

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**DAIANE CONCEIÇÃO DO ESPIRITO SANTO**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM  
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: REVISÃO DE LITERATURA**

**URUGUAIANA  
2016**

**DAIANE CONCEIÇÃO DO ESPIRITO SANTO**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM  
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa como requisito para o trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Professora e Dr<sup>a</sup> Anali Martegani Ferreira.

**Uruguaiana  
2016**

**DAIANE CONCEIÇÃO DO ESPIRITO SANTO**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES  
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa como requisito para o trabalho de Conclusão de Curso II.  
Orientadora: Professora e Dr<sup>a</sup> Anali Martegani Ferreira.

**Uruguiana  
2016**

## FICHA CATALOGRÁFICA

ESPÍRITO SANTO, Daiane Conceição do.

Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório imediato: revisão de literatura. / Daiane Conceição do Espírito Santo.

68 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Universidade Federal do Pampa, ENFERMAGEM, 2016. "Orientação: Anali Martegani Ferreira".

1. Enfermagem. 2. Sala de Recuperação. 3. Diagnósticos de Enfermagem. 4. Intervenções de Enfermagem.

**DAIANE CONCEIÇÃO DO ESPIRITO SANTO**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM  
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa como requisito para o trabalho de Conclusão de Curso II.  
Orientadora: Professora e Dr<sup>a</sup> Anali Martegani Ferreira.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado em: 24/06/2016.

Banca examinadora:

---

Orientador (a) Prof Dr<sup>a</sup> Anali Martegani Ferreira-Enfermagem,  
Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

---

Professora Mestre Michele Bulhosa de Souza-Enfermagem,  
Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

---

Enfermeira Júlia Torres Cavalheiro  
Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da  
Saúde da UNIPAMPA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha filha Camille Victória e em memória dos meus pais, Francisco e Elizete.

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente agradeço a Deus, pois me capacitou e orientou em todos os momentos, esteve comigo nos dias mais difíceis, e sempre colocou em meu coração a esperança e a certeza de que tudo estava em suas mãos.

Gostaria de agradecer a minha filha Camille Victoria que sempre esteve ao meu lado e mesmo com todas as dificuldades que enfrentamos nunca me deixou sozinha nessa jornada, as minhas irmãs Andrea e Andrinéia que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram.

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado nos momentos difíceis, em especial as minhas amigas de todos os momentos Marciele e Adriana, obrigado pela força e incentivo, a minha amiga Martiele que com todo carinho me auxiliou para o início da minha jornada, a minha amiga Mônica que me compreendeu e deu apoio para poder finalizar este estudo, ao meu amigo Lucas que sempre me dedicou tempo e palavras de incentivo, ao meu amigo Reci que em muitas ocasiões me auxiliou.

Gostaria de agradecer a minha orientadora Anali Martegani Ferreira, que me acolheu num momento muito difícil, teve paciência, carinho, disponibilidade e dedicação em todos os momentos.

Cada dúvida, cada dificuldade, cada paradoxo que enfrentamos se torna uma abertura para a sabedoria, para a Luz e para as bênçãos.

Rav Ashlag

## RESUMO

O período pós-operatório imediato é um momento crítico para o paciente, sendo imperiosa a observação rigorosa da enfermagem para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam assim identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes no pós-operatório imediato em sala de recuperação pós-anestésica contribuem para assistência de enfermagem qualificada e segurança do paciente. Método: Revisão integrativa de literatura, contemplado as seguintes etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), as quais foram identificação da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Foram utilizadas as bases de dados SCIELO e LILACS. O universo deste estudo contou com a inclusão de sete artigos que emergiram de estudos clínicos em ambientes reais de cuidado a pacientes em pós-operatório imediato. Resultados: A partir da análise dos dados identificaram-se 46 diagnósticos de enfermagem e 62 intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório imediato. Dos 46 diagnósticos observou-se que sete foram mais frequentemente encontrados nos estudos que compuseram o universo desta pesquisa e estavam presentes nos Domínios da Classificação da NANDA-I (2015) D4: Atividade e repouso; D11: Segurança e proteção e D12: Conforto. Esses DE foram: Risco de Infecção, Dor Aguda, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Padrão Respiratório Ineficaz, Débito Cardíaco Diminuído, Deambulação prejudicada e Perfusão tissular ineficaz. Para estes diagnósticos identificou-se a presença de intervenções de enfermagem específicas realizada pelas equipes de enfermagem, as quais atendem as demandas de cuidados para as disfunções identificadas. Conclusão: Os diagnósticos e intervenções de enfermagem identificada demonstraram as necessidades de cuidado de pacientes em sala de recuperação pós-anestésica em pós-operatório imediato. Evidenciou-se a necessidade de um olhar clínico associado ao conhecimento técnico/científico do enfermeiro para identificar os diagnósticos associados a pacientes em sala de recuperação pós-anestésica e para implementação das intervenções necessárias.

**Descritores:** Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Sala de Recuperação. Intervenções de Enfermagem

## ABSTRACT

The immediate postoperative period is a critical time for the patient, overriding the strict observation of nursing to maintain vital body functions within normal parameters until the effects of anesthesia disappear so identify diagnoses and nursing interventions to patients in immediate postoperative period in post-anesthetic recovery room contribute to skilled nursing care and patient safety. Method: Integrative review of literature, contemplated the following steps proposed by Mendes, Silveira and Galvão (2008), which were the identification of the research question to elaborate the integrative review, establishing criteria for inclusion and exclusion, defining the information to be drawn from the studies, evaluation of the studies included in the integrative review, interpretation of results and presentation of the review. SCIELO and LILACS data bases were used. The universe of this study included the inclusion of seven articles that emerged from clinical studies in real environments of care to patients in the immediate postoperative period. Results: From the analysis of data were identified 46 nursing diagnoses and 62 nursing interventions to patients in the immediate postoperative period. Of the 46 diagnoses it was observed that seven were most frequently found in studies that made up the universe of this research and were present in the Domains of NANDA-I classification (2015) D4: activity and rest; D11: Security and Protection and D12: Comfort. These DE were: Risk for Infection, Acute Pain, imbalance risk of body temperature, Ineffective Breathing Patterns, decreased cardiac output, impaired ambulation and tissue perfusion ineffective. For these diagnoses identified the presence of specific nursing interventions performed by nursing teams, which meet the demands of care for identified disorders. Conclusion: The diagnosis and nursing interventions identified showed the patient care needs in post-anesthetic recovery room in the immediate postoperative period. It was evident the need for a clinical look associated with technical / scientific knowledge of nurses to identify diagnoses associated with patients in post-anesthetic recovery room and to implement the necessary interventions.

Descriptors: Nursing. Nursing Diagnoses. Recovery Room. Nursing Interventions

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 01.** Representação da pesquisa

**Quadro 02.** Artigos selecionados

**Quadro 03.** Autores e referencias dos artigos e formação acadêmica dos autores.

**Quadro 04.** Relação dos diagnósticos de enfermagem encontrados nos artigos.

**Quadro 05.** Diagnósticos de Enfermagem organizados em Domínios da NANDA-I (2012-2014)

**Quadro 06.** Intervenções de Enfermagem da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), 2010.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SC – Sala Cirúrgico

SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

POI – Pós-operatório Imediato

CME – Centro de Materiais Esterilizado

PE – Processo de Enfermagem

DE- Diagnósticos de Enfermagem

IE- Intervenções de Enfermagem

D- Domínios

<b>Sumário</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3. OBJETIVO</b>	<b>18</b>
3.1. Objetivos Gerais .....	18
3.2. Objetivos específicos .....	18
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
4.1. Processo de Enfermagem	19
4.2. Assistência de Enfermagem.....	20
4.3. O Processo de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato.....	24
4.4. Diagnósticos de Enfermagem no Pós-operatório.....	24
4.5. Intervenções de Enfermagem no pós-operatório imediato.....	25
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
5.1. Tipos de estudo .....	27
5.2. Revisão Integrativa .....	27
5.3. Etapas da Revisão Integrativa da Literatura .....	27
5.3.1 Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa	27
5.3.2 Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura	28
5.3.3 Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos	29
5.3.4 Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	29
5.3.5 Quinta etapa: interpretação dos resultados	29
5.3.6 Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento	30
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
6.1. Caracterização dos resultados.....	31
<b>7. DISCUSSÃO</b>	<b>45</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
<b>9. REFERENCIAS</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>56</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico é um conjunto de ambientes destinado a atividades cirúrgicas e a recuperação anestésica, sendo composta pela sala cirúrgica (SC), sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e centro de materiais de esterilização (CME). Caracterizado como um sistema sociotécnico-estruturado, administrativo e psicossocial, e um dos sistemas mais importantes de um hospital sendo necessário que haja integração entre todas as áreas para que seu funcionamento seja eficiente e eficaz. Os profissionais que atuam no CC compõem três principais equipes: médicos cirurgiões, médicos anestesistas e equipe de enfermagem (BRASIL, 2002).

O enfermeiro que atua no centro cirúrgico deve conhecer as especificidades da área e ter noções de bioengenharia, pois sua responsabilidade tem se tornado mais complexa diante das demandas de cuidado, na medida em que necessita integrar as atividades que abrangem a área técnica, administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa (FONSECA, PENICHE, 2009). Ele desenvolve suas atividades visando benefícios aos pacientes e buscando sempre a segurança da equipe, por estar inserido em todos os momentos cirúrgicos apresenta percepção total da evolução do paciente nesse contexto de cuidado (FONSECA, PENICHE, 2009).

O período cirúrgico é dividido em três fases: a primeira é a pré-operatória; a segunda, a intra-operatória e, a terceira, pós-operatória que se iniciam com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato onde a enfermagem desempenha um importante ao paciente para que este possa retornar às atividades rotineiras, nessa fase o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos e as intervenções concentram-se em prevenir ou tratar complicações. O enfermeiro na sala de recuperação abrange atividades de administração, técnica e assistência, suas ações são empregadas com base no seu conhecimento, a fim de desenvolver um trabalho com atendimento humanizado (FONSECA, PENICHE, 2009).

Desse modo, os objetivos da assistência de enfermagem visam o preparo psicossócioespíritual e emocional do paciente e seus familiares para enfrentar o trauma anestésico-cirúrgico ao qual será submetida, a avaliação física e continuidade do tratamento (FONSECA, PENICHE, 2009). A enfermeira deverá garantir a interação multidisciplinar, para viabilizar os cuidados necessários ao paciente, a adesão ao tratamento e prover educação/ensino do período perioperatório, intra-operatório onde os objetivos são de avaliar, detectar e intervir precocemente nas possíveis complicações intra-operatórias; assegurar o posicionamento em mesa cirúrgica livre de danos devido ao tempo cirúrgico prolongado, realizar todos os procedimentos com técnica asséptica e pós-cirúrgico que tem como objetivos avaliar, detectar

e intervir precocemente nas possíveis complicações associadas ao procedimento cirúrgico (ROZA, DUARTE, LUZ, MENDES, LIMA, 2008)

O período pós-operatório imediato é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa da enfermagem para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam nessa fase o papel do enfermeiro deve reunir habilidade e competência, sendo capaz de desenvolver o processo de enfermagem. Nesse contexto, um dos instrumentos básicos do cuidar a ser implementado é a observação, seguida da implementação de cuidados de enfermagem fundamentados a partir do Processo de Enfermagem (MURTA, 2007).

Segundo a resolução *do* COFEN n 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, e dá outras providências. O Processo de Enfermagem (PE) é uma atividade do enfermeiro que direciona toda a equipe de Enfermagem, é um método que direciona e organiza de forma sistematizada o trabalho do enfermeiro. Segundo a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 (Lei do Exercício Profissional) que regulamentou a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como atribuições privativas do enfermeiro, estabelecendo um limite entre as atividades exercidas pelos profissionais da Enfermagem (BRASIL, 2009).

O processo de enfermagem na ótica do cuidado ao paciente em pós-operatório imediato contribui para a recuperação do paciente, os cuidados e intervenções buscam alcançar um resultado que qualifique o pós-cirúrgico imediato, desse modo, relaciona-se a implementação das ações planejadas, realizando assim todos os processos para avaliação desse paciente, tais como as etapas: Coleta de dados, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de enfermagem, Implementação e avaliação de enfermagem, com o propósito de Promove um método organizado para o cuidado, prevenindo omissões e repetições desnecessárias, proporciona uma melhor comunicação, focaliza sobre as respostas do indivíduo, encoraja a participação por parte do paciente, auxilia o enfermeiro a definir seu papel ao usuário e a outros profissionais de saúde, aumenta a satisfação profissional e acentua o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais (BRASIL, 2009).

Na primeira etapa o enfermeiro faz a coleta de dados e a partir dos dados coletados, analisa as necessidades de cada paciente e desenvolve os diagnósticos de enfermagem que é segunda etapa do processo de enfermagem, para então realizar as etapas subsequentes que são de intervenção direta no paciente e tem seu foco na segurança do paciente e em um atendimento baseado em evidências que são de máxima importância para os enfermeiros, uma

vez que eles estão em linha de frente em relação ao atendimento, e bem posicionados para identificar e prevenir complicações dos pacientes. O uso dos diagnósticos de enfermagem com definições padronizadas, características definidoras e fatores de risco e relacionados, também padronizados, oferece uma terminologia consistente para a comunicação interdisciplinar e interdisciplinar, para o cuidado do paciente podendo assim obter as intervenções de Enfermagem que devem ser destinadas a alcançar os resultados esperados (ROSSI et AL 2000).

Portanto é de responsabilidade do enfermeiro fazer a avaliação das necessidades físicas e psicossociais, para poder Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem nos pacientes pediátricos e adultos no pós-operatório imediato, todos os planos de cuidados são realizados com base nos dados coletados. Durante a recuperação podem ocorrer mudanças fisiológicas rápidas e a intervenções imediatas da equipe de enfermagem devera implementar de forma eficaz para evitar complicações. Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório, com vistas a conhecer as demandas de cuidado desses pacientes, contribuir para implementação do processo de enfermagem, nas etapas diagnósticos e intervenções de enfermagem, de forma a qualificar a assistência, prevenindo, resolvendo ou controlando as disfunções diagnosticadas; bem como contribuir para o ensino de enfermagem (NANDA-I, 2014).

Para tanto, organizou-se as seguintes questões de pesquisa:

- 1) Quais diagnósticos de enfermagem estão descritos na literatura para pacientes em pós-operatório imediato?
- 2) Quais intervenções de enfermagem estão descritas na literatura para pacientes em pós-operatório imediato?

## 2. JUSTIFICATIVA

Como acadêmica em enfermagem pude ter a oportunidade de ingressar no programa PET SOS urgência e emergência, como voluntária me tornando bolsista depois, esse tempo no projeto me fez crescer como acadêmica e futura profissional da área da saúde. Também foi possível observar as contribuições e o crescimento que o programa oportuniza. Através das metodologias propostas pelo PET Saúde, tais como rodas de conversas, capacitações, participação ativa no desenvolvimento e organização de eventos científicos, como o Fórum Internacional de Saúde, bem como estar inserida no serviço de forma a vivenciar experiências que contribuíram para minha formação enquanto futura enfermeira, tais como organização do fluxo de trabalho, conhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e possíveis estratégias de enfrentamento da área e as necessidades dos pacientes.

Assim quanto acadêmica aproveitei ao máximo essa experiência que permitiu contato com a realidade da saúde na região, e seu reflexo no país. Desse modo, tive a oportunidade de pensar em algo que pudesse auxiliar para fortalecer a educação permanente em saúde, com foco na qualidade da atenção de enfermagem e seus registros; visando atender a legislação, do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009, (COFEN, 2009), e a política de segurança do paciente e de humanização da assistência, bem como as diretrizes do SUS (BRASIL, 2011).

Durante o desenvolvimento do PET/Saúde - Redes de Atenção SOS – Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa pude conhecer o serviço desenvolvido na sala de recuperação pós-anestésica, e assim identificar a necessidade que há relacionado implementação das etapas do Processo de Enfermagem, em especial a identificação de diagnósticos de enfermagem para esses pacientes. Nesse sentido, identificar na literatura os diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório imediato, constitui em uma estratégia para proporcionar à equipe a possibilidade de discussão sobre a presença dessas disfunções em paciente recuperação pós-anestésica, promover assistência qualificada e eficaz (SAMPAIO, 2011).

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1. Objetivos Gerais**

- Identificar os diagnósticos de enfermagem para pacientes em pós-operatório imediato presentes na literatura.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar as intervenções de enfermagem realizadas para pacientes em sala de recuperação pós-anestésica presentes na literatura.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. Processo de Enfermagem**

O Processo de enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Pode-se definir o Processo de Enfermagem como um instrumento tecnológico que favorecer o cuidado, para organizar e para documentar a prática profissional que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar ou prever as necessidades humanas dos indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exijam uma intervenção profissional de enfermagem. A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, desse modo o serviço de enfermagem na área cirúrgica, criatividade e solução de problemas entre os grupos de trabalho neles existentes (GARCIA, NOBREGA, 2009).

Na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) as intervenções devem ser baseadas na prevenção e tratamento das complicações decorrentes do ato anestésico cirúrgico. A SRPA é destinada ao atendimento intensivo aos pacientes desde a saída da sala operatória até a recuperação da consciência, eliminação parcial dos anestésicos e estabilização dos sinais vitais, denominado pós-operatório imediato (POI), que pode compreender até 24h após o término da cirurgia dependendo do seu porte, o tipo de anestesia e as condições de saúde do paciente no pré-operatório. Os enfermeiros da SRPA mantêm a monitorização do pulso, eletrocardiograma, frequência respiratória, pressão arterial e saturação de oxigênio do paciente a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos a partir da segunda hora. Na SRPA as intervenções devem ser baseadas na prevenção e tratamento das complicações decorrentes do ato anestésico cirúrgico.

No atendimento a pacientes adultos os cuidados compreendem as atividades de monitorização e o manuseio do paciente após um procedimento anestésico-cirúrgico, onde o atendimento de enfermagem é essencial, pois o paciente passa por diversas fases de recuperação anestésica. Na maior parte das vezes, a recuperação inicial da anestesia (estágio I) ocorre ainda na sala cirúrgica, quando o objetivo primordial é o restabelecimento da atividade e dos reflexos respiratórios, da estabilidade cardiovascular e da força muscular. Em

uma segunda fase (estágio II), na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), o paciente é observado sob monitorização clínica e instrumental, quanto aos mesmos parâmetros, adicionados do nível de consciência. Pacientes submetidos a bloqueios neuroaxiais permanecem na SRPA até que o bloqueio simpático se dissipe. (OLIVEIRA FILHO, 2003)

Em sala de recuperação pós-anestésica também são atendidos pacientes pediátricos e adolescentes. Todavia, embora as diretrizes sejam semelhantes para pacientes adultos, adolescentes e pediátricos, observam-se especificidades para o atendimento em pediatria.

No atendimento a criança, a assistência de enfermagem deve ser baseada no conhecimento da evolução da criança, pois, dessa forma, contribui para intervenções direcionadas por decisão diagnóstica, possibilitando a sistematização do processo de enfermagem auxiliando na assistência, resultando em escolha de ações adequadas e consequentemente um melhor prognóstico. Tendo o enfermeiro como prioridade a revisão minuciosa do aparato tecnológico para atender a criança na SRPA buscando a qualificação da assistência de enfermagem. Os cuidados no pós-operatório imediato visam manutenção ou recuperação da estabilidade, como remoção do centro cirúrgico as funções cardiovasculares, respiratórias, renais e gastrointestinais; sistemas neurológico e hematológico; líquidos e eletrólitos parenterais; nutrição; complicações no pós-operatório e dor (SOUZA, SCATOLIN, FERREIRA CROTI, 2008).

O enfermeiro tem um papel importante nessa fase por estar próxima a criança, este deve prestar o atendimento visando todos os aspectos que esta fragilizada e num local desconhecido, longe dos pais ou responsáveis, então a enfermagem tem que ser participativa e sempre atenta aos cuidados específicos a criança. É muito importância uma equipe estruturada e harmoniosa, com funções distintas e em número adequado para o bom andamento do atendimento inicial, e acolhimento à família e criança (SOUZA, SCATOLIN, FERREIRA CROTI, 2008).

#### **4.2. Assistência de Enfermagem**

No Brasil, a utilização do Processo de Enfermagem de enfermagem ocorreu a partir do desempenho e trabalho da Wanda de Aguiar Horta (1979), que escreveu o livro O "Processo de Enfermagem". A enfermagem iniciou sua caminhada em uma prática baseada em conhecimentos científicos, mas com o objetivo na atenção as necessidades humanas básicas. Assim aplica seu conhecimento em ações que buscam proporcionar o cuidado no momento em que as necessidades fisiológicas e o autocuidado estão debilitados. O "Processo de Enfermagem" o livro de Wanda de Aguiar Horta, de 1970. Baseada na teoria das necessidades

humanas básicas de Maslow, sob a classificação de João Mohana, ela propôs uma metodologia, a qual denominou processo de enfermagem e compõe seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem. Os estudos de Horta incentivaram o ensino e a pesquisa da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil (HORTA, 1979).

Segundo Horta:

Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria e assim tem de ser a enfermagem que faz pelo ser humano àquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais (HORTA, 1979).

Outro modelo teórico que contribui para avaliação clínica de enfermeiras, e a teoria de médio alcance, Padrões Funcionais de Saúde (PFS), proposta por Marjorie Gordon (1994). Esta teoria esta refletida na classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. A teoria consta de 12 PFS a serem avaliados pelas enfermeiras: Percepção da Saúde / Padrão de Gestão da Saúde, Padrão Nutricional-Metabólico, Padrão de eliminação, Padrão Actividade-Exercício Padrão Sono-Descanso, Padrão Cognitivo-Perceptual, Padrão Auto-percepção/Auto-conceito, Padrão Função-Relacionamento, Padrão Sexual-Reprodutivo (gordon, 194). Padrão Enfrentar o stress-Tolerância, Padrão Valor-Crença. Todos eles ajudam a desenvolver um diagnostico com metodologia centrada na individualidade de cada paciente dando assim a continuidade no atendimento com a implementação dos cuidados de enfermagem (Gordon, 2010).

A NANDA-I apresenta sua classificação em domínios e classes. Apresenta 13 domínios, os quais são: Domínio 1 Promoção da saúde; Domínio 2 Nutrição; Domínio 3 Eliminação e troca; Domínio 4 Atividade/repouso; Domínio 5 Percepção/cognição; Domínio 6 Autopercepção; Domínio 7 Papéis e relacionamentos; Domínio 8 Sexualidade; Domínio 9 Enfrentamento/tolerância ao estresse; Domínio 10 Princípios da vida; Domínio 11 Segurança/proteção; Domínio 12 Conforto e Domínio 13 Crescimento/desenvolvimento. Em cada domínio estão refletidos os PFS.

A Resolução COFEN 358/2009 (BRASIL, 2009) subsidia a implementação da Sistematização da Assistência do Enfermeiro de forma a organizar o trabalho do enfermeiro.

Assim dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, onde é necessário o cuidado de enfermagem. Segundo esta resolução, o processo de enfermagem deverá organizar-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (BRASIL, 2009).

No processo de enfermagem toda a assistência implementada é planejada para alcançar os resultados e atender as necessidades específicas de cada usuário,

Segundo Araújo et al:

O processo de enfermagem possui um enfoque holístico, ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença, apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da estadia no hospital, promove à flexibilidade do pensamento independente, melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias; os enfermeiros obtêm satisfação de seus resultados (ARAÚJO et al. 1996).

A implementação do PE deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente e ser composta pelo Histórico de Enfermagem referente ao levantamento das condições do paciente através da utilização de um roteiro próprio que deverá atender as especificidades do usuário a que se destina (OCHOA-VIGO et al, 2001).

Segundo Vieira e Rossi (2000) aplicação do processo de enfermagem ocorre quando.

Quando a assistência é planejada com levantamento de dados, identificação dos problemas considerando cada usuário como um especial é possível auxiliar o usuário nesse momento de fragilidade, assim é a, um conjunto de medidas elaboradas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma diferenciada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde (VIEIRA, ROSSI, 2000).

No desenvolvimento da assistência de enfermagem, para identificação das necessidades de cuidado é necessário que a enfermeira identifique os diagnósticos de

enfermagem (NANDA-I, 2012). Desse modo a identificação dos diagnósticos de enfermagem corresponde a uma etapa complexa, cuja sistemática envolve avaliação clínica das respostas do paciente. Esta etapa subsidia a escolha das intervenções de enfermagem, no intuito de se atingir os resultados esperados (NANDA-I, 2012).

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas, segundo a Resolução 358/2009 elas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Sendo elas:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, o exame físico permite avaliação das condições físicas do usuário por meio das técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão buscando levantar dados sobre o estado de saúde/doença do paciente, registra as anormalidades encontradas a fim de validar as informações obtidas no histórico (COFEN, 2009).

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam,

Esta etapa de Diagnósticos de Enfermagem que é processo de interpretação dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade,

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (BRASIL, 2009).

Após as etapas a enfermeira deverá realizar os registros de enfermagem, os quais são realizados pelo enfermeiro após a avaliação clínica. Nesse registro devem constar os problemas identificados, e por meio do raciocínio clínico acerca de dados coletados via

entrevista clínica e exame físico, podem ser identificados os diagnósticos classificados como de enfermagem (ROCHA, 2006).

Na etapa de coleta de dados de Enfermagem é realizado o histórico de enfermagem onde é possível identificar a história de saúde pregressa, histórico de problemas familiares e psicossociais permitindo a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Todo o processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas clínicas da pessoa em um dado momento do processo saúde doença, permite determinar as ações ou intervenções de enfermagem contribuirá para o alcance dos resultados esperados; bem como a verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (KLETEMBERG, 2010).

#### **4.3. O Processo de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato**

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Neste período o Processo de enfermagem está relacionado com a avaliação clínica contínua e rigorosa, para subsidiar cuidados e intervenções de enfermagem, os quais são destinados a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do seu cotidiano. Constantemente a enfermagem aprimora seus conhecimentos. Desse modo a enfermagem utiliza-se de uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar (FELIX, 2012). O processo de enfermagem é constituído de um conjunto de etapas, as quais são: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, nas quais sobressai a importância do cuidado individual mediante uma abordagem de solução de problemas fundamentados em teorias e modelos conceituais de enfermagem (BRASIL, 2009).

#### **4.4. Diagnósticos de Enfermagem no Pós-operatório**

A utilização da linguagem padronizada dos DE objetiva promover a compreensão entre os enfermeiros sobre os problemas de saúde dos pacientes e facilitar a comunicação e o planejamento da assistência (CHAVES, 2009). Nesse sentido a identificação de Diagnósticos de Enfermagem (DE) constitui-se em um julgamento clínico do enfermeiro e conhecimento técnico-científico do profissional (NANDA-I, 2013; SAMPAIO, 2011). Têm como objetivo descrever o conjunto de sinais e sintomas (características definidoras) que

indicam um problema de saúde real ou potencial que pode ser identificado ou solucionado pelo enfermeiro, durante o atendimento em Pós-operatório (CHAVES, 2009).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem é essencial, pois são a partir deles que será traçado o um plano de intervenções para alcançar os objetivos propostos pela equipe e atender da melhor forma às necessidades dos usuários. A NANDA-I tem colaborado para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem e de um sistema para classificá-los em uma taxonomia, ela auxilia na hora de tomada da decisão refletindo assim no atendimento ao usuário no pós-operatório imediato (NANDA-I, 2010/2014).

A utilização da linguagem padronizada contribui para favorecer a avaliação acurada, a comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde. Identificar os DE para cada paciente. Baseada nas definições de diagnóstico de enfermagem de Shoemaker, Roy e Gordon, a NANDA-I aprovou em 1990, em sua IX Conferência, a seguinte definição: permite a organização de um plano de cuidados com foco nas especificidades de cuidado de cada paciente.

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (FARIAS et. al., 1990, p.25).

O sistema de classificação da NANDA-I se constitui um sistema de classificação da prática de enfermagem, sendo que todos estão incluídos em uma fase do processo de enfermagem.

#### **4.5. Intervenções de Enfermagem no pós-operatório imediato**

As intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato são desenvolvidas através do planejamento de estratégias que priorizam prevenir ou minimizar futuros problemas ao paciente sendo organizadas no sentido de construir uma linguagem padronizada, pode ser: assistência direta (focalizando o paciente) ou indireta (no cuidado integral) que contribui para a melhoria da situação clínica do paciente é baseada nas necessidades fisiológicas e psicossociais (BULECHEK, 2010, GUIMARAES, BARROS, 2001).

As intervenções de enfermagem são realizadas a partir dos diagnósticos encontrados, possibilitando que todo o processo de enfermagem esteja com embasamento técnico científico, dando autonomia para que possa desenvolver um trabalho que atinja os objetivos proposto para cada usuário, tornando esse processo eficaz, segundo BULECHEK; McCLOSKEY (1996)

Intervenção de enfermagem trata-se de uma ação autônoma da enfermeira, baseada em regras científica que são executadas para beneficiar o cliente, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem com o estabelecimento de metas a serem alcançadas. Para as autoras, intervenções constituem-se em tratamentos para os diagnósticos de enfermagem (MCCLOSKEY, BULECHEK, 1996).

A implementação dos cuidados e intervenções individualizados, contribui para a melhora clínica e um menor tempo de internação evitando futuras complicações. Portanto o papel da enfermagem é considerado muito importante o Pós-Operatório Imediato, pois ele esta voltado para a assistência humanizada visando sempre o beneficio do paciente e a qualificação no atendimento individualizado e humanizado.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipos de estudo**

Este estudo constitui-se em uma Revisão Integrativa de Literatura utilizando-se o modelo proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008).

### **5.2. Revisão Integrativa**

A revisão integrativa de literatura é um método de revisão mais amplo, que ira permitir incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodologias (quantitativa e qualitativa). Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas que investiguem problemas idênticos ou similares. Através da construção de análise constituídas a partir de seis etapas, a fim de obter um melhor entendimento sobre a temática baseado em estudos anteriores.

Revisão de literatura permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre os diagnósticos e intervenções de enfermagem sendo valido para ser trabalhado na prática de enfermagem em SRPA. A revisão integrativa seguiu padrões metodológicos, os quais possibilitaram identificar os diagnósticos presentes na literatura, ofertando subsídios para identificação de diagnósticos de enfermagem em ambiente clínico real posteriormente.

“Além disso”, a revisão integrativa “proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa” (MENDES, 2004).

### **5.3. Etapas da Revisão Integrativa da Literatura**

#### **5.3.1 Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa**

O processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde e enfermagem, Elaborar uma revisão integrativa exige tempo e esforço considerável do revisor. Assim, a escolha de um tema que desperte o interesse do revisor torna este processo mais encorajador, outro aspecto apontado consiste na escolha de um

problema vivenciado na prática clínica. Os estudiosos consideram a primeira etapa como norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada. Essa construção deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já aprendidas pelo pesquisador. O assunto deve ser definido de maneira clara e específica, sendo que a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade. Nesse estudo as questões a serem revisadas nos artigos são os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em pacientes na sala de recuperação pós-anestésica (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A temática utilizada neste estudo refere-se aos diagnósticos de enfermagem e possíveis intervenções de enfermagem realizada para pacientes em pós-operatório imediato. Dessa forma, construiu-se questão norteadora: Quais diagnósticos de enfermagem estão descritos na literatura para pacientes em pós-operatório imediato?

O estudo utilizou artigos do período de 2003 a 2016, no idioma português, nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os descritores: Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem, Sala de Recuperação e intervenções de enfermagem.

### **5.3.2 Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura**

Esta etapa está intimamente atrelada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem. Serão excluídos: manuais, periódicos e livros (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Dessa foram, os critérios usados para inclusão foram:

- Artigos que indexados nos bancos de dados LILACS e SCIELO.
- Artigos publicados no período de 2003 a 2016;
- Abordar os diagnósticos de enfermagem para pacientes em sala de recuperação pós-anestésica, em estudos originais realizados em ambientes clínicos.
- Texto completo disponível online nas bases de dados selecionadas.

Enquanto que os critérios de exclusão foram:

- Livros, capítulos de livros, artigos de reflexão, e Manuais.

### **5.3.3 Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos**

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O objetivo nesta etapa é organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e, manejo (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2008).

Dessa forma, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE I), adaptado de Dalmolin (2009), para caracterização dos estudos selecionados considerando, informações sumárias sobre a publicação, formação profissional dos autores, categoria e subcategoria do estudo e ficha para a coleta de dados dos estudos selecionados. Os artigos foram identificados pela letra maiúscula “A”.

### **5.3.4 Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Tais abordagens apresentam vantagens e desvantagens, sendo a escolha da mais adequada uma tarefa árdua do revisor que deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2008). Nesta etapa foi realizada a leitura e análise dos materiais, de maneira a obter uma melhor compreensão dos resultados. Estes materiais foram discutidos e analisados por duas revisoras.

### **5.3.5 Quinta etapa: interpretação dos resultados**

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. Devido à ampla revisão conduzida, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem (prática clínica). A identificação de lacunas permite que

o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2008). Assim, foi realizada a discussão e análise dos principais resultados obtidos na pesquisa e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. A análise foi realizada por meio de consonância e dissonância, o que culminou com a identificação dos DE e intervenções de enfermagem para pacientes em sala de recuperação pós-anestésica.

### **5.3.6 Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

A revisão integrativa deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2004). Dessa forma, ao finalizar este estudo, este foi apresentado seguindo modelo de relatório, com a caracterização dos resultados, análise e discussão dos dados, e considerações finais.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Caracterização dos resultados

A coleta dos dados foi realizada de abril a maio de 2016, sendo utilizados os seguintes descritores: Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem e Intervenções de enfermagem e Sala de recuperação.

Foram identificados nas bases de dados LILACS e SCIELO 96 artigos desses 07 foram incluídos.

Em relação às publicações, observou-se que todos os artigos utilizaram a taxonomia NANDA-I como classificação de enfermagem para identificação dos diagnósticos de enfermagem. E a classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) para apresentar as Intervenções de Enfermagem realizadas para pacientes em sala de recuperação pós-anestésica.

Ao analisar a categoria dos autores dos artigos, identificou-se que todos eram enfermeiros.

Todos os artigos se tratavam de estudos originais com abordagem descritiva/qualitativa.

A seguir, o quadro 01 apresenta as bases de dados, descritores, quantidade de artigos encontrados conforme critérios de inclusão e exclusão.

**Quadro 01.** Representação da pesquisa

Bases de dados	Descritores	Nº de artigos encontrados	Incluídos	Excluídos
LILACS	Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem	20	01	19
	Sala de recuperação e Intervenções de enfermagem	15	01	14
	Diagnósticos de Enfermagem e intervenções de enfermagem	14	00	14

<b>SCIELO</b>	Intervenções de Enfermagem e Sala de Recuperação	<b>17</b>	<b>02</b>	<b>15</b>
	Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem	<b>12</b>	<b>02</b>	<b>10</b>
	Diagnósticos de Enfermagem e intervenções de enfermagem	<b>18</b>	<b>01</b>	<b>17</b>

Na base de dados LILACS utilizando os descritores, Enfermagem e Diagnósticos de enfermagem, foram encontrados 20 artigos, destes 14 foram excluídos por apresentarem publicações anteriores ao ano 2000, 04 por não apresentarem à temática em estudo e um (01) por não estar disponível no formato de texto na íntegra disponível *on line*. Nessa mesma base de dados utilizando-se como descritores de assunto: Sala de recuperação e intervenções de enfermagem foram encontrados 15 artigos, incluído um (01) artigo e excluídos 14 por não se tratar de estudos originais realizados em ambientes clínicos e sim revisão de literatura.

Ainda na base de dados LILACS utilizando como descritores de assunto Diagnósticos de Enfermagem e intervenções de enfermagem foram encontrados 14 artigos, sendo 14 excluídos por não se tratar de estudos originais realizados em ambientes clínicos, e sim de artigos de reflexão.

Na base de dados SCIELO utilizando os descritores de assunto Diagnósticos de enfermagem e Intervenções de enfermagem foram encontrados 18 artigos, sendo incluído 01 artigo e excluídos 08 por serem anteriores a 2000, e 09 por não se tratar de estudos originais realizados em ambientes clínicos e sim artigos de reflexão,.

Ainda na base de dados SCIELO utilizando-se os descritores de assunto Intervenções de Enfermagem e Sala de Recuperação, foram encontrados 17 artigos, sendo incluídos dois (02) artigos e excluídos 15 por não se tratar de estudos originais realizados em ambientes clínicos e sim artigos de reflexão.

Na mesma base de dados com os descritores de assunto Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem foram encontrados 12 artigos, incluídos dois (02) artigos e excluídos 08 por

serem anteriores ao ano 2000 e dois (02) por não se tratar de estudos originais realizados em ambientes clínicos, e sim de artigos de reflexão.

**Quadro 02.** Artigos selecionados

<b>Bases de Dados</b>	<b>N do código</b>	<b>Artigo</b>	<b>Ano</b>
<b>SCIELO</b>	<b>A1</b>	As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica.	<b>2009</b>
	<b>A2</b>	Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas	<b>2010</b>
	<b>A3</b>	Transplante hepático: intervenções de enfermagem no pós-operatório	<b>2010</b>
	<b>A4</b>	Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica.	<b>2013</b>
	<b>A5</b>	Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca	<b>2003</b>
<b>LILACS</b>	<b>A6</b>	A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório	<b>2013</b>
	<b>A7</b>	Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato	<b>2000</b>

**Quadro 03.** Autores e referencias dos artigos e formação acadêmica dos autores.

<b>Autores/referencias</b>	<b>Formação</b>
Popov DCS, Peniche ACG. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Revista Escola de Enfermagem USP. 2009	1. Mestre em Enfermagem; 2. Enfermeira Professora
Pivoto FL, Lunardi WDF, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. Acta Paul	1. Mestrando; 2. Mestre em Enfermagem;

Enferm 2010;23(5):665-70.	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Doutor em Enfermagem;</li> <li>4. Doutora em Enfermagem;</li> <li>5. Doutora em Enfermagem.</li> </ol>
Oliveira, L.F, Gonzaga, R.A.M, Giaretta, V.M.A, Sant'Anna, A.L.G.G. Transplante hepático: intervenções de enfermagem no pós-operatório. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e V Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior - Universidade do Vale do Paraíba, 2010.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pós Graduação em enfermagem;</li> <li>2. Enfermeiro Graduado;</li> <li>3. Acadêmico de Enfermagem;</li> <li>4. Acadêmico de Enfermagem.</li> </ol>
Moreira RAN, Barros LM, Rodrigues AB, Caetano JÁ. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Rene. 2013; 14(5):960-70.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermeira, Mestre em Enfermagem;</li> <li>2. Enfermeira, Mestranda;</li> <li>3. Enfermeira, Professora.</li> <li>4. Enfermeira, Professora.</li> </ol>
Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-am Enfermagem 2003 março-abril; 11(2):199-206.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mestre em Enfermagem, Professor Assistente;</li> <li>2. Professor Associado;</li> <li>3. Aluna do Curso de Especialização em Cardiologia.</li> </ol>
Soares AB, Silva AM, Silva GD, Siqueira ICGL, Pamponet J, Cruz MP, et al. A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório. São Paulo: Revista	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermeira Professora;</li> <li>2. Acadêmica do Curso de Enfermagem;</li> </ol>

Recien. 2013; 3(7): 11-18	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Acadêmica do Curso de Enfermagem;</li> <li>4. Acadêmica do Curso de Enfermagem;</li> <li>5. Acadêmica do Curso de Enfermagem.</li> </ol>
Rossi LA, Torрати FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de Enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. Rev.Esc. Enf. USP, v. 34, n. 2, p. 154-64, jun. 2000.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doutora em Enfermagem;</li> <li>2. Enfermeira;</li> <li>3. Enfermeira, Professora;</li> <li>4. Enfermeira;</li> <li>5. Enfermeira.</li> </ol>

A partir da análise dos dados identificou-se 45 Diagnósticos de Enfermagem (DE) para pacientes em SRPA, em pós-operatório imediato. Todos os DE foram da Classificação da NANDA-I, edições 1994 a 2015. Foram identificados DE em 07 domínios da NANDA-I, os quais foram: Domínio 2: Nutrição, Domínio 3: Eliminação e Troca, Domínio 4: Atividade e Repouso. Não se identificaram DE nos domínios: Domínio 1 Promoção da saúde; Domínio 6 Autopercepção; Domínio 7 Papéis e relacionamentos; Domínio 8 Sexualidade; Domínio 10 Princípios da vida; e Domínio 13 Crescimento/desenvolvimento. No entanto, os 06 DE mais frequentes estavam presentes nos domínios Domínio 4 Atividade/repouso e Domínio 11 Segurança/proteção; da Classificação da NANDA-I.

No Domínio 2: Nutrição foram identificados os diagnósticos: Volume de líquidos deficiente (00027); Risco para Déficit de Volume de Líquidos (00028); Volume excessivo de líquidos (00026); Volume de líquidos deficiente (00027); Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (00002); Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos (00025).

No Domínio 3: Eliminação e Troca foram identificados os DE Eliminação Urinária Prejudicada (00016); Troca de Gases Prejudicada (00030).

No Domínio 4: Atividade e Repouso, foram identificados os DE Débito Cardíaco Diminuído (00029); Déficit do autocuidado; Déficit no autocuidado para alimentação (00102); Déficit no autocuidado para banho (00108); Déficit no autocuidado para higiene

íntima (00110); Déficit no autocuidado para vestir-se (00109); Deambulação prejudicada (00088); Insônia (00095); Intolerância à atividade (00092); Mobilidade Física Prejudicada (00085); Padrão Respiratório Ineficaz (00032); Perfusão tissular periférica ineficaz (00204); Risco de perfusão renal ineficaz (00203); Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída (00200); Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228); Padrão de sono prejudicado (00198); Risco de Perfusão Renal Ineficaz (00203).

No Domínio 5: Percepção e cognição foram identificados os DE Comunicação Verbal Prejudicada (00051); Confusão aguda (00128).

No Domínio 11: segurança e proteção os DE identificados Ansiedade (00146); Medo (00148), os quais pertencem ao Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse. Desobstrução Ineficaz das Vias Áreas (00031); Hipotermia (00007); Integridade da Pele Prejudicada (00046); Integridade tissular prejudicada (00044); Mucosa oral prejudicada (00045); Risco para Infecção (00004); Risco de desequilíbrio da temperatura corporal (00005) Integridade da pele prejudicada (00046); Risco de sangramento (00206); Risco de trauma vascular (00213); Risco de quedas (00155); Risco para aspiração (00039); Risco de lesão por posicionamento perioperatório (00087); Risco de disfunção neurovascular periférica (00086),

Domínio 12: Conforto observou-se a presença dos DE Dor Aguda (00132) e Náuseas (00134).

Todos os diagnósticos encontrados foram da Classificação da NANDA-I (2012). Sendo que apenas um do livro edição 1994 e um da edição 2009-2011, são eles: Risco para injúria (NANDA, 1994) e Risco de síndrome do estresse por mudança (NANDA-I 2011).

A seguir, no quadro 04 apresentam-se os diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com sua presença nos artigos que compuseram o universo deste estudo.

**Quadro 04.** Relação dos diagnósticos de enfermagem encontrados nos artigos que compuseram o universo deste estudo.

Artigos	Diagnósticos
A1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Aguda;</li> <li>• Hipotermia;</li> <li>• Náuseas;</li> <li>• Risco de Sangramento;</li> </ul>
A2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco para Infecção;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade da Pele Prejudicada;</li> <li>• Mobilidade Física Prejudicada;</li> <li>• Insônia;</li> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Desobstrução Ineficaz das Vias Áreas;</li> <li>• Dor Aguda;</li> <li>• Troca de Gases Prejudicada;</li> <li>• Comunicação Verbal Prejudicada;</li> <li>• Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos;</li> <li>• Risco de desequilíbrio da temperatura Corporal;</li> <li>• Dor.</li> </ul>
<b>A3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troca de gases prejudicada;</li> <li>• Padrão respiratório ineficaz;</li> <li>• Perfusão tissular periférica ineficaz;</li> <li>• Perfusão tissular ineficaz renal;</li> <li>• Integridade da pele prejudicada;</li> <li>• Risco de Infecção;</li> <li>• Risco de desequilíbrio na temperatura corporal;</li> <li>• Mucosa oral prejudicada;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais;</li> <li>• Confusão aguda;</li> <li>• Volume excessivo de líquidos;</li> <li>• Volume de líquidos deficiente;</li> <li>• Padrão do sono perturbado;</li> <li>• Déficit do autocuidado;</li> <li>• Deambulação prejudicada;</li> <li>• Risco de síndrome do estresse por mudança;</li> <li>• Intolerância à atividade;</li> <li>• Conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante;</li> </ul>
<b>A4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débito Cardíaco Diminuído;</li> <li>• Padrão Respiratório Ineficaz;</li> <li>• Intolerância à Atividade;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída;</li> <li>• Risco de Perfusão Renal Ineficaz;</li> <li>• Perfusão Tissular Periférica Ineficaz.</li> </ul>
<b>A5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Risco para desequilíbrio no volume de líquidos;</li> <li>• Troca de gases prejudicada;</li> <li>• Risco para aspiração;</li> <li>• Integridade da pele prejudicada;</li> <li>• Risco para disfunção neurovascular periférica;</li> <li>• Risco para lesão perioperatória de posicionamento;</li> <li>• Risco de desequilíbrio da temperatura corporal;</li> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Hipotermia.</li> </ul>
<b>A6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Deambulação prejudicada;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Integridade da pele prejudicada;</li> <li>• Integridade tissular prejudicada;</li> <li>• Risco de lesão por posicionamento perioperatório;</li> <li>• Risco de disfunção neurovascular periférica;</li> <li>• Risco de quedas;</li> <li>• Risco de trauma vascular;</li> <li>• Risco de desequilíbrio na temperatura corporal;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Déficit no autocuidado;</li> <li>• Risco de sangramento.</li> </ul>
<b>A7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco para Injúria;</li> <li>• Risco para Infecção;</li> <li>• Risco para Aspiração;</li> <li>• Integridade da Tissular Prejudicada;</li> <li>• Mobilidade Física Prejudicada;</li> <li>• Hipotermia;</li> <li>• Dor;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrão Respiratório Ineficaz;</li> <li>• Risco para Alteração na Perfusão Tissular;</li> <li>• Integridade da Pele Prejudicada;</li> <li>• Débito Cardíaco Diminuído;</li> <li>• Medo;</li> <li>• Déficit de Volume de Líquidos;</li> <li>• Risco para Déficit de Volume de Líquidos;</li> <li>• Alteração na Eliminação Urinária</li> </ul>
--	---

Os domínios que mais apresentaram disfunções na amostra de artigos que compuseram o universo deste estudo estavam nos domínios D2: Nutrição, D4: Atividade e repouso e D11: Segurança e proteção.

**Quadro 05.** Diagnósticos de Enfermagem organizados conforme os Domínios da NANDA-I (2014).

<b>Domínios NANDA-I</b>	<b>Diagnósticos NANDA-I (código internacional)</b>
<b>Domínio 2: Nutrição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume de líquidos deficiente (00027)</li> <li>• Risco para Déficit de Volume de Líquidos (00028)</li> <li>• Volume excessivo de líquidos (00026)</li> <li>• Volume de líquidos deficiente (00027)</li> <li>• Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (00002)</li> <li>• Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos (00025)</li> </ul>
<b>Domínio3: Eliminação e troca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminação Urinária Prejudicada (00016)</li> <li>• Troca de Gases Prejudicada (00030)</li> </ul>
<b>Domínio 4: Atividade e Repouso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débito Cardíaco Diminuído (00029)</li> <li>• Déficit do autocuidado:</li> <li>• Déficit no autocuidado para alimentação (00102)</li> <li>• Déficit no autocuidado para banho (00108)</li> <li>• Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110)</li> <li>• Déficit no autocuidado para vestir-se (00109)</li> <li>• Deambulação prejudicada (00088)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insônia (00095)</li> <li>• Intolerância à atividade (00092)</li> <li>• Mobilidade Física Prejudicada (00085)</li> <li>• Padrão Respiratório Ineficaz (00032)</li> <li>• Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)</li> <li>• Risco de perfusão renal ineficaz (00203)</li> <li>• Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída (00200)</li> <li>• Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228)</li> <li>• Padrão de sono prejudicado (00198)</li> <li>• Risco de Perfusão Renal Ineficaz (00203)</li> </ul>
<b>Domínio 5: Percepção e cognição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação Verbal Prejudicada (00051)</li> <li>• Confusão aguda (00128)</li> <li>• Conhecimento deficiente (00126)</li> </ul>
<b>Domínio 9: Enfrentamento e tolerância ao estresse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade (00146)</li> <li>• Medo (00148)</li> </ul>
<b>Domínio 11: segurança e proteção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desobstrução Ineficaz das Vias Áreas (00031)</li> <li>• Hipotermia (00006)</li> <li>• Integridade da Pele Prejudicada (00046)</li> <li>• Integridade tissular prejudicada (00044)</li> <li>• Mucosa oral prejudicada (00045)</li> <li>• Risco para Infecção (00004)</li> <li>• Risco de desequilíbrio da temperatura corporal (00005)</li> <li>• Integridade da pele prejudicada (00046)</li> <li>• Risco de sangramento (00206)</li> <li>• Risco de trauma vascular (00213)</li> <li>• Risco de quedas (00155)</li> <li>• Risco para aspiração (00039)</li> <li>• Risco de lesão por posicionamento perioperatório (00087)</li> <li>• Risco de disfunção neurovascular periférica (00086)</li> </ul>
<b>Domínio 12: Conforto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Aguda (00132)</li> <li>• Náuseas (00134)</li> </ul>

As intervenções identificadas foram da Classificação de Intervenções de Enfermagem (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010). Estes resultados estão descritos no quadro a seguir.

**Quadro 06.** Intervenções de Enfermagem da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), 2010.

<b>Domínio NANDA-I</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Intervenções</b>
<b>D 11</b>	Risco de Infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar técnicas assépticas;</li> <li>• Verificar esterilidade de todos os itens manufaturados;</li> <li>• Avaliar sinais de infecção/sinais flogísticos (dor, calor, edema);</li> <li>• Examinar a pele quanto a lesões ou irritações, sinais de infecção;</li> <li>• Aplicar curativos estéreis;</li> <li>• Interpretação de dados laboratoriais;</li> <li>• Administrar/monitorar antibióticos e imunização como profilaxia, conforme prescrição médica;</li> <li>• Monitorar quanto à elevação da temperatura a cada 06 horas;</li> <li>• Observados quanto à permeabilidade, coloração da pele e temperatura.</li> </ul>
<b>D12</b>	Dor Aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os sinais vitais, observando taquicardia, hipertensão e aumento da respiração;</li> <li>• Controle da dor;</li> <li>• Controle da sedação e medicamentos;</li> <li>• Massagem simples;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento do paciente;</li> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica;</li> <li>• Avaliar a resposta da medicação ao alívio da dor;</li> </ul>
<b>D11</b>	Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a temperatura;</li> <li>• Controle de infecção;</li> <li>• Monitorização de sinais vitais;</li> <li>• Controle hídrico;</li> <li>• Controle do ambiente;</li> <li>• Tratamento da febre;</li> </ul>
<b>D4</b>	Padrão Repertório Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter as vias aéreas do paciente desobstruídas pela elevação da cabeceira;</li> <li>• Auscultar os sons respiratórios;</li> <li>• Observar frequência e a profundidade respiratórias, expansão do tórax, uso de músculos acessórios, retração ou dilatação das narinas, cor da pele;</li> <li>• Observar o fluxo de ar;</li> <li>• Monitorar os sinais vitais continuamente.</li> </ul>
<b>D4</b>	Débito Cardíaco Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a pressão arterial e a frequência cardíaca, comparando com os resultados pré-operatórios;</li> <li>• Avaliar a coloração e a umidade da pele;</li> <li>• Avaliar os pulsos periféricos e o tempo de enchimento capilar</li> <li>• Monitorizar/registrar arritmias cardíacas;</li> <li>• Realizar controle hídrico; Controle de líquidos/eletrólitos:</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar indicadores de sobrecarga/retenção hídrica;</li> <li>• Avaliar localização e extensão do edema;</li> <li>• Monitorar sódio para hiponatremia dilucional;</li> <li>• Controlar os sinais vitais. –</li> <li>• Monitorar presença de dispneia, ortopneia, taquipneia.</li> </ul>
<b>D4</b>	Déficit do autocuidado/Deambulação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência no autocuidado para banho, alimentação, higiene oral, vestir-se;</li> </ul>
<b>D4</b>	Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar atividades físicas;</li> <li>• Cuidado com o repouso no leito;</li> <li>• Colocar colchão piramidal ou outro apropriado;</li> <li>• Monitorar a condição da pele; Virar paciente, no mínimo, a cada duas horas;</li> <li>• Aplicar meias antiembólicas;</li> <li>• Verificar saturação de oxigênio;</li> </ul>
<b>D4</b>	Perfusão tissular ineficaz: renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar a hemorragia;</li> <li>• Monitorar sinais vitais, o estado mental e a eliminação urinária;</li> <li>• Posicionar para uma perfusão excelente;</li> <li>• Monitorar a oximetria de pulso;</li> <li>• Administrar: oxigênio e/ ou ventilação mecânica, líquidos intravenosos cristaloides e coloides conforme prescrição médica;</li> <li>• Monitorar função renal</li> </ul>
<b>D9</b>	Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar ao paciente detalhadamente</li> </ul>

		<p>as técnicas e procedimentos a serem feitos;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientá-lo quanto aos cuidados pós-operatório;</li><li>• Se necessário pedir que ele repita tais orientações;</li></ul>
<b>D5</b>	Confusão Aguda	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorização dos sinais vitais;</li><li>• Monitorização neurológica;</li><li>• Controle de alucinações;</li><li>• Controle de delírio;</li><li>• Controle da hipo e hiperglicemia;</li><li>• Controle do ambiente: segurança;</li><li>• Precauções contra convulsões;</li><li>• Prevenção de quedas;</li><li>• Controle ácido-básico.</li></ul>

## 7. DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos verificaram-se 45 Diagnósticos de Enfermagem (DE) para pacientes em SRPA, e 62 Intervenções de enfermagem. Os 45 DE identificados estão distribuídos nos domínios: Domínio 2: Nutrição; Domínio 3: Eliminação e troca; Domínio 4: Atividade e Repouso; Domínio 5: Percepção/cognição; Domínio 9: Enfrentamento e tolerância ao estresse; Domínio 11: segurança/proteção Domínio 12: Conforto da NANDA-I (2012). Esses domínios apontam disfunções presentes em pacientes em pós-operatório imediato. Todavia destacam-se nesta discussão os diagnósticos contidos nos domínios que mais apresentaram disfunções, os quais foram D2: Nutrição; Domínio; D4: Atividade e repouso e D11: Segurança e proteção. Para esses diagnósticos destacam-se também as intervenções de enfermagem identificadas de acordo com a classificação de intervenções de enfermagem (NIC) (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010).

Desse modo observa-se que alterações nesses padrões (domínios) levam às disfunções mais comuns para pacientes em pós-operatório imediato, sendo que apareceram em mais de um dos artigos selecionados para o universo deste estudo (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7). A faixa etária dos pacientes do universo deste estudo foi entre 18 e 80 anos (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7).

No domínio D4: Atividade e repouso, que tem como definição a produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos, esse domínio está relacionado ao sono e repouso, atividade e exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares, pulmonares e autocuidado; identificou-se a presença dos DE Padrão Respiratório Ineficaz, Débito Cardíaco Diminuído, Deambulação prejudicada, Perfusão tissular ineficaz Renal. Esses resultados são semelhantes aos do estudo conduzido por Ferreira et.al. (2016).

O DE Padrão Respiratório Ineficaz (A3, A4, A7) pode ser observado em pacientes que necessitam de utilização de tubo traqueal e caracteriza-se por alterações na profundidade respiratória, bradpnéia, dispneia, fase de expiração prolongada, pressão inspiratória e expiratória diminuída, taquipneia, uso da musculatura acessória para respirar, ventilação-minuto diminuída, relacionado à fadiga da musculatura respiratória, lesão neurológica, sedativos, obesidade e posição do corpo NANDA-I (2012). Situações estas também observadas na amostra de pacientes dos estudos incluídos nesta revisão (A3, A4, A7).

Para o DE Padrão Respiratório Ineficaz as intervenções de enfermagem mais relatadas nos artigos foram: Manter as vias aéreas do paciente desobstruídas pela elevação da cabeceira; Auscultar os sons respiratórios; Observar frequência e a profundidade respiratórias, expansão do tórax, uso de músculos acessórios, retração ou dilatação das narinas, cor da pele; Observar o fluxo de ar; Monitorar os sinais vitais continuamente (A3, A4, A7). Estas intervenções contribuem para atenção ao paciente em pós-operatório imediato. Estudos apontam que pacientes em pós-operatório imediato podem apresentar dificuldade de manter a respiração espontânea adequada devido à utilização de medicamentos anestésicos, sedativos e analgésicos (ATZINGEN et al, 2008 ). Desse modo intervenções que apontam para avaliação frequente dos sinais clínicos, condições respiratórias garantem a manutenção segura das vias aéreas e sistema respiratório, garantindo segurança ao paciente (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010; CASTRO, PENICHE, MENDOZA, COUTO, 2012).

O DE Débito Cardíaco Diminuído (A4, A7) caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas, como dispneia paroxística noturna, oligúria, perfusão periférica prolongada, pulsos periféricos diminuídos, variações nas leituras da pressão arterial (PA), edema, distensão de veia jugular, bradicardia, dispneia, taquicardia relacionado à contratilidade alterada, frequência cardíaca alterada, pré e/ou pós-carga alteradas e volume de ejeção alterada NANDA-I (2012). Este diagnóstico pode ser observado em pacientes com alterações do sistema cardíaco e cardiovascular, tais como insuficiência ventricular esquerda. A avaliação em pacientes com este deve ser cautelosa. As intervenções realizadas de forma a prevenir um dano e/ou prejuízo ao paciente, identificadas foram: Avaliar a pressão arterial e a frequência cardíaca, comparando com os resultados pré-operatórios; Avaliar os pulsos periféricos e o tempo de enchimento capilar; Monitorizar/registrar arritmias cardíacas; Realizar controle hídrico; Controle de líquidos/eletrolitos: Avaliar indicadores de sobrecarga/retenção hídrica; Avaliar localização e extensão do edema; Monitorar sódio para hiponatremia dilucional; Controlar os sinais vitais; Monitorar presença de dispneia, ortopneia, taquipneia (A4, A7). Outros estudos reiteram que a implementação dessas intervenções contribuem para a diminuição dos danos, auxiliando na melhora da recuperação do paciente (FELIX, SOARES, NÓBREGA, 2012).

O DE Deambulação prejudicada (A3, A6) pode ser identificado em pacientes que não podem ou não conseguem se movimentar e caracteriza-se pela capacidade prejudicada de andar em aplane, capacidade prejudicada de andar em declive, capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares, capacidade prejudicada de subir e descer calçadas, capacidade prejudicada de subir escadas e capacidade prejudicada para percorrer as distancia

necessárias NANDA-I (2012). Pacientes com este DE devem permanecer sob cuidado criterioso da equipe de enfermagem e receber auxílio em todas as atividades (GARBIN et al, 2009). Para este diagnóstico as intervenções relatadas foram: Assistência no autocuidado para banho, alimentação, higiene oral, vestir-se (A3, A6). Este diagnóstico ocorreu em pacientes em pós-operatório de cirurgias de transplante, cirurgias cardíacas, cirurgias ortopédicas, cirúrgicas bariátricas entre outras, que impossibilitaram o paciente de deambular. Essas intervenções buscam garantir auxílio ao paciente em suas necessidades e demandas de cuidado (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010). Desenvolver o autocuidado para os pacientes com dificuldade para deambular é fundamental para estabelecer a autonomia (OREM, 1991). Também contribui para ofertar segurança à pessoa e garantir a segurança durante em pós-operatório, bem como reduzir risco de quedas e traumas (GARBIN, 2009).

O DE Risco de perfusão Renal ineficaz (A3, A4) definido pela diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar, tendo como característica definidora principal registrada a elevação das taxas de uréia e creatinina sanguíneas, estava associado à alta incidência de HAS na maioria dos pacientes com este diagnóstico médico (BISCAI, MARQUES, 2010, BARROS, 2009). Na avaliação clínica o enfermeiro poderá observar também a presença de alterações clínicas tais como: edema, dor em extremidades, paresias, pulsos ausentes ou diminuídos, Também se relaciona à presença de diabetes melito e sedentarismo; podendo ainda ocorrer risco de redução na circulação sanguínea para os rins, que pode comprometer a saúde (OLIVEIRA, GONZAGA, GIARETTA, 2010).

As intervenções identificadas para DE risco de Perfusão renal ineficaz (A3, A4), foram relacionadas à necessidade de controlar a hemorragia; Monitorar sinais vitais, o estado mental e a eliminação urinária; Posicionar para uma perfusão excelente; Monitorar a oximetria de pulso; Administrar: oxigênio e/ ou ventilação mecânica, líquidos intravenosos cristaloides e coloides conforme prescrição médica; Monitorar função renal (A3, A4). Essas intervenções também estão apontadas em estudo conduzido por Oliveira (2007).

No domínio 11: Segurança e proteção que é definido como estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico, conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos NANDA-I (2012), os DE identificados foram diagnósticos de risco, sendo eles: Risco de Infecção e Risco de desequilíbrio da temperatura corporal. A presença desses DE para pacientes em pós-operatório em sala de recuperação aponta para presença e

atenção a lesão física, riscos ambientais, processos defensivos e termorregulação, conforme aponta a NANDA-I (2012).

O diagnóstico Risco de Infecção (A2, A3, A5, A6, A7) ocorre em situações relacionadas a procedimentos invasivos, da intervenção sendo uma resposta do hospedeiro após invasão de patógenos, NANDA-I (2012). Estudos relatam que a incidência desse diagnóstico é de 100% em pacientes em pós-operatório, destacando aqueles em pós-cirúrgicos cardíacos (PEREIRA, SOUZA, TIPPLE, PRADO, 2004). Assim a equipe de enfermagem deve ficar sempre atenta às técnicas assépticas no manuseio com pacientes com este DE.

As intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de Infecção identificado foram: Utilizar técnicas assépticas; Avaliar sinais de infecção/sinais flogísticos (dor, calor, edema); Examinar a pele quanto a lesões ou irritações, sinais de infecção; Monitorar quanto à elevação da temperatura a cada 06 horas. Essas intervenções são específicas e refletem a situação de vulnerabilidade vivenciada pelo paciente hospitalizado (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010; PIVOTO, 2010).

O DE Risco de desequilíbrio da temperatura corporal (A3, A5, A6), refere-se a situações que envolvem processos fisiológicos de regulação de calor e energia no corpo para protegê-lo NANDA-I (2012). Situação que se relaciona a uso de medicamentos que causam vasoconstrição, vasodilatação, desidratação, extremos de idade e peso, inatividade e sedação NANDA-I (2012). Pacientes em pós-operatório, em sala de recuperação tem risco de desequilíbrio na temperatura corporal secundária a uso de anestésico. O uso de anestésicos como tiopental halotano e enflurano contribui para a queda de temperatura corporal (POPOV e PENICHE, 2009). Estudos mostraram que dentre as complicações que podem acometer pacientes em pós-operatório imediato a hipotermia é uma das que mais ocorrem, podendo ser reflexo da combinação de anestésicos com exposição ao ambiente cirúrgico que é frio, vasoconstrição e tremores (MIYAMOTO, CUNHA, 2003; POPOV, PENICHE, 2009).

Assim, para os pacientes que apresentam o DE Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, as intervenções identificadas visaram à manutenção da estabilização hemodinâmica, sendo que as que as citadas nos estudos foram: Monitorar a temperatura; Controle de infecção; Controle do ambiente; Tratamento da febre (A3, A6).

No domínio 12: Conforto que está definido como sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social, com a classificação conforto físico Conforto ambiental Conforto social e desenvolvimento, foram identificados em nosso estudo o DE Dor aguda (A1, A2, A3, A6).

O DE Dor Aguda é conceituado como experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos desse dano NANDA-I (2012). Desse modo a dor constitui-se em uma experiência subjetiva, porém pode ser relatada e descrita, bem como pode causar alterações comportamentais como mudanças comportamento de expressão e de proteção; e alterações fisiológicas que podem ser observadas, como alterações nos sinais vitais, na pressão arterial, mudanças na frequência respiratória na frequência cardíaca (CARVALHO, RESENDE, 2013; NANDA, 2013). Estudos destacam que dor é um diagnóstico comum no pós-operatório imediato e pode resultar da incisão e da manipulação de tecidos e órgãos (ROSSI et.al, 2000). Essas autoras destacam ainda que este diagnóstico é frequente em pós-operatório imediato, em especial em pacientes que realizaram cirurgias de grande porte tais cirurgia vascular, cirurgia geral e neurocirurgia (ROSSI et.al, 2000). Situações estas também apontadas no universo de estudos desta pesquisa.

Destaca-se ainda que em pacientes com dor no pós-operatório ocorra a redução da movimentação, estes evita respiração profunda, e o sono poder ser interrompido, provocando desgaste físico e menor motivação para o tratamento (BORGES et.al, 2006). Desse modo a identificação de intervenções de enfermagem adequadas é fundamental para subsidiar assistência de enfermagem qualificada (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010).

Nesse sentido as intervenções identificadas para o DE Dor aguda estão relacionadas a identificação da presença de dor, alívio e a manutenção do alívio da dor, as quais foram: Avaliar os sinais vitais, Observar taquicardia, Observar hipertensão e aumento da respiração; Controle da dor; Controle da sedação e medicamentos; Administrar analgésicos conforme prescrição médica; Avaliar a resposta da medicação ao alívio da dor (A1, A2, A3, A6, A7). Estudos apontam que o controle da dor deve ser realizado como estratégia clínica para prevenção de complicações e para assegurar o tratamento global do paciente em pós-operatório (TEIXEIRA, 2003; BORGES, 2006).

Autores destacam ainda que para pacientes que referem dor no pós-operatório imediato é importante não atribuir a dor unicamente à incisão, mas tentar identificar as possíveis causas de dor (ROSSI et.al., 2000). Desse modo as intervenções com foco na avaliação clínica (Avaliar os sinais vitais, Observar taquicardia, Observar hipertensão e aumento da respiração) são fundamentais para subsidiar este acompanhamento.

As intervenções Administrar analgésicos conforme prescrição médica e Avaliar a resposta da medicação ao alívio da dor exigem atenção da equipe de enfermagem. Embora a

escolha da droga, da via a ser administrada, e da dose cabe ao médico anestesiológico prescrever, é de responsabilidade absoluta de a enfermagem administrar, observar e monitorar/avaliar a resposta do paciente para identificar rapidamente qualquer intercorrências, tais como prurido, depressão respiratória, retenção urinária, diminuição da motilidade gástrica e hipotensão) que possa ocorrer (DOCHETERMAN, BULECHEK, 2010; PALOMBO, MEDEIROS, 2001).

Para os domínios D1: Promoção da Saúde, D6: Autopercepção, D7: Papéis e relacionamentos, D8: Sexualidade, D10: Princípios da vida, D13: Crescimento e desenvolvimento não foram identificados DE. A ausência dos DE nestes domínios pode indicar ausência de disfunções para os pacientes que compuseram a amostra de pacientes de cada estudo clínico, os quais compuseram o universo deste estudo. Observa-se também que os D1: Promoção da Saúde, D6: Autopercepção, D7: Papéis e relacionamentos, D10: Princípios da vida, D13: Crescimento apontam demandas de cuidado que não se relacionam diretamente a necessidades de cuidado específicas para pacientes em pós-operatório. Todavia sugere-se que novos estudos sejam conduzidos para confirmação destes achados.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificaram-se 45 Diagnósticos de Enfermagem (DE) para pacientes em SRPA, e 62 Intervenções de enfermagem. Os 45 DE identificados estão distribuídos nos domínios: Domínio 2: Nutrição; Domínio 3: Eliminação e troca; Domínio 4 : Atividade e Repouso; Domínio 5: Percepção/cognição; Domínio 9: Enfrentamento e tolerância ao estresse; Domínio 11: segurança/proteção Domínio 12: Conforto da NANDA-I (2012). Dos DE que mais apareceram nos artigos que compuseram o universo deste estudo estavam foram domínios D4: Atividade e repouso, D11: Segurança e proteção e no domínio D12 Conforto NANDA-I (2012).

Considerando os DE que mais apareceram no universo de artigos deste estudo, as principais intervenções identificadas para DE refletem demandas de cuidados específicas as situações clínicas vivenciadas pelos pacientes em pós-operatório.

Conhecer os DE para pacientes em ambientes clínicos específicos, tais como em sala de recuperação pós-anestésica e suas demandas de cuidado permitem a enfermagem proporcionar uma assistência baseada em evidências, com base no raciocínio clínico. Contribui para padronização de ações de enfermagem dentro de uma instituição, facilitando a atuação da equipe de enfermagem de forma integrada. Constitui-se em estratégia para oferta de cuidado individualizado e especializado, proporcionando um tratamento adequado e seguro aos usuários.

Destaca-se que no Brasil a escassez de estudos relacionados à temática específica Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem para pacientes em pós-operatório imediato em sala de recuperação pós-anestésica.

Contudo destaca-se ainda que os DE são pontes de ligação entre dados clínicos coletados e as intervenções de enfermagem, pois direcionam o atendimento de enfermagem. Desse modo a identificação dos DE e intervenções de enfermagem para pacientes com demandas específicas de cuidado contribui para qualificar a avaliação clínica realizada pela equipe de enfermagem, para subsidiar implementação de ações em educação permanente nas instituições de saúde, bem como para o ensino de enfermagem.

## 9. REFERENCIAS

ARAUJO IEM. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador, relato de experiência. São Paula: **Acta Paul** Enf 1996; 9: 18-25. (Acesso em 22/10/2015)

ATZINGEN1, MDV; SCHMIDT, DRC; NONINO ELEINE APM. Elaborado e aplicado de um instrumento de avalia<sup>o</sup> no ps-operatrio imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Suport. **Acta Paul Enferm** 2008; 21 (4): 616-23.

BARROS, ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm** 2009; 22 (Especial - 70 Anos): 864-7.

BISCAI, MM; MARQUES IR. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 435-9.

BORGES, JBC; FERREIRA, DLMP; CARVALHO, SMR; MARTINS, AS; ANDRADE, RR; SILVA, MAM. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc** v.21 n.4 São José do Rio Preto out./dez. 2006

BULECHEK, GM; McCLOSKEY, JC. **Nursing interventions: treatments for nursing diagnoses**. Philadelphia: Saunders, 1985.

BRASIL, 2002. RESOLUÇÃO - RDC Nº. 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002. **Legislação em Vigilância Sanitária**. <http://portal.anvisa.gov.br/> (acesso em 07/11/2015).

BRASIL, 2009. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - **SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.(acesso em 15/11/2015)

BRASIL, 2012. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> [conselho.saude.gov.br](http://conselho.saude.gov.br) (acesso em 12/11/2015)

CASTRO1, FSF; PENICHE, AC; MENDOZA, GIYQ3; COUTO AT. Temperatura corporal, Índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(4):872-6 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) (acesso em 16/06/2016)

CARVALHO, EC; BACHION, MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]

2009; 11(3): 466ISSN1518-1944. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm> (acesso em 04/10/2015).

CHAVES, LD. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**, 1º Ed. Empório do Livro: São Paulo, 2009

POPOV, DCS; PENICHE ACG. **As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica**. Rev. esc. Enferm. USP vol.43 no.4 São Paulo Dec. 2009 <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400030>

FERREIRA, AM. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para avaliação clínica de pacientes em terapia intensiva / Anali Martegani Ferreira**. – São Paulo, 2015. xv, 125f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

FELIX, LG, SOARES MJGO, NÓBREGA MML. **Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica**. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 83-91.

FONSECA, RMP, PENICHE, ACG. **Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória**. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):428-33.

GARCIA, T.R; NÓBREGA M.M.L. **Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 188-193. (acesso em 27/11/2015)

GIL, A C.; **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 4º Ed. Atlas SA: São Paulo, 2008.

GORDON, M., **Manual of nursing diagnoses**, 12th edition. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury- Canada, 2010.

GUIMARAES, HCQCP; BARROS, ALBL. **Classificação das intervenções de enfermagem**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2001, vol.35, n.2, pp. 130-134. ISSN 1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200006> (acesso em 04/11/2015).

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KIRCHHOF, ALC. **O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas**. Rev. bras. enferm. [online]. 2003, vol.56, n.6, pp. 669-673. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000600016> (acesso em 04/11/2015).

MINAYO, CS. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 11º Ed. Hucitec: São Paulo, 2008.

MIYAMOTO ACJ, CUNHA ICKO. Hipotermia na sala de recuperação anestésica. *Rev Enferm UNISA* 2003; 4: 17-20

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-64. 2008.

MURTA, GF. Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem. 3 ed. vol 3. São Caetano do Sul : Difusão Editora, 2007. p.253-266

NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 20122014/NANDA International**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KLETEMBERG, DF et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 26-32. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100005>.

OCHOA-VIGO, K; PACE, AE; ROSSI, LA ; HAYASHIDA, M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2001, vol.35, n.4, pp. 390-398. ISSN 1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000400012>

OLIVEIRA FILHO, GR. Rotinas de cuidados pós-anestésicos de anesthesiologistas brasileiros. *Rev. Bras. Anesthesiol.* [online]. 2003, vol.53, n.4, pp. 518-534. ISSN 1806-907X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942003000400012>.

PALOMBO PAV, MEDEIROS VCC. Controle da dor aguda no pós-operatório imediato. *Rev Enferm UNISA* 2001; 2: 57-61

PIVOTO FL, LUNARDI FILHO WD, SANTOS SSC, ALMEIDA MA, SILVEIRA RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paulista de Enfermagem*; 2010; 23(5):665-70.

ROCHA LA, MAIA TF, SILVA LF. Diagnósticos de enfermeria em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm* 2006 maio-jun; 59(3):321-6.

ROSSI, L. A. et al. Diagnósticos de Enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 154-64, jun. 2000.

ROZA, BA; DUARTE, MMF; LUZ, RM; MENDES, KDS; LIMA, ÂA - **Assistência de Enfermagem ao paciente submetido ao Transplante Cardíaco. Protocolo de cuidados de enfermagem em Transplante de Órgãos** – ABTO/2008. [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Biblioteca\\_Teses/Textos/Assistencia\\_de\\_Enfermagem\\_ao\\_pte\\_Transpl\\_Cardiaco.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Biblioteca_Teses/Textos/Assistencia_de_Enfermagem_ao_pte_Transpl_Cardiaco.pdf) (acesso em 07 de outubro de 2015).

SAMPAIO, RS,et. al. A classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n.1, p 120-6. 2011. Acesso em 30 de outubro de 2015

SOUZA, PS; FERREIRA, BE; CROTI DLM., ULISSES, A. **A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas**. Arq Ciênc Saúde 2008 out/dez;15(4):163-9

SOUZA LC, AZEVEDO RCS. **A implantação e implementação da SAE na unidade intensiva e semi-intensiva de um hospital público**. São Paulo: 2012. Disponível em: <http://enfermagemestrategicaeparticipativa.blogspot.com.br/p/implantacao-e-implementacao-da-sae-na> . Acesso em 28 de outubro de 2015

TEIXEIRA MJ, VALVERDE Filho J. Dor aguda. In: Teixeira MJ, ed. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p. 241-69

VIERA, C.S; ROSSI, L. Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. Acesso em 10 de novembro de 2015

## APÊNDICE A

Artigo 1	(A1)
Título	As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica.
Formação Acadêmica dos Autores	1. Mestre em Enfermagem; 2. Enfermeira Professora.
Periódico	Revista Escola de Enfermagem USP.
Local de realização do estudo	Instituição Hospitalar no município de São Paulo.
Objetivo	Caracterizar os pacientes em SRPA segundo sexo, idade, classificação de risco anestésico, tipo de cirurgia e anestesia, tempo de permanência na unidade. Identificar quais complicações mais frequentes no período de recuperação pós-anestésica. Relacionar as intervenções de enfermagem realizadas e o esquema da jornada de trabalho dos enfermeiros da SRPA às complicações.
Método	Estudo exploratório, retrospectivo, descritivo com abordagem qualitativa.
Característica de Amostra	Os dados foram coletados das anotações de enfermagem, contidas no instrumento de registro validado e utilizado na SRPA desta instituição. Os dados mostraram que a maioria (222) dos indivíduos era do sexo masculino (55,4%), com média de idade de 53,3 anos.
Resultados	Verificou-se maior incidência de pacientes do sexo masculino e a comorbidade mais frequente e a HAS. Na SRPA, outros fatores contribuem para que se estabeleça o aumento da pressão arterial (PA), que não necessariamente ligados a HAS de base, com a dor, o medo de realizar inspirações profundas, curativos oclusivos e a associação de fármacos. A incidência de complicações na SRPA esta relacionada às condições clínicas pré-operatória, a extensão e tipo de cirurgia, as complicações cirúrgicas ou anestésicas. As complicações mais prevalentes na SRPA foram: Dor, náuseas e vômito, agitação e sangramento. O estudo apresentou limitação a partir do momento em que tiveram um único referencial de coleta de dados, e por se tratar de um estudo retrospectivo, também tínhamos o risco de encontrar dados incompletos e dificuldades na descrição das intervenções de enfermagem, comprovando que a equipe de enfermagem ainda tem limitações quanto ao registro, demonstrando um grande desafio pela frente no registro adequado, e sistematizado em SRPA.

Artigo 2	(A2)
Título	Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas.
Formação Acadêmica dos Autores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mestrando;</li> <li>2. Mestre em Enfermagem;</li> <li>3. Doutor em Enfermagem;</li> <li>4. Doutora em Enfermagem;</li> <li>5. Doutora em Educação;</li> <li>6. Doutora em Enfermagem.</li> </ol>
Periódico	ACTA Paul Enfermagem.
Local de realização do estudo	Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica (UTI-UPO) do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni, pertencente ao complexo da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), Rio Grande do Sul, Brasil.
Objetivo	Identificar diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, visando à futura implementação do processo de enfermagem na unidade de estudo.
Método	Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado na pesquisa convergente assistencial.
Característica de Amostra	11 homens, e as idades situaram-se entre 43 e 78 anos, sendo um paciente com idade compreendida entre 41 e 50 anos, quatro entre 51 e 60 anos, oito entre 61 e 70 anos e sete entre 71 e 80 anos.
Resultados	Os procedimentos cirúrgicos a que foram submetidos incluíram: revascularização do miocárdio em 16 dos pacientes, sendo duas destas acrescidas de endarterectomia da carótida direita; implante de prótese mitral em dois pacientes, sendo uma destas acrescida de atrioseptoplastia; implante de prótese aórtica metálica em um paciente; plastia da válvula mitral em um paciente; e um paciente foi submetido à mediastinotomia por complicação pós-operatória. No que se referem à evolução pós-operatória desses pacientes, na unidade, um foi a óbito, no 1º dia de pós-operatório. Quanto à situação de alta da UTI-UPO: três pacientes receberam alta no 2º dia de pós-operatório, dez pacientes, no 3º dia, quatro pacientes, no 4º dia e dois pacientes, no 5º dia de pós-operatório. Os dados relevantes levantados na pesquisa documental permitiram traçar um perfil de necessidades afetadas manifestas em pacientes pós-cirúrgicos cardíacos e o estabelecimento de 15 diagnósticos de enfermagem para pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, segundo a classificação da Taxonomia II da NANDAI (2013). Do total de diagnósticos estabelecidos, 12 foram classificados como reais, as saber: Troca de Gases Prejudicada; Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas; Comunicação Verbal Prejudicada; Mobilidade no Leito Prejudicada; Integridade da Pele Prejudicada; Hipotermia; Hipertermia; Débito Cardíaco Diminuído; Perfusão Tissular Renal Ineficaz; Dor Aguda; Insônia; Ansiedade, para os quais foram estabelecidas

	características definidoras e fatores relacionados e os outros três: Risco de Infecção; Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos; Risco de Glicemia Instável, como diagnósticos de risco e estabelecidos os respectivos fatores de risco.
--	---

Artigo 3	(A3)
Título	Transplante hepático: intervenções de enfermagem no pós-operatório.
Formação Acadêmica dos Autores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pós Graduação em enfermagem;</li> <li>2. Enfermeiro Graduado;</li> <li>3. Acadêmico de Enfermagem;</li> <li>4. Acadêmico de Enfermagem.</li> </ol>
Periódico	XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e V Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior - Universidade do Vale do Paraíba.
Local de realização do estudo	A pesquisa foi realizada na Biblioteca Central da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP).
Objetivo	Levantar os principais problemas e diagnósticos de enfermagem e propor intervenções de enfermagem aos pacientes no período pós-operatório de transplante hepático.
Método	A pesquisa foi realizada na Biblioteca Central da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), na sala de informática, para o acesso dos bancos de dados eletrônicas da Medical literature and retrieval system on line (Medline), por intermédio da produção científica desenvolvida na área da saúde da América Latina e Caribe (Pubmed, Lilacs), por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram incluídos artigos de revistas da Biblioteca Central da UNIVAP e livros do acervo pessoal. Os DeCS utilizados foram: Transplante hepático transplante de fígado, diagnósticos de enfermagem, cuidados de enfermagem e Pós-Operatório. Incluiu artigos publicados entre 1997 e 2010, e excluí aqueles que abordavam as doenças indicativas para o transplante.
Característica de Amostra	A pesquisa buscou visualizar os problemas de maior incidência, diagnósticos e intervenções de enfermagem específicas para o pós-operatório de TH, baseado nos artigos pesquisados para o desenvolvimento desse trabalho, bem como o conhecimento dessas autoras da sistematização da assistência de enfermagem baseado no NANDA e NIC.
Resultados	Para o paciente transplantado ter uma boa recuperação e adaptação no pós-operatório, o enfermeiro desempenha funções desde o período pré-operatório, que consistem na avaliação física, emocional e social do paciente receptor, para enfrentar as fases seguintes. No intra-operatório, a assistência é direcionada para o procedimento anestésico-cirúrgico, onde

	<p>procedimentos de grande complexidade e riscos acontecem. A prevenção de lesões na pele e/ou articulações, utilizando posicionamento cirúrgico adequado e recursos de proteção das estruturas anatômicas, do desequilíbrio metabólico através do controle hídrico, da temperatura ambiente e com a adesão as escalas avaliativas. (Salviano, 2007; Sasso et al,2003; Carvalho et al, 2007). Ao término do transplante, o paciente é encaminhado à unidade de terapia intensiva (UTI), na qual deverá permanecer por pelo menos uma semana, para que as funções cardiovascular, pulmonar, renal, neurológica e metabólica sejam monitoradas continuamente (Sasso, et al. 2003; Carvalho, 2007; Smeltzer, et al, 2005). É muito importante, na admissão neste setor, uma história detalhada do pré e transoperatório principalmente das intercorrências assim como das drogas utilizadas, da reposição volêmica, das alterações metabólicas e de coagulação e, por fim, uma descrição dos tempos cirúrgicos com detalhes (Rocha, et al. 2000). Após a estabilização hemodinâmica, ventilatória e a constatação do sucesso do enxerto, o paciente é transferido para uma unidade de internação de transplantados. Ao ser encaminhado para esta unidade o cliente fica em torno de duas semanas. Neste período, ainda deve-se realizar uma rigorosa busca por sinais e sintomas de possíveis infecções e a monitorização da função hepática, renal e hematológica, (Salviano, 2007).</p> <p>Apesar do papel do enfermeiro ser crucial para a recuperação do paciente que se submete ao transplante e existirem muitos artigos relacionados ao TH, não foram encontrados artigos sobre intervenções de enfermagem. Portanto, para a realização deste trabalho foi utilizado como base os diagnósticos de enfermagem levantados por Salviano (2007), e acrescidas a eles as principais intervenções de enfermagem baseadas no NIC, com o intuito de auxiliar na elaboração de protocolos de enfermagem para pacientes de Transplante Hepático.</p>
--	--

Artigo 4	(A4)
Titulo	Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica.
Formação Acadêmica dos Autores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermeira, Mestre em Enfermagem;</li> <li>2. Enfermeira, Mestranda;</li> <li>3. Enfermeira, Professora.</li> </ol>
Periódico	Revistada Rede de Enfermagem do nordeste.
Local de realização do estudo	Hospital do município de Fortaleza-CE.
Objetivo	Identificar os diagnósticos de enfermagem da classe respostas cardiovasculares/pulmonares pertencentes ao domínio atividade/repouso, segundo a taxonomia II da NANDA-I em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica e

	propor as intervenções e os resultados de enfermagem de acordo com a Nursing Interventions Classification e a Nursing Outcomes Classification.
Método	Trata-se de pesquisa descritiva, do tipo transversal.
Característica de Amostra	62 pacientes que tinham diagnóstico médico de obesidade mórbida ou diagnóstico de obesidade e uma ou mais comorbidades associadas, de ambos os sexos, que estavam vivenciando o pós-operatório imediato.
Resultados	<p>Num primeiro momento, apresentam-se os dados resultantes do perfil dos pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica internados na enfermaria do hospital campo de investigação. Houve predomínio do sexo feminino (84,8%) com idade média neste grupo de <math>35,3 \pm 10,2</math>, enquanto que entre os homens foi de <math>30,9 \pm 8,4</math>. As características observadas não diferem proporcionalmente com relação ao sexo (valor de <math>p &gt; 0,05</math>). As mulheres eram um pouco mais velhas, quando comparadas aos homens: 33 (64%) tinham idade inferior a 36 anos, e 18 (36%) tinham 36 anos e mais, enquanto que, dos homens, seis (66,6%) com idade inferior a 36 anos e três (33,3%) tinham 36 anos e mais, não sendo estatisticamente significante. Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), observou-se que a média dos homens (<math>51,2 \pm 9</math>) foi igual à das mulheres (<math>46,4 \pm 5,8</math>) (<math>p = 0,092</math>). Esse resultado se confirma quando se avalia o diagnóstico, onde 100% dos homens apresentaram o diagnóstico de obesidade mórbida e, entre as mulheres, foram 48 (96%). A prevalência de Diabetes Melito entre as mulheres foi de 20% (10), e de 11,1% (1) entre os homens. A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica entre as mulheres foi de 56% (28) e, entre os homens, de 44,4% (22). A videolaparoscopia foi a técnica cirúrgica mais adotada entre as mulheres com 48 (96%), enquanto que, entre os homens, com oito (88,9%). Nesse estudo, foram identificados 13 diagnósticos de enfermagem da classe respostas cardiovasculares/pulmonares em pós-operatório de cirurgia bariátrica, sendo seis reais e sete de risco. A frequência dos diagnósticos reais foi: Perfusão Tissular Periférica Ineficaz (78%), Débito Cardíaco Diminuído (76,3%), Intolerância a Atividade (74,6%), Ventilação Espontânea Prejudicada (66,1%), Padrão Respiratório Ineficaz (47,5%) e Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório (44,1%). Já para os diagnósticos de risco, as frequências foram: Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída (86,4%), Risco de Perfusão Renal Ineficaz (72,9%), Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz (52,5%), Risco de Intolerância à Atividade (45,8%), Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz (30,5%) e Risco de Sangramento (3,3%). Os diagnósticos de enfermagem desses pacientes que obtiveram porcentagem acima de 70% são apresentados no quadro 1, 2 e 3, concomitantes aos resultados esperados e intervenções de enfermagem identificadas entre os 59 casos estudados. Enquanto que os diagnósticos de risco estão nos quadros 4 e 5. Ao fazer a ligação entre os diagnósticos de enfermagem e a</p>

	classificação das intervenções de enfermagem e dos resultados, percebeu-se que algumas intervenções se repetem, isto é, os diagnósticos estão interligados e, portanto, as intervenções também aparecem interligadas. Deve-se salientar que as ligações são apenas guias, pois a enfermeira avalia a situação do doente, tanto para ajustar as intervenções aos diagnósticos como os resultados, a fim de adaptá-los à realidade de cada paciente.
--	--

Artigo 5	(A5)
Título	Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca.
Formação Acadêmica dos Autores	1. Mestre em Enfermagem, Professor Assistente; 2. Professor Associado; 3. Aluna do Curso de Especialização em Cardiologia.
Periódico	Revista Latino-am Enfermagem.
Local de realização do estudo	Unidade de internação cirúrgica e unidade de internação clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
Objetivo	Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca.
Método	Este estudo constitui parte de uma pesquisa intitulada Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
Característica de Amostra	17 pacientes adultos, independente do sexo, que se encontravam no período transoperatório de cirurgia cardíaca.
Resultados	Pode-se observar também que apenas um paciente não apresentou risco para temperatura corporal alterada (94,1%), por apresentar hipotermia (5,9%). O diagnóstico risco para temperatura corporal alterada foi elaborado mediante a apresentação dos fatores de risco indicados na Tabela 4 e da oscilação dos valores da temperatura corporal, porém o paciente em que foi identificada a categoria diagnóstica hipotermia apresentou, além dos fatores comuns aos outros pacientes (como exposição a ambientes frios, inatividade e outros), temperatura corporal abaixo dos níveis considerados normais durante todo o período transoperatório. A categoria diagnóstica Ansiedade foi identificada em sete pacientes (41,2%) que relataram tal sentimento, ainda na recepção do centro cirúrgico. Ressaltamos que esses pacientes foram avaliados antes da administração de medicamentos pré-anestésicos. Isso não ocorreu com o restante do grupo, prejudicando a identificação dessa categoria diagnóstica nos demais. Para as categorias risco para infecção e risco para aspiração, foram identificados, para cada uma, quatro fatores relacionados com frequência igual a 100%. A categoria

	<p>diagnóstica de risco para temperatura corporal alterada apresentou, como principais fatores de risco, trauma afetando a regulação da temperatura (cirurgia e CEC), vestimentas inadequadas para temperatura ambiental, inatividade, sedação e exposição a ambiente frio (sala cirúrgica), identificados em 94,1% dos pacientes. Para o estabelecimento da categoria diagnóstica risco para desequilíbrio no volume de líquidos foi agrupados dados relativos ao volume hídrico infundido durante a cirurgia, ao volume de diurese, as perdas sensíveis e insensíveis e aos procedimentos inerentes à cirurgia como, por exemplo, a CEC. Esses dados, associados à definição do diagnóstico, ajudaram-nos a diferenciá-los de outros diagnósticos similares, pois os fatores de risco para esse diagnóstico ainda não foram determinados pela NANDA. Portanto, apontamos para essa categoria os fatores de risco: fatores que interferem nas necessidades de líquidos e situações em que ocorram perdas de líquidos corporais ou ganho de líquidos, ou ambos (como ocorrem em cirurgia ou em outros procedimentos invasivos maiores); identificados em todos os pacientes avaliados. O risco para lesão perioperatória de posicionamento apresentou como fatores de risco a imobilização (durante ato cirúrgico) e os distúrbios sensoriais/perceptivos devidos à anestesia, identificados em todos os pacientes. A obesidade também é fator de risco para esse diagnóstico, no entanto foi identificada com menor frequência (41,2%).</p>
--	--

Artigo 6	(A6)
Título	A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório.
Formação Acadêmica dos Autores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermeira Professora;</li> <li>2. Acadêmica do Curso de Enfermagem;</li> <li>3. Acadêmica do Curso de Enfermagem;</li> <li>4. Acadêmica do Curso de Enfermagem;</li> <li>5. Acadêmica do Curso de Enfermagem.</li> </ol>
Periódico	Revista Científica de Enfermagem
Local de realização do estudo	Não especifica no estudo.
Objetivo	Destacar os cuidados de enfermagem específicos direcionados ao paciente submetido à Artroplastia Total de Quadril (ATQ), enfatizando os cuidados no pós-operatório, as complicações cirúrgicas, prescrição de enfermagem e orientação para alta, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).
Método	Esta pesquisa caracteriza-se como de natureza descritiva, retrospectiva e de revisão bibliográfica.
Característica de Amostra	Pacientes submetidos à cirurgia: Artroplastia Total de Quadril.

Resultados	<p>O pós-operatório imediato abrange desde a alta do paciente da sala de operação até a saída da sala de recuperação pós-anestésica. O enfermeiro deve observar esses pacientes continuamente, elaborando a prescrição e evolução de enfermagem, onde estão inclusos: nome da cirurgia, prótese utilizada, anestesia recebida, nível de consciência, infusões venosas, aspecto do curativo, perfusão periférica, expansibilidade torácica, presença de cateteres, sondas e drenos. A prescrição de enfermagem é feita para a fase de recuperação, e é elaborada de acordo com os problemas abordados na evolução de enfermagem. Na sala de recuperação anestésica a equipe de enfermagem presta cuidados intensivos e semi-intensivos voltados para a recuperação da consciência, da estabilidade dos sinais vitais, da motilidade e da homeostase. Para avaliação do estado fisiológico dos pacientes, tem se utilizado o índice de Aldrete-Kroulik. Este índice baseia se na avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular. Cada resposta, referente a cada item, recebe uma pontuação que varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada item, somam-se os pontos, obtendo-se um escore total, que subsidiará o julgamento de alta ou não do paciente da SRPA. Assim a máxima pontuação no índice é de 10 pontos e considera-se que o paciente está apto a receber alta da SRPA quando atingir pontuação igual ou superior a 8 (oito)<sup>10</sup>. As principais complicações que podem ocorrer na SRPA são náuseas e vômitos, alteração do nível de consciência, hipoxemia, hipotensão, hipertensão e arritmias cardíacas, sendo necessária a observação constante dos parâmetros vitais e dos aparelhos conectados ao paciente, como ventilador, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, termômetro etc<sup>11</sup>. Todos os dados relativos à admissão e condições do paciente, devem ser anotados na ficha da SRPA, que deve ser específica para a enfermagem, sendo importante descrever na evolução de enfermagem o estado do paciente desde a sua admissão até sua alta.</p> <p>Principais Cuidados no Pós Operatório Imediato De acordo com o Protocolo Gerenciado Artroplastia Total do Quadril – HIAE1, a partir do pós-operatório mediato, a enfermeira deve instruir, incentivar e ajudar o paciente nas mudanças de decúbito. Para sentar o paciente deve-se usar cadeira rígida com membros inferiores em abdução, adequada para a altura. É importante, nesse período, estimular a mobilização precoce como flexão e extensão dos pés e exercícios respiratórios (inspiração profunda e expiração prolongada) e atentar para sinais de encurtamento do membro afetado, rotação inadequada e incapacidade de movimentar a extremidade e limitar a elevação da cabeceira da cama até 45° a fim de evitar a flexão aguda do quadril. A deambulação se inicia com o andador, após autorização médica e sempre com a presença de fisioterapeuta.</p>
------------	---

Artigo 7	(A7)
Título	Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato.
Formação Acadêmica dos Autores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doutora em Enfermagem;</li> <li>2. Enfermeira;</li> <li>3. Enfermeira, Professora;</li> <li>4. Enfermeira;</li> <li>5. Enfermeira.</li> </ol>
Periódico	Rev. Esc. Enf. USP
Local de realização do estudo	Centro de Recuperação Pós-anestésica (CR) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP-US
Objetivo	Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de pacientes em pós-operatório imediato.
Método	Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, foi elaborada uma ficha de avaliação pós-anestésica do período pós-operatório que foi utilizada nos pacientes na SRPA.
Característica de Amostra	28 pacientes, com idades superiores a 12 anos, admitidos no CR.
Resultados	<p>Os pacientes foram submetidos a diferentes tipos de cirurgias e receberam diferentes tipos de anestesia conforme mencionado na Metodologia. O instrumento utilizado para coleta e registro de dados permitiu a identificação de 16 diferentes categorias diagnósticas. Todas as categorias diagnósticas foram estabelecidas com base nas informações apresentadas no instrumento que foi considerado completo pelos alunos e pela enfermeira que participaram da coleta de dados. Entretanto, consideramos importante incluir neste impresso informações sobre a classificação das cirurgias realizadas quanto ao potencial de contaminação. Um aspecto apontado pelos alunos de graduação foi o espaço para realização dos registros, que foi considerado limitado. Em função desta situação, algumas anotações foram realizadas nas margens do instrumento. Os alunos consideraram que o instrumento auxiliou no processo de coleta de dados e permitiu a reunião de informações sobre o paciente em um único impresso. Com exceção dos diagnósticos de medo e senso-percepção alterados, os diagnósticos apresentados na Tabela 1 são apontados na literatura, por diferentes autores, como possíveis diagnósticos de enfermagem para pacientes em período pós-operatório imediato (SMELTZER; BARE, 1993; PHIPPS et al., 1994 e MONAHAN et al., 1994). Esses autores acrescentam ainda o diagnóstico de ansiedade como um possível diagnóstico para o paciente no período pós-operatório imediato. Neste estudo, esse diagnóstico não foi observado; entretanto, foi identificado o diagnóstico de medo em dois pacientes (7,1,0%) e, nos dois casos foi relacionado ao desconhecimento dos efeitos da anestesia, embora na Taxionomia da NANDA (1994) esses fatores necessitem</p>

ainda ser desenvolvidos. A identificação do objeto de medo foi verbalizada pelos pacientes como "receio de dormir e não acordar mais". A presença deste diagnóstico de enfermagem no pós-operatório imediato pode ser prevenida ou minimizada no período pré-operatório através de medidas educativas sobre os procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Pesquisas têm indicado que, através da orientação ao paciente e à família no período pré-operatório, podem ser afastados muitos fatores de estresse psicológico no pós-operatório imediato (URSI; MACUL, 1987; PANZA, 1977). A dor é um diagnóstico muito comum no pós-operatório imediato e pode resultar da incisão e da manipulação de tecidos e órgãos; por essa razão, embora este diagnóstico tenha sido identificado em apenas 11 dos 28 pacientes (39,2%), consideramos importante mencioná-lo. No pós-operatório imediato a dor é mais frequente nas cirurgias de grande porte das disciplinas torácicas, abdominais e ortopédicas (DRAIN, 1994). Todos os pacientes que referiram dor haviam sido submetidos a cirurgias de grande porte das seguintes especialidades: ginecologia, cirurgia vascular, ortopedia, cirurgia geral e neurocirurgia. Quando o paciente refere dor no pós-operatório imediato é importante não atribuir a dor unicamente à incisão, mas tentar identificar as possíveis causas de dor. Para PHIPPS et al. (1994), além da incisão cirúrgica, a presença da dor pode estar relacionada a estimulação das terminações nervosas por substâncias química utilizadas durante a cirurgia, a isquemias causadas por interferência no suprimento de sangue para os tecidos, por pressão, espasmo muscular ou edema. Segundo DRAIN ; SHIPLEY (1981), a dor no paciente em pós-operatório imediato varia de acordo com o seu nível de consciência. Outro aspecto muito importante no Centro de Recuperação pós-anestésica é a avaliação do paciente quanto a função respiratória. Dos 28 pacientes avaliados, seis apresentaram o diagnóstico de padrão respiratório ineficaz. Segundo PHIPPS et al. (1994), dependendo da droga e da dosagem utilizada na anestesia, as alterações no padrão respiratório podem ocorrer a partir do momento em que a droga foi administrada até vários dias depois da intervenção cirúrgica. O diagnóstico de senso-percepção, apresentado na Tabela 2, é definido pela NANDA (1994) como "o estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na quantidade ou tipo de estímulos percebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou enfraquecida a tais estímulos". MACFARLAND; MACFARLANE (1989) afirmam que a percepção sensorial é uma habilidade de receber e interpretar informações e que é um requisito para a cognição. Assim, considerando essas afirmações e as características definidoras apresentadas pelos pacientes, o diagnóstico de senso-percepção alterada foi identificado em 25 dos 28 pacientes estudados (89,2%). NULL et al. (1995) também consideram o diagnóstico de senso-percepção alterada como possível para os pacientes em pós operatório

imediate. No Centro de Recuperação Pós-Anestésica, o paciente pode apresentar-se sonolento, confuso, com senso-percepção alterada. Com base na Taxionomia da NANDA, conforme apresentada por NÓBREGA; GARCIA (1994) podemos dizer que os fatores relacionados a esse diagnóstico apresentados pelos pacientes estudados foram: recepção, transmissão ou integração sensorial alterada, alteração química exógena secundária ao efeito residual da anestesia, ao tipo de anestésico utilizado e ao tipo de anestesia. O paciente que recebeu anestesia geral, por exemplo, usualmente apresenta redução do nível de consciência no período pós-operatório imediato. Esses pacientes geralmente despertam ao estímulo tátil ou verbal, ou ambos (ROTHROCK, 1990 e PHIPPS et al., 1994 ). ROTHROCK (1990) também afirma que essa alteração no nível de consciência pode ter como consequência a mobilidade física prejudicada, risco para injúria, alteração no processo de pensamento e déficit de conhecimento. Para DRAIN (1994), todos os agentes anestésicos afetam o sistema nervoso central e ainda não podemos dizer que conhecemos exatamente como a narcose ocorre, pois os anestésicos geralmente são depressores não seletivos. Os pacientes apresentaram mudança na percepção sensorial, apatia, mudança nas respostas usuais aos estímulos, caracterizada por estado de sonolência e mudança no padrão de comportamento, manifestada por agitação. Embora apresentassem esses sinais os pacientes identificavam o local onde estavam e demonstravam ter conhecimentos sobre o término da cirurgia. Nesse sentido, é importante considerar que ao serem transferidos para o Centro de Recuperação, e logo após a sua chegada neste local, os pacientes são informados sobre o término da cirurgia e sobre sua localização. A mobilidade física prejudicada foi identificada em 20 dos 28 pacientes avaliados (71,4%). Os fatores relacionados a esse diagnóstico foram a força e resistência diminuídas, secundárias a anestesia, dor e desconforto. Esse diagnóstico é definido pela NANDA (1994) como o estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade movimentos física. Esse diagnóstico foi manifestado pela presença de restrição de movimentos impostos pela prescrição médica, de inabilidade de movimentação e relutância em tentar movimentar-se. O diagnóstico de hipotermia foi firmado para 19 dos 28 pacientes (67,8%) e foram identificados como fatores relacionados a exposição a ambiente frio, metabolismo alterado (secundário ao uso de drogas anestésicas, idade, vasodilatação) e como características definidoras desse diagnóstico: a temperatura abaixo da faixa normal (menos de 36 0C, apresentada por todos os pacientes que apresentaram esse diagnóstico), tremores e bradicardia apresentados por quatro pacientes. Segundo MEEKER; ROTHOROCK (1997), mais de 60,0% dos pacientes apresentam hipotermia no período do pós-operatório imediato. O centro regulador da temperatura no

cérebro é deprimido pelas drogas utilizadas na anestesia geral e as atividades musculares (tremores), que normalmente ajudam o corpo a gerar calor, são inibidas pelos relaxantes e narcóticos. Essa situação associada ao ambiente frio do Centro de Recuperação, a administração de infusões frias durante a cirurgia e à exposição da ferida cirúrgica ao ambiente frio da sala de cirurgia contribuem para o estado de hipotermia. A hipotermia produz vasoconstricção, diminui a frequência cardíaca, aumenta a pressão sanguínea e eventualmente aumenta o trabalho cardíaco (PHIPPS et al., 1994). Pacientes com extremos de idade e debilitados apresentam maiores riscos para alterações na temperatura no pós-operatório imediato. É importante esclarecer que neste estudo, a temperatura foi mensurada através da colocação do termômetro na axila e, como afirma DRAIN (1994), esta temperatura indica a temperatura da pele e não é uma medida precisa da temperatura do sangue. Dos 28 pacientes estudados quatro tinham idade acima de 60 anos e apresentaram hipotermia manifestada por temperatura abaixo de 36 0C, tremores e bradicardia. A integridade tissular prejudicada foi identificada em 23 dos 28 pacientes (82,1%). Os fatores, relacionados à esse diagnóstico foram identificados como fatores mecânicos, secundários ao procedimento cirúrgico; e as características definidoras foram: tecido lesado ou destruído (córnea, mucosas, pele ou subcutâneo). Este diagnóstico é definido pela NANDA (1994) "como o estado em que o indivíduo apresenta lesão em mucosas, córnea, tecido cutâneo ou subcutâneo". Durante a cirurgia, os pacientes também apresentam riscos para alteração na integridade da pele resultantes de determinadas posições cirúrgicas desconfortáveis por tempo prolongado ou da presença de fatores de risco como alterações no estado nutricional e idade avançada. No centro de Recuperação pós-anestésica a pele do paciente deve ser avaliada quanto a presença de possíveis traumatismos, tais como: queimaduras decorrentes do uso de bisturis elétricos, ferimentos provocados por posicionamento prolongado na mesa cirúrgica e pela falta de sensibilidade devido a anestesia. O diagnóstico de risco para infecção no paciente em pós-operatório imediato está relacionado aos procedimentos invasivos e à defesa primária insuficiente provocada pela solução de continuidade da pele e ao trauma tissular. Neste estudo, 26 dos 28 pacientes (92,8%) apresentaram o diagnóstico de risco para infecção. A infecção de ferida cirúrgica é uma complicação séria que interfere no processo de cicatrização e pode aumentar o desconforto do paciente. As primeiras 24 a 48 horas depois da cirurgia são críticas, porque o processo de inflamação se inicia para destruir bactérias que possam ter sido depositadas enquanto a ferida estava aberta. Um aspecto a ser considerado neste diagnóstico é a classificação da cirurgia quanto ao grau de contaminação além de outros fatores tais como idade, presença de doenças crônicas, hábitos, estado nutricional e

metabólico, que fornecerão uma idéia do risco de infecção da ferida a que cada paciente está exposto (PHIPPS et al., 1994). Assim, decidimos incluir no instrumento utilizado para coleta e registro dos dados a classificação da cirurgia quanto ao grau de contaminação. As intervenções de enfermagem no período transoperatório não podem mudar esses fatores, mas tem como objetivo o controle do número e do tipo de micro-organismos durante a cirurgia. O diagnóstico de risco de infecção também pode estar relacionado com os locais de infusão que devem ser observados quanto a permeabilidade, coloração da pele e temperatura. Outros aspectos devem ser observados na ferida cirúrgica visando a prevenção de infecção e o favorecimento do processo de cicatrização, a saber: presença de hematomas, coloração da pele, temperatura, e manutenção do curativo seco e limpo. O diagnóstico de risco para injúria é definido pela NANDA (1994) "como o estado no qual o indivíduo apresenta risco de injúria resultante da interação das condições ambientais com os recursos adaptativos defensivos". Esse diagnóstico foi identificado em 28 pacientes (100,0%) e foram identificados como fatores de risco: estado de agitação, diminuição do nível de consciência e diminuição das respostas a estímulos internos e externos. O paciente com diagnóstico de senso-percepção alterado deve ser protegido de posições inadequadas que poderão causar desconforto e lesões da pele. Nesse sentido é preciso tomar cuidados especiais com lâmpadas aquecidas e bolsas de água quente para prevenir queimaduras. A aspiração é uma das complicações respiratórias que podem ocorrer no pós-operatório imediato. O paciente que está com senso-percepção alterada, dificuldade de elevar a parte superior do corpo e de lateralizar a cabeça pode aspirar o conteúdo gástrico no pós-operatório imediato. As consequências dessa situação podem ser desastrosas para o paciente, pois a aspiração do conteúdo gástrico pode provocar irritação, pneumonias, destruição da mucosa traqueal e aumento do risco de infecção. Neste estudo, 21 dos 28 pacientes (82,1%) apresentaram diagnóstico de risco para aspiração. Os fatores de risco identificados como relacionados a esse diagnóstico foram: dificuldade de elevar parte superior do corpo, depressão dos reflexos da tosse e deglutição, aumento da pressão intragástrica, administração de medicamentos (drogas anestésicas que potencializam o vômito). DRAIN; SHIPLEY (1981) salientam que as diferentes drogas utilizadas na anestesia também podem causar náusea e vômito, o que aumenta o risco de aspiração.