

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA SIBELLI DE OLIVEIRA POLICARPO

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DE
CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL NO CENTRO-SUL DO PIAUÍ**

PICOS – PIAUÍ

2014

PATRÍCIA SIBELLI DE OLIVEIRA POLICARPO

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DE
CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL NO CENTRO-SUL DO PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Francisca Tereza de Galiza

Eu, **Patrícia Sibelli de Oliveira Policarpo**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI, 18 de agosto de 2014.


Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

P766i Policarpo, Patrícia Sibelli de Oliveira.
Implementação do processo de enfermagem pacientes de clínica cirúrgica em um hospital no centro – sul do Piauí / Patrícia Sibelli de Oliveira Policarpo. – 2014.
CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (48 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2014.
Orientador(A): Profa. Msc. Francisca Tereza de Galiza

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem. 3. Diagnóstico de Enfermagem. 4. Clínica Cirúrgica I.
Título.

CDD 610.733

PATRÍCIA SIBELLI DE OLIVEIRA POLICARPO

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DE
CLÍNICA CIRÚRGICA NO CENTRO-SUL DO PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 01/08/14

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a. Ms. Francisca Tereza de Galiza
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca



Prof.^a. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira
Universidade Federal do Piauí
1.^o. Examinador



Prof.^a. Ms. Laura Maria Feitosa Formiga
Universidade Federal do Piauí
2.^o. Examinador

Dedicatória

Agradeço a Deus, primeiramente, pela força e coragem ao longo dessa caminhada. À minha família, especialmente meus pais e minhas irmãs, pelo apoio constante na realização dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, que me acompanhou durante toda essa jornada. Através dele, obstáculos foram superados e pude ter paz e tranquilidade para seguir em frente. Obrigada, Senhor!

Aos meus pais, **Eugênio Pacelli Bezerra Policarpo e Irene Leal de Oliveira Bezerra Policarpo**, pelo amor e dedicação incondicionais. Por estarem sempre me incentivando e apoiando em todas as situações de alegria e dificuldades durante os quatros anos e meio de estudo e por abrirem mão dos seus desejos e vontades, a fim de me proporcionarem um futuro de sucesso. Tudo é para vocês e por vocês!

Às minhas irmãs, **Raila Sibelli de Oliveira Policarpo e Talitta Sibelli de Oliveira Policarpo**, pelo carinho e compreensão.

A orientadora deste trabalho, Prof^ª. Ms. **Francisca Tereza de Galiza**, pela disponibilidade, paciência, pelos conhecimentos repassados e apoio durante todo o trabalho. Obrigada!

Agradeço aos **amigos de infância** pelos momentos de alegria e tristeza compartilhados durante esse período e por me ajudarem a enfrentar com leveza as dificuldades encontradas.

Às **minhas amigas e colegas de turma Ana Carolina Santana e Andreza Alves e Silva** por compartilharmos a convivência, as descobertas e por me darem esperança em sempre continuar seguindo em frente.

Aos **demais colegas de classe**, pelas experiências compartilhadas e pelos momentos inesquecíveis dentro e fora de sala. Obrigada!

Aos **professores**, que no decorrer de toda graduação dividiram conosco seus conhecimentos e experiências. A todos vocês, o meu respeito e eterna gratidão

A todos, que direta e indiretamente torceram por meu sucesso e contribuíram para a realização do meu objetivo. Obrigada!

*“Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”*

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A sistematização da assistência de enfermagem é a base para a organização e direcionamento dos cuidados de enfermagem, visto que cada paciente necessita de um atendimento diferenciado de acordo com suas necessidades e agravos. A SAE faz uso do processo de enfermagem para o levantamento de dados do paciente, identificação dos principais diagnósticos de enfermagem, planejamento do cuidar, suas intervenções e avaliação da assistência prestada. Os indivíduos internados em clínica cirúrgica necessitam de uma organização sistemática da equipe de enfermagem para o enfrentamento do procedimento cirúrgico tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório. Destarte, apresenta-se como objetivo de estudo dessa pesquisa a implementação do processo de enfermagem em pacientes de clínica cirúrgica no centro-sul do Piauí. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Realizada na ala cirúrgica de um hospital público do município de Picos-PI com uma amostra totalizando 20 adultos internados em clínica cirúrgica, ou seja, pessoas com idade entre 18 e 59 anos. Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2014, por meio de um instrumento validado pelos enfermeiros do referido hospital, contendo os diagnósticos de enfermagem embasados pela taxonomia II da NANDA I (North American Nursing Diagnosis Association) e as intervenções de enfermagem correspondentes para cada diagnóstico com base na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). Além do instrumento, foi realizado pelo pesquisador a anamnese e exame físico em cada paciente para fidedignidade da pesquisa. Os dados foram organizados em quadros com os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções, contendo a frequência de cada um. O cálculo foi feito com frequência simples e de natureza descritiva. Os aspectos éticos e legais foram considerados com base na resolução 196/96 do CNS/MS. Conforme a análise e discussão dos resultados a maioria dos participantes tinham idade entre 18-38 anos (60%), com maior parte sendo do sexo masculino (65%). As cirurgias mais realizadas foram as ortopédicas (65%). Os diagnósticos mais frequentes foram risco de infecção (85%), dor aguda (70%) e mobilidade física prejudicada (40%). As intervenções mais efetuadas são correspondentes aos principais diagnósticos, em risco de infecção, foram realizadas a ingestão nutricional adequada (85%); estimar repouso adequado (85%) e manter assepsia para paciente de risco (85%); Para dor aguda, destacaram-se: investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor (70%); promover sono e repouso adequado para facilitar o alívio da dor (70%); e oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita (70%). Na mobilidade física prejudicada, as principais foram: instruir e supervisionar o uso de aparelhos de deambulação (40%); evitar o pé em gota (40%); Sendo assim, esses dados evidenciam a necessidade de uma assistência de enfermagem personalizada, com um planejamento eficaz de ações que garantam a qualidade física e psíquica do paciente cirúrgico para que o mesmo não venha a apresentar complicações ou danos no pré-operatório e no pós-operatório. Por isso, é necessário a implementação da SAE e do processo de enfermagem no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Clínica cirúrgica.

ABSTRACT

The nursing care system is the foundation for organizing and directing nursing care, as each patient requires a differentiated service according to their needs and grievances. The SAE uses the nursing process to survey patient data, identification of key nursing diagnoses, planning of care, their interventions and evaluation of care delivered. Individuals admitted to the surgical clinic require a systematic organization of the nursing team to face the surgical procedure in both the preoperative period and postoperatively. Thus, it presents the objective of this research study the implementation of the nursing process for patients for surgical clinic in south Piauí. This is a descriptive research with quantitative approach. The survey was conducted in the surgical ward of a public hospital in the city of Picos-PI with total of 20 adults admitted to surgical clinic, people aged between 18 and 59 years. Data were collected between June to July 2014 by nurses of the hospital that used a document containing nursing diagnoses grounded by the NANDA Taxonomy II I (North American Nursing Diagnosis Association) and the corresponding nursing interventions for each diagnosis based on the Nursing Intervention Classification (NIC). In addition to this document, it was also conducted by the nurses the history and physical examination on each patient to help the research. The information was organized and separated with the main diagnoses and interventions, containing the frequency of each. The calculation was done with simple frequency and descriptive in nature. The ethical and legal aspects were considered on the basis of Resolution 196/96 CNS/MS. According to the analysis and discussion of results the majority of participants were aged 18-38 years (60%), most being male (65%). The most common surgical procedures were orthopedic (65%). The most frequent diagnoses were infection risk (85%) acute pain (70%) and impaired physical mobility (40%). Most interventions are performed corresponding to the main diagnoses, risk of infection, proper nutritional intake (85%) were performed; estimating adequate rest (85%) and to maintain asepsis risk patient (85%); In acute pain, stood out: investigating the patient factors that relieve/worsen the pain (70%); promote sleep and rest to facilitate adequate pain relief (70%); and offer the individual an excellent pain relief by prescribed analgesia (70%). Impaired physical mobility in the main were: instruct and supervise the use of ambulation devices (40%); prevent foot drop (40%); Thus, these data emphasize the need for nursing care in a personalized, with effective planning of actions to ensure the physical and mental quality of the surgical patient so that it will not have complications or damage to the pre-operative and post-operative. Therefore, the implementation of NCS and nursing process in the work environment of nursing staff is necessary.

Keywords: System Care nursing. The nursing process. Nursing diagnoses. Nursing Intervention Classification. Surgical clinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição numérica das variáveis que caracterizam pacientes em clínica cirúrgica. Picos-PI, 2014.	27
Quadro 2	Distribuição numérica e percentual dos diagnósticos de enfermagem identificados em clínica cirúrgica. Picos-PI 2014.	28
Quadro 3	Distribuição percentual das intervenções de enfermagem identificadas em clínica cirúrgica. Picos-PI, 2014.	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC - Centro Cirúrgico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DE – Diagnóstico de Enfermagem

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Classificação de Intervenções de Enfermagem

PE - Processo de Enfermagem

PI - Piauí

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAEP – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório

SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

VPOE – Visita Pré-Operatório de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Diagnóstico de Enfermagem como subsídio para implementação do processo de enfermagem.....	17
3.2	Diagnósticos de enfermagem: um método útil para organização das necessidades dos cuidados aos pacientes.....	20
3.3	Processo de enfermagem no cuidado ao paciente no período pré-operatório e pós-operatório.....	21
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Local e período de estudo.....	25
4.3	Sujeitos da pesquisa.....	25
4.4	Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados.....	25
4.5	Análise e Interpretação dos dados.....	26
4.6	Aspectos éticos e legais.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	27
5.2	Diagnósticos de enfermagem frequentes em clínica cirúrgica.....	27
5.3	Frequência das implementações das intervenções de enfermagem de acordo com cada diagnóstico de enfermagem.....	28
6	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	APÊNDICE.....	41
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	42
	ANEXOS –	44
	ANEXO A – Autorização Institucional.....	45
	ANEXO B – Instrumento de coleta de dados.....	46
	ANEXO C – Parecer do comitê de ética.....	49

1 INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o principal alicerce de organização sistemática das ações que viabiliza as práticas dos profissionais da enfermagem, dando dinamicidade ao trabalho, com o objetivo de atender as reais necessidades dos pacientes. A SAE tem a capacidade de direcionar o cuidado, de tornar a assistência humanizada, favorecendo a autonomia dos enfermeiros diante dos outros trabalhadores da saúde. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 tanto a SAE quanto o processo de enfermagem, que é proveniente dessa metodologia, devem ser implementados em ambientes públicos ou privados, em que ocorra o exercício da Enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem (PE) fundamenta-se como importante ferramenta da SAE. Na enfermagem brasileira, esse movimento teve início em 1970, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta (EGRY; GARCIA, 2010). Nela a doença não era o foco do cuidado e sim todo o indivíduo, com suas emoções, dúvidas e problemas. Ainda remetendo se a Resolução do Cofen nº 358/2009 o PE organiza-se a partir de cinco etapas: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Essa destreza no exercício da profissão favorece a melhoria do serviço de saúde e na busca de cuidados específicos para indivíduos adultos hospitalizados por qualquer razão, em especial aqueles que se encontram em condições de clínica cirúrgica, ou seja, em períodos de pré-operatório e pós-operatório.

Pacientes em que serão realizados procedimentos cirúrgicos recebem assistência individualizada, logo no momento em que é tomada a decisão da cirurgia (pré-operatório), quando são admitidos para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e por fim, até a alta hospitalar, onde ainda são orientados sobre os cuidados em domicílio. Todas essas ações são subsidiadas pela SAE, que obedece todas as etapas do processo de enfermagem no atendimento ao paciente cirúrgico, ou seja, desde a entrada deste paciente onde será avaliada a sua história clínica, a identificação dos diagnósticos, a elaboração de um plano de cuidados e execução das intervenções que forem necessárias e a análise dos seus níveis de eficácia. A partir dessas atribuições, são esperados efeitos positivos tanto para equipe de saúde como para o próprio paciente e seus familiares.

O levantamento de dados (histórico) e os diagnósticos de enfermagem nessa condição clínica são fontes fundamentais para que as outras etapas do processo de enfermagem sejam concluídas com sucesso. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais e potenciais (EGRY; GARCIA, 2010).

Identificar diagnósticos é uma atividade complexa que necessita de grande atenção e conhecimento científico por parte do enfermeiro, somente dessa maneira os dados coletados e os diagnósticos poderão ser considerados validados, com o propósito de atingir resultados satisfatórios para esses pacientes.

Ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem (BARROS; LOPES, 2010).

O processo diagnóstico na enfermagem é diferente de outras categorias profissionais, a exemplo da medicina, uma vez que, nas situações em que é possível agir assim, a pessoa ou as pessoas que constituem o foco do atendimento de enfermagem devem estar envolvidas, de forma íntima, como parceiras dos enfermeiros no levantamento e análise dos dados no processo diagnóstico (NANDA, 2011).

Os pacientes em clínica cirúrgica devem juntamente com o enfermeiro participar da identificação do diagnóstico como também da implementação dos cuidados, visando resultados positivos, para que sejam atendidas suas reais necessidades, desde o período do pré-operatório até o pós-operatório. Dessa forma, o indivíduo será sujeito do processo saúde-doença e deverá ser colocado no centro do cuidado, para que seja alcançado o bem-estar integral e o retorno da sua qualidade de vida.

O uso PE na identificação dos diagnósticos em pacientes cirúrgicos, traz um enriquecimento no atendimento de enfermagem, já que a cada dia exige-se mais conhecimento intelectual, responsabilidade técnica e relacionamento interpessoal. A SAE, ao dar conta da continuidade do trabalho entre equipes, se transforma em um processo dinâmico capaz de estreitar os laços profissionais entre a equipe multiprofissional (NASCIMENTO, K.C; *et.al.*, 2008).

Há ainda resistência e subsídios frágeis que impedem o uso pleno dessa tecnologia. Por ser recente, ela ainda não atingiu a abrangência esperada. Outro ponto negativo é que muitas instituições não oferecem ao enfermeiro organização ou estrutura adequada para que haja a prática dessa metodologia, ocasionando em um cuidado de baixa

qualidade e intervenções imprecisas, além de favorecer a invisibilidade do profissional de enfermagem no serviço de saúde, perda de autonomia, respaldo técnico e intelectual.

O processo de enfermagem está presente em diversos serviços de saúde, viabilizando atender diversas demandas, ganhando destaque os pacientes em clínica cirúrgica por se tratar de um agravamento agudo e rotativo em que o período perioperatório é de grande estresse e ansiedade para os pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos. É uma fase em que a sistematização da assistência de enfermagem deve ser efetuada de maneira integral, respeitando os direitos e as especificidades de cada paciente.

Diante disso, a SAE é reconhecida por sua metodologia dinâmica, que facilita a interação entre os pacientes e os profissionais de enfermagem, garantindo a qualidade nos levantamentos de dados, na interpretação de diagnóstico e na prescrição de cuidados. A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, uma vez que suas ações são sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano (BARROS; LOPES, 2010).

Sendo assim, a enfermagem consegue se destacar no cenário da saúde, despertando-se para as novas tecnologias e aplicando-as de forma correta e afim de que o enfermeiro articule suas práticas de maneira organizada e sistemática para obtenção de êxito no exercício da sua profissão e no bem estar dos indivíduos que necessitam dos seus serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a implementação do processo de enfermagem em pacientes internados em clínica cirúrgica.

2.2 Específicos

- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes de clínica cirúrgica;
- Descrever principais características definidoras e/ou fatores de riscos relacionados aos pacientes cirúrgicos investigados;
- Determinar as intervenções de enfermagem implementadas em clínica cirúrgica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo aborda a sistematização da assistência de enfermagem e a aplicação de sua ferramenta metodológica, o processo de enfermagem, com enfoque nos principais diagnósticos e intervenções em relação aos pacientes que irão se submeter a procedimentos cirúrgicos (pré-operatório) ou que estão em recuperação (pós-operatório), abrangendo também as dificuldades de implementação da SAE e sua utilização na elaboração dos planos de cuidados a esses pacientes em clínica cirúrgica.

3.1 Diagnóstico de Enfermagem como subsídio para implementação do processo de enfermagem.

A enfermagem sempre se baseou em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitos, porém a evolução da ciência mostrou a necessidade de se pesquisar para se construir o saber (AMANTE; SCHENEIDER; ROSSETO, 2009).

Para que o enfermeiro possa tomar as decisões, baseia-se em conhecimentos científicos, intensificando o pensamento crítico e o raciocínio clínico. Conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados, sistematizados e sempre reformulados se constituem em base segura para a ação eficiente (BARROS; LOPES, 2010).

A enfermagem se utiliza de um modelo de processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado, permitindo segurança do usuário do sistema de saúde e dos profissionais: a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. A SAE representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-científico (MENEZES, PEREIRA, PRIEL, 2011).

O desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem esteve contextualizado nos caminhos percorridos para a profissionalização da categoria no Brasil, que foi fundada sob interesses do governo, mercado de trabalho e do ensino de enfermagem. Esses interesses refletem-se nas políticas de saúde, que nas décadas de 1960 e 1970, privilegiavam a prática curativa, individual e especializada e a assistência previdenciária, acarretando a lógica da expansão, direcionando o mercado de trabalho e o ensino de enfermagem para a área hospitalar (AMANTE; SCHENEIDER; ROSSETO, 2009).

Para a elaboração prévia do instrumento a ser implantado para sistematizar a assistência de enfermagem, são utilizados referenciais teóricos. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem tendo destaque, na grande maioria dos hospitais,

a aplicação do modelo de assistência baseado na Teoria de Wanda Horta (CASTILHO; CHIRELLI, RIBEIRO, 2009).

Para Horta, o objetivo da enfermagem é auxiliar os seres humanos a manterem seu equilíbrio dinâmico, seja prevenindo estados de desequilíbrio ou revertendo desequilíbrio em equilíbrio no tempo e espaço, ou seja, manter e recuperar a saúde. A finalidade é alcançar o mais alto grau de bem estar. Para tanto, é necessário que as necessidades humanas básicas sejam satisfeitas (EGRY; GARCIA, 2010).

Ainda segundo Egry e Garcia (2010), Horta distingue as funções da enfermagem em três áreas. Uma área específica, na qual a função é assistir o ser humano na satisfação de suas necessidades básicas e, ao mesmo tempo, ensinar o autocuidado com a finalidade de torna-lo independente da assistência. Uma área interdependente ou de colaboração com a equipe de saúde, na qual a finalidade é manter, promover e recuperar a saúde. E, finalmente, uma área social, na qual as atividades dos enfermeiros têm, como finalidade, a pesquisa, o ensino, a administração, a responsabilidade legal e a participação nas associações de classe.

Assim, a metodologia empregada para organizar o conhecimento da enfermagem, favorecendo o cuidado do indivíduo, família e comunidade, além de possibilitar ao enfermeiro buscar a essência da sua profissão e auxiliar na SAE é o processo de enfermagem. Esse processo compreende um método sistemático por constituir-se de cinco passos: investigação; diagnóstico de enfermagem (DE); planejamento; implementação ou intervenções de enfermagem; e avaliação (SILVA, VIANA, VOLPATO, 2008).

Segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;

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, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

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;

Além dessa habilidade técnica, é imprescindível que os profissionais de enfermagem conheçam e apliquem as normas regulamentadoras do exercício, dos direitos e das obrigações profissionais. Do ponto de vista ético, é esperado que o enfermeiro utilize sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, assegurando um atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos quando esses forem previsíveis (BARROS; LOPES, 2010).

A importância do processo de enfermagem, independente do contexto, proporciona autonomia da equipe de enfermagem, bem como documenta as ações realizadas utilizando-se de taxonomias próprias, a partir das respostas manifestadas pelo indivíduo e comunidade.

Sendo assim, a SAE é um artifício essencial para consolidar a prática do cuidado, capacitando o profissional de enfermagem na aplicação dos seus conhecimentos técnico-científicos e direcionando suas intervenções. Através da SAE, o processo de enfermagem viabiliza a elaboração de planos assistenciais que qualificam o atendimento de enfermagem e a assistência individualizada. Além de trazer vantagens relevantes no que diz respeito ao tempo de internação hospitalar, visto que as utilizações dos diagnósticos de enfermagem e das outras etapas presentes no PE aceleram o processo de recuperação do paciente e são base para o direcionamento dos cuidados.

3.2 Diagnósticos de enfermagem: um método útil para organização das necessidades dos cuidados aos pacientes.

O diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou

aos processos vitais. Ele fornece a base para a seleção de intervenções para alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. É considerado um nome dado pelo enfermeiro a uma decisão acerca de um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

Na literatura brasileira, a expressão “diagnóstico de enfermagem” foi introduzida por Wanda de Aguiar Horta, na década de 60, constituindo uma das etapas do processo de enfermagem proposto pela autora (SILVA, VIANA, VOLPATO, 2008).

Na década de 1970, iniciou-se um processo de classificação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem, que resultou no desenvolvimento do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I). A atual Taxonomia II da NANDA Internacional tem um formato multiaxial, estruturada com base em sete eixos, compreendendo três níveis, expressos em 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos de enfermagem (ALMEIDA *et.al.*, 2012).

A NANDA-I proporciona meios para o julgamento dos dados coletados pela enfermagem, que são analisados de forma sistemática nas organizações de atendimento de saúde, além da fundamentação para qualquer análise de custo-benefício para a prática da enfermagem. O principal desafio dos diagnósticos de enfermagem é sua implementação na prática clínica diária, a qual varia em cada parte do mundo e em cada sistema de saúde. Exige da equipe de enfermagem um olhar particularizado e altamente qualificado, visto que o uso de diagnósticos de enfermagem é essencial para o modelo de cuidado se propõe a prestar, baseado em evidências (CRUZ; LOPES, 2010).

A realização do diagnóstico feita pela assistência de enfermagem em clientes hospitalizados, na maioria dos casos, é padronizada de acordo com a taxonomia II da NANDA-I, estabelecendo um cuidado organizado e também qualificado para enfermeiros, baseando-se tanto nos problemas reais quanto visualização dos potenciais, sendo fisiológicos, comportamentais, psicossociais, e também espirituais (CRUZ; LOPES, 2010).

É importante que o enfermeiro não desvalorize nenhuma das etapas da SAE, pois uma é dependente da outra para que o cuidado seja eficaz e traga resultados positivos para o paciente. Entretanto alguns obstáculos são encontrados durante a aplicação do SAE, desde o levantamento dos dados até os diagnósticos de enfermagem e as intervenções.

Dentre os principais fatores que dificultam a implantação da SAE estão falta de conhecimento sobre a realização do exame físico, falta de treinamento sobre o tema nas Instituições de Saúde, falta de registro adequado da assistência de enfermagem, conflito de papéis, dificuldade de aceitação de mudanças, falta de credibilidade nas prescrições de

enfermagem, carência de pessoal e falta de estabelecimento de prioridades organizacionais (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

Apesar de haver as limitações no processo de implementação diagnóstica pela equipe de enfermagem, é fundamental que o enfermeiro continue utilizando da SAE para embasar cientificamente suas práticas de assistência ao paciente hospitalizado, possibilitando a melhora do serviço de enfermagem nas instituições de saúde e em todos os níveis de atenção.

Pode-se afirmar, portanto, que a NANDA-I contribui para os focos clínicos da ciência de enfermagem, refinando e desenvolvendo um sistema de conceito para a classificação dos diagnósticos, permitindo ao enfermeiro conhecer o cliente de uma maneira global.

3.3 Processo de Enfermagem no cuidado ao paciente no período pré-operatório e pós-operatório.

O cliente com a possibilidade de intervenção cirúrgica é acometido pelos medos da morte, anestesia, alterações na imagem corporal, mudanças no estilo de vida, preocupações em relação a problemas financeiros, responsabilidades familiares e compromissos profissionais, todos comprometidos pela internação. Diante disso, o contato prévio com o cliente cirúrgico representa um momento importante, uma vez que a explicação sobre os procedimentos a que será submetido diminui o medo e a insegurança (ARAÚJO *et.al*, 2010).

A assistência de enfermagem ao cliente no período perioperatório demanda do enfermeiro do Centro Cirúrgico uma visão integral e contínua das necessidades humanas básicas afetadas desse paciente e de sua família, de modo que possa ajudá-los a superá-las. A SAE Perioperatória (SAEP) é um método para organizar o cuidado individualizado e administrar a assistência, favorecendo maior integração do enfermeiro com os pacientes e famílias, gerando resultados positivos (MOREIRA; POPOV, 2009).

O enfermeiro é o profissional mais capacitado para a atividade de ensino pré-operatório, dado seu preparo técnico-científico e a assistência contínua aos clientes. O ideal seria iniciar esse ensino no momento da decisão cirúrgica (ambulatório, unidade de saúde, consultório médico) e prosseguir nas consultas até a admissão no centro-cirúrgico. (ARAÚJO *et.al.*, 2010).

Ainda segundo ARAÚJO (2010), durante o período de internação pré-operatória, as informações prestadas são muitas vezes rápidas e pouco esclarecedoras, tanto para o cliente como para família, dada a ansiedade de ambas as partes em solucionar rapidamente o

problema. Além disso, essa situação é agravada pela falta de preparo das equipes em sanar as dúvidas e questionamentos dos clientes e pela supervalorização dos cuidados físicos, proporcionando uma assistência que não contempla, muitas vezes, as expectativas do “ser humano” assistido.

A Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE) é uma etapa que está na SAEP como ferramenta para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, dando sustentação às ações de enfermagem no CC, quer esteja relacionada à parte assistencial na promoção da saúde ou esteja voltada à prevenção de complicações no pós-operatório. A VPOE é utilizada no Brasil desde 1973. Para o paciente internado para a realização de qualquer tipo de cirurgia, precisa confiar em alguém que o considere e o respeite (MOREIRA; POPOV, 2009).

Na VPOE, o enfermeiro elabora suas ações de forma que o cliente alcance a aprendizagem desejada. Para isso, são necessários subsídios pedagógicos sistematizados que conduzirão a reflexão crítica, e ao desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões adequada às necessidades e à avaliação contínua por meio da observação e percepção, quanto ao desempenho e a aquisição do conhecimento por parte do cliente (ARAÚJO *et.al.*, 2010).

Por meio da VPOE, o enfermeiro coleta informações a respeito do paciente cirúrgico e identifica suas necessidades, torna com isso a assistência perioperatória individualizada e eficaz. Portanto, a VPOE torna-se procedimento indispensável, visto que possibilita ao enfermeiro a detecção, solução e encaminhamento dos problemas enfrentados pelo paciente cirúrgico, além de vantagens como o vínculo com este (MOREIRA; POPOV, 2009).

Nos períodos de pós-operatório mediato e tardio, as necessidades de segurança, de amor e de estima são evidentes, uma vez que o paciente passa a estar ciente de seus medos e anseios e vislumbrando uma recuperação que lhe permita retomar a sua rotina e as suas atividades diárias (DUARTE, MESQUITA, STIPP, 2012).

As finalidades da visita pós-operatória de enfermagem são: identificar problemas, percepções e expectativas que demandem ações de enfermagem; conhecer hábitos individuais que facilitem a sua adaptação à unidade e ao tratamento; estabelecer uma relação interpessoal; tentar abranger a totalidade do paciente nos seus aspectos biopsicossocioespirituais; individualizar a assistência de enfermagem; fornecer subsídios para a tomada de decisão quanto às condutas de enfermagem; avaliar a evolução das condições do paciente para detectar alterações ou tendências na sua situação saúde-doença; esclarecer dúvidas ou falhas no entendimento, reforçando informações já prestadas; reduzir o nível de ansiedade do paciente (BRAGA; RAZERA, 2011).

Os enfermeiros preocupam-se com a necessidade de diminuir o déficit de conhecimento dos pacientes e seus familiares por meio da educação em saúde, com o objetivo de diminuir o tempo da internação e promover o autocuidado. Além dos aspectos físicos, há destaque para as necessidades psicoemocionais que podem ser evidenciadas no momento e influenciar negativamente na recuperação do paciente, o que requer intervenção (DUARTE; MESQUITA; STIPP 2010).

Diante disso, o diagnóstico de enfermagem, como julgamento clínico, envolve o reconhecimento da existência de evidências apresentadas pelo paciente e identificadas a partir de informações sobre um problema de saúde ou um processo vital. Obtido o conjunto de dados necessários e reconhecida sua existência, as evidências devem ser interpretadas e agrupadas para levantar as hipóteses diagnósticas, tendo em vista a tomada de decisão quanto ao diagnóstico de enfermagem que conduzirá às intervenções de enfermagem (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

Outro benefício proveniente do processo de enfermagem é a comunicação entre a equipe de saúde, prevenindo falhas e repetições desnecessárias e construção de cuidados ao indivíduo e não só para a doença que o acomete. Dessa maneira, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem continuem buscando o aperfeiçoamento prático, para que suas ações sejam embasadas em princípios científicos refletindo aumento na qualidade da sistematização da assistência de enfermagem para com aqueles que necessitam de cuidados diferenciados.

Os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e de paciente para paciente, atendendo suas necessidades básicas e suas reações físicas, psíquicas e emocionais, manifestadas durante esse período. A assistência pré-operatória tem como meta propiciar uma recuperação pós-operatória rápida, eficaz, reduzindo as complicações que possam surgir, diminuir o tempo de internação hospitalar e conseqüentemente o custo, visando a satisfação do paciente e o devolvendo o mais rápido possível ao meio familiar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Pesquisas descritivas têm como objetivo principal retratar com precisão as características de pessoas, situações ou grupos ou a frequência com que certo fenômeno ocorre. A abordagem quantitativa reúne os dados de maneira sistemática, usando instrumentos formais de coleta das informações necessárias (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período de estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2013 a julho de 2014, e desenvolvido em um hospital público de referência localizado no município de Picos-PI, com base na autorização institucional (ANEXO A), que presta serviços a toda população.

O hospital em destaque contém três alas: infantil, clínica médica e clínica cirúrgica para a realização das ações de saúde, sendo ele de média complexidade. Entretanto, a pesquisa foi realizada somente com pacientes admitidos na ala de clínica cirúrgica/ortopédica, pois trata-se do setor que admite pacientes que serão e foram submetidos a procedimentos cirúrgicos.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Este estudo contou com a participação de 20 pacientes, de ambos os sexos, com maioria etária, de 18 a 59 anos, que estavam internados na ala cirúrgica do referido hospital, e que se disponibilizaram a participar da pesquisa em destaque. A quantidade da amostra justifica-se pelo o número de pacientes que estiveram dispostos a participar da pesquisa durante o período de coleta de dados.

4.4 Procedimentos e Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados de acordo com um instrumento já validado pelos enfermeiros do hospital, onde foi realizada a pesquisa, tendo como público alvo os pacientes em clínica cirúrgica. O instrumento é composto por dados que indicam os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem sugeridas para a implementação. (ANEXO B).

Além do uso do instrumento contendo os diagnósticos, foi realizada também pelo pesquisador a anamnese e exame físico para fidedignidade dos diagnósticos.

Os materiais utilizados para medição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e respiração) foram o esfigmomanômetro de tamanho adulto, de cor preta, com comprimento de 18-36 cm da marca BIC, estetoscópio duplo de inox adulto de cor preta da marca BIC, termômetro de mercúrio e relógio de pulso.

O instrumento de coleta de dados tem como fundamentação teórica a taxonomia de enfermagem voltada para o processo de enfermagem, sendo ela: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para a identificação dos diagnósticos frequentes em indivíduos em clínica cirúrgica. As intervenções de enfermagem com base na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC).

Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2014, de acordo com os horários disponíveis da instituição de saúde e do pesquisador.

4.5 Análise e Interpretação dos dados

Os dados foram organizados em quadros para uma melhor visibilidade dos principais diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em clínica cirúrgica no pré-operatório e no pós-operatório. Realizada frequência simples e descritiva.

A interpretação dos dados foi feita por meio das taxonomias de enfermagem e na base literatura científica e atualizada para a temática.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, bem como aos locais onde o estudo será realizado, atendendo aos preceitos éticos e legais da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Para manter a confidencialidade da pesquisa, os participantes tiveram todas as informações sobre a metodologia e os objetivos do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, de acordo com as Normas e Diretrizes das pesquisas em seres humanos. Foi garantido o anonimato de cada indivíduo e a liberdade do mesmo em desistir em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de dano.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

A partir da investigação realizada foram avaliados 20 adultos internados na clínica cirúrgica do hospital selecionado para estudo. Todos com idade entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos, em períodos de pré-operatório ou pós-operatório, como se observa no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição numérica e percentual das variáveis que caracterizam pacientes em clínica cirúrgica. Picos-PI, 2014.

Variáveis	N	N
Idade		
18-38 anos	12	60%
39-59 anos	8	40%
Sexo		
Masculino	13	65%
Feminino	7	35%
Período		
Pré-operatório	11	55%
Pós-operatório	9	45%
Tipo de Cirurgia		
Ortopédica	13	65%
Apendicectomia	2	5%
Herniorrafia Inguinal	2	10%
Herniorrafia Epigástrica	1	5%
Histerectomia	1	10%
Circuncisão	1	5%

5.2 Diagnósticos de Enfermagem frequentes em pacientes cirúrgicos

Foram identificados de acordo com a anamnese e exame físico, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos pacientes em período pré-operatório e pós operatório, embasada na taxonomia II da NANDA-I, como se vislumbra no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição numérica e percentual dos diagnósticos de enfermagem identificados em clínica cirúrgica. Picos-PI, 2014.

Diagnósticos Enfermagem	N	N
Dor aguda	14	70%
Padrão respiratório ineficaz	1	5%
Náusea	5	25%
Nutrição desequilibrada menos/mais do que as necessidades corporais	6	30%
Constipação	6	30%
Eliminação urinária prejudicada	1	5%
Mobilidade física prejudicada	8	40%
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	7	35%
Integridade Tissular Prejudicada	8	40%
Risco de Infecção	17	85%

5.3 Frequência das intervenções de enfermagem de acordo com cada diagnóstico de enfermagem

Utilizando-se da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) foram identificadas as principais intervenções de enfermagem e a sua frequência de implementação nos pacientes em período pré-operatório e pós-operatório internados no hospital onde foi realizado este estudo, como se observa no quadro 3.

Quadro 3. Distribuição percentual das intervenções de enfermagem identificadas em clínica cirúrgica. Picos-PI, 2014.

Diagnósticos de Enfermagem em clínica cirúrgica	Intervenções Implementadas	N
1. Dor Aguda	Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;	70%
	Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;	70%
	Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita	70%
2. Padrão respiratório ineficaz	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço;	5%
3. Náusea	Realizar levantamento completo da náusea, frequência, duração, gravidade e fatores precipitantes;	25%
	Administra medicação antieméticos	25%
	Reduzir ou eliminar fatores pessoais que precipitem ou aumentam a náusea;	25%

	Promover repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea;	25%
	Encorajar o consumo de quantidades pequenas de alimentos	25%
4. Nutrição desequilibrada menos/mais que as necessidades corporais e absorver/ingerir/digerir alimentos; fatores psicológicos	Monitorar a adequação das prescrições alimentares de modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias;	30%
	Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita	30%
5. Constipação	Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, volume e cor;	30%
	Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos gastrointestinais	30%
6. Eliminação urinária prejudicada	Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, volume e cor;	5%
	Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária	5%
	Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência;	5%
7. Mobilidade Física Prejudicada	Instruir e supervisionar o uso de aparelhos de deambulação;	40%
	Evitar o pé em gota;	40%
8. Risco de Integridade da Pele Prejudicada	Proporcionar higiene íntima sempre que necessário;	35%
	Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama;	35%
9. Integridade Tissular Prejudicada	Virar o paciente imobilizado no mínimo a cada duas horas;	40%
	Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama;	40%
10. Risco de Infecção	Promover ingestão nutricional adequadas;	85%
	Estimar repouso;	85%
	Manter assepsia para paciente de risco;	85%

Foram entrevistados 20 pacientes internados no hospital onde foi realizada a pesquisa, sendo 12 (60%) pertenciam ao sexo masculino e 08 (40%) ao sexo feminino. Quanto à idade, 60% dos entrevistados tinham idade entre 18 e 38 anos e o restante 40%, possuíam uma faixa etária entre 39 e 59 anos.

Todos os vinte participantes do estudo estavam internados na unidade de clínica cirúrgica/ortopédica em período pré-operatório ou pós-operatório, durante a coleta de dados. Desse total, 11 (55%) estavam em período pré-operatório e 09 (45%) estavam em pós-operatório. Dentre os tipos de cirurgias, foram identificadas 13 cirurgias ortopédicas correspondendo a 65% dos entrevistados; 02 cirurgias de Herniorrafia Inguinal (10%); 02

cirurgias de Apendicectomia (10%); 01 cirurgia de Herniorrafia Epigástrica (5%); 01 cirurgia de Circuncisão (5%) e 01 cirurgia de Histerectomia (5%). Todos esses dados podem ser observados no quadro 01.

Por se tratar de uma clínica cirúrgica/ortopédica e a maioria dos seus pacientes internados sofreram algum tipo de trauma ou doença ortopédica, esses tipos de cirurgias tornam-se mais frequentes. A doença ortopédica tem evolução lenta, geralmente dolorosa, e compromete as atividades diárias e a qualidade de vida do seu portador. Os traumas ortopédicos têm surgimento súbito e podem trazer grandes comprometimentos físicos, emocionais e sociais. Essas injúrias ao sistema musculoesquelético podem desencadear eventos que comprometem direta ou indiretamente outros sistemas e, por isso, devem sofrer intervenção imediata (ARAÚJO; CAMERON, 2011).

As cirurgias de herniorrafia inguinal e apendicectomia aparecem em segundo lugar com maior incidência. Dentre as hérnias, as inguinais são as mais frequentes na prática clínica, acometendo preferencialmente o sexo masculino. Podem ser divididas em direta e indireta, sendo a primeira mais comum. Acredita-se que alguns fatores ambientais façam parte do desenvolvimento da hérnia direta, como o tabagismo, a idade avançada, desnutrição e a área de atividade ocupacional (BERNARDO, *et.al.*, 2008).

A apendicectomia é o método de primeira intenção indicado para apendicite, no estudo foram realizadas duas cirurgias de apendicectomia, constituindo uma amostra de 10%. A apendicite aguda constitui a emergência cirúrgica mais comum no nosso meio. Seu diagnóstico e o tratamento precoce influem diretamente no prognóstico dessa patologia. De uma intervenção cirúrgica de execução fácil nas primeiras 24 horas, sua abordagem cirúrgica vai progressivamente tomando-se mais complexa, sobretudo após as primeiras 48 horas (FREITAS; *et.al.*, 2009).

Em seguida com 5%, são identificadas as cirurgias de herniorrafia epigástrica, circuncisão e histerectomia. No tocante às hérnias epigástricas, grande parte das vezes são defeitos pequenos, que dão passagem apenas à gordura pré-peritonal, e seu tratamento é obtido por sutura simples do anel, recompondo o estrato musculoaponeurótico, após a exérese ou a redução do conteúdo herniado. O mesmo não se aplica àquelas que atingiram volumes maiores, como ocorre na maioria das hérnias incisionais e também em algumas inguinais primárias, pois exigem procedimentos mais elaborados e onerosos (grande porte), incluindo a utilização de telas especiais e tamanho grande, além de demandarem maior tempo no preparo e na recuperação desses pacientes (MELO, 2013).

A histerectomia é a segunda mais frequente cirurgia realizada pelas mulheres em idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesárea. No Brasil, estima-se que, anualmente, cerca de 300 mil mulheres recebem a indicação de histerectomia e necessitam realizá-la. A realização de tal cirurgia pode envolver não só a preocupação da mulher com o ato cirúrgico, mas também suas expectativas no tocante à histerectomia, à vivência no pós-operatório, aos motivos, crenças e significados atribuídos ao útero. Estima-se que esta abrangência deva-se ao fato de esse órgão ser considerado importante para o desempenho do papel da mulher: a maternidade (JESUS, *et.al.*, 2012).

A fimose define-se como a presença de um prepúcio não retrátil devido a uma abertura prepucial estreita e, segundo as características macroscópicas do anel prepucial, é classificada em primária ou secundária. Na primária não existem sinais de cicatrização. Na secundária, pelo contrário, são visíveis alterações cicatriciais, que ocorrem maioritariamente após contextos inflamatórios locais, como na balanite xerótica obliterante, podendo surgir num prepúcio previamente retrátil (LOPES, *et.al.*, 2011.)

A terapêutica clássica para a fimose é a circuncisão, tendo sido desenvolvida posteriormente a prepucioplastia. Uma vez que ambos são procedimentos cirúrgicos, têm custos mais elevados e estão associados à morbidade não desprezível. São relativamente frequentes a infecção e a hemorragia incisionais e, mais raramente, a estenose e a fístula do meato uretral (LOPES, *et.al.*, 2011).

Dessa forma, é competência do enfermeiro e de toda equipe cirúrgica, atuar de forma preventiva contra os perigos do CC, buscando ações que garantam a qualidade do procedimento cirúrgico que será realizado.

No quadro 02 encontra-se a distribuição numérica dos diagnósticos de enfermagem identificados em clínica cirúrgica, levantados através da taxonomia II da NANDA-I, presentes no instrumento utilizado para coleta de dados. Serão analisados os diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções.

Risco de infecção é o risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos e foi identificado em 85% dos indivíduos analisados, obtendo o resultado de diagnóstico mais frequente entre os pacientes cirúrgicos da pesquisa.

Está relacionado tanto às condições pré-operatórias do paciente (estado geral, nutrição, idade e doenças crônicas, entre outras), quanto aos aspectos técnicos, como paramentação correta, técnica asséptica, antissepsia da pele, materiais esterilizados corretamente e classificação da cirurgia. (CARVALHO; PALDINO; SOUSA, 2012).

A dor aguda foi evidenciada em ambos os períodos cirúrgicos, sendo o segundo diagnóstico mais frequente com. É caracterizada como uma dor de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término previsível e duração de menos de seis meses, tendo como fatores relacionados os agentes lesivos biológicos, químicos, físicos ou psicológicos (ALMEIDA, *et.al.*,2011).

A dor é algo comum a todo ser humano, que possui suas particularidades e pontos-chave, sendo por vezes ativada por componentes psicológicos e subjetivos. Assim sendo, cada indivíduo reage a for de forma diferente, levando também em consideração a intensidade da dor (FORTUNATO, *et.al.*,2013).

O tipo de cirurgia, o seu nível de complexidade, os elementos psicológicos, emocionais e físicos do paciente, podem contribuir de maneira significativa para aumento do grau da dor e do desconforto, tanto antes quanto depois do procedimento cirúrgico. A partir disso, podem-se utilizar instrumentos que quantifiquem a intensidade da dor. Uma das maneiras de mensuração da dor é a escala numérica verbal que varia de 0 a 10, e a intensidade da dor é classificada de forma crescente, quanto maior o número, mais intensa é a dor. E dessa forma, é possível a classificação da dor e a busca de uma medida eficaz para seu alívio.

A avaliação do paciente com envolve um diagnóstico correto, que permita a mais apropriada estratégia terapêutica farmacológica, associada às intervenções de enfermagem específicas, evitando, assim, a fragmentação da assistência prestada. Ademais, existe a compreensão de que a persistência da dor pode gerar danos ao paciente e a ocorrência de tais eventos mencionados eleva o tempo de permanência desse paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e, conseqüentemente, no hospital (COSTA, *et.,al*, 2013).

O terceiro diagnóstico de enfermagem com maior incidência foi mobilidade física prejudicada, caracterizada como uma limitação do movimento físico corporal seja física ou voluntária, de uma ou mais extremidades. A presença do diagnóstico mobilidade física prejudicada implica em problemas como a mudança na marcha, que pode gerar um risco aumentado para quedas, além da maior dependência quanto às atividades de vida diária, impossibilidade de retorno às atividades laborais, dificuldade para movimentar-se no próprio domicílio, assim como no entorno de casa e para outros locais (ALVES, *et.al.*, 2010).

Alguns diagnósticos não apresentaram frequências tão altas, entretanto é essencial o conhecimento sobre suas características e fatores relacionados, para que os profissionais da saúde possam planejar intervenções de acordo a com a necessidade cada paciente.

O Risco da Integridade da Pele Prejudicada está relacionado a excreções, pele úmida, presença de secreções, extremos de idade, proeminências ósseas, circulação

prejudicada, déficit/excesso de líquidos e fatores mecânicos. Nos pacientes cirúrgicos apresentou uma percentual de 35%. Esse número justifica-se pelo fato de que pacientes em condições cirúrgicas dependendo do trauma ou enfermidade necessitam de cuidados corporais constantes para manter a hidratação da pele e evitar a ascensão de feridas, úlceras ou processos infecciosos.

Outro diagnóstico analisado foi Integridade Tissular Prejudicada. De acordo com a classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2011), a integridade tissular prejudicada define-se como: “dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” podendo estar associado à circulação alterada, déficit de conhecimento, déficit de líquidos, excesso de líquidos, extremos de temperatura, fatores nutricionais, irritantes químicos, mecânicos (pressão, abrasão, fricção), mobilidade física prejudicada e radiação.

O diagnóstico de Integridade Tissular Prejudicada presente nos pacientes cirúrgicos foi de 40%, está relacionada também com a circulação prejudicada, extremos de temperatura, fatores mecânicos, déficiti/excesso de líquidos e mobilidade física prejudicada. Refere cuidados também com a hidratação corporal para a recuperação tissular.

A nutrição desequilibrada menos/mais que as necessidades corporais diz respeito à ingestão de nutrientes que podem ser insuficientes ou que podem exceder a necessidades metabólicas. Tem como fatores contribuintes, a capacidade de ingerir/digerir/absorver alimentos ou ingestão excessiva. Durante a avaliação dos pacientes, 30% apresentaram nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais. Isso aconteceu devido a falta de adesão a comida do hospital e a fatores psicológicos antes dos procedimentos cirúrgicos.

A Constipação foi encontrada em 30% dos casos avaliados, e é definida como diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminações de fezes excessivamente duras e secas (NANDA, 2011). Pode estar relacionada a sedativos, desidratação, mudança de ambiente, mudança de padrões alimentares, tensão emocional, hábitos de evacuações irregulares e tensão emocional.

Devido a tais fatores, principalmente a tensão emocional e a mudança de padrões alimentares, os pacientes internados podem sofrer alterações fisiológicas que comprometam o funcionamento regular do intestino. Está correlacionada diretamente com o diagnóstico de nutrição desequilibrada, pois os 30% dos pacientes que apresentaram este último diagnóstico, também se mostraram constipados.

A náusea é classificada pela NANDA-I (2011), como uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar. Alguns dos fatores que podem

contribuir para seu aparecimento são irritações gástricas, dor, fármacos, distensão gástrica, fatores psicológicos e tumores intra-abdominais. De todos os pacientes que foram avaliados, 25% apresentaram náusea, devido à medicação, e também pela ansiedade antes da cirurgia. No pós-operatório, por causa da anestesia, alguns pacientes relataram náuseas fortes e intensas, com ânsia de vômito.

E por último com a mesma incidência, o diagnóstico padrão respiratório ineficaz e eliminação urinária prejudicada, aparecem com 5%. O padrão respiratório ineficaz é conceituado pela NANDA-I (2011) como a inspiração e/ou expiração que não propicia ventilação adequada, que podem estar ligadas a ansiedade, deformidade na parede do tórax, dano cognitivo, dor, fadiga e fadiga muscular respiratória. De acordo com o exame físico realizado em cada paciente, foi identificado apenas um indivíduo com dificuldade respiratória, ocasionado pela dor intensa. Os outros pacientes apresentaram frequência respiratória normal e sem queixas.

Em relação à eliminação urinária prejudicada que é a disfunção na eliminação da urina de acordo com NANDA-I (2011), somente 5% da amostra entrevista referiu problemas ao urinar. Esse diagnóstico pode estar relacionado a dano sensorio-motor, múltiplas causas, infecção no trato urinário ou obstrução anatômica. Todos os outros pacientes relataram normalidades nas eliminações vesicais e sem queixas algicas ao urinar.

Portanto, chama-se a atenção para os cuidados de enfermagem nos pacientes em período perioperatório. É fundamental que o enfermeiro esteja atento a todos os cuidados que o paciente em pré-operatório ou pós-operatório necessite, como higienização, controle das algias, mudanças de decúbito, assepsia nos locais da cirurgia e no ambiente, estimular a ingestão dos alimentos prescritos na dieta, realizar ausculta pulmonar a procura de alterações, verificar sinais vitais, observar a consistência, cor, volume e aspecto das eliminações vesicointestinais, além de tirar todas as dúvidas dos pacientes e da família quando questionado. Isso se torna válido para todos os diagnósticos, desde os mais comuns aos menos prevalentes, pois é papel do enfermeiro garantir que as intervenções sejam realizadas de forma plena e eficaz.

A partir da identificação dos diagnósticos em clínica cirúrgica é possível que o enfermeiro e a equipe de saúde se organizem e planejem as ações que serão executadas para obter o conforto e satisfação do paciente que se encontra em uma condição delicada e vulnerável, visando a qualidade do procedimento a ser realizado e a assistência nos períodos que antecedem e sucedem as cirurgias.

As intervenções de enfermagem executadas são o quarto passo para a implementação do processo de enfermagem. Entretanto, nem todas as intervenções sugeridas foram realizadas, devido às limitações apresentadas no cuidado desempenhado pela equipe de enfermagem no cenário estudado.

Estudos desenvolvidos por enfermeiros nos últimos anos apontam diferentes dificuldades em sua implantação, dentre elas destacam-se: falta de conhecimento por parte do enfermeiro acerca da metodologia de assistência e modelos teóricos; deficiência na abordagem da temática durante o curso de graduação; grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, além da falta de pessoal e de recursos materiais para o cuidado; falta de articulação entre a teoria e a prática; e, influências do modelo biomédico/cartesiano. São causas que representam, em sua maioria, problemas conceituais, estruturais e organizacionais (CABRAL; MEDEIROS; SANTOS, 2013).

Em risco de infecção, as intervenções de enfermagem mais executadas foram: promover ingestão nutricional adequada (85%); estimar repouso (85%); manter assepsia para paciente de risco (85%). Na dor aguda, as que prevaleceram foram: Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor (70%); promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor; oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita (70%). E em mobilidade física prejudicada, as intervenções que se sobressaíram foram: instruir e supervisionar o uso de aparelhos de deambulação (40%); evitar o pé em gota (40%).

No caso de Risco de Integridade de Pele Prejudicada as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem foram: proporcionar higiene íntima sempre que necessário (35%); manter limpas, secas e sem vincos com as roupas de cama (35%). Em Integridade Tissular Prejudicada, as intervenções: virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas e manter roupas limpas, secas e sem vincos com as roupas de cama, alcançaram a frequência de 40% cada uma.

Para a melhoria dos pacientes com nutrição desequilibrada menos/mais que as necessidades corporais era de responsabilidade do enfermeiro no quesito intervenção, foram monitoradas a adequação das prescrições alimentares de modo a atenderem as necessidades nutricionais diárias (30%) e também oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta (30%). Nos pacientes com constipação foram monitorados os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, volume e cor como também avaliação do perfil medicamentoso quanto aos efeitos gastrointestinais (30%).

As intervenções para a melhora da Náusea inseridas nos pacientes cirúrgicos, foram: levantamento completo da náusea, frequência, duração, gravidade e fatores

precipitantes (25%); administração de medicamentos antieméticos prescritos (25%); redução e eliminação de fatores pessoais que precipitem ou aumentem a náusea(25%); e encorajamento do consumo de quantidades pequenas de alimentos (25%).

Como plano de ação para a melhora do paciente com Padrão Respiratório ineficaz, foi feita a monitoração da frequência, ritmo, profundidade e esforço (5%) do indivíduo com esse diagnóstico. Lembrando que, a ausculta pulmonar é de suma importância para manutenção respiratória do paciente, além do registro dos movimentos torácicos observando simetria, uso dos músculos acessórios e retrações. Através dela, busca-se também a ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos, e expansão pulmonar que podem indicar em algo mais complexo.

No diagnóstico de eliminação urinária prejudicada, como intervenção foi obtido o monitoramento das eliminações vesicais, observando cor, volume, frequência, odor, consistência; sinais e sintomas de retenção urinária; identificação de fatores que contribuem para episódios de incontinência e inserção de sonda vesical, conforme apropriado.

Utilizando-se das ferramentas metodológicas que são privativas do enfermeiro, ou seja, do processo de enfermagem e suas etapas, é possível garantir o bem estar físico e mental dos pacientes no período perioperatório, visto que uma assistência mal planejada pode implicar em complicações e danos àquele paciente que necessita de atendimento diferenciado para enfrentar e lidar com o procedimento cirúrgico, no qual ele será protagonista. Identificar diagnósticos e implementar intervenções garantem a segurança do paciente, minimizam o tempo e adversidades do processo de hospitalização e, ainda, documenta a assistência de enfermagem prestada.

6 CONCLUSÃO

É de extrema necessidade a sistematização da assistência de enfermagem em clínica cirúrgica, pois através dela é fornecido um atendimento seguro e eficiente com resultados benéficos para a equipe e para o próprio paciente, avaliando as particularidades do mesmo, orientando-o quanto aos cuidados no processo cirúrgico e oferecendo informações que contemplem todas as ações que serão desenvolvidas pela enfermagem e sua equipe.

Para a eficácia do exercício de enfermagem é necessário a implementação adequada do processo de enfermagem, abrangendo todas suas etapas, principalmente os diagnósticos de enfermagem e suas intervenções, pois elas garantem o respaldo técnico do enfermeiro na realização de suas atividades, lhe dando autonomia e capacitação para a execução do seu plano de cuidados a pacientes não só em clínica em cirúrgica, mas em todos os setores em que a enfermagem atua.

No entanto, foram observadas muitas limitações durante o período de pesquisa, pois o hospital pesquisado possui uma fragilidade na estrutura técnico-científica para a realização do processo de enfermagem. Acrescenta-se, ainda, o pouco conhecimento da equipe de enfermagem sobre os benefícios que o processo de enfermagem possa vir a trazer ao atendimento a pacientes cirúrgicos e de outras condições clínicas.

O desenvolvimento deste estudo permitiu um aprendizado positivo, proporcionando melhora da capacidade de reflexão crítica, ou seja, conduzindo a assistência para uma prática mais científica e menos intuitiva. O conhecimento dos principais diagnósticos de enfermagem e suas intervenções contribuem para o direcionamento dos cuidados em pacientes que se encontram em clínica cirúrgica, viabilizando o processo de enfermagem na instituição pública de saúde, como ferramenta facilitadora para o trabalho da equipe de enfermagem, servindo ainda de modelo a ser seguido por outros setores, influenciando na educação em enfermagem e políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D.V; IWAMOTO, H.H; OLIVEIRA, J.F; OLIVEIRA, K.F; Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**. Minas Gerais, n.8, p. 105-114, 2012.
- ALMEIDA, M. A; FRANZEN, E; LAURENT, M.C; LUCENA; A.F. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- AMANTE, L.N; ANDERS, J.C; KLETEMBERG; D.F; MANTOVANI, M.F; PADILHA, M.I; SIQUEIRA, M.T.D. Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n.1, p. 26-32, 2010.
- AMANTE, L.N; ROSSETTO, A.P; SCHENEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n.1, p. 54-64, 2009.
- ALVES, F.E.C; ARAÚJO, T.L; COSTA, A.G; CHAVES, D.B.R; MOREIRA, R.P; OLIVEIRA, D.B.R. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 44, n.3, p. 753-8, 2010.
- ARAÚJO, A.C.O.; BARRETO, R.A; FREITAS, V.C, SUZUKI, K.A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. **Revista Mineira de Enfermagem**. Goiânia, v. 14, n. 3, p. 369-375, 2010.;
- ARAÚJO, S.T.C; CAMERON, L.E. O estudante de graduação e a assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 6, 2011.
- BACKES, D.S; ERDMANN, A.L; KOERICH, M.G; NASCIMENTO, K.C; . Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-8, 2008.
- BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de; LOPES, Juliana de Lima; **A legislação e a sistematização da assistência de Enfermagem**. São Paulo, v. 1, n.2, p. 65, 2010.
- BRAGA, E.M; RAZERA, A.P.R. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 45, n.3, p. 632-7, 2011.
- BERNARDO, W.M; KELMAN, G; SOARES, R; SPERANDO, W.T; QUEROZ, T. Revista da associação médica brasileira. Internet, v.54, n.3, p. 189-201, 2008.
- BITTENCOURT, G.K.G. D; CROSSETTI, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 47 n.2, p. 341-7, 2013.

CABRAL, R.W.L; MEDEIROS, A.L; SANTOS, S.R. Revista eletrônica de enfermagem. Internet, v. 15, n. 1, p. 44-53, 2013.

CARVALHO, R. Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n.4, p. 33-47, 2012.

CASTILHO, N.C, CHIRELLI, M.Q; RIBEIRO, P.C. A Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar do Brasil. **Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n.2, ; p. 280-9, 2009.

COSTA, A.L.S; LEITE, R.C.B.O; LASAPONARI, E.F; PENICHE, A.C.G. Revisão Integrativa: Dor aguda e Intervenções de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 18, n.3; p. 38-48, 2013.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em Ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 2009.

CRUZ, A. P. O; LOPES, R. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Salusvita**, Bauru, v. 29, n.3, p. 293-312, 2010.

DUARTE, S.C.M; MESQUITA, M.G.R; STIPP, M.A.C. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4; p. 657-665, 2012.

EGRY, E. Y; GARCIA, T. R. Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FORTUNATO, J.G.S; FURTADO, M.S; HIRABAE, L.F.A; OLIVEIRA, J.A. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3 p. 110-117, 2013.

FREITAS, R.G; LEAL, P.R.F; MAYA, M.C.A, PITOMBO, M.B. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 38-51, 2009.

GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L; Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 188-193, 2009.

JESUS, M.C.P; HOGA, L.A.K; MERIGHI, M.A.B; OLIVEIRA, D.M; PEDROSO, A.G.O. Texto Contexto de Enfermagem. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 608-15, 2012.

LOPES, I; PIRES, P; TEIXEIRA, H; SANTOS, J.A. Corticosteróides tópicos no tratamento da fimose primária em idade pediátrica: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Matosinhos, v. 27, p. 296-300, 2011.

MELO, R.M. Hérnias complexas da parede abdominal. **Revista do colégio brasileiro de cirurgiões**. Goiás, v. 40, n. 2, p. 090-091, 2013.

MENEZES, S.R.T, PEREIRA, L.L; PRIEL, M.R. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-8, 2011.

MOREIRA, K.A.A; POPOV, D.C.S. **Visita pré-operatória de enfermagem**. Revista de Enfermagem UNISA. Santo Amaro, v. 10, n. 2, p. 158-62, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda-** Definições e classificação 2009-2011. Nanda Internacional. Porto Alegre, ARTMED, 2010.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REMIZOSKI, J; ROCHA, M.M; VALL, J. Dificuldades na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: uma revisão teórica. **Cadernos da Escola de Saúde. Curitiba**, v. 3, p. 1-14, 2010.

SILVA, F.S, VIANA, M.F; VOLPATO, M,P. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 565-72, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
 CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Implementação do Processo de Enfermagem em Pacientes de clínica cirúrgica em um Hospital no Centro-sul do Piauí.

Pesquisador (a) responsável: Ms. Francisca Tereza de Galiza, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): 08596865357

Prezado Senhor/Senhora:

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito

♦**Objetivo do estudo:** Analisar a implementação do processo de enfermagem em pacientes internados em clínica cirúrgica.

♦**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento de instrumento, previamente elaborado e validado, no intuito de se aplicar o Processo de enfermagem, de maneira ampla e eficaz.

♦**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, podendo possibilitar um maior comprometimento da equipe de enfermagem na prestação dos cuidados aos pacientes em clínica cirúrgica, bem como na sua avaliação, de maneira holística e satisfatória.

♦**Riscos:** Esta pesquisa poderá gerar o risco de expor o pensamento dos participantes frente a temática abordada, podendo gerar certo constrangimento.

♦Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

♦ **Sigilo:** Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____
 Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 2014.

 Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
 tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Autorização Institucional

Venho por meio deste, apresentar concordância com a realização da pesquisa intitulada: “Implementação do Processo de Enfermagem em pacientes de clínica cirúrgica em um hospital no centro-sul do Piauí”, que tem como objetivos: Analisar a implementação do processo de enfermagem em pacientes internados em clínica cirúrgica; Identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes de clínica cirúrgica; Determinar as intervenções de enfermagem implementadas em clínica cirúrgica. Tendo como público alvo, indivíduos de ambos os sexos com maioria etária, admitidos na Ala C da unidade hospitalar em questão. O estudo tem como pesquisadora responsável à professora Ms. Francisca Tereza de Galiza.

Picos, 08 de Janeiro de 2014

Marinalva Nair Silva Ramos

Chefe de Enfermagem do Hospital Regional Justino Luz

ANEXO B

Processo de Enfermagem / Sistematização da Assistência – SAE

Nome		Idade
Enfermaria	Leito	Data

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
1. Dor Aguda caracterizada por: <input type="checkbox"/> Alteração da pressão sanguínea Comportamento expressivo <input type="checkbox"/> Distúrbio do sono Expressão facial <input type="checkbox"/> Mudanças na FC/FR Relato verbal de dor	1. () Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor 2. () Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor 3. () Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2. Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Ansiedade Fadiga da musculatura respiratória <input type="checkbox"/> Deformidade da parede do tórax Fadiga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dano cognitivo <input type="checkbox"/> Dor	1. () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço 2. () Registrar movimentos torácicos observando simetria, uso dos músculos acessórios e retrações 3. () Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos 4. () Palpar em busca de expansão pulmonar igual		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3. Náusea <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Distensão gástrica <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Fatores Psicológicos <input type="checkbox"/> Irritação gástrica <input type="checkbox"/> Tumores	1. () Realizar levantamento completo da náusea, frequência, duração, gravidade, fatores precipitantes 2. () Administrar medicação antieméticos prescritos 3. () Reduzir ou eliminar fatores pessoais		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

intrabdominais	<p>que precipitem ou aumentem a náusea</p> <p>4. () Promover repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea</p> <p>5. () Encorajar o consumo de quantidades pequenas de alimentos</p>		
<p>4. Nutrição desequilibrada menos/mais do que as necessidades corporais</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de absorver/ingerir/digerir alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Fatores psicológicos</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão excessiva</p>	<p>1. () Monitorar a adequação das prescrições alimentares modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias.</p> <p>2. () Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita.</p> <p>3. () Oferecer temperos e condimentos como alternativa ao sal.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>5. Constipação</p> <p>Sedativos <input type="checkbox"/></p> <p>Mudança recente de ambiente <input type="checkbox"/></p> <p>Diuréticos <input type="checkbox"/></p> <p>Desidratação <input type="checkbox"/></p> <p>Mudança de padrões alimentares <input type="checkbox"/></p> <p>Hábitos de evacuações irregulares <input type="checkbox"/></p> <p>Tensão emocional <input type="checkbox"/></p>	<p>1. () Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, volume e cor.</p> <p>2. () Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos gastrointestinais</p> <p>3. () Monitorar ruídos intestinais</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>6. Eliminação urinária prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor</p> <p><input type="checkbox"/> Múltiplas causas</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção no trato urinário</p> <p><input type="checkbox"/> Obstrução anatômica</p>	<p>1. () Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor</p> <p>2. () Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária</p> <p>3. () Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência</p> <p>4. () Inserir sonda vesical, conforme apropriado</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>7. Mobilidade Física Prejudicada <input type="checkbox"/> Contratura Desconforto Desnutrição Desuso Dor <input type="checkbox"/> Força muscular diminuída Restrições prescritas de movimento</p>	<p>1. () Instruir e supervisionar o uso de aparelhos de deambulação 2. () Assistir o paciente na transferência 3. () Evitar o pé em gota 4. () Realizar os exercícios terapêuticos</p>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>8. Risco de Integridade da Pele Prejudicada <input type="checkbox"/> Excreções Extremos de Idade Imobilização física <input type="checkbox"/> Pele úmida Circulação prejudicada Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Secreções Proeminências ósseas</p>	<p>1. () Proporcionar higiene íntima sempre que necessário 2. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas 3. () Oferecer suporte a áreas edemaciadas 4. () Aplicar as fraldas mais frouxas 5. () Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama</p>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>9. Integridade Tissular Prejudicada <input type="checkbox"/> Circulação alterada Déficit/Excesso de líquidos <input type="checkbox"/> Extremos de temperatura Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</p>	<p>1. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas 2. () Oferecer suporte a áreas edemaciadas 3. () Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama 4. () Massagear ao redor da área afetada</p>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>10. Risco de Infecção <input type="checkbox"/> Agentes farmacêuticos Defesas primárias/secundárias inadequadas <input type="checkbox"/> Destruição dos tecidos</p>	<p>1. () Limitar o número de visitas 2. () Promover ingestão nutricional adequada 3. () Estimular o repouso 4. () Providenciar quarto individual, se necessário 5. () Manter assepsia</p>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Doença crônica Traumas <input type="checkbox"/> Exposição ambiental aumentada a patógenos Procedimentos invasivos	para paciente de risco <input type="checkbox"/>		
--	--	--	--

SINAIS VITAIS					EXAMES		
Hora	T (°C)	FC (bpm)	FR (rpm)	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Tipo	Principais Resultados
						USG	
						Rx	
						Tomografia	
						ECG	
						Laboratoriais	

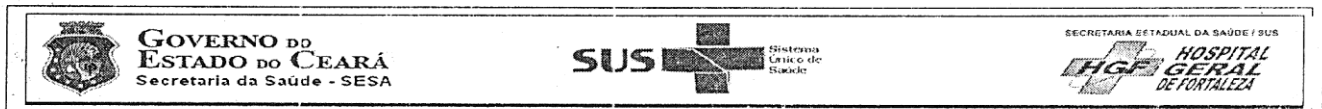
ANTIOTICOTERAPIA			DISPOSITIVOS	DIA DE USO	OBSERVAÇÕES:
MEDICAÇÃO	HORÁRIOS	TEMPO DE USO	SNG/SNE		
			SVD		
			AVP		
			AVC		
			DRENO		

PICOS - PI, ___/___/___

Assinatura e Carimbo do (a) Enfermeiro (a)

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/HGF

Fortaleza, 15 de abril 2011

Ilma. Sra. Comunicamos-lhe o parecer do CEP

Pesquisadora: **Francisca Tereza de Galiza**
Projeto Intitulado: **Cuidado Clínico de enfermagem ao idoso hospitalizado fundamentado em Virginia henderson**
Área de conhecimento: **Ciências da Saúde / Enfermagem**
Data da entrada no CEP: **24/02/11**
Protocolo do CEP: **030310/11**

O Comitê de Ética em Pesquisa do HGF em reunião ordinária no dia 03/03/11 analisou e considerou o referido projeto **APROVADO**, pois atende as recomendações da Resolução nº 196/96 do CNS/MS.

Lembramos ao pesquisador o cumprimento da resolução do CNS Nº 196/96 na condução científica do seu projeto e ainda, o encaminhamento ao CEP do relatório final da pesquisa bem como à devolução dos resultados à comunidade.

Atenciosamente,


Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiróz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HGF