

## Diagnósticos de enfermagem em recuperação pós-anestésica: intervenções e resultados segundo linguagens padronizadas

### Nursing diagnoses in post-anesthetic recovery: outcomes and interventions according to standardized languages

Marina Prearo<sup>1</sup>, Marcelli Cristine Vocci<sup>2</sup>,  
Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes<sup>3</sup>

#### Resumo

**Introdução:** os sistemas de classificação com linguagens padronizadas se estabelecem em um conjunto de conhecimentos estruturados, conceitos fundados de forma lógica e coerente, com base em suas similaridades. Nesse sentido, identificar um perfil junto a populações pode cooperar para uma melhor definição e compreensão situacional para aquela unidade e/ou pacientes. **Objetivos:** realizar mapeamento cruzado entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com os registros manuais de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica; e propor intervenções e resultados, segundo linguagens padronizadas. **Método:** estudo exploratório, retrospectivo com análise estatística descritiva de registros de enfermagem de 187 pacientes que estiveram hospitalizados no período de junho a julho de 2018, em sala de recuperação pós-anestésica de um hospital oncológico. O mapeamento cruzado foi realizado em três etapas: identificação dos indicadores dos diagnósticos; proposição de intervenções e atividades; e indicadores de resultados. Os dados foram analisados e descritos em frequências absoluta e relativa. **Resultados:** dos 13 domínios da NANDA-I, cinco foram representados; identificaram-se cinco diagnósticos de risco e 11 com foco no problema; observou-se 100% de frequência para os diagnósticos de: Risco de aspiração; Risco de infecção; Risco de queda; Capacidade de transferência prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Integridade da pele/tissular prejudicada e Conforto prejudicado. **Conclusões:** para os 16 diagnósticos de enfermagem mapeados, foram selecionadas 22 intervenções e 58 atividades; 23 resultados e 48 indicadores de resultados.

**Palavras-chave:** Enfermagem em pós-anestésico; Registro de enfermagem; NANDA-I; Terminologia NIC; Terminologia NOC.

<sup>1</sup> Graduação em Enfermagem pela Faculdades Integradas de Jaú (FIJ), Jaú, São Paulo, Brasil. Diretora de Serviços de Saúde da Prefeitura Municipal de Bariri, Bariri, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp), Botucatu, São Paulo, Brasil. *E-mail:* marcellivocci@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutorado em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), São Paulo, São Paulo, Brasil. Professora Assistente Doutora no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo, Brasil.

## Abstract

**Introduction:** the classification systems with standardized languages are established in a set of structured knowledge, concepts founded in a logical and coherent way, based on their similarities. In this sense, identifying a profile with the populations can cooperate for a better definition and situational understanding for that unit and/or patients. **Objectives:** to perform cross-mapping between the nursing diagnoses of NANDA-I with the manual nursing records in the post-anesthetic recovery room; and, to propose interventions and outcomes, according to standardized language. **Method:** exploratory, descriptive and retrospective analysis of the nursing records of 187 patients hospitalized from June to July 2018, in the post-anesthetic recovery room of an oncology hospital. Cross-mapping was carried out in three stages: identification of diagnostic indicators; proposition of interventions and activities; and outcomes indicators. The data were analyzed and described in absolute and relative frequencies. **Results:** of the 13 NANDA-I domains, five were highlighted; were identified five risk diagnoses and 11 focused on the problem; 100% frequency was observed for the diagnoses of: Aspiration, infection and falling risk; Impaired transfer capacity; Impaired bed mobility; Impaired skin/tissue integrity and impaired comfort. **Conclusions:** from the 16 nursing diagnoses mapped, were selected 22 interventions and 58 activities; 23 results and 48 outcomes indicators.

**Keywords:** Postanesthesia nursing; Nursing records; NANDA-I; NIC terminology; NOC terminology.

## Introdução

A Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) é uma unidade destinada a pacientes em pós-operatório imediato (POI), período compreendido entre as primeiras vinte e quatro horas após uma intervenção anestésica cirúrgica. A equipe de enfermagem da SRPA tem a finalidade de admitir o paciente, proporcionar cuidado seguro, prevenir e detectar complicações pós-anestésicas e cirúrgicas, assim como realizar o registro da assistência de enfermagem.<sup>(1)</sup>

O Processo de Enfermagem (PE) configura-se como uma metodologia organizacional embasada em princípios científicos, e de reconhecimento legal de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009,<sup>(2)</sup> que proporciona a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e contribui para a atuação da equipe de forma a promover a segurança do paciente. Na SRPA, o PE, também denominado como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), auxilia para que o enfermeiro identifique as prioridades de cada paciente quanto às suas necessidades, como a evolução da consciência, o retorno de reflexos protetores e a estabilidade dos sinais vitais.<sup>(3-5)</sup>

A proposição deste estudo foi embasada nos conceitos da Teoria de Enfermagem de Wanda Aguiar Horta,<sup>(6)</sup> Necessidades Humanas Básicas<sup>(7)</sup> e na assistência sistematizada com registro de enfermagem baseado em linguagem padronizada. As terminologias padronizadas são: Classificação de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International (NANDA-I),<sup>(8)</sup> Classificação das Intervenções de Enfermagem, da Nursing Intervention Classification (NIC)<sup>(9)</sup> e a Classificação dos Resultados de Enfermagem, da Nursing Intervention Classification (NOC).<sup>(10)</sup>

A Taxonomia II da NANDA-I possui 13 Domínios, 46 Classes e 244 diagnósticos de enfermagem (DE), que estruturam-se a partir dos indicadores: características definidoras; fatores relacionados; fatores de riscos; condições associadas e populações de risco. As classificações da NIC e da NOC possuem, respectivamente, um conjunto de Intervenções de Enfermagem (IE), Atividades de Enfermagem (AE), e Resultados de Enfermagem (RE) com indicadores de resultados (IR), a partir da nomeação dos diagnósticos.

Nesse contexto, NANDA, NOC e NIC desempenham importante papel ao descrever, de modo padronizado, elementos de interesse da prática profissional. Os sistemas de classificação

com linguagens padronizadas se estabelecem em um conjunto de conhecimentos estruturados, conceitos fundados de forma lógica e coerente, com base em suas similaridades. Nesse sentido, identificar um perfil de DE junto a populações pode cooperar para uma melhor definição e compreensão situacional para aquela unidade e/ou pacientes.<sup>(11)</sup>

Em SRPA, o planejamento da assistência de enfermagem deve ser considerado como um instrumento de segurança e qualidade, onde a promoção do cuidado no POI baseado em linguagem padronizada possibilita ao enfermeiro subsidiar ações de cuidado e de gestão, facilitar o dimensionamento de recurso humano e material, fortalecer a educação permanente, e dar visibilidade e autonomia ao processo de trabalho do enfermeiro.<sup>(12-13)</sup>

Desse modo, os objetivos do presente estudo foram: realizar mapeamento cruzado entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com os registros manuais de enfermagem em SRPA; e propor intervenções e resultados, segundo linguagens padronizadas.

## Método

### *Desenho do estudo*

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo com análise estatística descritiva dos registros de enfermagem de 187 fichas de pacientes admitidos em SRPA no período de junho a julho de 2018, em um hospital de referência em tratamento oncológico no interior do estado de São Paulo, Brasil.

Nesta instituição, local do estudo, os campos para o preenchimento manual da ficha eram: identificação do paciente; sinais vitais; necessidades humanas afetadas; prescrição médica; e anotação de enfermagem. Os registros traziam dados como monitoração dos sinais vitais; ventilação mecânica; resultados de exames; tipos de procedimento realizados; horários de admissão e alta no centro cirúrgico e na SRPA; e os dados subjetivos referiam-se à evolução, história clínica e intercorrências.

### *População e amostra*

Para composição da população do estudo foi solicitado um relatório ao setor responsável com as seguintes informações: horários de admissão; alta; tempo total de permanência do paciente na SRPA; e unidade de destino. Foram identificadas 264 fichas de pacientes. Os critérios de inclusão foram: registro de admissão na SRPA entre 6h e 12h, de segunda-feira a sábado, e fichas com completude de preenchimento. Assim, excluíram-se 72 fichas que estavam incompletas e cinco que não foram localizadas, totalizando-se 187 fichas incluídas na amostra do estudo.

### *Coleta e análise de dados*

As 187 fichas foram analisadas e extraídos os dados de relevância. Dois instrumentos de coleta foram construídos e utilizados: o instrumento A, para a coleta dos dados objetivos e subjetivos; e o instrumento B, para a descrição dos resultados do mapeamento cruzado entre o registro das fichas e os indicadores dos diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA-I.<sup>(8)</sup>

A análise descritiva dos dados constituiu-se de três etapas: a) análise dos dados do instrumento A; b) análise do instrumento B, com os resultados do mapeamento cruzado,<sup>(14-15)</sup> que originou a listagem dos DE construídos em consenso entre as pesquisadoras; e c) proposição e atribuição de intervenções e de resultados. Os dados foram descritos segundo as frequências absoluta e relativa.

A nomeação do título diagnóstico pelas pesquisadoras foi baseada na análise e identificação de dados objetivos e subjetivos registrados nas fichas, e realizado o mapeamento cruzado com a NANDA-I. Esse processo consistiu em identificar termos ou palavras levantados no instrumento A e que possuíam semelhança com a estrutura da taxonomia. Dessa maneira, foram relacionados e descritos os títulos diagnósticos no instrumento B.

Para a seleção das intervenções e atividades de enfermagem utilizou-se a NIC, e por meio da

NOC, foram identificados os resultados a serem atingidos a partir do título diagnóstico. A listagem com os DE foi submetida à análise estatística descritiva e demonstrada em frequências absoluta e relativa.

### *Aspectos éticos*

O estudo foi aprovado sob parecer do comitê de ética em pesquisa (CEP) da Fundação Doutor Amaral Carvalho, número 2.678.773; com dispensa

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **Resultados**

Com a elaboração da listagem dos DE, apresentaram-se cinco diagnósticos de risco e 11 com foco no problema. A Tabela 1 demonstra as frequências absoluta e relativa dos diagnósticos de risco e com foco no problema, de acordo com os domínios da NANDA-I.

**Tabela 1** - Frequências absoluta e relativa dos domínios e respectivos diagnósticos de enfermagem de risco e com foco no problema. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2019.

	<b>Domínios</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Domínio 2	Nutrição	Risco de glicemia instável	17	9,0
Domínio 4	Atividade/repouso	Capacidade de transferência prejudicada	187	100,0
Domínio 4	Atividade/repouso	Mobilidade no leito prejudicada	187	100,0
Domínio 4	Atividade/repouso	Ventilação espontânea prejudicada	9	5,0
Domínio 5	Percepção/cognição	Confusão aguda	3	2,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Risco de aspiração	187	100,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Risco de infecção	187	100,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Risco de queda	187	100,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Risco de hipotermia perioperatória	87	47,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Integridade da pele prejudicada	187	100,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Integridade tissular prejudicada	187	100,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	115	61,0
Domínio 11	Segurança/proteção	Hipotermia	100	53,0
Domínio 12	Conforto	Conforto prejudicado	187	100,0
Domínio 12	Conforto	Dor aguda	62	33,0
Domínio 12	Conforto	Náusea	7	4,0

**Fonte:** as autoras.

Optou-se por apresentar nos Quadros 1 e 2 respectivas proposições de intervenções, atividades DE que obtiveram 100% de frequência e suas respectivas proposições de intervenções, atividades, resultados e indicadores.<sup>(9-10)</sup>

**Quadro 1** - Diagnósticos de enfermagem de risco e respectivas intervenções, atividades, resultados de enfermagem e indicadores de resultados. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2019.

Diagnósticos	Intervenções, atividades, resultados e indicadores	
<b>Risco de aspiração</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>
	Controle de vias aéreas	Encorajar respiração lenta e profunda.
		Verificar a necessidade de realizar aspiração.
		Administrar oxigênio, conforme apropriado.
		Posicionar para aliviar dispneia e prevenir aspiração.
		Monitorar estado respiratório e a oxigenação.
	Controle do vômito	Identificar fatores que possam causar ou contribuir para episódios de vômitos.
		Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenção de vômitos, quando possível.
		Monitorar quanto à sensação de plenitude, náuseas e vômitos.
	Monitoração neurológica	Monitorar nível de consciência.
	Cuidados com sondas gastrointestinais	Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito nasogástrico.
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>
	Recuperação pós-procedimento	Vias aéreas pervias.
		SPO2 a 92%-94% em ar ambiente.
Totalmente acordado.		
Náusea e/ou vômito.		
Estado da deglutição	Mantém posição neutra da cabeça e do tronco.	
	Controle das secreções orais.	
	Tosse.	
	Engasgo.	
<b>Risco de infecção</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>
	Cuidados com local da incisão	Inspeccionar o local da incisão para detecção de anormalidades.
		Observar as características de qualquer secreção.
		Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem.
	Cuidados com lesões	Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão.
		Posicionar paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado.
		Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão.
	Supervisão da pele	Inspeccionar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem.
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>
Integridade tissular: pele e mucosas	Integridade tecidual.	
	Lesão na pele e/ou mucosas.	

Continua

Continuação

<b>Risco de queda</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	
	Prevenção contra quedas	Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas.	
		Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama.	
	Transferência	Determinar o nível de consciência e a capacidade de cooperar.	
		Planejar o tipo e o método de movimentação.	
		Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária.	
		Ajustar o equipamento conforme necessário para a altura que facilite o trabalho e travar todas as rodas.	
		Transferir o paciente a partir da cama para a maca, usando um lençol.	
	Avaliar o paciente no final da transferência quanto a alinhamento adequado do corpo, pele exposta desnecessariamente e grades laterais levantadas.		
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>	
Mobilidade	Desempenho no posicionamento do corpo.		
Desempenho na transferência	Transferência de uma superfície à outra enquanto deitado.		
Nível de delírio	Agitação.		

Fonte: as autoras.

Nota-se que no Quadro 1 foram elencados para os diagnósticos de risco: nove intervenções, 25 atividades, seis resultados e nove indicadores. No Quadro 2, para os diagnósticos com foco no problema foram: 13 intervenções, 33 atividades, 17 resultados e 39 indicadores.

**Quadro 2** - Diagnósticos de enfermagem com foco no problema e suas respectivas intervenções, atividades, resultados e indicadores de resultados. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2019.

<b>Diagnósticos</b>	<b>Intervenções, atividades, resultados e indicadores</b>		
<b>Capacidade de transferência prejudicada</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	
	Assistência no autocuidado: transferência	Determinar a capacidade atual do paciente de autotransferência.	
		Selecionar a técnica de transferência apropriada para o paciente.	
		Identificar métodos para prevenir lesões durante a transferência.	
		Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária.	
		Manter o corpo do paciente corretamente alinhado durante os movimentos.	
	Avaliar o paciente no final da transferência quanto a alinhamento adequado do corpo, pele exposta desnecessariamente e grades laterais levantadas.		
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>	
Desempenho na transferência	Transferência de uma superfície à outra enquanto deitado.		

Continua

Continuação

	Nível de desconforto	Ansiedade.
		Náusea.
		Mau posicionamento do corpo.
	Nível de dor	Dor relatada e/ou expressão facial de dor.
Esfrega a área afetada.		
<b>Mobilidade no leito prejudicada</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>
	Cuidados com o repouso no leito	Explicar as razões da exigência do repouso no leito.
		Posicionar em alinhamento corporal adequado.
		Elevar grades laterais.
	Controle da dor	Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
		Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor.
		Verificar o nível de desconforto com o paciente, registrar as alterações no prontuário.
	Controle de medicamentos	Monitorar efeitos adversos do fármaco.
		Monitorar efeito terapêutico do medicamento.
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>
	Posicionamento do corpo autoiniciado	Move-se de um lado para o outro quando deitado.
	Nível de desconforto	Ansiedade.
Tensão facial.		
Mau posicionamento do corpo.		
Náusea.		
Nível de dor	Dor relatada e/ou expressão facial de dor.	
	Esfrega a área afetada.	
Resposta ao medicamento	Efeitos terapêuticos esperados.	
<b>Integridade da pele prejudicada</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>
	Cuidados com local da incisão	Inspecionar o local da incisão para detecção de anormalidades.
		Observar as características de qualquer secreção.
	Cuidados com lesões	Trocar curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem.
		Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão.
		Posicionar paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado.
		Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão.
Controle do prurido	Administrar antialérgicos prescritos.	

Continua

Continuação

	Supervisão da pele	Inspeccionar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem.
		Registrar as alterações observadas na pele ou mucosas.
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>
	Integridade tissular: pele e mucosas	Integridade tecidual.
		Lesões na pele e/ou mucosas.
	Resposta alérgica: localizada	Prurido localizado.
		Eritema localizado.
Edema localizado.		
<b>Integridade tissular prejudicada</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>
	Manutenção da saúde oral	Umedecer lábios e mucosa oral conforme necessário.
		Consultar o médico se houver persistência de boca seca, irritação e desconforto.
	Supervisão da pele	Monitorar cor e temperatura da pele, e registrar.
	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>
	Saúde oral	Hidratação dos lábios.
		Hidratação da mucosa oral e da língua.
		Cor das mucosas.
		Integridade da mucosa oral.
		Halitose.
	Controle de riscos: olho seco	Pisca em intervalos frequentes.
		Fecha as pálpebras completamente.
		Produce lágrimas adequadas.
Integridade tissular: pele e mucosas	Pigmentação anormal.	
	Hipocorada.	
	Perfusão tecidual.	
<b>Conforto prejudicado</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>
	Controle do ambiente: conforto	Proporcionar um ambiente limpo, seguro e calmo.
		Ajustar a temperatura da sala.
		Fornecer ou remover cobertores para conforto térmico.
		Posicionar paciente para facilitar o conforto.
	Redução da ansiedade	Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo.
	Controle da dor	Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor e do desconforto.		

Continua

*Continuação*

	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>
	Estado de conforto: ambiente	Temperatura do ambiente.
		Cama confortável.
	Estado de conforto: físico	Posição confortável.
		Dificuldade respiratória.
	Estado de conforto: psicoespiritual	Ansiedade.
		Medo.
	Nível de dor	Dor relatada.
		Inquietação.
	Nível de fadiga	Humor deprimido.

**Fonte:** as autoras.

## Discussão

A não validação por juízes especialistas na temática dos achados do presente estudo é uma limitação, porém os resultados contribuem para a implementação da assistência de enfermagem perioperatória sistematizada, o que pode proporcionar segurança e qualidade no cuidado, minimizar riscos inerentes às condições dessa população, nortear a prática clínica e fortalecer a autonomia profissional do enfermeiro em SRPA.

Os resultados evidenciaram que o Domínio 11 da NANDA-I (Segurança/proteção) obteve maior representatividade de diagnósticos de risco, com foco no problema. Discutem-se a seguir, as relações do perfil de necessidades de cuidados aos pacientes admitidos na SRPA: Risco de aspiração; Risco de infecção; Risco de queda; Capacidade de transferência prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Integridade da pele/tissular prejudicada e Conforto prejudicado.

### *Diagnósticos de risco e proposta de intervenções de enfermagem*

No local do presente estudo, ao término do procedimento cirúrgico, os pacientes permanecem em ventilação mecânica invasiva na SRPA. Essa

condição favorece o “Risco de aspiração”, e os fatores de risco evidenciados foram: tosse ineficaz, barreira à elevação superior do corpo, capacidade prejudicada para deglutir, cirurgia de cabeça/pescoço, nível de consciência diminuído, reflexo de engasgo deprimido e também presença de sonda nasogástrica.

Dessa maneira, intervenções prioritárias são direcionadas, como a redução de fatores que possam levar à hipoxemia potencializada pelo efeito residual das drogas anestésicas utilizadas, principalmente pela condição clínica de pacientes oncológicos. Existem outros fatores que podem levar o paciente à diminuição da oxigenação tecidual, como: estado físico, idade acima de 55 anos, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes *mellitus*, saturação de oxigênio no pré-operatório menor que 95%, déficit nutricional, pacientes do sexo feminino e anestesia geral.<sup>(16-17)</sup>

O enfermeiro atuante na SRPA necessita ser capacitado para o planejamento da SAE e a execução das AE que favorecem a diminuição das complicações, prevenção de eventos adversos e minimização de riscos.<sup>(18)</sup>

O diagnóstico “Risco de infecção” foi relacionado aos fatores de risco como a alteração na integridade da pele, além da presença de acesso venoso periférico e central; incisão cirúrgica;

drenos; sonda vesical de demora; via aérea artificial; cistostomia; nefrostomia e gastrostomia. Estudos que descreveram diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes em POI de cirurgia eletiva, não relacionaram o diagnóstico de Risco de infecção.<sup>(18)</sup> Porém, em uma revisão integrativa, que identificou artigos relacionados à assistência de enfermagem a pacientes críticos na SRPA, os autores consideraram que a incidência de infecção do sítio cirúrgico pode estar associada como complicações frequentes.<sup>(18)</sup>

Em relação ao diagnóstico “Risco de queda” foram identificados os seguintes fatores de risco: mobilidade prejudicada, utilização de drogas anestésicas no intraoperatório, permanência do paciente na SRPA, alteração na função cognitiva e nível de consciência diminuído. Para minimização desses fatores, foram selecionadas as IE de prevenção contra quedas e transferências, e, como atividades, determinar nível de consciência e a capacidade de cooperar, identificar comportamento e fatores que afetam o risco de queda, e planejar tipo e método de movimentação.<sup>(19)</sup>

### *Diagnósticos com foco no problema e proposta de intervenções de enfermagem*

As características definidoras do diagnóstico “Capacidade de transferência prejudicada” foram: capacidade de transferir-se da cama para maca de transporte e capacidade de transferir-se da maca de transporte para a cama. Os fatores relacionados foram: a dor, o equilíbrio prejudicado, a força muscular insuficiente, a alteração na função cognitiva e prejuízo neuromuscular e musculoesquelético.

O paciente na SRPA possui um nível alto de dependência da equipe de enfermagem para a transferência entre leitos, sendo que esse procedimento deve ser feito em bloco com auxílio de, no mínimo, dois profissionais de enfermagem. Outros aspectos limitantes da movimentação no leito e entre leitos do paciente relacionam-se aos fatores de risco para queda, sinais verbais e não verbais de dor e alterações nos sinais vitais. Os dispositivos como sondas, cateteres, drenos e outros também

contribuem para a dependência da enfermagem e da capacidade do paciente em mobilizar-se.

O diagnóstico de “Mobilidade no leito prejudicada” possui como característica definidora a capacidade prejudicada de se posicionar na cama. Os fatores relacionados identificados foram: dor; força muscular insuficiente, associada a agentes farmacêuticos; e prejuízo neuromuscular e musculoesquelético. Na prática diária, esse diagnóstico está relacionado com a restrição no leito e restrição na movimentação corporal do paciente devido ao procedimento cirúrgico, e à presença de dispositivos médicos.

Em estudo<sup>(4)</sup> sobre a mobilidade no leito prejudicada, esta também foi discutida como um dos DE mais frequentes. Os fatores relacionados são evidenciados pela condição operatória e pelo uso de sedativos, e apresentam-se como IE, a relevância da orientação e monitoração da mecânica corporal para prevenção de lesões em decorrência da limitação de movimento do paciente.

O diagnóstico “Integridade da pele/tissular prejudicada” apresentou as seguintes características definidoras: alteração na integridade da pele; punção venosa; incisão cirúrgica; drenos e cateteres em cavidade. Como fatores relacionados foram identificadas: hidratação, ferida operatória, secreções e excreções.

Um estudo sobre pós-operatório de cirurgias eletivas em hospital universitário identificou o diagnóstico de integridade da pele prejudicada, pelo rompimento da superfície da pele e invasão das estruturas do corpo, relacionada a fatores mecânicos. As intervenções propostas visaram à prevenção de novas lesões em um tecido já prejudicado, além de promover cuidados para reparação do mesmo.<sup>(20)</sup> A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) propõe como intervenção a supervisão da pele e avaliação de curativo. Como resultados esperados cita a termorregulação e cicatrização de feridas como fatores importantes de avaliação.<sup>(1)</sup>

Quanto ao diagnóstico “Conforto prejudicado” as características definidoras foram: sensação

de desconforto, desconforto com a situação, descontentamento com a situação, lamento e inquietação. Os fatores relacionados identificados foram o controle situacional insuficiente e as condições associadas ao regime de tratamento e que estão relacionadas ao acesso venoso periférico e central, incisão cirúrgica, drenos (sucção, silicone e de tórax), sonda vesical de demora, sonda nasogástrica, presença de via aérea artificial, cistostomia, nefrostomia e gastrostomia.<sup>(21)</sup>

As intervenções de enfermagem compreendem o controle do ambiente e da dor do paciente, assim como a redução da ansiedade. Como resultados de enfermagem evidenciamos a obtenção de um estado de conforto ambiental, físico e psíquico-espiritual. Os indicadores de resultados identificados foram: temperatura do ambiente, posição confortável, dificuldade respiratória, ansiedade, medo, dor relatada e não relatada (suspiros, choros, inquietação) e humor deprimido.

Documentar o cuidado de enfermagem mediante um sistema de linguagem padronizada é assegurar uma comunicação uniforme, uma descrição da singularidade da enfermagem e o armazenamento de dados para fins educacionais na tomada de decisão e/ou para dados estatísticos.<sup>(22)</sup>

## Conclusão

O mapeamento cruzado realizado a partir da análise das 187 fichas e das classificações da NANDA-I originou uma listagem com cinco diagnósticos de enfermagem de risco e 11 diagnósticos de enfermagem com foco no problema. Obteve-se 100% de frequência dos diagnósticos: Risco de aspiração; Risco de infecção; Risco de queda; Capacidade de transferência prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Integridade da pele/tissular prejudicada e Conforto prejudicado. Para esses oito diagnósticos foram selecionados: 22 intervenções; 58 atividades; 23 resultados esperados e 48 indicadores de enfermagem.

Salienta-se a necessidade de estudos descritivos primários com enfoque nesse ambiente crítico e a utilização de linguagem padronizada de

enfermagem, que contribuem para a construção do conhecimento especializado e desenvolvimento de protocolos assistenciais.

O presente estudo colabora para a autonomia e visibilidade da atuação do enfermeiro em SRPA e no contexto perioperatório, assim como a utilização da padronização dos DE, RE e IE no ensino da graduação em enfermagem. Para a pesquisa de enfermagem, o estudo fortalece e estimula a exploração do conhecimento e a utilização da linguagem padronizada.

## Agradecimentos

As autoras agradecem o apoio do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Acordo Capes/Cofen Edital nº 27/2016 - Apoio a Programas de Pós-graduação da Área de Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional, o qual contemplou com recursos financeiros o projeto.

## Conflitos de interesse

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

- 1 Sociedade 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.
- 2 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen-358/2009. [Internet]. Brasília: COFEN; 2009. [citado 2021 Ago 18]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
- 3 Pereira GN, Abreu RNDC, Bonfim IM, Rodrigues AMU, Monteiro LB, Sobrinho JM. Relationship between systematization of nursing care and patient safety. *Enferm Foco*.

- 2017;8(2):21-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/985>
- 4 Silva HVC, Souza VP, Silva PCV. Systematization of perioperative nursing care in a post-anesthetic recovery unit. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(10):3760-7. doi: 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201606.
  - 5 Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. Quality indicators in nursing with emphasis in the surgical center: integrative literature review. *Rev SOBECC*. 2017;22(1):42-51. doi: 10.5327/Z1414-4425201700010008.
  - 6 Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU-EDUSP; 1979.
  - 7 Horta WA. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
  - 8 Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA I: definições e classificação (2018-2020)*. 11a ed. Garcez RM, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2018.
  - 9 Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
  - 10 Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Classificação dos resultados de enfermagem: NOC*. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
  - 11 Silva DVA, Sousa INM, Rodrigues CAO, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Nursing diagnoses in a home-based program: cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):584-91. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0323.
  - 12 Cruz LF, Felix MMS, Ferreira MBG, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Influence of socio-demographic, clinical and surgical variables on the Aldrete-Kroulik Scoring System. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3189-95. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0813.
  - 13 Riegel F, Oliveira Junior NJ. Nursing process: implications for the safety of surgical patients. *Cogitare Enferm*. 2017;22(4):1-5. doi: 10.5380/ce.v22i1.45577.
  - 14 Tannure MC, Salgado PO, Chianca TCM. Cross-Mapping: diagnostic labels formulated according to the ICNP® versus diagnosis of NANDA International. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(6):972-8. doi: 10.1590/0034-7167.2014670616.
  - 15 Morais SCR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Cross-mapping of results and Nursing Interventions: contribution to the practice. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1993-2000. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0324.
  - 16 Saraiva EL, Sousa CS. Critically ill patients in the postanesthesia care unit: integrative review. *Rev SOBECC*. 2015;20(2):104-12. doi: 10.5327/Z1414-4425201500020006.
  - 17 Mendonça FT, Lucena MC, Quirino RS, Govêia CS, Guimarães GMN. Risk factors for post-operative hypothermia in the post-anesthetic care unit: a prospective prognostic pilot study. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019;69(2):122-30. doi: 10.1016/j.bjane.2018.11.002.
  - 18 Campos MPA, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complications in the post-anesthesia care unit: an integrative review. *Rev SOBECC*. 2018;23(3):160-8. doi: 10.5327/Z1414-4425201800030008.
  - 19 Bonetti AEB, Girardello DTF, Coneglian ALA, Egevardt D, Batista J, Cruz EDA. Assistance of the nursing team to the patient in postanesthetic recovery room. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(2):193-205. doi: 10.5902/2179769226840.
  - 20 Bertoncetto KCG, Sávio B, Ferreira JM, Amante LN, Nascimento ERP. Nursing diagnoses and proposals for nursing interventions for patients in the immediate post-operative period following elective surgery. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):582-9. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33676/23252>
  - 21 Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):115-24. doi: 10.1590/1982-0194201600016.

- 22 Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):307-15. doi: 10.1590/0034-7167.2016690214i.

*Recebido em: 15 mar. 2021*

*Aceito em: 19 ago. 2021*

