

**HRJ**

**v.3 n.14 (2022)**

**Recebido: 17/11/2021**

**Aceito: 06/12/2021**

**A relevância dos diagnósticos de enfermagem de cirurgias ginecológicas em um hospital público do Distrito Federal**

**Yuri de Jesus Leite Ferreira<sup>1</sup>**  
**Gleyce Mikaelle Costa Quirino<sup>2</sup>**  
**Vitor Francisco Brandão<sup>3</sup>**  
**Jaqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes<sup>4</sup>**  
**Lauane Rocha Itacarambi<sup>5</sup>**  
**Raniele Barros de Oliveira<sup>6</sup>**  
**Érika Vanessa Silva Oliveira<sup>7</sup>**  
**Vanessa da Silva Ferreira<sup>8</sup>**  
**Ruth Silva Matos<sup>9</sup>**  
**Cinthyia Marques do Nascimento<sup>10</sup>**  
**Francisca de Paula Carvalho Demes<sup>11</sup>**  
**Taciana Rodrigues Mendonça<sup>12</sup>**

<sup>1</sup>Enfermeiro Residente do programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES- DF

<sup>2</sup>Enfermeira Residente do programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES- DF

<sup>3</sup>Enfermeiro. MBA Gestão em Centro de Material e Esterilização- INESP. Preceptor do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

<sup>4</sup>Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS/SES-DF

<sup>5</sup>Enfermeira Residente do programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES- DF

<sup>6</sup>Enfermeira Residente do programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES- DF.

<sup>7</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF.

<sup>8</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF.

<sup>9</sup>Enfermeira Residente do programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES- DF.

<sup>10</sup>Enfermeira UTI/HUB e Colaboradora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

<sup>11</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

<sup>12</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever os diagnósticos de enfermagem através das queixas das pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva, com abordagem quantitativa realizada através da análise de 74 prontuários. **Resultados:** estudo abordado foi realizado com 100% sexo feminino. Referente ao estado civil, 44,59% eram solteiras, 22,97% casadas, 17,56% divorciadas, 2% viúvas, 12,16% não se aplica. **Discussão:** Foram identificados nove diagnósticos reais, presentes nas 74 pacientes cirúrgicas que compuseram o estudo. **Conclusão:** O estudo possibilitou realizar uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro, dando ênfase a importância do acompanhamento dos pacientes durante o pós-operatório.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória.

## The relevance of nursing diagnoses of gynecological surgeries in a public hospital in the Federal District

### ABSTRACT

**Objective:** To describe nursing diagnoses through the complaints of patients undergoing gynecological surgery. **Methodology:** This is a descriptive research, with a quantitative approach carried out through the analysis of 74 medical records. **Results:** studied study was carried out with 100% female. Regarding marital status, 44.59% were single, 22.97% married, 17.56% divorced, 2% widows, 12.16% not applicable. **Discussion:** Nine real diagnoses were identified, present in the 74 surgical patients who composed the study. **Conclusion:** The study allowed for a reflection on the role of nurses, emphasizing the importance of monitoring patients during the postoperative period.

Keywords: Nursing Diagnosis, Nursing Care, Perioperative Nursing.

## La relevancia de los diagnósticos de enfermería en cirugías ginecológicas en un hospital público del Distrito Federal

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir los diagnósticos de enfermería a través de las quejas de pacientes sometidas a cirugía ginecológica. **Metodología:** Se trata de una investigación descriptiva, con abordaje cuantitativa, realizada a través del análisis de 74 historias clínicas. **Resultados:** el estudio estudiado se realizó con 100% mujeres. En cuanto al estado civil, 44,59% eran solteros, 22,97% casados, 17,56% divorciados, 2% viudas, 12,16% no aplica. **Discusión:** Se identificaron nueve diagnósticos reales, presentes en los 74 pacientes quirúrgicos que componen el estudio. **Conclusión:** el estudio permitió reflexionar sobre el rol de las enfermeras, destacando la importancia del seguimiento de los pacientes durante el posoperatorio.

**Palabras clave:** Diagnóstico de enfermería, Atención de enfermería, Enfermería perioperatoria.

## INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico é um setor da unidade hospitalar em que se realiza procedimentos críticos invasivos, podendo ser para fins de diagnósticos ou terapêuticos. Trata-se de um local de intervenções de pequeno, médio e grande porte, requerendo de alta tecnologia e recursos humanos. As intervenções podem ser eletivas ou emergenciais. Sendo considerado um ambiente complexo que necessita de profissionais habilitados para atuarem de forma efetiva nas mais diversificadas e peculiares necessidades assistenciais aos usuários<sup>1</sup>.

Nesse sentido, o enfermeiro enquanto componente da equipe interdisciplinar do Centro Cirúrgico desenvolve inúmeras estratégias que visam o gerenciamento do setor. Este profissional é de suma importância dentro da unidade, uma vez que desempenha atividades de coordenação e assistência. O papel administrativo do enfermeiro inclui o planejamento, organização, direção, controle e avaliação das ações desenvolvidas neste local de trabalho, sendo requisitos essenciais para a atuação do enfermeiro no setor. Embora a formação deste profissional seja direcionada para o cuidar, na prática da unidade cirúrgica identifica-se menor atuação do enfermeiro na assistência direta quando comparada à atuação administrativa, a qual possui responsabilidade principal. Portanto, este profissional deve atentar-se para a prática do cuidado e o contato direto com seus clientes, bem como a interação com a equipe multidisciplinar<sup>2</sup>.

Os procedimentos realizados no Centro Cirúrgico são variados, dentre eles estão as cirurgias ginecológicas, que se trata de uma intervenção no aparelho geniturinário feminino. As doenças ginecológicas se configuram como sério problema de saúde pública, mas também acometem órgãos que possuem valores simbólicos relacionados à feminilidade e fertilidade das mulheres, portanto esse grupo de pacientes devem ser assistidas de forma integral por toda equipe do Centro Cirúrgico, sobretudo pelo enfermeiro e equipe técnica, no intuito de

minimizar a variedade de inseguranças vivenciadas por essas pacientes submetidas a intervenção cirúrgica<sup>3,4</sup>.

Diante do exposto, elencamos as seguintes questões: Quais são as estratégias adotadas pelo enfermeiro e sua equipe frente as pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas? Os diagnósticos e intervenções de enfermagem são capazes de intervir de forma positiva na recuperação dessas pacientes?

Faz-se necessária a implementação da sistematização do processo de enfermagem, afim de identificar os problemas já existentes de maneira a intervir reduzindo os danos e prejuízos pós cirúrgico. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem legislado as competências dos profissionais de enfermagem e as anotações que devem constar e ser documentadas nos prontuários. Vide resolução 358/2009 que considera a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como um processo de trabalho que tem como evidência a contribuição do enfermeiro na atenção à saúde da população, objetivando ser facilitador no processo de adaptação e recuperação do paciente<sup>5</sup>.

A sistematização da assistência tem como propósito orientar as atividades do profissional, sendo responsável pela organização do trabalho da equipe, para que seja possível a operacionalização do processo de enfermagem (PE). Até 1960, a enfermagem em Centro Cirúrgico era fundamentada em instrumentalização, atendimento das solicitações médicas e ações administrativas relacionadas ao desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico. Em 1990, a aplicação do processo de enfermagem no cuidado ao paciente cirúrgico promoveu a integralização da assistência participativa, continuada, individualizada e documentada. Com base nesse modelo de assistência, cada paciente é visto de forma singular e a intervenção de enfermagem tende a promover a continuidade do cuidado, além de avaliar a assistência prestada. As teóricas denominaram esse processo de sistematização de assistência de enfermagem perioperatória (SAEP)<sup>6</sup>.

Os diagnósticos de enfermagem propiciam uma base para a seleção das intervenções prioritárias, de forma a garantir resultados pelos quais a equipe de enfermagem é responsável<sup>7</sup>.

Para denominar os benefícios da implementação do processo de enfermagem, tivemos como base as queixas registradas existentes nos prontuários das pacientes, realizando a comparação com as taxonomias de enfermagem, com o objetivo de identificar a incidência e a prevalência das principais queixas visando a identificação dos diagnósticos, incentivando a comunicação entre membros da equipe, a promoção da continuidade da assistência prestada ao cliente e a construção de uma enfermagem fundamentada em princípios científicos com raciocínio clínico.

Pesquisa dessa natureza justifica-se por sua relevância social e científica, visto os benefícios que a mesma pode proporcionar a toda sociedade e a equipe de saúde. O interesse pela temática surgiu devido vivência no campo da prática de cirurgias ginecológicas, durante o programa de residência uniprofissional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem quantitativa. O estudo tem por finalidade a análise de 74 prontuários de pós cirúrgicos ginecológicos, tendo suas raízes no pensamento positivista lógico, o qual tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana<sup>8,9</sup>.

A pesquisa de caráter descritivo permite detalhar as características de um determinado fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis que se manifestam espontaneamente. É um levantamento das prioridades conhecidas, componentes do fato/ fenômeno/ problema, sendo realizada na forma de levantamentos ou observações sistemáticas<sup>10</sup>.

A população constituiu-se de pacientes submetidas as cirurgias ginecológicas em um hospital público do Distrito Federal (DF). A amostra de 74 prontuários abrangeu 100% das pacientes atendidas no período de agosto a outubro de 2020. Pacientes menores de idade foram excluídas da amostra.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Cirúrgico de uma instituição hospitalar pública, localizada no Distrito Federal no mês de dezembro de 2020, onde foi desenvolvida de acordo com os preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 36359120.1.0000.5058- Via Plataforma Brasil).

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos prontuários das pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas com base nas queixas pós-operatórias, no período de agosto a outubro de 2020, no qual foi utilizado o instrumento de coleta semiestruturado contendo dados sociodemográficos e as principais queixas pós cirúrgico, aos quais subsidiaram a definição dos diagnósticos e cuidados de enfermagem. Os mesmos foram coletados conforme informações passadas pela responsável técnica do Centro Cirúrgico, que fez a abertura dos prontuários, de forma a preservar o sigilo de informações das pacientes. Para a anonimização dos dados, utilizamos a técnica de recodificação, que consiste na diminuição deliberada na precisão dos dados<sup>11</sup>, aos quais foram conferidos valores do atributo para qualquer registro no conjunto de dados; e a técnica de permutação, na qual os dados foram reorganizados de modo que os valores das propriedades individuais estiveram presentes no conjunto, mas não correspondentes ao registro original.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após análise dos prontuários, observa-se, a partir da tabela 1, que o estudo abordado foi realizado com 100% sexo feminino. Referente ao estado civil, 44,59% eram solteiras, 22,97% casadas, 17,56% divorciadas, 2% viúvas, 12,16% não se aplica.

**Tabela 1-** Perfil Sociodemográfico, principais diagnósticos e cirurgias.

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>Resposta</b>		
<b>SEXO</b>	74		
Feminino		74	100%
<b>IDADE</b>	74		
27-36 anos		25	33,78%
37-46 anos		19	25,67%
47-56 anos		20	27,02%
57-66 anos		5	6,75%
67-76 anos		5	6,75%
<b>ESTADO CIVIL</b>	74		
Solteira		33	44,59%
Casada		17	22,97%
Divorciada		13	17,56%
Viúva		02	2,70%
N/A		09	12,16%
<b>ESCOLARIDADE</b>	74		
Fundamental completo		04	5,40%
Médio completo		10	13,51%
Médio incompleto		02	2,70%
Superior completo		03	4,05%
N/A		55	74,32%
<b>DIAGNÓSTICO ATUAL</b>	74		
Adenomioma		15	20,27%
Adenomioma + Incontinência		04	5,40%

Adenomiase	01	1,35%
Incontinência urinária	11	14,86%
Laqueadura tubária	13	17,54%
Leiomioma uterino	01	1,35%
Miomatose	15	20,27%
Neoplasia intraepitelial	14	18,91%

<b>CIRURGIA</b>	<b>74</b>	
Histerectomia abdominal	33	44,59%
Histerectomia abdominal + Sling	01	1,35%
Histerectomia vaginal	10	13,51%
Histerectomia vaginal + Sling	03	4,05%
Laparotomia	04	5,40%
Sling + Correção	11	14,85%
Laqueadura tubária	12	16,21%

Fonte: Aatoria da pesquisa

Quanto ao grau de escolaridade, 5,40% afirmaram ter concluído o ensino fundamental, 13,51% ensino médio completo, 2,70% ensino médio incompleto, 4,05% superior completo e 74,32% não se aplica.

Os resultados sobre trabalho/emprego e renda não foram abrangidos nos prontuários.

Referente ao diagnóstico atual, 20,27% adenomioma, 5,40% adenomioma mais incontinência urinária, 1,35% adenomiase, 14,86% incontinência urinária, 17,56% laqueadura tubária, 1,53% leiomioma do útero, 20,27% miomatose, 18,91% neoplasia intraepitelial. Tendo como prevalência adenomioma e leiomioma do útero.

De acordo com os procedimentos cirúrgicos realizados 44,59% histerectomia abdominal, 1,35% histerectomia abdominal com sling, 13,51% histerectomia vaginal, 4,05%

histerectomia com sling, 5,40% laparotomia exploratória, 14,85 % sling com correção, 16,21% laqueadura tubaria. Com maior número, a histerectomia abdominal foi evidenciada sobre as demais.

Após a concretização dos dados, foram realizadas tabulações dos Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II NANDA 2018-2020<sup>12</sup>, de acordo com classificação de Diagnósticos de risco e Diagnósticos reais, listados na tabela 2 e 3.

**Tabela 2.** Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificados no pós-operatório imediato de cirurgia ginecológica.

<b>Diagnósticos<sup>7</sup></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Risco de infecção	74	100 %
Risco de aspiração	74	100 %
Risco de queda	74	100 %
Risco de recuperação retardada	01	1,35 %
Risco de glicemia instável	74	100%
Risco de desequilíbrio do volume de líquido	06	8,10%
Risco de retenção urinaria	02	2,70%
Risco de sangramento	01	1,35%
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	01	1,35%
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	74	100%

Fonte:

Autoria da pesquisa

Na tabela 2, observamos que os diagnósticos de risco de infecção, risco de aspiração, risco de queda, risco de glicemia instável e risco de desequilíbrio da temperatura corporal estão presentes em todas as pacientes, uma vez que, tais condições são habituais no período pós-operatório. Por definição, diagnósticos de risco, são ameaças as quais uma pessoa, família ou grupo são expostos e que podem levar ao desenvolvimento de respostas inoportunas para a sua condição de saúde<sup>13</sup>.

**Tabela 3.** Diagnósticos de Enfermagem Reais identificados no pós-operatório imediato de cirurgia ginecológica.

<b>Diagnósticos<sup>7</sup></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Integridade da pele prejudicada	74	100%
Mobilidade no leito prejudicada	74	100%
Dor aguda	20	27,02%
Padrão respiratório ineficaz	18	24,32%
Hipotermia perioperatória	10	13,51%
Náusea	04	5,40%
Ansiedade	03	4,05%
Memória prejudicada (situacional e temporária)	01	1,35%
Retenção urinária	03	4,05%

Fonte: Autoria da pesquisa

De acordo com a tabela 3, pode-se analisar que foram listados nove diagnósticos reais, dos quais dois estiveram existentes em todas as pacientes da amostra: integridade da pele prejudicada e mobilidade no leito prejudicada. Os diagnósticos de dor aguda, padrão respiratório ineficaz e hipotermia perioperatória estiveram presentes em porcentagens moderadas, com valores os valores de 27,02%, 24,32% e 13,51%, respectivamente. Quanto a

náusea, ansiedade, memória prejudicada e retenção urinária, foi evidenciado um percentil diminuído, variando entre 5,40% e 1,35%.

Os diagnósticos reais, são caracterizados por estarem presentes em tempo real, baseados na avaliação do enfermeiro, diante da presença de características definidoras superiores<sup>12</sup>.

Para apresentação do presente estudo foram considerados os diagnósticos de risco e diagnósticos reais, assim como as intervenções de enfermagem, baseados no NANDA<sup>7</sup> e NIC<sup>10</sup>.

Foram identificados nove diagnósticos reais, presentes nas 74 pacientes cirúrgicas que compuseram o estudo. Diante da quantidade de diagnósticos de enfermagem encontrados, foram abordados os que apresentaram maior incidência.

**Quadro 1.** Diagnósticos Reais e Intervenções de Enfermagem com maior incidência em pacientes no período pós-operatório de cirurgia ginecológica.

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar condições da incisão cirúrgica;</li><li>- Avaliar condições do curativo;</li><li>- Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres;</li><li>- Monitorar temperatura da pele do paciente.</li></ul>
Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar alinhamento do corpo do paciente;</li><li>- Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras;</li><li>- Avaliar condições da pele do paciente;</li><li>- Realizar massagem de conforto, quando</li></ul>

	<p>pertinente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente);</li> <li>- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas.</li> </ul>
<p>Dor aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar características, intensidade e local da dor;</li> <li>- Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente;</li> <li>- Considerar escore de dor relatado pelo paciente;</li> <li>- Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória);</li> <li>- Administrar analgésicos conforme prescrição médica;</li> <li>- Reavaliar dor após administração da medicação.</li> </ul>
<p>Padrão respiratório ineficaz</p>	<p>Instalar cateter de O<sub>2</sub> a 2l/min ou conforme recomendação médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar paciente a realizar inspiração profunda;</li> </ul> <p>Despertar o paciente e estimulá-lo a respirar profundamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);</li> <li>- Avaliar a necessidade de aspiração da via aérea;</li> <li>- Realizar controle da dor, se presente;</li> </ul> <p>Avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz).</p>

<p>Hipotermia perioperatória</p>	<p>Controlar temperatura a cada 15 minutos e sucessivamente a cada 30 minutos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Substituir roupas molhadas por secas;</li> <li>- Cobrir o paciente com cobertores;</li> <li>- Instalar manta térmica, se disponível;</li> <li>- Evitar descobrir o paciente desnecessariamente;</li> <li>- Monitorar, temperatura e umidade da pele;</li> <li>- Avaliar perfusão periférica;</li> <li>- Infundir soluções venosas aquecidas;</li> </ul> <p>Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente.</p>
----------------------------------	--

Fonte: Autoria da pesquisa

O diagnóstico integridade da pele prejudicada teve um percentual de 40,9% no estudo<sup>14</sup>, enquanto que a presente pesquisa o apresentou em 100% das pacientes no pós-operatório. O diagnóstico pode ser definido como epiderme e/ou derme alterada, relacionada a fatores mecânicos por trauma de qualquer etiologia que tenham prejuízo da integridade local da pele como corte e/ou laceração antes do surgimento da lesão<sup>12</sup>. Sabe-se que a importância de uma avaliação recorrente favorece a minimização de problemas futuros e, embora sejam utilizados métodos para prevenção de prejuízos para o paciente como mudança de decúbito, as lesões surgem frequentemente em pacientes que estão recebendo cuidados abaixo do ideal, onde distúrbios que influenciam na cicatrização como diabetes e desnutrição tornam-se fatores agravantes do quadro. Evidenciado como bom prognóstico, a mudança de decúbito em

períodos determinados, higiene pessoal e o cuidado da pele como auxiliares de recuperação, devem ser incentivados pela equipe de enfermagem. O tempo prolongado de internação pode resultar em lesão por pressão (LPP) aumentando o risco de dano por posicionamento<sup>12</sup>.

De acordo com o estudo<sup>15</sup>, podemos constatar que 100% dos pacientes apresentaram mobilidade no leito prejudicada, e, quando confrontada ao presente estudo (quadro 1) têm-se o mesmo percentual do referido diagnóstico. A mobilidade no leito prejudicada, define-se à limitação de movimento autônoma de uma posição para outra no leito, com diminuição da força<sup>12</sup>. A mobilidade do paciente está vinculada diretamente com a independência do mesmo, por este motivo, encontra-se prejudicada devido as condições do trauma cirúrgico. Essa dificuldade de movimentação no leito foi observada no momento da coleta de dados com o surgimento de sintomas de dor e desconforto abdominal, estes também associados às medicações sedativas.

A pesquisa<sup>15</sup> constatou que 26,01% dos pacientes apresentaram o diagnóstico de dor aguda, mostrando uma equivalência em relação ao estudo atual, com 27,02%. A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial. Pode ser de início súbito ou lento, de intensidade leve a moderada, com término antecipado ou previsível e com duração menor de três meses<sup>12</sup>. Esse sinal no pós-operatório imediato não está restrito à incisão cirúrgica mas também a estimulação nervosa por substâncias químicas liberadas durante o ato cirúrgico, ocorrência de áreas isquemiadas por pressão elevada, espasmos musculares, edema e posicionamento cirúrgico, que interfere no suprimento de sangue adequado para os tecidos, ocasionando dor aguda<sup>15</sup>. A dor deve ser preferencialmente controlada, não devendo existir na fase pós-operatória de forma que prejudique a recuperação do paciente. A presença da dor pode ter variação de leve a intensa principalmente quando estiver ligada ao paciente, como repouso, inspiração profunda tosse e

vômito. No cuidado com o paciente é imprescindível avaliar a queixa de dor com cautela, aplicando escalas preconizadas pela instituição, conciliando aos sinais vitais e buscando fornecer conforto em seu processo de recuperação.

No que diz respeito ao padrão respiratório ineficaz, estudo<sup>15</sup> evidenciou 24,05% dos pacientes com o diagnóstico referido, à medida que, encontramos um percentual de 24,32% na amostra atual. Segundo NANDA<sup>12</sup>, o diagnóstico pode ser definido como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada, tendo como fator relacionado, ansiedade, dor, hiperventilação e obesidade. O resultado demonstrado está dentro dos padrões esperados perante o paciente cirúrgico, tendo em vista que a dispneia é frequentemente relatada pelos pacientes em seu processo de reabilitação.

A hipotermia perioperatória, a qual tem como suscetibilidade uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, podendo comprometer o bem-estar do paciente. Tendo como condições associadas, anestesia local e geral combinadas, complicações cardiovasculares, neuropatia diabética e procedimento cirúrgico<sup>11</sup>. O diagnóstico de hipotermia perioperatória teve percentual 13,51% sobre o total de pacientes da amostra, enquanto que o estudo<sup>14</sup> apresentou 15,04%. A porcentagem diminuída pode ser justificada pelo uso de aquecedor e cobertores disponibilizados pela unidade hospitalar. Habitualmente, o hospital deve fornecer aquecedor para os pacientes em período intraoperatório e no pós-operatório imediato, durante sua permanência em Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA).

Quanto aos diagnósticos, ansiedade, memória prejudicada e retenção urinária houve uma menor ocorrência entre as pacientes que compuseram o estudo, tornando-se indispensável o posterior aprofundamento sobre as queixas para evidenciar os impactos causados no pós-cirúrgico.

## **CONCLUSÕES**

A elaboração do presente estudo possibilitou realizar uma reflexão e obter maior compreensão da atuação do enfermeiro, enquanto especialista em Centro Cirúrgico, sendo possível vislumbrar as inúmeras competências e habilidades desempenhadas por este profissional, enquanto membro da equipe.

Permitiu ainda, dar maior clareza quanto a importância do acompanhamento desses pacientes em sua permanência de internação. Os resultados obtidos no estudo foram evidenciados de forma insatisfatória, pois durante as pesquisas de diagnósticos e intervenções de enfermagem dos procedimentos realizados, observou-se que o enfermeiro tem disponível ferramentas embasadas cientificamente e não as utilizam, o que torna o trabalho da equipe de enfermagem dificultoso. Quanto ao paciente há inúmeros benefícios, como a melhoria na assistência prestada objetivando minimizar efeitos adversos e demais complicações, além de fornecer conforto e bem-estar geral.

Entre as limitações do estudo destaca-se a não implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na rede, dificultando a continuidade do processo prestado ao paciente.

No entanto, faz-se necessário expandir o conhecimento, afim de familiarizar os profissionais acerca dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Cabe salientar a necessidade da educação continuada e treinamento da equipe quanto à importância da temática, visto que a autonomia do enfermeiro é uma conquista evidenciada dia a dia em seu empoderamento profissional.

## **REFERÊNCIAS**

1. Fonseca RMP, Peniche ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. Acta Paul Enferm [periódico na

Internet]. 2009 [acessado 2021 Jun 30];22(4):428-433. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400013>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/Lyq5Vw48j4gvgcBQMNzTcFn/?lang=pt>

2. Guido LAS, Charline C, Andolhe R, Zerbieri F. Competências do Enfermeiro em CC: reflexões sobre ensino/assistência. Rev Sobecc [periódico na Internet]. 2008 Jan-Mar [acessado 2021 Jun 30];13(1):16-23. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=484396&indexSearch=ID>

3. Martins FZ, Dall'Agnol CM. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Rev Gaúcha Enferm [periódico na Internet]. 2016 Dez [acessado 2021 Jun 30];37(4):e56945. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GCCd3Fykn6dvqDc6dkCqHbM/?lang=pt>

4. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015 [cited 2016 Feb 26];23(6):1041-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/MJkrBpBLFXdkL3g5bctXqGf/?lang=en>

5. Brasília (DF). Resolução n 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2009 Out 15 [acessado 2020 Set 18]. Disponível em:

[http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)

6. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7ª ed. São Paulo: SOBECC; 2017.

7. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Thorell A, tradutor. Porto Alegre: Artmed, 2004.
9. Marini M, Chaves EHB. Evolution of accuracy of nursing diagnoses in Brazilian emergency servisse. Int J Nurs Terminol Classif [periodical on the Internet];2011 Apr-Jun [cited 2021 Jun 30]. Doi: 10.1111 / j.1744-618X.2010.01175.x.. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21521455/>
10. Bulechek GM, Butchar HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de Enfermagem: NIC. 6. ed. Elsevier, 2016.
11. Machado D; Doneda D. Proteção de dados pessoais e criptografia: tecnologias criptográficas entre anonimização e pseudonimização de dados. Revista dos Tribunais. vol. 998. Caderno Especial. p. 99-128. São Paulo: Ed. RT, dezembro 2018. [cited 2021 Jun 30]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330401277>
12. Herdmam TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA- I: definições e classificação 2018-2020 [Internet]. 11. ed. Garcez RM, tradutor. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: [http://www.faesb.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/2020/03/NANDA-I-2018\\_2020.pdf](http://www.faesb.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/2020/03/NANDA-I-2018_2020.pdf)
13. Brezolin CA, Lima MVR, Seidel EN, Mendonça HSL. Diagnósticos de enfermagem para pacientes hemodialíticos: revisão integrativa. Rev Enferm UFPI [periódico na internet]. 2019 Jan-Mar [acessado 2020 Out 14];8(1):61-7. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7165/pdf>
14. Gomes IO, Neves AD. Identificação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem “risco de integridade da pele prejudicada [Tese de graduação][Internet]. Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; 2019 [acessado 2021 Jun 30]. 16p. Disponível em:

<https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/418/1/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20fatores%20de%20risco%20do%20diagn%C3%B3stico%20de%20enfermagem%20%E2%80%9Crisco%20de%20integridade%20da%20pele%20prejudicada.pdf>

15. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Revista SOBECC [periódico na Internet]. 2012 Dez [acessado 2021 Jun 30];17(4):33-47. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/187>