



DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS EM CUIDADOS CIRÚRGICOS

Lucas Barreto Pires Santos¹
Jacqueline Silva Santos²
Bruna Vitória de Oliveira Ferreira³
Lauremilia Maria Gomes Pereira⁴

RESUMO

Objetivou-se aplicar a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na Clínica Cirúrgica de um hospital escola. Estudo descritivo exploratório desenvolvido com clientes hospitalizados na clínica cirúrgica de um hospital universitário. A amostra foi de 10 pacientes internados no período de março a junho de 2016. Os clientes foram selecionados por meio de amostragem aleatória simples, sendo realizado o histórico de enfermagem por meio da entrevista e exame físico. Nos dez estudos de caso foram aplicados 55 diagnósticos de enfermagem, sendo mais prevalentes: integridade da pele prejudicada, Sono e repouso prejudicados, Risco de infecção e Ansiedade moderada. As intervenções mais frequentes foram: Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos e ensinar técnicas de relaxamento. Foi possível alcançar o objetivo proposto e então colaborar com o reconhecimento das necessidades dos clientes internados na clínica cirúrgica e as possíveis intervenções de enfermagem a serem implementadas.

Palavras-chave: Enfermagem, Processo de enfermagem, Cuidados pré-operatório, Cuidados pós-operatório, Clínica cirúrgica.

INTRODUÇÃO

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como ferramenta norteadora no cuidado do paciente, vem colaborando para que a rotina de trabalho do enfermeiro, a organização e qualidade da assistência possa atingir melhores resultados e que possibilite a equipe prestar um cuidado individualizado. A SAE permite detectar importantes condições clínicas de acordo com suas necessidades e selecionar e aplicar intervenções adequadas para desde os problemas mais simples ao complexo (BOTELHO; VELOSO; FAVERO, 2013).

A contribuição da enfermagem na clínica cirúrgica demonstra benefícios de educação pré e pós-operatória para promoção de resultados positivos a pacientes internados. O estresse e ansiedade tem forte influência no grau de desequilíbrio fisiológico do paciente podendo resultar em risco significativo antes e após a cirurgia (MOREIRA *et al.*, 2013).

¹ Professor. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, lucasbarreto02@hotmail.com

² Professora. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Pernambuco - UPE, jack_laane@hotmail.com

³ Graduanda. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, brunavitoriaaof@gmail.com

⁴ Graduanda. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, lauremiliaenf@gmail.com



O processo de enfermagem vem sendo de grande importância para o cuidado com o paciente, pois aplica o raciocínio científico que melhor possibilite organizar e sistematizar a prática de Enfermagem visando identificar, diagnosticar e tratar respostas à saúde e à doença. Como modelo teórico de Enfermagem que busca orientar a assistência de enfermagem e guiar a prática clínica, o Processo de Enfermagem é essencial para proporcionar um cuidado apropriado e eficaz. Dividido em cinco fases: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação tem como finalidade restaurar, manter ou melhorar a saúde do paciente (DAL SASSO *et al.*, 2013). O papel do enfermeiro na clínica cirúrgica é essencial para desenvolver atividades de assistência integral, continuada, participativa e individualizada. Diante da importância de oferecer uma assistência única e eficaz, a Enfermagem nos últimos anos, deixou de ser empírica e passou a se preocupar na prática baseada em princípios científicos para garantir uma assistência de qualidade e um cuidado frente as necessidades do indivíduo.

O Processo de Enfermagem como modelo seguro, humanizado e qualificado de cuidado para o paciente ainda encontra dificuldades e resistência para sua implementação na prática assistencial. O enfermeiro, sabendo que o cuidado está cada vez mais voltado para maior segurança e controle do estado de saúde do paciente, faz-se necessário o desenvolvimento de um pensamento crítico que oportunize o profissional a utilizar os melhores recursos de cuidado fazendo com que a Enfermagem evolua como profissão e ciência, minimizando os problemas e alcançando os melhores resultados (PAGANIN *et al.*, 2010).

De acordo com resolução do 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, defende a inclusão do Processo de Enfermagem (PE) em instituições de saúde pública e privada, como modo sistemático e deliberado, e como componente para melhor assistência de enfermagem autonomia do profissional na prática assistencial (COFEN, 2009). Ressalta que suas cinco etapas (Histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem) contribui para uma e uma assistência de forma segura e eficaz a fim de otimizar resultados e minimizar problemas cotidianos (SILVA *et al.*, 2013).

A referida lei citada anteriormente dispõe também sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como método pessoal e instrumento para operacionalização do PE, sendo fundamental sua aplicação para melhoria do cuidado de enfermagem. Na clínica cirúrgica a sistematização proporciona uma assistência integral e individualizada por contemplar uma sequência lógica de ações facilitando o cuidado pré e pós-operatório do paciente (BOTELHO; VELOSO; FAVERO, 2013).



O cuidado de enfermagem ao paciente na clínica cirúrgica é de fundamental importância no restabelecimento das condições de saúde, pois a partir da identificação do problema direciona para escolha das intervenções adequadas e obtenção dos resultados satisfatórios. O enfermeiro no cuidado ao paciente no pré e pós-operatório contribui para minimizar complicações e assegurar qualidade dos resultados. A elaboração de um plano de cuidado que proporciona ao paciente alívio, redução ou restauração das condições normais de saúde, otimiza resultados de evolução clínica e contribuem para menor permanência do paciente no hospital (MOREIRA *et al.*, 2013).

A aplicação de diagnósticos, resultado e intervenção de enfermagem em pacientes hospitalizados em uma clínica cirúrgica de um hospital escola mostra sua viabilidade e importância para o estabelecimento do cuidado. Por meio do histórico de enfermagem, observação direta e exame físico do paciente internado foi possível verificar a presença e ausência de características definidoras essenciais para os critérios de validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para cada paciente.

Tendo em vista o exposto, o objetivo foi aplicar a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na Clínica Cirúrgica de um hospital escola.

MÉTODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório desenvolvido com a finalidade de aplicar a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com o CAAE 43249415.0.0000.51.83.

Ressalta-se que o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, tendo sido aprovado. Desta forma, considera-se que a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e a autorização da direção do HULW/UFPB, foram às garantias da observância dos aspectos éticos preconizados na Resolução Nº 466/12, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Para coleta de dados foi utilizado o Histórico de Enfermagem desenvolvido para a referida clínica com base nas Necessidades Humanas Básicas de Horta, e utilizado no setor para admissão e fonte de informação do paciente.

Os dados foram obtidos por meio da anamnese e exame físico utilizando o Histórico de Enfermagem já elaborado e em utilização na referida clínica, os quais são fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, a fim de coletar dados para identificar os



diagnósticos de enfermagem. Este instrumento está dividido duas etapas: a primeira sobre as informações sociodemográficas do paciente e a segunda questões estruturadas sobre as necessidades humanas básicas (NOBREGA, 2011).

A utilização do histórico de enfermagem possibilitou estabelecer um banco de dados de informações relevantes sobre a condição de saúde do paciente. O exame físico permitiu explorar mais a fundo as evidências importantes sobre a problemática de saúde tornando uma interpretação mais acurada dos dados e poder completar a coleta de dados.

O referido instrumento acima citado, coleta informações sobre as necessidades clínicas do paciente que possibilita a categorização, análise, formulação de julgamentos clínicos sobre as informações coletadas, fundamentais para o levantamento do problema de enfermagem e construção dos diagnósticos de enfermagem.

Após a coleta de dados com vista ao levantamento das necessidades afetadas, os diagnósticos de enfermagem foram analisados com base no Processo de Enfermagem de Wanda Horta e criados a partir dos enunciados construídos e validados para os pacientes hospitalizados na clínica cirúrgica, que constam na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do HULW/UFPB.

A amostra foi de 10 pacientes internados no período de março a junho de 2016. No momento da coleta, os pacientes eram escolhidos por meio de amostragem aleatória simples. No levantamento de dados, todos pacientes do estudo passaram por entrevista e exame físico.

No primeiro momento foi utilizado o instrumento da clínica cirúrgica para coletar dados com objetivo de identificar os problemas de saúde do paciente composto por informações de identificação do paciente, história de doença atual/queixa principal, e por duas principais necessidades humanas básicas: Necessidade Psicobiológica e Necessidade Psicossociais (NOBREGA, 2011).

Para maior consistência na aplicação dos Diagnósticos, Intervenções e obtenção dos resultados de enfermagem para paciente na clínica cirúrgica foi utilizado como ferramenta o livro da CIPE® 2011 e o livro “Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®” (SOUZA, 2005).

Os diagnósticos e as respectivas intervenções de enfermagem foram validados clinicamente por meio de estudos de casos clínicos e submetidos a um processo de avaliação por meio de indicadores empíricos e raciocínio clínico na prática de enfermagem e posteriormente analisados com base na Nomenclatura da Clínica Cirúrgica do referido hospital.



Depois obtido, por meio de cálculo estatístico, a sua frequência absoluta por sua quantidade de vezes que cada diagnóstico e intervenção de enfermagem apareceram no estudo e relativa dada em percentuais que retratam melhor a situação comparativa de cada caso.

RESULTADOS

Nos dez estudos de caso foram aplicados 55 diagnósticos de enfermagem, em 15 conceitos diagnósticos, sendo que destes, 6 não eram constantes na nomenclatura para clínica cirúrgica, com média 5.5 diagnósticos por paciente. Sendo nove necessidades do nível psicobiológico e duas referentes às necessidades nível psicossociais.

De acordo com as informações obtidas, observou-se nos dados coletados as seguintes características da amostra, com relação a data de admissão e data da cirurgia 7 (70%) esperaram um dia, 2 (20%) dois dias e 1 (10%) 10 dias para realização de duas cirurgias. Com relação ao sexo 7 (70%) do sexo feminino e 3 (30%) sexo masculino; faixa etária: 6 (60%) estavam na faixa etária entre 50 a 80 anos e 4 (40%) estavam na faixa etária de 30 a 49 anos. Quanto a escolaridade 6 (60%) tem Ensino Fundamental Incompleto, 2 (20%) tem ensino médio incompleto, 1 (10%) analfabeto. Com relação a ocupação 4 (40%) é do lar, 2 (20%) comerciante 2 (20%) agricultor (a), 1 (10%) aposentado e 1 (10%) artesã.

Evidenciou-se nos estudos de casos que os diagnósticos mais prevalentes foram “integridade da pele prejudicada”, Sono e repouso prejudicados”, “risco de infecção” e “ansiedade moderada”, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de Diagnósticos de Enfermagem aplicados nos clientes hospitalizados no HULW/UFPB, por estudo de caso. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Diagnósticos de Enfermagem	F	%
Integridade da pele prejudicada	09	90,0
Sono e repouso prejudicados	09	90,0
Risco de infecção	09	90,0
Ansiedade moderada	08	80,0
Dor moderada	05	50,0
Hidratação da pele diminuída	03	30,0
Sangramento	02	20,0
Nível de força dos membros diminuído	02	20,0
Ingestão de alimentos diminuída	01	10,0
Membrana da mucosa oral prejudicada	01	10,0
Débito cardíaco aumentado	01	10,0
Falta de conhecimento sobre o autocuidado com as mamas	01	10,0
Eliminação urinária reduzida	01	10,0
Eliminação intestinal prejudicada	01	10,0



Mobilidade física prejudicada	01	10,0
-------------------------------	----	------

Fonte: Elaborada pelos autores

De acordo com a tabela 2, não consta diagnósticos voltados para a necessidade psicoespiritual, devido sua ausência no instrumento de coleta, haja vista a necessidade de explorar os valores e crenças que cada paciente busca para ajudar no enfrentamento dos problemas de saúde. A deficiência dessa Necessidade dificulta a busca de intervenções para pacientes com dificuldade de aceitar o tratamento.

Tabela 2 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com as Necessidades humanas básicas, aplicados em clientes hospitalizados no HULW/UFPB. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Necessidade humanas básicas	Diagnósticos de Enfermagem	F	%
Nível psicobiológico			
Integridade física e Cutâneo mucosa	Integridade da pele prejudicada	9	90
	Membrana da mucosa oral prejudicada	1	10
Sono e repouso	Sono e repouso prejudicados	9	90
Regulação imunológica	Risco de infecção	9	90
Regulação vascular	Sangramento	2	20
	Débito cardíaco aumentado	1	10
Hidratação	Hidratação da pele diminuída	3	30
Nutrição	Ingestão de alimentos diminuída	1	10
Eliminação	Eliminação urinária reduzida	1	10
	Eliminação intestinal prejudicada	1	10
Percepção dos órgãos dos sentidos	Dor moderada	5	50
Atividade física, Mecânica corporal, Motilidade e Locomoção	Mobilidade física prejudicada	1	10
	Nível de força dos membros diminuído	2	20
Nível psicossocial			
Segurança emocional	Ansiedade moderada	8	80
Educação para a saúde/aprendizagem	Falta de conhecimento sobre o autocuidado com as mamas	1	10

Fonte: Elaborada pelos autores

Os diagnósticos mais frequentes foram Risco de Infecção, Sono e Repouso prejudicado e Integridade da pele prejudicada com 9 (16,5%), e Ansiedade moderada com 8 (14,5%). No que diz respeito às necessidades afetadas verifica-se que dos diagnósticos mais frequentes 3 foram identificados no nível psicobiológico, nas necessidades de Integridade física e cutâneo mucosa,



Sono e repouso, Regulação imunológica e um diagnóstico no nível psicossocial na necessidade de Segurança emocional.

Tabela 3 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem utilizadas nos clientes hospitalizados na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Intervenções de enfermagem	F	%
Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos	09	18,0
Ensinar técnicas de relaxamento	09	18,0
Avaliar os cuidados com a higiene	08	16,0
Monitorar os sinais e sintomas de infecção	08	16,0
Proteger a pele contra infecção	07	14,0
Orientar o repouso durante o dia	07	14,0
Explicar a necessidade de permanecer no hospital para melhora do quadro clínico	07	14,0
Estimular a hidratação	06	12,0
Favorecer repouso adequado para alívio da dor	05	10,0
Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão	03	6,0
Observar os sinais não verbais da dor	03	6,0
Monitorar a ingestão de líquidos	03	6,0
Estimular a ingestão hídrica	03	6,0
Ensinar sobre sinais de sangramento vaginal alterado	03	6,0
Inspecionar características de cor, frequência e presença de coágulos	03	6,0
Monitorar sangramento vaginal	03	6,0
Investigar causa de hipertonia ou hipotonia	3	6,0
Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis	02	4,0
Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta da paciente ao desconforto	02	4,0
Explicar todos os procedimentos a serem realizados para o cuidado	02	4,0
Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento	02	4,0
Verificar a dificuldade de ingerir alimentos	02	4,0
Orientar sobre a importância da ingestão de alimentos para o tratamento clínico	02	4,0
Identificar o motivo da perturbação do sono	02	4,0
Reduzir ou aliviar as causas predisponentes e que atrapalham o sono	02	4,0
Estimular a hidratação, com a ingestão de líquidos	01	2,0
Manter a mucosa oral hidratada	01	2,0
Aplicar um lubrificante nos lábios a cada duas horas	01	2,0
Investigar os fatores que aumentam a dor	01	2,0
Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração	01	2,0
Ajudar na deambulação quando necessário	01	2,0
Instruir o paciente para evitar quedas	01	2,0
Realizar mudança de decúbito	01	2,0
Explicar cuidados com ostomias, pele e áreas circunvizinhas	01	2,0
Promover conforto e medidas que ajudem na diminuição da dor	01	2,0



Estimular ingestão de alimentos	01	2,0
Oferecer alimentos frequentemente e em pequenas quantidades	01	2,0
Realizar curativo oclusivo diário no cateter venoso central com clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%	01	2,0
Avaliar a disponibilidade para aprender	01	2,0
Avaliar o conhecimento sobre o cuidado com as mamas	01	2,0
Observar presença de sangramento	01	2,0
Monitorar sinais vitais	01	2,0
Avaliar o ritmo cardíaco	01	2,0
Estimular a deambulação	01	2,0
Monitorar a coloração, a frequência e o débito urinário	01	2,0
Aumentar a ingestão hídrica	01	2,0
Encorajar a deambulação	01	2,0
Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor	01	2,0
Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso	01	2,0
Orientar quanto à ingestão hídrica	01	2,0

Fonte: Elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

O estudo teve como foco identificar os problemas de saúde do paciente para aplicação de diagnósticos e intervenções de enfermagem no alcance dos resultados de enfermagem esperados na clínica cirúrgica a fim de minimizar complicações e melhor operacionalizar o plano de cuidados do paciente. Desse modo, procurou-se desenvolver um pensar crítico necessário para fornecer uma assistência de enfermagem competente e oportuna. Dentre os diagnósticos aplicados os principais foram: Risco de Infecção, Sono e Repouso prejudicado, Integridade da pele prejudicada, Ansiedade moderada.

O estudo na clínica cirúrgica corrobora com os presentes dados pela sua prevalência no diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção e Sono e Repouso prejudicado ao paciente internado. Isso demonstra a necessidade de monitorização quando aos cuidados com procedimentos invasivos e a melhoria no ambiente de cuidado para conduzir a quantidade e qualidade do sono (VIEIRA *et al.*, 2017).

A coleta de dados e o agrupamento das características por necessidades afetadas no paciente possibilitaram a aplicação de diagnósticos de enfermagem necessários para o estabelecimento de prioridades de cuidados, assim como, deu suporte na elaboração dos planos de cuidados de enfermagem adequados para melhor alcançar a saúde do paciente.

O cuidado de enfermagem, oferecidos de maneira segura, são essenciais para redução de riscos físicos e psicológicos que apresentam ameaça ao paciente. O uso de instrumentos, que



permeiam os procedimentos cirúrgicos, contribui para que o cuidado individualizado seja feito com menor erro possível, pois a conferencia de informações garantem a equipe prestar assistência segura ao paciente (HENRIQUE; COSTA; LACERDA, 2016).

O diagnóstico Risco de Infecção, foi um é dos diagnósticos aplicados com mais frequência na clínica cirúrgica, o qual é resultado de um raciocínio crítico dos dados coletados frente os fatores de riscos dos pacientes internados. Autores apontam o diagnóstico Risco de infecção em pacientes internados na clínica cirúrgica como um dos principais problemas que agravam o quadro clínico e favorece a ocorrência de complicações do paciente. Pacientes submetidos a algum procedimento invasivo e sem as medidas adequadas de prevenção tornam-se mais susceptíveis a desenvolver um processo infeccioso devido à baixa resistência contra microrganismos oportunistas e exposição aumentada, como consequência, o aumento do tempo de hospitalização (SANTOS *et al.*, 2015).

Outro diagnóstico aplicado como mais frequente foi Sono e repouso prejudicado. Uma das funções do sono e repouso é reduzir as funções metabólicas basal para conservar a energias e para o relaxamento muscular e motor do corpo. O benefício do sono e repouso sobre o nível regulação fisiológica geralmente não é observado no paciente com seu sono-vigília reduzido, pois afeta na capacidade de orientação no tempo e espaço e recuperação do processo de saúde (ANDRADE *et al.*, 2013).

Aplicar e tratar o paciente com o diagnóstico de enfermagem Sono e Repouso prejudicados é um cuidado importante a ser feito pela equipe de enfermagem. A dificuldade de adormecer ou relaxar pode ser resultado da doença ou hospitalização, que por sua vez, interfere na resposta de tratamento do paciente. O ciclo normal de sono e repouso torna-se necessário para restaurar os processos biológicos e funcionalidades do organismo (ANDRADE *et al.*, 2013).

O diagnóstico Integridade da pele prejudicada também foi considerado como um dos mais frequentes. A integridade da pele prejudicada como sendo uma ruptura da barreira protetora de modo que torna o paciente vulnerável a organismos invasores proporcionando intervenções de enfermagem para melhor garantir e promover a segurança do paciente contra infecção. Quando há intervenções consistentes e planejadas, o cuidado com o paciente com integridade da pele prejudicada torna-se de alta qualidade e melhores são os resultados de restauração dos danos na pele (LIMA *et al.*, 2015).

A integridade da pele prejudicada é um desafio importante para equipe de enfermagem em assegurar uma contínua e adequada assistência de enfermagem que menos exponha o



paciente a fatores riscos e contribua na prevenção para outras doenças. A vulnerabilidade a organismos oportunista e as precauções inadequadas para saúde do paciente aumenta a chance de processos infecciosos, assim como, o nível de desconforto (SANTOS *et al.*, 2013).

O diagnóstico Ansiedade moderada está ligada a situações que a maioria dos pacientes usa uma combinação de estratégias de enfrentamento concentrada no problema ou emoção. Em alguns casos, pacientes demonstram sinais preocupação sobre procedimentos cirúrgicos ou em casos que receber alta hospitalar. Nesse caso, torna-se essencial uma abordagem com intervenções de enfermagem em ajudar o paciente a solucionar o problema que lhe deixa ansioso ou explorar e identificar os mecanismos que leva o paciente a momentos de ansiedade possibilitando o profissional implementar estratégias de controle ou redução da ansiedade moderada (ASSIS *et al.*, 2015).

Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem identificados com menor frequência, também são de fundamental importância para os cuidados de saúde do paciente, tais como: Sangramento, Débito cardíaco aumentado, Hidratação da pele diminuída, Falta de conhecimento sobre o autocuidado com as mamas, Ingestão de alimentos diminuída, Eliminação urinária reduzida, Eliminação intestinal prejudicada, Mobilidade física prejudicada e Nível de força dos membros diminuído. Os múltiplos diagnósticos de enfermagem construídos para cada paciente possibilitam que o profissional de enfermagem perceba a complexidade do cuidado e possa, a depender do quadro clínico do paciente, identificar os diagnósticos de enfermagem com maior prioridade (GALVÃO; GOMES; FIGUEIREDO, 2016).

A utilização do Histórico de Enfermagem na clínica cirúrgica permite o maior conhecimento a respeito da situação do cliente e focalize nas áreas problemáticas específicas. Contudo, para eficiência na sua aplicabilidade torna-se necessário um ambiente favorável para não distração do paciente. Desse modo, que por algumas vezes foi interrompida a entrevista por envolvimento de algum profissional/familiar, dificultando a retomada da mesma, o que torna necessário de um horário de menor rotina na clínica para a efetiva coleta de dados.

O estudo contribui para melhoria da assistência de enfermagem e segurança do profissional na construção e implementação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, possibilitando a qualificação na prática e estimulando novas pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de um cuidado de enfermagem contínuo e de qualidade na clínica cirúrgica torna necessário o desenvolvimento de pesquisas com base na coleta de dados, construção de



diagnósticos, resultados e intervenção para organizar e melhor operacionalizar a assistência de enfermagem de forma segura e eficaz.

A sua descrição bem detalhada contribuiu para compreender melhor as informações necessárias na identificação dos diagnósticos de enfermagem e de fundamental importância como fonte de reavaliação na eficiência do cuidado de enfermagem. A análise constante do banco de dados de paciente possibilita fazer interpretações mais concisas e precisa nas elaborações de diagnósticos de enfermagem.

O estudo centrado no paciente internado na clínica cirúrgica procurou buscar informações precisas, que possibilite analisar, organizar, interpretar e identificar nos dados coletados os problemas de saúde para a aplicação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, permitindo uma melhor execução na prestação do cuidado da saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

ASSIS, C.C.; et al. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.** v.67, n.3, p.401-7, 2015. Disponível em: 10.5935/0034-7167.20140053

ANDRADE, L.L.; et al. Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.47, n.2, p.448-55, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200025>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n.º 466/12. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BOTELHO J, VELOSO GBL, FAVERO L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enferm. Foco.** v.4, n.3-4, p.198 – 201, 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/552/235>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2009

DAL SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C.; PAESE F.; et al. Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.47, n.1, p.242-9, 2013. DOI: 10.1590/S0080-62342013000100031

GALVÃO, P.C.C.; GOMES, E.T.; FIGUEIREDO, T.R.; Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Cogitare Enferm.** v.21, n.2, p.01-08, 2016. Disponível em: 10.5380/ce.v21i2.44646



MOREIRA, R. A. N.; BARROS, L. M.; GALVÃO, M. T. G. et al. Nursing diagnoses, related factors and risk factors during the postoperative period following bariatric surgery. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v.47, n.1, p.165-72, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100021>

HENRIQUE, A. H. B.; COSTA, S. S.; LACERDA, J. S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. v.21, n.4, p.01-09, 2016. Doi: 10.5380/ce.v21i4.45622

LIMA, W.G.; et al. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. *Rev. Rene* v.16, n.1, p.72-80, 2015. Disponível em: 10.15253/2175-6783.2015000100010

MOREIRA, R. A. N.; CAETANO, J. A.; BARROS, L. M.; et al. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v.47, n.1, p.168-75, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100021>

NOBREGA, M. M. L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE. João Pessoa: Idea, 2011.

PAGANIN, A.; MENEGAT, P.; KLAFKE, T.; et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Revista Gaúcha Enfermagem*. v.31, n.2, p.307-13, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200015>

SILVA, V. S.; EUCLIDES-FILHO, S. B.; QUEIROZ, S. M. B.; et al. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. *Cogitare Enferm*. v.18, n.2, p.351-7, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32585/20701>

SOUZA A. P. M. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em Unidade Cirúrgica. João Pessoa, 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

VIEIRA, M. M.; et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. Enferm. UFPE online*. v.10, n.12, p. 4517-23, 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201601

SANTOS, R.B.; et al. Nursing diagnoses in patients with hospital infection diagnósticos de enfermagem em pacientes com infecção hospitalar diagnósticos de enfermería en pacientes con infección nosocomial. *J Nurs UFPE on line*. v.9, n.8, p.9359-65, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i8p9359-9365>

SANTOS, C.T.; et al. Pressure ulcer care quality indicator: analysis of medical records and incident report. *Rev. Gaucha Enferm*. v.34, n.1, p.111-118, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100014>