?

Assim a presente investigação tem como objetivos apresentar os diagnóstico e intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, os diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA e as intervenções de acordo com a NIC.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida em um hospital escola totalmente público no município de Florianópolis (Santa Catarina), em uma das unidades de clínica cirúrgica.

Essa pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo número 1169/2010. Os sujeitos participantes foram esclarecidos e consultados por meio do termo de consentimento por escrito, garantimos o direito de desistirem da participação, assim como o completo anonimato.

Os sujeitos da pesquisa, foram 27 pacientes internados na Clínica Cirúrgica II, que estiveram em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, realizado na mesma unidade e que não tiveram complicações no pós operatório ou reoperação, durante os meses de março e abril de 2011.

A investigação foi desenvolvida em três etapas, a saber. A primeira etapa constitui-se da coleta de dados, que foi realizada nos meses de março a abril de 2011, desenvolvendo-se durante o período pós operatório imediato, por meio de realização da evolução de enfermagem de 27 pacientes cirúrgicos. Além da evolução e registro desta através do instrumento de evolução de Enfermagem tipo SOAP, a consulta ao prontuário foi outra fonte de informação utilizada na obtenção de dados, principalmente, o histórico de enfermagem.

A segunda etapa consistiu na identificação do diagnóstico de enfermagem. Após a coleta de dados junto aos pacientes, utilizando o instrumento de evolução de enfermagem, foi realizada a identificação dos problemas clínicos, seguida da identificação dos diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e os fatores relacionados.

Utilizando-se para isso o processo de raciocínio diagnóstico de Risner (1990), cujas etapas são a análise e a síntese. A etapa da análise é aquela na qual o material coletado é separado em partes e examinado criticamente. Nessa fase, existem duas etapas: categorização dos dados, que são organizados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa na qual os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados. Cabe ressaltar que neste estudo a

fase de análise foi realizada durante a coleta de dados, através do instrumento de registro de evolução de Enfermagem.

A etapa da síntese é a fase na qual o processo de raciocínio é realizado, considerando as seguintes etapas: agrupamento de dados, início dessa fase onde os dados relevantes são agrupados; comparação dos dados agrupados com teorias, modelos e conceitos, consistem na maior etapa da fase de síntese em que os dados coletados sobre o paciente são interpretados e comparados com normas e padrões; identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese) é a etapa do julgamento clínico, é a elaboração de hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas sobre os problemas do paciente após comparação com teorias, modelos e conceitos; proposição de relações etiológicas. Nessa etapa, os fatores que influenciaram ou contribuíram para a elaboração das hipóteses (inferências) são identificados.

Após a aplicação do processo de raciocínio diagnóstico nos dados coletados, construímos as afirmativas diagnósticas tendo como base a Taxonomia II da Classificação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2009-2011).

A terceira etapa constituiu na elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem, segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* (NIC 2011), para os diagnósticos de enfermagem que obtiveram a frequência igual e superior que cinquenta por cento dos pacientes investigados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Categorização da amostra

Dos 27 pacientes, que participaram da investigação, 15 (56%) eram do sexo masculino e 12 (44%) do sexo feminino.

Em relação à idade, 4 pacientes (14,8%) eram menores de 30 anos, 2 pacientes (7,4%) estavam na faixa etária dos 31 aos 40 anos, entre 41 e 50 anos apareceram 8 (29,6%), 5 pacientes (18,5%) estavam na faixa etária dos 51 aos 60 anos, entre 61 e 70 anos 5 (18,5%) e apenas 3 (11,1%) tinha mais de 71 anos.

Dos pacientes que estavam em pré operatório, na Clínica Cirúrgica II, e que se submeteram a cirurgia eletiva, foram internados em quatro especialidades médicas. Os pacientes internados pela cirurgia plástica constituíram a maior parte da amostra, 10 (37%) dos pacientes, seguidos pela cirurgia urológica 7 (25,9%), cirurgia proctológica 5 (18,5%) e cirurgia vascular 4 (14,8%).

Foram identificados nesses pacientes 43 problemas clínicos, que posteriormente resultaram nos diagnósticos de enfermagem que serão discutidos. Esses foram: acesso venoso periférico 26 (96,2%), fluidoterapia 24 (88,8%), ferida operatória 21 (77,7%), dor em ferida operatória 19 (70,3%), cateterismo vesical 18 (66,6%), ausência de evacuações 13 (48,1%), drenos cirúrgicos 9 (33,3%), repouso no leito 8 (29,6%), coto em membro inferior 5 (18,5%), edema em incisão cirúrgica 4 (14,8%), sangramento cirúrgico 4 (14,8%), hiperglicemia 3 (11,1%), palidez cutânea 3 (11,1%), pouca ingestão alimentar 3 (11,1%), cateter de oxigênio 2 (7,4%), curativo compressivo 2 (7,4%), dieta zero 2 (7,4%), êmese 2 (7,4%), sonolência 2 (7,4%), agitação psicomotora 1 (3,7%), ardência nos olhos 1 (3,7%), cateterismo uretral com irrigação contínua 1 (3,7%), contido no leito 1 (3,7%), congestão no enxerto cirúrgico 1 (3,7%), desconforto gástrico 1 (3,7%), desconforto respiratório 1 (3,7%), diurese hematurica 1 (3,7%), disúria 1 (3,7%), dormência nos membros inferiores 1 (3,7%), entristecido 1 (3,7%), ferida com fibrina 1 (3,7%), fraqueza 1 (3,7%), hiperemia em incisão cirúrgica 1 (3,7%), hipertermia 1 (3,7%), hipotensão arterial 1 (3,7%), medicação sedativa 1 (3,7%), mucosa ocular ressecada 1 (3,7%), náusea 1 (3,7%), oligúria 1 (3,7%), preocupação 1 (3,7%), retenção urinária/bexigoma 1 (3,7%), cateterismo de alívio 1 (3,7%) e úlcera venosa 1 (3,7%).

Diagnósticos de Enfermagem identificados segundo NANDA 2011

Na presente investigação, foram identificados dezoito diagnósticos de enfermagem no período pós operatório imediato. Sendo doze diagnósticos de enfermagem real e seis diagnósticos de enfermagem de risco, a saber: dor aguda 27 (100%) integridade da pele prejudicada 27 (100%), déficit no autocuidado para banho 25 (90,5%), mobilidade física prejudicada 23 (85,1%), déficit de autocuidado para higiene íntima 21 (77,7%), déficit de autocuidado para vertir-se 19 (70,3%), constipação 14 (51,8), eliminação urinária prejudicada 4 (14,8%) náusea 4 (14,8%), distúrbio da

imagem corporal 2 (7,1%), retenção urinária 2 (7,1%), hipertermia 1 (2,7%), risco de infecção 27 (100%), risco de quedas 24 (88,8%), risco de constipação 23 (85,1%), risco de sangramento 23 (85,1%), risco de glicemia instável 9 (33,3 %) e risco de choque 3 (11,1%).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em pós operatório imediato, submetidos à cirurgia eletiva, segundo os diagnósticos reais e de risco, Hospital Universitário, Florianópolis - SC, 2011

DIAGNÓSTICO REAL E DE RISCO	Nº	%
Dor aguda	27	100
Integridade da pele prejudicada	27	100
Mobilidade física prejudicada	27	100
Risco de infecção	27	100
Déficit no autocuidado para o banho	25	90,5
Risco de quedas	24	88,8
Risco de constipação	23	85,1
Risco de sangramento	23	85,1
Déficit no autocuidado para higiene íntima	21	77,7
Déficit no autocuidado para vestir-se	19	70,3
Constipação	14	51,8
Risco de glicemia instável	9	33,3
Eliminação urinária prejudicada	4	14,8
Náusea	4	14,8
Risco de choque	3	11,1
Distúrbio na imagem corporal	2	7,1
Retenção urinária	2	7,1
Hipertermia	1	2,7
Total	27	100

Frente ao exposto, ao analisarmos o conjunto de diagnósticos de enfermagem reais e de risco identificados, no pós operatório imediato, dos pacientes desta investigação, fez-se a opção em discutir aqueles que obtiveram frequência igual e maior que cinquenta por cento (50%), objetivando assim priorizar as intervenções de enfermagem.

Portanto na Tabela 3, apresentam-se os enunciados dos diagnósticos de enfermagem reais.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes em pós operatório imediato, submetidos à cirurgia eletiva, segundo os enunciados dos diagnósticos reais, Hospital Universitário, Florianópolis - SC, 2011

ENUNCIADO DIAGNÓSTICO REAL	Nº	%
Dor aguda relacionada a agentes lesivos físicos, manifestada por evidência observada de dor, mudanças de apetite, relato verbal de dor	27	100
Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, manifestada por rompimento as superfície da pele, invasão das estruturas do corpo	27	100

Mobilidade física prejudicada relacionada à dor manifestada por amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se, movimentos lentos	23	85,1
Déficit no autocuidado para o banho relacionada à dor, manifestada por amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se, movimentos lentos	19	70,3
Déficit no autocuidado para higiene íntima relacionado à dor, manifestada por incapacidade de acessar o banheiro, de lavar o corpo, de obter a fonte de água, de pegar artigos para o banho, de regular a água do banho, de secar o corpo	19	70,3
Déficit no autocuidado para vestir-se relacionado à dor, manifestada por capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessário, capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessário	18	66,6
Constipação relacionada a mudanças recentes de ambiente, manifestada por incapacidade de eliminar fezes, náusea, vômito, dor abdominal, indigestão, mudanças no padrão intestinal	14	51,8
Déficit no autocuidado para higiene íntima relacionada a prejuízo músculo-esquelético, manifestada por incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, incapacidade de levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica	5	18,5
Déficit no autocuidado para o banho relacionado a prejuízo músculo-esquelético, manifestado por incapacidade de acessar o banheiro	5	18,5
Mobilidade física prejudicada relacionada à perda de integridade de estruturas ósseas, manifestada por amplitude limitada de movimento, instabilidade postural, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	5	18,5
Náusea relacionada à dor, irritação gástrica, manifestada por relato de náusea, sensação de vômito	4	14,8
Déficit no autocuidado para higiene íntima relacionada à fraqueza, manifestada por incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, dar descarga ao vaso sanitário, incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima, incapacidade de sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica	2	7,1
Distúrbio na imagem corporal relacionado à cirurgia, manifestado por resposta não verbal a mudanças percebidas no corpo, mudança real na estrutura, mudança real na função, perda de parte do corpo, sentimentos negativos em relação ao corpo	2	7,1
Retenção urinária relacionada à inibição do arco reflexo, bloqueio, manifestada por distensão vesical, eliminação urinária ausente, sensação de bexiga cheia	2	7,1
Déficit no autocuidado para o banho relacionada à fraqueza, manifestada por capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários, capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários	1	2,7
Déficit no autocuidado para vestir-se relacionada à fraqueza, manifestada por capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários, capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários	1	2,7
Hipertermia relacionada à doença manifestada por aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais, ataques	1	2,7
Total	27	100

Dentro dessa pesquisa o diagnóstico de dor Aguda foi relacionado a agentes lesivos e manifestado por evidência observada de dor, mudanças de apetite e relato verbal de dor (NANDA I, 2010).

O DE dor aguda, presente em 100% dos pacientes, é justificado por estar em pós operatório imediato, cuja presença do trauma é provocada pela lesão tecidual cirúrgica é muito recente.

Quando esse diagnóstico é feito vários fatores devem ser observados, tais como: idade, sexo, nível de instrução, ocupação e raça (FLÓRIO, GALVÃO, 2003), já que a

dor é uma das sensações mais íntimas e exclusivas experimentadas pelo ser humano, pois envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais e será sempre subjetiva (RIGOTTI, FERREIRA, 2005).

Por isso a avaliação da experiência dolorosa é bastante difícil. Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor (IAP) citado por Rigotti e Ferreira (2005), a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Cada indivíduo aprende a utilizar esses termos através de suas experiências prévias traumáticas (RIGOTTI, FERREIRA, 2005), assim a dor nunca pode ser subjugada.

A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e conseqüentemente toda sua recuperação no pós operatório. Nessa situação, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com a necessidade de cada um, se possível tratando a causa desencadeante da dor (RIGOTTI, FERREIRA, 2005).

Como pode se ver através do enunciado dos diagnósticos de enfermagem, outros também possuem relação com a dor como: mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado, seja para banho, vestir-se ou higiene íntima.

Esses três diagnósticos estão diretamente ligados, pois um paciente em pós operatório imediato, geralmente apresenta dor, como visto em 100% dos sujeitos dessa pesquisa, para 23 (85,3%) dos pacientes, essa dor resultou em mobilidade física prejudicada manifestado por amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se e movimentos lentos. Conseqüentemente existe um déficit no autocuidado, esse que será discutido posteriormente.

O DE mobilidade física prejudicada ainda apresentou relação à perda de integridade de estruturas ósseas, manifestado por amplitude limitada de movimento, instabilidade postural, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas. Esse esteve presente em menor frequência que o relacionado a dor, apenas 5 (18,5%) dos pacientes.

Acreditamos que a identificação desse diagnóstico se justifique, pois o campo de coleta de dados conta com a especialidade médica de cirurgia vascular, sendo essa responsável por técnicas cirúrgicas de amputações, as quais correspondem a uma nova

etapa que deverá permitir o retorno do paciente ao convívio familiar e profissional (PITTA, CASTRO, BURIHAN, 2003).

Quando falamos do diagnóstico de enfermagem de déficit no autocuidado nessa pesquisa ele foi identificado em três situações, como déficit no autocuidado para banho, déficit no autocuidado para higiene íntima e déficit no autocuidado para vestir-se.

O DE déficit no autocuidado para banho, teve relação com dor em 19 (70,3%) dos pacientes, a prejuízo músculo esquelético em 5 (18,5%) e a fraqueza em 1 (2,7%), esse manifestados por incapacidade de acessar o banheiro, de lavar o corpo, de obter a fonte da água, de pegar artigos para o banho, de regular a água do banho, de secar o corpo.

O diagnóstico de enfermagem de déficit no autocuidado para higiene íntima, manifestado por incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, incapacidade de dar descarga no vaso sanitário; incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada; incapacidade de levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica; incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima; incapacidade de sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica, também teve relação com os mesmos aspectos, praticamente na mesma proporção alterando apenas no que faz relação com fraqueza, o qual apresenta dois (7,1%) pacientes.

Já o DE déficit no autocuidado para vestir-se, que é manifestado por capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários; capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários foi relacionada, nessa pesquisa, à dor em 18 (66,6%) dos casos e a fraqueza em um (2,7%).

Outro DE que foi identificado em todos os pacientes foi Integridade da pele prejudicada, esse relacionado a fatores mecânicos e manifestado por rompimento das superfícies da pele e invasão das estruturas corpóreas (NANDA I, 2010).

Segundo a definição de NANDA I (2010), a integridade da pele prejudicada tem por definição epiderme e/ou derme alterada. Logo é um estado em que o indivíduo em pós operatório imediato apresenta, ou está em risco de apresentar dano ao tecido epidérmico e dérmico (CARPENITO,1997).

O princípio do cuidado de enfermagem é justificado, pois os tecidos são grupos de células especializadas que se unem para desempenhar funções específicas. As

interações complexas entre a derme e a epiderme levam a mensagem de uma para a outra no caso de lesão que necessite de correção (GOMES, GUERRA, 2001).

A intervenção de enfermagem nesse aspecto é fundamental, a fim de evitar novas lesões em um tecido prejudicado, como as úlceras de pressão, além de promover cuidados ou reparação, caso o tecido necessite.

Ainda entre os diagnósticos de enfermagem que tiveram mais de 50% de frequência foi identificado o DE constipação, relacionado a mudanças recentes de ambiente, manifestado por incapacidade de eliminar fezes, náusea, vômito, dor abdominal, indigestão e mudanças no padrão intestinal.

Essas mudanças não estão apenas relacionadas à mudança de ambiente em si, mas sim uma mudança completa na alimentação e hábitos do paciente. Por isso constipação é uma condição muito frequente em pacientes hospitalizados, já que existe uma clara diferença na dieta dos pacientes em ambiente hospitalar e também porque a mobilidade física do paciente fica diminuída, como discutido anteriormente e esses são fatores que interferem diretamente na função intestinal (BLANES, HAMAKA, MATHEUS, 2000).

Apresenta-se a seguir os diagnósticos de risco e seus enunciados.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes em pós operatório imediato, submetidos à cirurgia eletiva, segundo os enunciados dos diagnósticos de risco, Hospital Universitário, Florianópolis - SC, 2011

ENUNCIADO DO DIAGNÓSTICO DE RISCO	Nº	%
Risco de infecção relacionada a defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, peristaltismo alterado)	27	100
Risco de quedas relacionado a condições pós operatórias, doença vascular, mobilidade física prejudicada, problemas nos pés, tranqüilizantes	24	88,8
Risco de constipação relacionado a mudança nos alimentos ingeridos, mudança nos padrões habituais de alimentação mudanças recentes de ambiente	23	85,1
Risco de sangramento relacionado a efeitos secundários relacionados ao tratamento (p. ex. cirurgia)	23	85,1
Risco de glicemia instável relacionada a ingesta alimentar, monitorização inadequada da glicemia	9	33,3
Risco de choque relacionado à hipotensão	3	11,1
Total	27	100

Risco em saúde se caracteriza como sendo o perigo potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde das pessoas expostas a ele (GOLDIM, 2001). Diante disso foram identificados 6 diagnósticos de risco nessa pesquisa, porém como definido anteriormente somente os com frequência maior que 50% serão discutidos.

Risco de infecção é o único DE de risco que esteve presente em todos os pacientes, foi relacionado pelas defesas primárias inadequadas, pele rompida, tecido traumatizado, peristaltismo alterado (NANDA I, 2010), como os demais diagnósticos de risco esse possui concordância com os diagnósticos de enfermagem reais já discutidos.

A infecção é uma complicação própria do ato cirúrgico e é necessário um grande esforço da equipe de saúde para controlá-la (MACHADO FERRAZ et al, 2001).

A cirurgia rompe a barreira epitelial, a qual desencadeia várias reações que facilitam a ocorrência de um processo infeccioso, porém não só a incisão cirúrgica leva ao risco para infecção, qualquer procedimento invasivo pode ocasionar essa complicação no pós operatório (FLÓRIO, GALVÃO, 2003). Já que dessa forma a primeira linha de defesa do organismo é rompida, essa linha consiste nas barreiras externas, tais como a pele e membranas mucosas, que são usualmente impermeáveis a muitos microorganismos (PICOLLI, GALVÃO, 2001).

Nessa pesquisa, o risco para quedas esteve em 88,8% dos pacientes, sendo relacionado com condições pós operatórias, doença vascular, mobilidade física prejudicada, problemas nos pés, tranquilizantes. Esse é definido por suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA I, 2010).

Sendo que os pacientes em pós operatório imediato, como identificado nessa pesquisa, apresentam diagnósticos de enfermagem de dor e mobilidade física prejudica o DE risco para quedas se justifica.

O DE risco de constipação foi identificado em 23 (85,1%) dos pacientes e teve relação com a mudança nos alimentos ingeridos, mudança nos padrões habituais de alimentação mudanças recentes de ambiente, como discutido anteriormente no DE constipação.

Ainda foi encontrado, com um percentual elevado, o DE risco de sangramento, sendo esse relacionado a efeitos secundários relacionados ao tratamento cirúrgico. Esse é um diagnóstico já esperado diante de uma pesquisa que trabalha com o pós operatório imediato, visto que os pacientes foram submetidos a um procedimento cirúrgico em há rompimento de vasos, consequentemente levando a risco de sangramento.

Proposta de Intervenções de Enfermagem segundo NIC

Na presença dos diagnósticos de Enfermagem reais e de risco e do grande número de intervenções propostas pela NIC – 2011 (BULECHEK, BUTCHER, DOCHTERMAN, 2011). Foi proposto intervenções de Enfermagem para a maioria dos problemas dos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, contextualizado para realidade do campo de estudo.

Assim, são propostas para os pacientes com o diagnóstico de dor aguda dezesseis atividades; mobilidade física prejudicada onze; déficit no autocuidado nove; integridade da pele prejudicada dez; constipação dezessete atividades de intervenção de Enfermagem e para os diagnósticos de risco são proposta dezoito para risco de infecção; para risco de queda dezessete e para risco de sangramento quinze, as atividades de intervenções para risco de constipação são trabalhadas juntamente com as do diagnóstico de constipação.

Dor aguda: 1) Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores; 2) Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência; 3) Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a dor; 4) Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor; 5) Avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, conforme apropriado; 6) Avaliar com o paciente e a equipe cuidados de saúde e eficácia de medidas passadas utilizadas para controlar a dor; 7) Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio; 8) Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento; 9) Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos; 10) Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto; 11) Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor; 12) Ensinar os princípios de controle de dor; 13) Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e intervir de forma adequada; 14) Administrar analgésicos, quando prescritos; 15) Aplicar calor/frio quando apropriado.

Mobilidade física prejudicada: 1) Determinar a capacidade atual do paciente em transferir-se (p. ex. nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência,

capacidade para ficar em pé e suportar o peso, nível de consciência, capacidade de cooperar, capacidade de compreender instruções; 2) Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente; 3) Orientar o paciente sobre todas as técnicas apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência; 4) Orientar o indivíduo quanto ao uso auxiliares da deambulação; 5) Identificar os métodos de prevenção de lesão durante as transferências; 6) Demonstrar a técnica, conforme apropriado; 7) Determinar quantidade e tipo de assistência necessária; 8) Usar a mecânica corporal correta durante os movimentos; 9) Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos; 10) Auxiliar o paciente a deambular usando o corpo como muleta humana, conforme apropriado; 11) Avaliar o paciente ao término da transferência quanto ao alinhamento corporal correto, a não oclusão de sondas e drenos, roupas de cama com rugas e dobras, pele desnecessariamente exposta, nível de conforto adequado para o paciente, laterais da cama levantadas e campainha ao alcance da mão.

Déficit no autocuidado: 1) Dar assistência no banho/higiene; 2) Manter cuidados com as unhas, períneo, cabelos, olhos, ouvidos e pés; 3) Promover saúde oral; 4) Promover a mecânica corporal; 5) Melhorar a imagem corporal do paciente; 6) Melhorar a autoestima do paciente; 7) Auxiliar na utilização do vaso sanitário; 8) Auxiliar o paciente a vestir-se/arrumar-se; 9) Estimular o exercício de vestir-se.

Integridade da pele prejudicada: 1) Realizar curativo com a medicação tópica, adequada; 2) Observar sinais e sintomas de infecção; 3) Observar e manter cuidados com áreas de pressão; 4) Hidratar a pele, quando necessário; 4) Fazer limpeza diária da incisão operatória; 5) Realizar curativo na área da amputação; 6) Observar e registrar possíveis alterações nas extremidades inferiores; 7) Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório; 8) Manter cuidados com artigos de látex, quando necessário; 9) Observar sinais e sintomas de infecção em punção venosa; 10) Observar alterações na pele.

Constipação e Risco de constipação: 1) Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação; 2) Anotar data do último movimento intestinal; 3) Monitorar os movimentos intestinais, inclusive a frequência, a consistência, a forma, o volume e a cor das fezes, se apropriado; 4) Monitorar ruídos hidroaéreos; 5) Comunicar o médico sobre redução/aumento de frequência de ruídos intestinais; 6) Relatar aumento na frequência dos sons intestinais e/ou sons intestinais elevados; 7) Registrar problemas

intestinais preexistentes e o uso de laxantes; 8) Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que seja contra indicado; 9) Avaliar o perfil dos medicamentos quanto a efeitos colaterais gastrointestinais; 10) Orientar o paciente/família para registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes; 11) Orientar o paciente sobre os alimentos específicos que auxiliam na promoção da regularidade intestinais; 12) Orientar o paciente sobre alimentos ricos em fibras, se apropriado; 13) Oferecer líquidos quentes após as refeições, se apropriado; 14) Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição médica; 15) Pesar o paciente regularmente; 16) Ensinar o paciente/família os processos digestivos normais; 17) Ensinar ao paciente/família o prazo para a solução da constipação.

Risco de Infecção: 1) Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; 2) Monitorar vulnerabilidade a infecção; 3) Monitorar a contagem absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais; 4) Seguir as precauções para neutropenia, quando apropriado; 5) Limitar o número de visitas, quando apropriado; 6) Manter assepsia do paciente; 7) Providenciar cuidados adequados a pele em áreas edemaciadas; 8) Examinar pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; 9) Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida; 10) Promover ingestão nutricional adequada; 11) Encorajar a ingestão de líquidos, quando adequada; 12) Encorajar o repouso; 13) Monitorar as mudanças no nível de energia/mal-estar; 14) Encorajar o aumento da mobilidade e do exercício, quando adequada; 15) Encorajar a respiração e a tosse profundas, quando adequadas; 16) Instruir o paciente tomar os antibióticos conforme prescrição médica; 17) Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção; 18) Orientar o paciente e a família sobre como evitar infecções.

Risco de quedas: 1) Identificar déficits cognitivos do paciente, capazes de aumentar o potencial de quedas em determinado ambiente; 2) Identificar comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas; 3) Revisar o histórico de quedas com o paciente e a família; 4) Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas; 5) Monitorar o modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação; 6) Solicitar ao paciente sua percepção do equilíbrio, conforme apropriado; 7) Partilhar com o paciente quanto ao modo de andar e movimentar-se; 8) Sugerir mudanças ao paciente quanto ao modo de andar; 9) Auxiliar

a pessoa sem firmeza na deambulação; 10) Encorajar o paciente a usar bengala ou andador conforme apropriado; 11) Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou maca durante a transferência do paciente; 12) Remover peças de mobiliário baixo que constituem motivo de tropeço; 13) Evitar acúmulo de objetos no assoalho; 14) Orientar o paciente e acompanhantes quanto á organização física do quarto; 15) Assegurar-se que o paciente use calçados que sirvam bem, estejam bem amarrados e tenham solas que não derrapem; 16) Educar os familiares sobre fatores de risco que contribuem para quedas e a forma de reduzir esses riscos; 17) Orientar a família sobre a importância de apoio para mãos em escadas, banheiros e corredores.

Risco de sangramento: 1) Monitorar atentamente o paciente quanto ao sangramento; 2) Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado; 3) Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente; 4) Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo de protrombina (TP), tempo parcial de tromboplastina (TTP), fibronogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado; 5) Monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea; 6) Manter repouso no leito durante sangramento ativo; 7) Administrar derivados do sangue, conforme prescrição médica; 8) Orientar o paciente que deambula a usar sapatos; 9) Proteger o paciente contra o trauma, que possa causar sangramento; 10) Evitar injeções (IV, IM ou SC), quando possível; 11) Orientar quanto a utilização de escova de dentes macia ou escovinha de limpeza para cuidado oral; 12) Manter cuidados ao usar lâmina de barbear; 13) Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K; 14) Evitar constipação; 15) Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas.

Acredita-se que se cada uma das intervenções de enfermagem apresentadas for utilizada, para definir as atividades a serem executadas, com seus respectivos aprazamentos, resultará não apenas para a uniformidade da linguagem da enfermagem, mas também contribuirá para a individualidade do cuidado prestado aos pacientes em pós operatório imediato.

Por fim recomenda-se que para implementar os protocolos de intervenções (NIC 2011), faz-se necessário o estabelecimento do que é competência da enfermeira ou atividade independente e do que é dependente de outro profissional por exemplo o

médico, ou atividades dependentes, para garantir cuidados de qualidade e visibilidade das atividades da enfermeira e da sua equipe de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação trabalhou com a implementação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem prestada a pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva, embasada em conhecimento científico.

Ao analisarmos os diagnósticos evidenciados nesse estudo, pudemos observar que a maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados para o paciente em pós operatório imediato vem do diagnóstico Dor aguda, visto que grande parte das relações dos demais foram a esse.

Da mesma forma os resultados encontrados permitiram concluir que os pacientes em pós operatório imediato apresentam alguns diagnósticos de enfermagem específicos, demonstrando a necessidade de um plano de cuidados próprios para este tipo de paciente. Porém essa foi uma pesquisa feita com uma amostra pequena devido a disponibilidade de pacientes em pós operatório imediato no campo de coleta de dados.

Destaca-se que o número de estudos sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem para pacientes no período de pós operatório imediato, ainda é bastante escasso, fazendo-se assim necessárias mais investigações com esta temática.

Contudo acredita-se que os resultados desta investigação possam contribuir para a assistência de Enfermagem prestada a estes indivíduos institucionalizados e atribuir maior cientificidade à prática profissional.

REFERÊNCIAS

BLANES, L; HAMANAKA, L.S; MATHEUS, M.C.C. Diagnóstico de enfermagem constipação: proposta de intervenção de enfermagem a pacientes com doença vascular periférica. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, Número Especial, Parte II, p.248-250, 200. Disponível em:< http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp2/pdf/pt62.pdf> Acesso em: 17 jun. 2011.

BULECHEK,M.G; BUTCHER K. H & DOCHTERMAN,M.J.. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. MOSBY/ELSEVIER, 5º ed., 2011.

BULECHEK, G.M.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação Das Intervenções De Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008. 998p.

CALICCHIO, L.G et al. **PRÁTICAS RECOMENDADAS – SOBECC: Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica, Centro de Materiais e Esterelização**. 4ª ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização (SOBECC), 2007. p. 225.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. G. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. p.492-527.

DOENGES, M.E; MOORHOUSE, M.F; MURR, A.C. Diagnósticos de Enfermagem. **Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2009. 725p**

FERREIRA, E.; BORGES, H. V.; FIGUEIREDO, M.S..D. **VISITA PRÉ – OPERATÓRIA: Um Instrumento para o Cuidar do Enfermeiro de Centro Cirúrgico**. 2007. 71 f.. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2007. Disponível em: < <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0519.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2010.

FLÓRIO, M.C.S, GALVÃO C.M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n. 5, p 630-637, set/out 2003.

GOLDIM, R.J. Risco.Universidade Federal do Rio Grande do Sul 1997-2001.Disponível em < <http://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm#Cox>> Acesso em 18 jun.2011.

GOMES,P.E.R; GUERRA,F.C.I. Produção Científica De Enfermagem Sobre Integridade Da Pele Prejudicada: Implicação Para A Enfermeira De Cuidados Intensivos.**Univerdade Federal Fluminense/UFF**. 2001Disponível em <www.uff.br/nepae/siteantigo/integridadedapele.doc>.Acesso em 18 jun. 2011

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDU, 1979. 99 p.

MACHADO FERRAZ E. e colaboradores. CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA GERAL – RESULTADO DE UM ESTUDO PROSPECTIVO DE 23 ANOS E 42.274 CIRURGIAS. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** v. 28, n. 1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v28n1/04.pdf>>. Acesso em: 14 jun 2011.

NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação –. 2009 -2011. **Porto Alegre: ARTMED, 2010. 456 p.**

PICCOLI M, GALVÃO CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 4, p 37-43, julho 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011

PITTA, G.B.B, CASTRO, A.A, BURIHAN E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: **UNCISAL/ECMAL & LAVA**; 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 17 jun. 2011

RIGOTTI, M.A, FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-54, jan/mar 2005. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. In: **Nursing Process: application of theories frameworks, and models**. 2 nd ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 132-57.

REVILLION, A. S. P A Utilização de Pesquisas Exploratórias na Área de Marketing. In: ENAMPAD, 16., 2001, Campinas. **Anais 25o encontro Anual da ANPAD**. Campinas: ANPAD, 2001. 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://serprofessoruniversitario.pro.br/m%C3%B3dulos/metodologia-da-pesquisa/utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-pesquisas-explorat%C3%B3rias-na-%C3%A1rea-de-marketing>>. Acesso em: 25 nov 2010

SMELTZER, S.C., BARE, B.G. **BRUNER & STUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 2308 p.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho de conclusão de curso veio ao encontro do interesse das pesquisadoras sobre o assunto e com a necessidade de mais pesquisas que auxiliem na implementação um método para sistematização da assistência de enfermagem, com embasamento científico.

Os resultados encontrados permitiram concluir que os pacientes em pós operatório imediato apresentam alguns diagnósticos de enfermagem específicos, demonstrando a necessidade de um plano de cuidados próprios para este tipo de paciente. Porém essa foi uma pesquisa feita com uma amostra pequena devido à disponibilidade de pacientes em pós operatório imediato no campo de coleta de dados

Com isso, sugere-se outros estudos voltados à sistematização de assistência, com ênfase nos diagnósticos e intervenções, não só em pós operatório imediato, mas em outras áreas, visto que diante da Resolução do COFEN nº 358/2009, essa é uma prática que já deveria estar sendo registrada nos prontuários dos pacientes há mais dois anos, mesmo tendo ciência das dificuldades encontradas entre os enfermeiros de trabalhar com a SAE.

Destaca-se que o número de estudos sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem para pacientes no período de pós operatório imediato, ainda é bastante escasso, fazendo-se assim necessárias mais investigações com esta temática.

Contudo acredita-se que os resultados desta investigação possam contribuir para a assistência de Enfermagem prestada a estes indivíduos institucionalizados e atribuir maior cientificidade à prática profissional.

Todavia, esta pesquisa não teve a pretensão de esgotar todas as possibilidades de intervenções de enfermagem a pacientes em pós operatório imediato. A finalidade foi, com seu resultado, buscar uma uniformidade das ações e dar um embasamento científico a elas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.S; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2010.

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem: NANDA- NIC. **Acta Paul Enferm** , Número Especial – 70 Anos , v. 22, p. 864-867, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>>. Acesso em: 5 jun 2011.

BEYAEA, S.C; NICOLL E.L.H. Writing an integrative review. **AORN J**. v.67, n 4, p. 877-880,1988.

BLANES,L; HAMANAKA, L.S; MATHEUS, M.C.C. Diagnóstico de enfermagem constipação: proposta de intervenção de enfermagem a pacientes com doença vascular periférica. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, Número Especial, Parte II, p.248-250, 200. Disponível em:< http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp2/pdf/pt62.pdf> Acesso em: 17 jun. 2011.

BRASIL - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.196, 10 de outubro de 1996**. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2010.

BULECHEK,M.G; BUTCHER K. H & DOCHTERMAN,M.J.. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. MOSBY/ELSEVIER, 5º ed., 2011.

BULECHEK, G.M.; DOCHTERMAN, J.M. Classificação Das Intervenções De Enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008. 998p.

CALICCHIO, L.G et al. PRÁTICAS RECOMENDADAS – SOBECC: Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica, Centro de Materiais e Esterelização. 4ª ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização (SOBECC), 2007. p. 225.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. G. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. p.492-527.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução nº358, de 15 de outubro de 2009.

CUNHA, S.M.B; BARROS, A.L.B.L Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 568-572, set/out 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2010.

DOCHTERMAN,M.J. & BULECHEK,M.G. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**, ARTMED, 4ªed.,2008.

DOENGENS, M.E; MOORHOUSE, M.F; MURR, A.C. Diagnósticos de Enfermagem. **Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2009. 725p.**

FERREIRA, E.; BORGES, H. V.; FIGUEIREDO, M.S..D. **VISITA PRÉ – OPERATÓRIA: Um Instrumento para o Cuidar do Enfermeiro de Centro Cirúrgico**. 2007. 71 f.. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2007. Disponível em: < <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0519.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2010.

FLÓRIO, M.C.S; GALVÃO C.M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 630-637, set/out 2003.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latina-am Enfermagem**, v. 10, n.6. p. 800-804

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000. Disponível em: < <http://www.scribd.com/doc/37804378/sistematizacaodaassistencia>>. Acesso em: 13 out. 2010.

GOLDIM, R.J,Risco.Universidade Federal do Rio Grande do Sul 1997-2001.Disponível em < <http://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm#Cox>> Acesso em 18 jun.2011.

GOMES,P.E.R; GUERRA,F.C.I. Produção Científica De Enfermagem Sobre Integridade Da Pele Prejudicada: Implicação Para A Enfermeira De Cuidados Intensivos. **Universidade Federal Fluminense/UFF**. 2001. Disponível em <www.uff.br/nepae/siteantigo/integridadedapele.doc>.Acesso em 18 jun. 2011.

HU/UFSC. **Documentos Básicos – Modelo assistencial**. Florianópolis, 1980. Disponível em: < <http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/index.html>>. Acesso em 25 nov. 2010

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDU, 1979. 99 p.

MACHADO FERRAZ E e colaboradores. CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA GERAL – RESULTADO DE UM ESTUDO PROSPECTIVO DE 23 ANOS E 42.274 CIRURGIAS. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 28, n. 1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v28n1/04.pdf>>. Acesso em: 14 jun 2011.

MARTINS, C.B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. São Paulo: **Perspec**; 200

MENDES K.D.S, SILVEIRA R.C.C.P, GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Text Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 4, n.17, p 758-764, out/dez 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2010

NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009 -2011**. Porto Alegre: ARTMED, 2010. 456 p.

PICCOLI M, GALVÃO CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 9, n. 4, p. 37-43, julho 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

PITTA, G.B.B, CASTRO, A.A, BURIHAN E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: **UNCISAL/ECMAL & LAVA**; 2003. Disponível em: < <http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

RIGOTTI, M.A, FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-54, jan/mar 2005. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **In: Nursing Process: application of theories frameworks, and models**. 2 nd ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 132-57.

REVILLION, A. S. P A Utilização de Pesquisas Exploratórias na Área de Marketing. In: ENAMPAD, 16., 2001, Campinas. **Anais 25o encontro Anual da ANPAD**. Campinas: ANPAD, 2001. 1 CD-ROM. Disponível em: < <http://serprofessoruniversitario.pro.br/m%C3%B3dulos/metodologia-da-pesquisa/utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-pesquisas-explorat%C3%B3rias-na-%C3%A1rea-de-marketing>>. Acesso em: 25 nov 2010

RODRIGUES, C.R. Metodologia Científica. Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro. FAETEC/IST. Paracambi, 2007. Disponível em <http://www.taciobelmonte.com.br/metodologia/wp-content/uploads/2011/04/metodologia_cientifica.pdf> Acesso em 07 jul. 2011.

SMELTZER, S.C., BARE, B.G. **BRUNER & STUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 2308 p.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu,.....estou plenamente de acordo com a minha participação no projeto - **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA: elaboração de um protocolo de intervenções, baseado em NANDA e NIC**, desenvolvido pelas acadêmicas Bruna Sávio e Juliana Martins Ferreira, estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da enfermeira doutora Kátia Bertoncello e sob supervisão da enfermeira Magali Schiitz Corrêa, Tatiana Tarkina e Bárbara Tavares.

Estou ciente que o objetivo desse estudo é propor intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes em pós operatório de cirurgia eletiva internados na Unidade de Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago – HU-UFSC, visando aplicar algumas etapas no Processo de Enfermagem e sistematizar a assistência ao paciente em pós operatório de cirurgia eletiva internados na Unidade de Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago – HU-UFSC. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo e conhecimento que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá nenhum ônus para os sujeitos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para a divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Declaro ainda que recebi um cópia desse “Termo de Consentimento”.

Pesquisadoras responsáveis: Bruna Sávio e Juliana Martins Ferreira
Telefones para contato: (48) 9986-6173 e (48) 9968-2857

Florianópolis, ___/___/___

Assinatura do participante.

APÊNDICE B

Distribuição dos problemas clínicos dos pacientes em pós operatório imediato, submetidos à cirurgia eletiva, segundo evolução de enfermagem SOAP, no pós operatório imediato, Hospital Universitário, Florianópolis - SC, 2011

LISTA DE PROBLEMAS	Nº	%
Acesso venoso periférico	26	96,2
Fluidoterapia	24	88,8
Ferida operatória	21	77,7
Dor em ferida operatória	19	70,3
Cateterismo vesical	18	66,6
Ausência de evacuações	13	48,1
Drenos cirúrgicos	9	33,3
Repouso no leito	8	29,6
Coto membro inferior	5	18,5
Edema na incisão cirúrgica	4	14,8
Sangramento cirúrgico	4	14,8
Hiperglicemia	3	11,1
Palidez cutânea	3	11,1
Pouca ingesta alimentar	3	11,1
Cateter de oxigênio	2	7,4
Curativo compressivo	2	7,4
Dieta zero	2	7,4
Êmese	2	7,4
Sonolência	2	7,4
Agitação psicomotora	1	3,7
Ardência nos olhos	1	3,7
Cateterismo de alívio	1	3,7
Cateterismo uretral com irrigação contínua	1	3,7
Contido no leito	1	3,7
Congestão no enxerto cirúrgico	1	3,7
Desconforto gástrico	1	3,7
Desconforto respiratório	1	3,7
Diurese hematórica	1	3,7
Disúria	1	3,7
Dormência em membros inferiores	1	3,7
Entristecido	1	3,7
Ferida com fibrina	1	3,7
Fraqueza	1	3,7
Hiperemia em incisão cirúrgica	1	3,7
Hipertermia	1	3,7
Hipotensão arterial	1	3,7
Medicação sedativa	1	3,7
Mucosa ocular ressecada	1	3,7
Náusea	1	3,7
Oligúria	1	3,7
Preocupação	1	3,7
Retenção urinária/bexigoma	1	3,7
Úlcera venosa	1	3,7
Total	27	100

APÊNDICE C

Proposta de Prescrição de Enfermagem, diante dos diagnósticos e intervenções de enfermagem encontrados com a pesquisa, para o campo de estágio e coleta de dados.

HÓRARIO
Diagnóstico de enfermagem: Déficit no autocuidado ()
() Realizar banho no leito
() Encaminhar para banho de aspersão () em cadeira
() Realizar higiene oral () Estimular higiene oral
() Umedecer lábios
() Orientar ou realizar higiene ocular
() Orientar ou realizar higiene íntima após eliminações
() Realizar tricotomia facial
Diagnóstico de enfermagem: Mobilidade física prejudicada ()
() Orientar, estimular ou fazer mudança de decúbito
() Encorajar o paciente a realizar movimentos passivos com os MMII
() Disponibilizar protetor de calcâneo
() Encorajar a deambulação em caminhadas curtas
() Manter paciente em trendenbug
() Orientar quanto a evitar períodos muito porlongados na mesma posição
() Verificar áreas de pressão no corpo
Diagnóstico de enfermagem: Integridade de pele prejudicada ()
() Colocar placa de hidrocolóide em área de pressão em _____
() Manter placa de hidrocolóide em área de pressão em _____
() Disponibilizar colchão piramidal
() Realizar curativo em FO em _____ com SF 0,9%
() Manter cuidados com acesso venoso periférico
Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda ()
() Observar e registrar sinais e sintomas de dor/desconforto
() Registrar local da dor _____
() Aplicar calor local () Aplicar frio local em _____
Diagnóstico de enfermagem: Constipação ()
() Monitorar os sinais e sintomas de constipação
() Anotar dia da última evacuação
() Encorajar o paciente a uma melhor ingesta hídrica
Diagnóstico de enfermagem: Risco para infecção ()
() Observar sinais e sintomas de infecção
() Manter proteção de contato
() Manter paciente em isolamento
() Observar e registrar aspecto da FO e/ou da úlcera em _____
() Orientar quando a necessidade de exercícios respiratório, tosse e respiração profunda
() Observar aspecto da punção venosa
() Trocar punção venosa
() Trocar equipo em _____

ANEXO A
CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO nº 1169

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

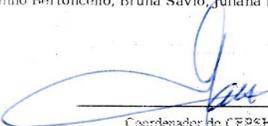
APROVADO

PROCESSO: 1169 **FR:** 390932

TÍTULO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA: construção de um protocolo de intervenções, baseado em NANDA e NIC

AUTOR: Katia Cilene Godinho Bertencello, Bruna Sávio, Juliana Martins Ferreira

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.



Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC