

## DIAGNÓSTICOS, PROGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NURSING DIAGNOSES, PROGNOSTICS AND INTERVENTIONS IN THE POST-ANESTHESIA CARE UNIT

DIAGNÓSTICOS, PRONÓSTICOS Y INTERVENCIONES EN LA SALA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

SOUZA, Talita Monteiro de; CARVALHO, Rachel de; PALDINO, Camila Moreira.

**RESUMO:** Pesquisa de campo, descritivo-exploratória, que objetivou identificar os Diagnósticos de Enfermagem de pacientes submetidos à cirurgia geral e internados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e listar as Intervenções e os Prognósticos propostos pelas Classificações de Resultados e Intervenções de Enfermagem para os diagnósticos identificados. A coleta de dados foi feita com 65 pacientes internados na SRPA de um hospital geral, de extra porte, situado em São Paulo. Foram identificadas 22 categorias diagnósticas, sendo 11 Diagnósticos de Risco e 11 Diagnósticos Reais. Verificou-se incidência de 100% dos diagnósticos: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz e Mobilidade no leito prejudicada. Os Resultados e as Intervenções abordaram os seguintes aspectos: prevenção de queda, precauções contra aspiração, proteção contra infecção, promoção do equilíbrio da temperatura corporal, manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, troca gasosa adequada, promoção do conforto e prevenção de complicações.

**Palavras-chave:** Enfermagem perioperatória. Enfermagem em pós-anestésico. Período de recuperação

da anestesia. Cuidados pós-operatórios. Diagnóstico de enfermagem.

**ABSTRACT:** Field survey, descriptive and exploratory, that aimed to raise the Nursing Diagnoses of patients who had undergone general surgery and were admitted to Post-Anesthesia Care Unit (PACU) and list the Interventions and Prognosis by Nursing Classification Interventions and Outcomes for the diagnoses identified. Data collection was performed with 65 patients in the PACU of a extra large general hospital located in São Paulo. It was identified 22 categories of diagnosis, being 11 Potential Risk Diagnosis and 11 Real Diagnosis. 100% of them were verified: Risk of falling, Risk of aspiration, Risk of infection, Risk of body temperature imbalance, Risk body fluid imbalance, Impaired skin integrity, Ineffective protection and Impaired mobility in bed. The Outcomes and Interventions address the following aspects: prevention of falls, precautions against aspiration, protection against infection, promotion of body temperature balance, maintenance of baseline body, promoting scarring, pain control, adequate gas exchange, promotion of comfort and preventing complications.

**Key words:** Perioperative nursing; Nursing in the recovery room; Post anesthesia recovery; Postoperative care; Nursing diagnoses.

**RESUMEN:** Investigación de campo, descriptivo y exploratorio, tuvo como objetivo identificar los Diagnósticos de Enfermería de los pacientes sometidos a cirugía general y ingresados en la Recuperación Anestésica(RA) y alistar las intervenciones propuestas y los pronósticos propuestos por las Clasificaciones de Resultados y intervenciones de Enfermería para los diagnósticos identificados. La recolección de datos se realizó con 65 pacientes ingresados en la RA de un hospital general, ubicado en São Paulo. Fueron e identificados 22 categorías de diagnósticas, 11 Diagnósticos de Riesgo y 11 Diagnósticos Reales. Hubo un 100% de incidencia de los diagnósticos de: Riesgo de caída, Riesgo de la aspiración, Riesgo de infección, Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Alteración de la integridad cutánea, Falta de protección y Movilidad reducida en la cama. Los resultados y Intervenciones subrayan los siguientes aspectos: prevención de caídas, precauciones contra la aspiración, la protección contra la infección, la promoción del equilibrio de la temperatura corporal, el mantenimiento de las condiciones basales del organismo, promoción de la cicatrización, control del dolor, cambio gaseoso adecuado, promoción de comodidad y prevenir complicaciones.

**Palabras clave:** Enfermería perioperatoria; Sala de recuperación post anestésica; Cuidados postoperatorios; Diagnósticos de enfermería. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A experiência de se submeter a um procedimento anestésico-cirúrgico pode ser vivida pelo paciente como uma situação de risco à sua integridade física, emocional, social e altamente estressante, ou então como algo comum e tranquilo. Sabe-se que o paciente fica sujeito a diversas complicações e eventos adversos devido à anestesia e à cirurgia. Além disso, a sedação e a anestesia causam a perda temporária da função cognitiva, de mecanismos biológicos de

autoproteção, capacidade de se comunicar, perda da percepção dolorosa e dos reflexos<sup>1</sup>.

Neste contexto, é fundamental que os pacientes cirúrgicos permaneçam na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) imediatamente após o procedimento. Esta unidade proporciona a recuperação dos pacientes até que retornem às suas condições basais e oferece cuidados para prevenção e detecção de complicações que porventura possam ocorrer.

A SRPA deve estar adjacente ao Centro Cirúrgico (CC), de modo que facilite o transporte do paciente e o acesso da equipe, caso seja necessário<sup>2</sup>. A localização ideal é que seja agregada às salas cirúrgicas, para que diminuam os riscos durante o transporte do paciente inconsciente<sup>3</sup>.

O enfermeiro que atua na SRPA deve possuir conhecimentos e habilidades altamente qualificadas para atender pacientes advindos de diferentes cirurgias, de complexidades variadas e que necessitam de cuidados específicos e individualizados.

Para isso, este profissional deve planejar o cuidado, com o objetivo de recuperar o equilíbrio fisiológico do paciente, com o mínimo de complicações<sup>4</sup>, além de individualizar o cuidado e identificar os diagnósticos de enfermagem, a fim de facilitar o andamento da assistência e oferecer qualidade no serviço prestado.

O Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é, com certeza, um grande aliado que norteia as ações de enfermagem no CC, tanto na assistência quanto na promoção da saúde e na prevenção de complicações pós-operatórias. Vale ressaltar que o conhecimento e a habilidade devem caminhar juntos com os preceitos éticos da profissão para que se constitua uma enfermagem com qualidade<sup>5</sup>.

O SAEP é o processo de enfermagem aplicado ao

cuidado do paciente cirúrgico, que se baseia na assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada<sup>6</sup>.

Os principais objetivos do SAEP são ajudar o paciente e sua família a compreenderem o estado de saúde e prepará-los para o tratamento anestésico-cirúrgico e suas consequências, diminuir os riscos inerentes ao ambiente do CC e da recuperação anestésica, bem como promover quantidade e qualidade de materiais, equipamentos e recursos humanos<sup>7</sup>.

O SAEP compreende cinco etapas, a saber: avaliação pré-operatória de enfermagem, planejamento da assistência perioperatória, implementação da assistência, avaliação da assistência por meio da visita pós-operatória de enfermagem e reformulação da assistência de acordo com os resultados obtidos<sup>7</sup>.

Tal sistematização abrange a assistência ao cliente cirúrgico no período perioperatório, que compreende as fases de pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato. O período pré-operatório imediato começa no dia anterior à cirurgia e vai até a entrada do paciente no CC. O transoperatório compreende desde a entrada do paciente no CC até sua saída da sala de operação (SO), após o término do procedimento anestésico-cirúrgico. O período pós-operatório imediato (POI) abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia e inclui o tempo em que o cliente permanece na SRPA<sup>8-9</sup>.

A assistência de enfermagem durante o POI é importante e destinada às intervenções de prevenção e/ou tratamento de complicações<sup>5</sup>.

O paciente é admitido na SRPA, encaminhado da SO pelo anestesiológico e pelo profissional de enfermagem do CC, geralmente o técnico que exerceu a função de circulante de sala. O enfermeiro da SRPA deve receber as informações referentes ao transoperatório, como: identificação do paciente,

procedimento realizado, tipo de anestesia, intercorrências, localização de sondas, drenos, cateteres, incisões e curativos. Segue com a avaliação inicial, o monitoramento dos sinais vitais (SSVV) e do padrão respiratório. Para isso, instala-se o oxímetro de pulso, a fim de verificar a saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>), eletrodos para monitorização do eletrocardiograma (ECG) e manguito para verificação da pressão arterial não invasiva.

Após a monitorização, são realizados os controles dos SSVV e a avaliação do estado fisiológico do cliente. Recomenda-se que esta avaliação seja feita a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora, caso o paciente se apresente estável<sup>10</sup>. Se o paciente estiver instável hemodinamicamente, estes intervalos devem ser menores.

Para a avaliação das condições do cliente na SRPA, utiliza-se mundialmente o Índice de Aldrete e Kroulik. Esta escala baseia-se na verificação e no controle de cinco parâmetros: atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de O<sub>2</sub>. Para cada um dos parâmetros, o paciente pode receber uma pontuação de 0 a 2, sendo que a soma dos escores totaliza 10 pontos, no máximo. Para que o paciente receba alta da SRPA é necessário somar, no mínimo, oito pontos, além de ser avaliado pelo enfermeiro e pelo anestesiológico antes da liberação para a unidade de internação<sup>3,10</sup>.

Com a alta rotatividade de pacientes na SRPA, o SAEP nem sempre é aplicado de forma integral, porém o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem é fundamental, já que facilita a assistência de enfermagem prestada no POI, de forma dinâmica, organizada e sistemática, exigindo do enfermeiro avaliação crítica e tomada de decisão<sup>11</sup>.

A adoção da Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), para a identifica-

ção dos Diagnósticos de Enfermagem, promove uma nova forma de comunicação na enfermagem<sup>12</sup>. Esses diagnósticos são baseados em problemas reais e potenciais do paciente e são as bases para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, que visam atingir resultados de responsabilidade do enfermeiro<sup>13</sup>.

Para prescrever as intervenções de enfermagem é necessário haver um Diagnóstico de Enfermagem prévio e um plano de ação sobre o que deve ser prescrito, a fim de que os resultados esperados sejam alcançados. Para tanto, foi criada a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC), que padroniza a linguagem usada pelos enfermeiros na prescrição dos cuidados para os pacientes<sup>14</sup>. As intervenções de enfermagem têm o intuito de minimizar ou solucionar os problemas apresentados pelos clientes<sup>15</sup>.

Além das taxonomias NANDA e NIC, foi criada a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que contém os resultados esperados para cada Diagnóstico de Enfermagem identificado. Portanto, esta é a etapa de avaliação do Processo de Enfermagem<sup>16</sup>. Desta forma, completa-se a tríade que vem sendo conhecida na enfermagem como NANDA / NOC / NIC.

Na literatura, foram encontrados estudos que reportam à identificação dos Diagnósticos de Enfermagem no período perioperatório<sup>3-4,11-12</sup>. No entanto, não foram encontrados estudos que englobem os Diagnósticos, os Resultados e as Intervenções no POI, utilizando-se a tríade NANDA / NOC / NIC. Este fato, aliado à experiência das autoras na assistência a clientes cirúrgicos no período perioperatório, motivou a realização do presente estudo.

Neste contexto, esta pesquisa visa conhecer os principais Diagnósticos de Enfermagem apresentados por pacientes cirúrgicos durante sua permanência

na SRPA, relacionando-os com os Resultados e as Intervenções de Enfermagem.

## OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia geral, internados na sala de recuperação pós-anestésica;
- Identificar os Diagnósticos de Enfermagem no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos à cirurgia geral, internados na sala de recuperação pós-anestésica;
- Listar os Resultados e as Intervenções de Enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia geral durante sua permanência na sala de recuperação pós-anestésica.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, prospectiva, descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa. Foram empregadas a técnica de observação não participativa e a análise de prontuários para se coletar os dados. Foi realizada na unidade de recuperação pós-anestésica de um hospital geral, de extra porte, da rede privada, situado no município de São Paulo. A unidade possui dez leitos de recuperação pós-anestésica e supre a demanda cirúrgica de 14 salas operatórias, atendendo, em média, 1.000 pacientes por mês.

A amostra do estudo foi composta por 65 pacientes internados na recuperação nos períodos da manhã e tarde, durante o mês de Julho de 2010, no qual foi realizada a coleta dos dados. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: pacientes adultos, de ambos os sexos, submetidos à cirurgia geral e internados na SRPA.

O instrumento de coleta de dados (Anexo) foi ela-

borado pelas autoras e é dividido em duas partes: a primeira com dados de caracterização da amostra e a segunda destinada ao levantamento dos Diagnósticos, dos Resultados e das Intervenções de Enfermagem.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição, sob protocolo SISNEP número CAAE - 0023.0.028.000-10, bem como após autorização da chefia da recuperação anestésica.

A coleta de dados foi realizada obedecendo-se um plano sistemático, no qual foi verificada a inclusão do paciente no estudo, seguindo-se ao preenchimento do campo de caracterização da amostra, com dados que constavam no prontuário do paciente e finalizou-se com o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem. Todas as informações foram registradas no instrumento (Anexo), a partir da observação não participativa das pesquisadoras.

Pelo fato da amostra ser composta por pacientes em POI, que certamente estavam sonolentos devido ao efeito anestésico, tornou-se inviável a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, em se tratando de observação não participativa e de utilização de informações contidas no prontuário, pediu-se autorização ao Presidente do CEP para não utilização do TCLE, a qual foi concedida.

Os resultados foram analisados quantitativamente e a apresentação é feita por meio de gráficos, tabelas e quadros, no intuito de facilitar e organizar as informações obtidas.

## RESULTADOS

Para análise dos dados da caracterização da amostra foi feita uma tabulação referente ao gênero e à faixa etária dos 65 pacientes (100,0%) que se submeteram

à cirurgia geral e que permaneceram na SRPA após o procedimento. Também foram elaborados tabelas e quadros referentes aos principais Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, com o intuito de atingir os objetivos propostos.

**Tabela 1-** Caracterização da amostra, segundo gênero e faixa etária.

Gênero	Número	Porcentagem
Feminino	36	55,4%
Masculino	29	44,6%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>

Idade	Número	Porcentagem
18 — 28 anos	10	15,4%
28 — 38 anos	07	10,8%
38 — 48 anos	18	27,7%
48 — 58 anos	15	23,1%
58 — 68 anos	08	12,3%
68 — 78 anos	05	7,7%
78 — 88 anos	02	3,0%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>

Verifica-se, na Tabela 1, que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (36 ou 55,4%). A idade variou entre 18 e 87 anos, sendo a maior parte composta por adultos entre os 38 e os 58 anos (33 ou 50,8%), seguidos dos adultos jovens, com idades entre 18 e 28 anos (10 ou 15,4%).

No que se refere à procedência, a maioria dos pacientes estava internada na clínica médico-cirúrgica (47 ou 72,3%), seguidos pelos da pré-internação (oito ou 12,3%), internação ambulatorial *Day Clinic* (seis ou 9,3%), Pronto Atendimento (dois ou 3,1%), Unidade de Terapia Intensiva (um ou 1,5%) e Neurologia (um ou 1,5%).

Em relação ao procedimento anestésico, a grande maioria foi submetida à anestesia geral (56 ou 86,1%), seguida de raquianestesia com sedação

representaram (cinco pacientes ou 7,7%), raquianestesia associada à anestesia geral (três pacientes ou 4,6%) e bloqueio regional com sedação (um paciente ou 1,6%).

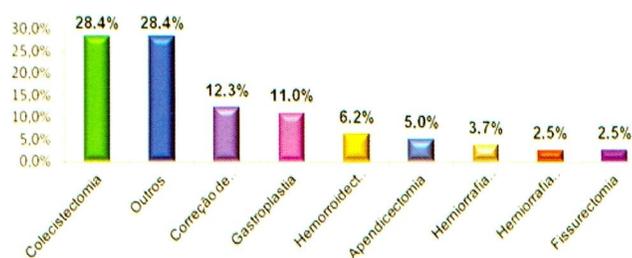


**Figura 1.** Patologias associadas dos pacientes submetidos à cirurgia geral.

Na Figura 1 pode-se verificar maior frequência de pacientes que não apresentavam patologias associadas (27,0%). Dentre os que tinham outras patologias, além do que levou à cirurgia, obteve-se 20,2% de pacientes hipertensos, 12,3% com dislipidemia, 9,1% com hipotireoidismo e 7,9% pacientes diabéticos. Já os 23,5% dos pacientes com outras patologias, apresentaram artrite, doenças psiquiátricas, enxaqueca, síndrome metabólica, doenças do trato gastrointestinal, entre outras.

Quanto ao diagnóstico médico, motivo pelo qual foi indicado o tratamento cirúrgico, houve maior frequência de colecistite (25 ou 34,3%), seguida de hérnia de hiato (10 ou 13,7%) e obesidade mórbida (nove ou 12,4%). Diverticulite, alteração de enzimas hepáticas, abdome em avental e cirurgias de outras especialidades associadas à cirurgia geral somaram oito casos (11,0%).

Diretamente relacionados aos diagnósticos, os procedimentos realizados estão destacados na Figura 2.



**Figura 2.** Procedimentos cirúrgicos aos quais os pacientes do estudo foram submetidos.

A colecistectomia foi a cirurgia mais realizada (23 ou 28,4%) nos pacientes do estudo. Cirurgias de correção de hérnia de hiato foram feitas em 10 pacientes (12,3%) e a gastroplastia em nove pacientes (11,0%).

Os procedimentos agrupados como “outros”, se referem a: colostomia, exérese de corpo estranho pélvico por via abdominal, biópsia hepática, reconstrução do trato intestinal, videolaparoscopia exploradora, entre outros.

Após a caracterização da amostra, foram feitas tabulações dos Diagnósticos de Enfermagem identificados de acordo com a classificação de Diagnósticos de Risco e Diagnósticos Reais (Tabelas 2 e 3).

Foram identificados 11 Diagnósticos de Risco durante a permanência dos pacientes na SRPA. Destes, cinco apresentaram frequência igual a 100,0% e estavam, portanto, presentes nos 65 pacientes: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (Tabela 2).

Os diagnósticos Risco de glicemia instável, Risco de retenção urinária, Risco de sangramento, Risco de lesão perioperatória por posicionamento, Risco de função hepática prejudicada e Risco para recuperação cirúrgica retardada foram incidentes em menos de dez pacientes.

**Tabela 2** - Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificados no pós-operatório imediato de cirurgia geral, durante a permanência do paciente recuperação pós-anestésica.

Diagnóstico de Enfermagem <sup>13</sup>	Número	Porcentagem
Risco de queda	65	100,0%
Risco de aspiração	65	100,0%
Risco de infecção	65	100,0%
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	65	100,0%
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	65	100,0%
Risco de glicemia instável	07	10,8%
Risco de retenção urinária	05	7,7%
Risco de sangramento	01	1,5%
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	01	1,5%
Risco de função hepática prejudicada	01	1,5%
Risco para recuperação cirúrgica retardada	01	1,5%

**Tabela 3** - Diagnósticos de Enfermagem Reais identificados no pós-operatório imediato de cirurgia geral, durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica.

Diagnóstico de Enfermagem <sup>13</sup>	Número	Porcentagem
Integridade da pele prejudicada	65	100,0%
Proteção ineficaz	65	100,0%
Mobilidade no leito prejudicada	65	100,0%
Dor aguda	17	26,1%
Padrão respiratório ineficaz	16	24,5%
Hipotermia	10	15,4%
Náusea	03	4,6%
Ansiedade	02	3,1%
Memória prejudicada (situacional e temporária)	01	1,5%
Retenção urinária	01	1,5%
Comunicação verbal prejudicada	01	1,5%

Pela Tabela 3, pode-se verificar que foram identificados onze diagnósticos reais, dos quais três estiveram presentes em todos os pacientes da amostra: Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz e Mobilidade no leito prejudicada. Os diagnósticos Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz e Hipotermia estiveram presentes em percentagens consideradas elevadas, entre 26,1 e 15,4% pacientes.

Para facilitar didaticamente a apresentação deste estudo, optamos por apresentar as os Resultados e as Intervenções de Enfermagem, baseados em NOC e NIC<sup>15-16</sup>, também separados segundo Diagnósticos

de Risco e Diagnósticos Reais, inserindo os respectivos quadros no capítulo das discussões.

## DISCUSSÃO

Foram identificados onze Diagnósticos de Risco e onze Diagnósticos Reais, presentes nos 65 clientes cirúrgicos que compuseram a amostra do estudo, enquanto permaneceram internados na SRPA. Devido ao grande número de diagnósticos, serão discutidos os que apresentaram frequência de incidência igual ou superior a 10,0%.

**Quadro 1** - Diagnósticos de Risco, Resultados e Intervenções de Enfermagem identificados com Frequência superior a 10% em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia geral

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir queda</li> <li>- Prevenir complicações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda</li> <li>- Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente</li> <li>- Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas</li> <li>- Manter elevadas as grades de proteção da maca</li> <li>- Manter cama em altura adequada para prevenir quedas</li> </ul>
Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir broncoaspiração</li> <li>- Prevenir complicações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir</li> <li>- Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo</li> <li>- Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado</li> <li>- Manter aspirador disponível</li> </ul>
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir infecção evitável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos</li> <li>- Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia)</li> <li>- Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento</li> <li>- Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações</li> <li>- Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente</li> </ul>
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir alteração da temperatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar temperatura, padrão respiratório, pressão arterial e pulso</li> <li>- Avaliar cor, temperatura e umidade da pele</li> <li>- Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese)</li> <li>- Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado</li> <li>- Manter o ar condicionado desligado</li> </ul>
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a cicatrização da ferida por segunda intenção</li> <li>- Manter o equilíbrio hídrico</li> <li>- Manter equilíbrio eletrolítico e ácido-básico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica</li> <li>- Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)</li> <li>- Monitorar níveis de eletrólitos séricos</li> <li>- Verificar presença de sangramentos</li> <li>- Realizar balanço hídrico</li> </ul>
Risco de glicemia instável	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório</li> <li>- Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia</li> <li>- Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado</li> <li>- Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente</li> </ul>

O diagnóstico Risco de queda é definido como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”<sup>13</sup>. Este Diagnóstico de Enfermagem foi identificado devido às condições pós-operatórias e aos efeitos dos agentes anestésicos aos quais todos os pacientes do estudo foram submetidos, levando à diminuição dos reflexos motores e do nível de consciência, o que causa sonolência e possível mudança de comportamento, como agitação.

O Risco de aspiração é decorrente da dificuldade que o paciente apresenta em mobilizar-se. Deve-se dar especial atenção a pacientes obesos com dificuldades de elevar o corpo e expandir o tórax, diminuição do reflexo de tosse e deglutição, presença de resíduo gástrico e administração de medicamentos que podem potencializar a náusea, provocando o vômito. Risco de aspiração é o “risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas”<sup>13</sup>. A aspiração do conteúdo gástrico é danosa ao organismo, pois causa irritação e destruição da mucosa traqueal e facilita o aparecimento de pneumonia, aumentando o risco de infecção<sup>11</sup>.

O diagnóstico Risco de infecção é descrito como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”<sup>13</sup>. Foi identificado em todos os pacientes e 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, antisepsia da pele, materiais esterilizados corretamente e classificação da cirurgia. O cuidado no pós-operatório imediato para este diagnóstico está relacionado especialmente em avaliar as condições da incisão cirúrgica, a fim de prevenir infecção e facilitar o processo de cicatrização.

O Risco de desequilíbrio da temperatura corporal é definido como “risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”<sup>13</sup>. A

administração de vasodilatadores deprime o centro regulador da temperatura, o hipotálamo, que diminui a capacidade de vasoconstricção<sup>17</sup>. Além disso, outros agentes anestésicos (relaxantes musculares e narcóticos) impedem o organismo de reagir à baixa temperatura, como realizar a contração da musculatura para produzir calor e, associada ao ambiente frio da sala de cirurgia, predispõe ao risco de desequilíbrio da temperatura corporal. Neste caso, a infusão de líquidos aquecidos endovenosos, o uso de roupas secas, de cobertores ou manta térmica são medidas que previnem a hipotermia e reduzem o desgaste físico do paciente.

O Risco de desequilíbrio do volume de líquidos é definido como “risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais”<sup>13</sup>. O fator de risco para o diagnóstico citado são os procedimentos invasivos, que podem gerar diversos eventos, como sobrecarga hídrica com aumento de hormônio diurético causado pelo estresse cirúrgico e pela anestesia, hipovolemia resultante de reposição inadequada de volume ou de sequestro de líquido para o espaço intersticial ou, ainda, por distúrbios eletrolíticos causados pela hemodiluição<sup>11</sup>.

O diagnóstico Risco de glicemia instável, identificado em 10,8% dos pacientes, é definido como “risco de variação nos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação aos parâmetros normais”<sup>13</sup>. Pacientes com histórico de diabetes têm maior risco de glicemia instável, devido ao grande período em jejum a que são submetidos. A taxa de açúcar no sangue se eleva, em média, a cada três horas e a insulina faz a metabolização desta glicose, porém, nos pacientes diabéticos, essa compensação feita pela insulina é comprometida pela patologia, sendo, em alguns casos, necessário o uso de medicamentos hipoglicemiantes para normalizar o nível sérico de glicose. O diabetes também aumenta o risco de infecção e causa alteração na coagulação.

**Quadro 2** - Diagnósticos Reais, Resultados e Intervenções de Enfermagem identificados com frequência superior a 10% em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia geral

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propiciar a recuperação adequada da pele</li> </ul>	<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>
Proteção ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir complicações</li> <li>- Evitar infecção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar incisão cirúrgica</li> <li>- Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise</li> <li>- Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade</li> <li>- Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipamentos), com álcool a 70%</li> </ul>
Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir complicações</li> <li>- Prevenir dor por posicionamento incorreto</li> </ul>	<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 pertinente</li> <li>- Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente)</li> <li>- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas</li> </ul>
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar a dor</li> <li>- Promover conforto</li> </ul>	<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>
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar troca gasosa adequada</li> <li>- Manter a permeabilidade das vias aéreas</li> <li>- Manter equilíbrio eletrolítico e ácido-básico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalar cateter de O<sub>2</sub> a 2l/min ou conforme recomendação médica</li> <li>- Orientar paciente a realizar inspiração profunda</li> <li>- Despertar o paciente e estimulá-lo a respirar profundamente</li> <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> <li>- Avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz)</li> </ul>
Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover termorregulação</li> <li>- Promover conforto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar temperatura a cada 15 minutos e sucessivamente a cada 30 minutos</li> <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 cor, temperatura e umidade da pele</li> <li>- Avaliar perfusão periférica</li> <li>- Infundir soluções venosas aquecidas</li> <li>- Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente</li> </ul>

A Integridade da pele prejudicada é descrita como “epiderme e/ou derme alteradas”<sup>13</sup>, que está relacionada a fatores mecânicos como a própria incisão cirúrgica, em que há invasão de estruturas do corpo e presença de cateteres, sondas e drenos. O tempo prolongado do intraoperatório pode levar ao surgimento de úlcera por pressão, aumentando o risco de lesão perioperatória por posicionamento.

O diagnóstico Proteção ineficaz é definido como a “diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões”<sup>13</sup>. As características que definem este diagnóstico são as comorbidades do paciente, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e idade, somadas aos riscos inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico, bem como aos procedimentos anteriores aos quais o paciente foi submetido.

Mobilidade no leito prejudicada é definida como “limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito”<sup>13</sup>. A característica definidora é a diminuição da força e incapacidade de mover-se no leito, especialmente da posição supina para posição sentada com pernas alongadas<sup>18</sup>. Os fatores relacionados à dificuldade de mobilização no leito, observados durante a coleta de dados, foram a dor, o desconforto, o estado de coma vigil, além dos medicamentos sedativos, bloqueadores neuromusculares e de pacientes obesos.

O diagnóstico Dor aguda foi encontrado em 26,1% dos pacientes. É definido como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”<sup>13</sup>. A dor no pós-operatório imediato não está relacionada apenas à incisão cirúrgica, mas também à estimulação nervosa por substâncias químicas liberadas durante a cirurgia, ocorrência de áreas isquemiadas devido à pressão no local, vasoespasmos, espasmo muscular,

edema e posicionamento cirúrgico, que interferem no suprimento de sangue para os tecidos, ocasionando dor aguda<sup>12</sup>. A dor é considerada o quinto sinal vital, servindo de alerta para ocorrências de eventos mais danosos ao paciente<sup>3</sup>. No cuidado pós-operatório imediato (POI) é importante avaliar a dor, aplicar escala numérica de dor, se adequado, relacioná-la aos sinais vitais do paciente e administrar analgésicos prescritos.

O Padrão respiratório ineficaz é descrito como “inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada”<sup>13</sup>. Foi identificado em 24,5% dos pacientes. As características definidoras mais frequentes foram ventilação-minuto diminuída, tempo entre inspiração e expiração desproporcional, com consequente diminuição da frequência respiratória e da saturação de hemoglobina. Em uma pesquisa que objetivou identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no POI de colecistectomia laparoscópica, as autoras identificaram Padrão respiratório ineficaz em 80% da amostra estudada<sup>17</sup>.

Hipotermia é descrita como “temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais”<sup>13</sup>. Esta ocorrência foi observada em 15,4% da amostra do presente estudo. As características identificadas para este diagnóstico foram temperaturas abaixo do parâmetro normal, tremor e piloereção. É considerada hipotermia quando a temperatura corporal está menor ou igual a 36°C<sup>3</sup>. Fatores como gênero feminino, baixa temperatura do ambiente, anestesia geral e utilização de dióxido de carbono para formação de pneumoperitônio nas cirurgias laparoscópicas deixam o paciente suscetível à hipotermia<sup>17</sup>. Em duas outras pesquisas<sup>3,17</sup>, o diagnóstico Hipotermia teve incidência de cerca de 60% sobre o total de pacientes que compuseram a amostra, valor consideravelmente superior aos encontrados neste estudo. Acreditamos que esta diferença, positiva nesta pesquisa, se deva à utilização de mantas térmicas nos pacientes internados na Instituição sede do estudo. O Hospital

disponibiliza este recurso, tanto para os pacientes no intraoperatório, quanto no POI, durante sua permanência na SRPA.

Publicação multiprofissional especificamente relacionada a estudos de caso, destaca, em dois capítulos, Casos Cirúrgicos<sup>19</sup> e de Centro Cirúrgico<sup>20</sup>, que os Diagnósticos de Enfermagem identificados com maior frequência em clientes cirúrgicos são: Risco de infecção, Integridade da pele e tissular prejudicada, Risco de glicemia instável, Risco de lesão perioperatória por posicionamento, Hipotermia, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Risco de queda, Recuperação cirúrgica retardada, Mobilidade física prejudicada, Dor aguda, entre outros<sup>19-20</sup>.

Outros estudos que também tiveram como foco os Diagnósticos de Enfermagem apresentados com maior frequência em pacientes na SRPA identificaram Risco de infecção, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Risco de aspiração, Dor aguda, Mobilidade no leito prejudicada, Risco de lesão por posicionamento perioperatório, Troca de gases prejudicada e Risco de desequilíbrio da temperatura corporal<sup>11-12,17-18,21</sup>. Verifica-se, portanto, uma convergência entre os resultados destes estudos e os da nossa pesquisa.

No tocante às Intervenções de Enfermagem, foram encontrados apenas dois artigos que as apresentaram e relacionaram aos respectivos Diagnósticos de Enfermagem<sup>3-4</sup>. De modo geral, foram analisados sete artigos centrados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no POI<sup>3-4,11-12,17-18,21</sup>; destes, cinco artigos abordaram os Diagnósticos de Enfermagem e apenas os dois anteriormente citados<sup>3-4</sup> incluíam intervenções.

As incidências dos Diagnósticos de Enfermagem em estudos específicos variaram de acordo com o perfil da clientela, o diagnóstico médico, as doenças crônicas associadas, o tipo de cirurgia e a anestesia realizada.

Pacientes obesos são mais suscetíveis à infecção, devido à pouca vascularização do tecido adiposo e à dificuldade de acesso ao órgão operado, que ocasiona maior tempo de exposição.

Procedimentos realizados sob anestesia geral com intubação orotraqueal podem gerar maior resposta inflamatória do organismo, pois o tubo é considerado um corpo estranho, além de modificar a flora local e prejudicar o transporte de muco, a movimentação ciliar e o reflexo de tosse, aumentando o risco de aspiração e levando a uma proteção ineficaz<sup>17</sup>.

Observou-se que o diagnóstico Risco de queda não teve grande expressão nos artigos levantados; apenas um artigo abordou este diagnóstico<sup>18</sup>. Este fato nos causou estranheza, uma vez que várias condições perioperatórias contribuem para a possibilidade de queda do cliente. Sabe-se que o paciente cirúrgico está incluso no grupo de risco potencial para queda devido aos efeitos dos fármacos anestésicos, ao prolongado período de jejum e à limitação física, entre outros aspectos.

Além do mais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou como uma das dez metas internacionais de Segurança do Paciente, as Cirurgias Seguras (meta número quatro), tendo seu *slogan* bastante divulgado e conhecido mundialmente: "Cirurgias seguras salvam vidas". A redução do risco de lesões decorrentes de quedas é baseada na avaliação constante do risco de queda, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos e a adoção de ações que diminuam ou eliminem qualquer risco identificado<sup>22-23</sup>.

Como principal cuidado do POI enquanto o paciente está na SRPA, deve-se manter a maca em altura adequada, com as rodas travadas e com as grades de proteção elevadas.

Quanto aos Resultados de Enfermagem listados, houve predomínio daqueles relacionados à manu-

tenção das necessidades fisiológicas, buscando o equilíbrio das condições basais do paciente, a fim de promover saúde e bem estar, o que facilita a recuperação cirúrgica e anestésica. Destaca-se que não foram encontrados estudos que discutissem os resultados frente aos diagnósticos identificados. Desta forma, verificamos carência de pesquisas de campo que abordassem a tríade NANDA / NOC / NIC em um mesmo estudo sobre assistência de enfermagem a pacientes no POI de cirurgias gerais.

É importante considerar que, neste contexto de assistência direta, cabe ao enfermeiro avaliar o paciente individualmente e prestar cuidados com competência técnico-científica, justificada pelos achados clínicos, pela avaliação dos riscos aos quais cada cliente está exposto e pelo exame físico, que é a base para assistência segura na SRPA.

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados obtidos por meio da coleta de informações no prontuário e do levantamento de diagnósticos observados em 65 pacientes submetidos à cirurgia geral permitiu concluir que:

- a maioria dos pacientes era do gênero feminino, com faixa etária predominante dos 38 aos 58 anos, provenientes da clínica médico-cirúrgica, submetidos à colecistectomia, correção de hérnia de hiato e gastroplastia, sob anestesia geral;
- foram identificadas 22 categorias diagnósticas, sendo 11 Diagnósticos de Risco e 11 Diagnósticos Reais;
- oito Diagnósticos de Enfermagem obtiveram incidência de 100%, estando, portanto, presentes em todos os pacientes que compuseram amostra: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz e Mobilidade no leito prejudicada;

- as Intervenções de Enfermagem propostas para os diagnósticos identificados com frequência superior a 10% foram baseadas nos Resultados de Enfermagem correlatos. Em geral, os resultados esperados com as intervenções prescritas visaram: prevenção contra quedas, precauções contra aspiração, proteção contra infecção, promoção do equilíbrio da temperatura corporal, manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, adequação da troca gasosa, promoção de conforto e prevenção de complicações.

Dada a falta de artigos publicados que englobem a tríade NANDA / NOC / NIC no período pós-operatório, os dados colhidos e os resultados dessa pesquisa possibilitaram o levantamento dos Resultados e das Intervenções, baseados nos Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes submetidos à cirurgia geral. E, secundariamente, o presente estudo mostrou a importância da implementação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e da prestação de cuidados por profissionais qualificados e envolvidos na prestação da assistência aos clientes no pós-operatório imediato de cirurgias gerais.

## REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Bonfim IM, Malagutti W, organizadores. Recuperação pós-anestésica: assistência especializada no centro cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2010.
3. Santos S, Garbin IS, Carvalho R. Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica para o controle da dor e de outros eventos no período pós-operatório imediato. Rev Dor. 2009;10(4):337-42.
4. Capello RG, Alves ANS, César Júnior A, Carvalho R. Intervenções de enfermagem na recuperação

- anestésica: controle da dor, náuseas, hipotermia e outras complicações do pós-operatório. *Rev Dor*. 2009;10(2):113-9.
5. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2009.
6. Castellanos BEP, Jouclas UMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP*. 1990;24(3):359-70.
7. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
8. Ribeiro MB. Sala de recuperação anestésica (SRA). In: Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari; 2008. p.259-80.
9. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1ª ed. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.1-21.
10. Galdeano LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1ª ed. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.267-98.
11. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(2):199-206.
12. Rossi LA, Torрати FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):154-64.
13. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
14. Tannure MC, Gonçalves AMP. *Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMcC. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período de pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(3):389-96.
18. Luvisotto MM, Carvalho R, Galdeano LE. *Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato*. Einstein. 2007;5(2):117-22.
19. Carvalho R. Casos cirúrgicos. In: Mohallem AGC, Farah OGD, Laselva CR, coordenadoras. *Enfermagem pelo método de estudo de casos*. Barueri (SP): Manole; 2011. p.3-58.
20. Carvalho R. Centro cirúrgico. In: Mohallem AGC, Farah OGD, Laselva CR, coordenadoras. *Enfermagem pelo método de estudo de casos*. Barueri: Manole; 2011. p.513-55.
21. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(4):37-43.

22. World Health Organization. Patient safety: safe surgery saves lives [Internet]. [cited 2010 Nov 26]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/safe-surgery/en/>

23. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Polo São Paulo: 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.

## Autoras

### Talita Monteiro de Souza

Enfermeira, Graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE).

### Rachel de Carvalho

Enfermeira, Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FEHIAE.

E-mail: [rachel.carvalho@einstein.br](mailto:rachel.carvalho@einstein.br).

### Camila Moreira Paladino

Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela FEHIAE. Enfermeiro Pleno da Recuperação Anestésica do HIAE.

E-mail: [camilabm@einstein.br](mailto:camilabm@einstein.br).

---

## ANEXO - Instrumento de coleta de dados - Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica

### Parte I: Caracterização da amostra

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade: \_\_\_\_ anos

Procedência: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Patologias pregressas / associadas: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia: \_\_\_\_\_

Tempo de duração da cirurgia: \_\_\_\_\_ Tempo de permanência na SRPA \_\_\_\_\_

### Parte II: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem

**Diagnóstico 1:** \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Intervenções: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico 2:** \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Intervenções: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico 3:** \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Intervenções: \_\_\_\_\_