



**ARTIGO ORIGINAL**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM  
UMA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**  
**SYSTEMATIZATION OF PERIOPERATIVE NURSING CARE IN A POSTANESTHETIC RECOVERY  
UNIT**  
**SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA EN UNA UNIDAD DE  
RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA**

*Heverton Valentim Colaço da Silva<sup>1</sup>, Valesca Patriota de Souza<sup>2</sup>, Paula Carolina Valença Silva<sup>3\*</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** descrever os diagnósticos de enfermagem em uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e propor os resultados e intervenções para os cinco diagnósticos mais frequentes. **Método:** estudo descritivo e retrospectivo de registro dos principais diagnósticos de enfermagem identificados e analisados segundo frequências. A amostra foi composta por 63 prontuários referentes ao período de internação no mês janeiro de 2013. **Resultados:** foram identificados 623 diagnósticos de enfermagem (67 categorias diagnósticas) em 10 domínios da NANDA-II. Os cinco diagnósticos mais frequentes foram: Dor aguda (100%); Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%); Risco de infecção (68,8%); Mobilidade no leito prejudicada (60,7%) e Ansiedade (34,3%). **Conclusão:** o conhecimento sobre diagnósticos de enfermagem mais frequentes contribui para uma melhor aplicabilidade do processo de enfermagem de forma individual e holística para que possam ser implementadas intervenções com resultados mais específicos e direcionados às necessidades prioritárias desta clientela. **Descritores:** Diagnósticos de Enfermagem; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT**

**Objective:** to describe the nursing diagnoses in a post-anesthesia care unit (PACU) and to propose the outcomes and interventions for the five most common diagnoses. **Method:** a descriptive and retrospective registration of the main nursing diagnoses identified and analyzed according to frequency. The sample consisted of 63 records for the period of hospitalization in the month of January 2013. **Results:** we identified 623 nursing diagnoses (67 diagnostic categories) in 10 areas of NANDA-II. The five most frequent diagnoses were acute pain (100%); liquid volume risk of disequilibrium (73.4%); Risk of infection (68.8%); Mobility Impaired bed (60.7%) and anxiety (34.3%). **Conclusion:** knowledge about more frequent nursing diagnoses contributes to better application of the nursing process of an individual and holistic manner so that they can be implemented interventions with more specific results and targeted to the priority needs of this clientele. **Descriptors:** Nursing Diagnoses; Nursing; Nursing Care.

**RESUMEN**

**Objetivo:** describir los diagnósticos de enfermería en un salón de recuperación post anestésico (PACU) y proponen los resultados e intervenciones para los cinco diagnósticos más frecuentes. **Método:** estudio descriptivo y retrospectivo del registro de los principales diagnósticos de enfermería identificados y analizados según frecuencias. La muestra fue compuesta por 63 prontuarios para el período de hospitalización en el mes de enero de 2013. **Resultados:** fueron identificados 623 diagnósticos de enfermería (67 categorías diagnósticas) en las 10 áreas de NANDA II. Los cinco diagnósticos más frecuentes fueron: dolor agudo (100%); Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido (73,4%); Riesgo de infección (68,8%); Personas con problemas de movilidad en la cama (60,7%) y ansiedad (34,3%). **Conclusión:** el conocimiento de los diagnósticos de enfermería con frecuencia contribuye a una mejor aplicabilidad del proceso de enfermería de manera individual e integral para que puedan aplicarse con intervenciones dirigidas a las necesidades prioritarias de esta clientela y resultados más específicos. **Descriptor:** Diagnósticos de Enfermería; Enfermería; Cuidados de Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro (egresso), Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: [neto\\_pe6@live.com](mailto:neto_pe6@live.com);  
<sup>2</sup>Enfermeira, Professora Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente, Núcleo de Enfermagem - Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: [valesca\\_patriota@hotmail.com](mailto:valesca_patriota@hotmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Medicina Tropical, Núcleo de Enfermagem - Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: [paulacvalenca@gmail.com](mailto:paulacvalenca@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem caracteriza-se por ter uma metodologia própria que demonstra a essência da enfermagem, por meio da organização das atividades, com interferência na implantação e implementação do cuidado ao indivíduo, estimulando o pensamento crítico e a criatividade, permitindo, assim, a solução de problemas e relacionando a teoria à prática.<sup>1,2</sup>

O Processo de Enfermagem é a maior representação do método científico da profissão, sendo direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE configura-se como uma metodologia organizacional embasada em princípios científicos que permitem detectar as prioridades de cada paciente quanto às suas necessidades fornecendo, assim, uma direção para as possíveis intervenções e favorecendo ações que modifiquem o estado do processo de vida e de saúde/doença dos pacientes.<sup>3-4</sup>

No Brasil, o emprego do Processo de Enfermagem foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, que trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Maslow e Mohama. A Teoria das NHB engloba a Teoria da Motivação Humana de Maslow (1970) e de João Mohana (1964) que classifica as necessidades humanas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.<sup>5</sup>

A inserção das teorias é feita por meio do Processo de Enfermagem, que pode ser definido como uma proposta de resolução de problemas com a finalidade de atender às necessidades do indivíduo de forma holística, abrangendo cinco etapas: o histórico, o diagnóstico, a prescrição, a implementação e a evolução.<sup>6</sup>

Os diagnósticos de enfermagem representam importante relevância para o desenvolvimento de sistemas de classificação, assim como para a criação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da área. A NANDA-II<sup>7</sup> (North American Nursing Diagnosis Association) tem por finalidade a padronização desses diagnósticos de enfermagem, pois esta padronização visa a estabelecer um acordo sobre regras para utilização de determinados termos, o que contribui para o aperfeiçoamento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem, desenvolvendo um conceito para classificar os diagnósticos em uma taxonomia.<sup>4</sup>

A relação entre a NANDA-II<sup>7</sup>, NIC<sup>8</sup> e NOC<sup>9</sup> facilita a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro sobre os resultados desejáveis e sobre as intervenções para alcançá-los.<sup>10</sup> Diante disso, o sistema de classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>8</sup> teve início em 1987 sob a influência do trabalho apresentado pela NANDA para demonstrar sua funcionalidade no âmbito de classificar e executar intervenções realizadas a partir de um Diagnóstico de Enfermagem onde a prática das intervenções contribui para o padrão de resultados esperados, de acordo com o sistema de classificação de resultados de enfermagem (NOC).<sup>9,11</sup>

Ao considerar a importância da articulação entre os diagnósticos, intervenções e resultados para refinar o uso dos diagnósticos, optou-se por utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, por atender às necessidades do paciente como um todo, durante o período de internação hospitalar, sendo este o referencial mais utilizado no projeto de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil.<sup>12</sup>

## OBJETIVOS

- Descrever os diagnósticos de enfermagem em uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA);
- Propor os resultados e intervenções para os cinco diagnósticos mais frequentes.

## MÉTODO

Estudo transversal descritivo, de caráter retrospectivo, desenvolvido num Hospital público de grande porte na cidade de Recife-PE, onde foram avaliados 63 prontuários de pacientes submetidos a cirurgias gastrointestinais, com idade superior a 18 anos e internados na Sala de Recuperação Pós-anestésica, durante o mês de Janeiro de 2013.

Este estudo foi constituído por três etapas: a primeira foi a construção do instrumento de coleta de dados, fundamentado no modelo conceitual de Horta, que se baseia nas NHB. Na segunda etapa, foi realizada a coleta de dados e na última etapa, a análise dos dados.

A primeira fase da pesquisa iniciou-se com a elaboração de instrumento de coleta de dados através do levantamento bibliográfico sobre o modelo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, além da análise de trabalhos que utilizaram instrumentos de coleta de dados aplicados a pacientes no período pós-operatório imediato associados à Teoria de Horta.

Silva HVC da, Souza VP de, Silva PCV.

Sistematização da assistência em enfermagem...

Para a segunda etapa, utilizou-se o instrumento que abrangia as principais necessidades humanas básicas afetadas em cada paciente, bem como, os principais diagnósticos de enfermagem e possibilidade de implementação da SAEP em todas as suas etapas que incluem os principais diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados baseados no modelo conceitual de Wanda Horta. Posteriormente, foi elaborada uma lista com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e específicos para pacientes no período pós-operatório imediato.

Os diagnósticos de enfermagem documentados foram elaborados com base na ficha de coleta de dados e no histórico de enfermagem preenchidos no momento da admissão do paciente neste setor.

Os diagnósticos de enfermagem comumente evidenciados nos pacientes em estudo, fundamentados à luz da teoria das necessidades humanas básicas, foram analisados conforme o sistema de classificação diagnóstica NANDA e correlacionam-se com as ligações dos sistemas de classificação internacional NIC e NOC.

Para análise dos dados de cada paciente, foram utilizados os programas EpilInfo, versão 7.0, e Word, versão 2007. A análise estatística descritiva foi expressa em percentual, de acordo com a frequência de cada diagnóstico relacionado ao domínio ao qual pertence. A proposta de intervenções e resultados foi feita com base na NOC e na NIC.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Otávio de Freitas, sob registro nº 0.01.02.11, CAAE: 0030.0.344.000-11, respeitando-se as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Os pesquisadores assinaram o Termo de Responsabilidade, cumprindo-se todos os princípios éticos e resguardando-se o sigilo das informações colhidas.

## RESULTADOS

Durante a coleta 141 registros de prontuários, foram excluídos 19 prontuários, por apresentarem registros repetidos; nove, que não puderam ser encontrados; seis, por apresentarem histórico de enfermagem incompleto; oito, com numeração de registro incorreta; sete, que mostravam registros de cirurgias gastrointestinais, porém, no prontuário, apresentaram-se como cirurgias ortopédicas e sete pertenciam a menores de dezoito anos, não obedecendo aos critérios de inclusão da pesquisa, perfazendo um total de setenta e oito registros impossibilitados de análise. Restou um total de 63 prontuários adequados para a realização do estudo.

Foram identificados 623 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 67 categorias diagnósticas onde foram selecionadas 20 destas categorias contidas em 10 domínios da Taxonomia da NANDA-II. Os diagnósticos mais frequentes foram: Dor aguda (100%); Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%); Risco de infecção (68,8%); Mobilidade no leito prejudicada (60,7%) e Ansiedade (34,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes segundo os domínios da classificação diagnóstica da NANDA-I dos pacientes internados no setor de recuperação pós-anestésica. Recife-PE.

Domínio	Categoria Diagnóstica	n	%
Promoção da saúde	Comportamento de saúde propenso a risco	14	53,8%
	Autocontrole ineficaz da saúde	12	46,1%
Subtotal		26	
Nutrição	Risco de glicemia instável	21	26,5%
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	58	73,4%
Subtotal		79	
Eliminação e troca	Eliminação urinária prejudicada	11	100%
		11	
Atividade/repouso	Intolerância à atividade	18	22,7%
	Mobilidade no leito prejudicada	48	60,7%
	Campo de energia perturbado	13	16,4%
Subtotal		79	
Percepção/cognição	Memória prejudicada	6	100%
Subtotal		6	
Autopercepção	Disposição para autoconceito melhorado	32	100%
		32	
Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Disposição para poder melhorado	48	35,8%
	Ansiedade	46	34,3%
	Disposição para enfrentamento melhorado	30	22,3%
	Enfrentamento ineficaz	10	7,4%
Subtotal		134	
Princípios da vida	Disposição para melhora da esperança	15	31,2%
	Disposição para melhora da tomada de decisão	33	68,7%
Subtotal		48	
Segurança/proteção	Risco de Infecção	62	68,8%
	Risco de contaminação	20	22,2%
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	8	8,8%
Subtotal		90	
Conforto	Dor aguda	34	100%
Subtotal		34	

Ao considerar as frequências absolutas de diagnósticos de enfermagem, os domínios da taxonomia NANDA-II mais prevalentes foram: Enfrentamento/tolerância ao estresse, representados por 134 diagnósticos; Segurança/proteção, representadas por 90 diagnósticos; Nutrição e Atividade/repouso, ambos representados por 79 diagnósticos.

A seguir, são apresentadas as propostas de intervenções para os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes, de acordo com a Classificação dos resultados (NOC)<sup>9</sup> e Classificação das intervenções (NIC)<sup>8</sup>, bem como seus respectivos códigos numéricos.

<b>Categoria Diagnóstica</b>	<b>Resultados e Metas (Código NOC)</b>	<b>Intervenções e Atividades (Código NIC)</b>
<b>Risco de Infecção</b>	Detecção de riscos (1908)	Proteção contra infecção (6550)
	Controle de infecção (1807)  Meta: O paciente deverá reconhecer os sinais e sintomas que indicam risco.	Atividades: monitorar a vulnerabilidade à infecção; Manter assepsia para paciente de risco; Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida; Encorajar o repouso; Administrar agente imunizador quando adequado; Orientar o paciente a tomar antibiótico conforme prescrição.
<b>Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</b>	Controle de riscos (4120)	Controle de líquidos (4120)
	Equilíbrio eletrolítico e ácido básico (0609)	Atividades: monitorar valores séricos e de eletrólitos e urinários quando adequado; monitorar P.A, frequência cardíaca e padrão respiratório; manter a taxa de fluxo intravenoso prescrita.
	Eliminação urinária (0503) Meta: Paciente deverá apresentar melhora do seu quadro de risco para desequilíbrio de líquidos corporais.	

Figura 1. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem: Risco de infecção, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos.

<b>Categoria Diagnóstica</b>	<b>Resultados e Metas (Código NOC)</b>	<b>Intervenções e Atividades (Código NIC)</b>
<b>Mobilidade no Leito Prejudicada</b>	Satisfação do cliente: Assistência funcional (3005)	Promoção da mecânica corporal (0140)
	Consequências da Imobilidade psicocognitiva (0205)	
	Desempenho da mecânica corporal (1616)	Atividades: orientar o paciente sobre a forma de usar a postura correta para prevenir a fadiga, a tensão e as lesões; monitorar a melhora da postura/mecânica corporal do paciente.
	Meta: O cliente deverá apresentar melhora da mobilidade no leito devido à inserção no planejamento assistencial e orientações de melhor postura	

Figura 2. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem: Mobilidade no leito prejudicada.

<b>Categoria Diagnóstica</b>	<b>Resultados e Metas (Código NOC)</b>	<b>Intervenções e Atividades (Código NIC)</b>
<b>Ansiedade</b>	Nível de ansiedade (1211) Autocontrole da ansiedade (1402) Enfrentamento (1302)	Melhora do enfrentamento (5230) Atividades: avaliar a compreensão que o paciente tem do processo doença; usar uma abordagem calma e segura; oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; encorajar o envolvimento da família conforme o apropriado; orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento, conforme a necessidade.
	Meta: Paciente deverá reconhecer os fatores de ansiedade e apresentar melhora referente aos mesmos.	
<b>Dor aguda</b>	Controle da dor (1605)	Controle da dor (1400)
	Meta: Paciente deverá reconhecer o início da dor, relatar os sintomas descontrolados ao profissional de saúde usando recursos disponíveis.	Atividades: Realizar um levantamento abrangente da dor de modo a incluir o local, as características, o início/duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes; assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia; Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor; Selecionar e implementar uma variedade de medidas para o alívio da dor, quando adequado.

Figura 3. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem: Ansiedade e Dor aguda.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, para os diagnósticos frequentemente evidenciados, foram propostos intervenções e resultados de acordo

com a NIC e NOC, respectivamente, baseados no histórico clínico descrito nos prontuários dos pacientes. Entre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes encontram-se: Risco de infecção, Risco de desequilíbrio do

Silva HVC da, Souza VP de, Silva PCV.

volume de líquidos, Mobilidade no leito prejudicada, Ansiedade e Dor aguda.

Estes cinco diagnósticos mais frequentes pertencem aos domínios: Nutrição, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, Atividade/Repouso, Segurança/Proteção e Conforto. Entre estes, o mais prevalente foi o Enfrentamento/Tolerância ao estresse definido como a capacidade de enfrentamento diante de situações adversas encontradas.<sup>7</sup>

O uso das taxonomias NANDA, NIC E NOC, para definir os problemas de enfermagem sugeridos, pôde exprimir a probabilidade de intervenções encontradas para cada diagnóstico. Assim, a identificação dos diagnósticos representa um julgamento clínico eficiente do profissional, o qual envolve, também, a escolha adequada das intervenções, incluindo a priorização criteriosa das metas a serem alcançadas no planejamento da assistência, o que é essencial na prática do enfermeiro.<sup>13-4</sup>

O diagnóstico risco de infecção foi o mais frequente neste estudo e pode ser caracterizado como o risco aumentado de ser invadido por variados tipos de organismos patogênicos, em decorrência da ruptura da barreira primária de proteção, devido ao trauma cirúrgico.<sup>7,15</sup> Como fatores de risco para tal diagnóstico encontram-se os procedimentos invasivos, exposição ambiental aumentada, agentes farmacêuticos, defesa secundária inadequada e doença crônica.<sup>14</sup>

Estudo realizado com 14 prontuários de pacientes de pós-operatório de cirurgia hepática também demonstrou uma maior predominância (100%) do diagnóstico de risco de infecção pós-cirúrgico, corroborando com a pesquisa em questão que obteve, como resultado para o mesmo diagnóstico, uma frequência de 68,8% referente aos demais diagnósticos estudados no mesmo domínio.<sup>16</sup>

Para o atual estudo, foi proposta a intervenção de enfermagem, no intuito de obtenção de uma meta resolutiva direcionada para o risco de infecção, a Proteção contra infecção (6550). O diagnóstico de Risco de desequilíbrio de líquidos, de acordo com a NANDA-II,<sup>7</sup> 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 ambos, dos líquidos corporais. As intervenções e resultados obtidos para tal diagnóstico sugerem a necessidade da monitorização e acompanhamento do balanço hídrico do paciente, atentando para os riscos referentes tanto à perda, quanto ao ganho de líquidos,

Sistematização da assistência em enfermagem...

podendo influenciar de forma direta na terapêutica.

A mobilidade no leito prejudicada consiste na limitação da movimentação do paciente de forma independente, de uma posição para outra no leito, tendo como fator relacionado a experiência pós-operatória, juntamente com o uso de sedativos.<sup>7,16</sup> Como intervenção, para este diagnóstico, tem-se a Promoção da Mecânica Corporal (0140), que enfatiza a relevância da orientação e monitorização da mecânica corporal do cliente, proporcionando um cuidado adequado para a prevenção de possíveis lesões, em decorrência da limitação de movimentos.

O diagnóstico de ansiedade foi um dos mais frequentes no domínio Enfrentamento/tolerância ao estresse, que tem como causa uma sensação de apreensividade causada pela antecipação de algum perigo.<sup>7</sup> Normalmente, o processo de hospitalização acarreta uma mudança para os pacientes, principalmente quando envolve aspectos cirúrgicos<sup>19</sup>. Diante desse contexto, foi proposta a intervenção de melhora do enfrentamento a partir da NIC<sup>8</sup> tendo, como uma de suas abordagens, a avaliação de como o paciente compreende seu estado de saúde, na tentativa de buscar o encorajamento, devendo o mesmo ser informado sobre seu tratamento. As intervenções propostas para o DE ansiedade assemelham-se às sugeridas em um estudo de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem realizado no setor de clínica cirúrgica de um hospital escola.<sup>18</sup>

O diagnóstico de Dor aguda é referido como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de uma lesão tissular real ou potencial descrita em termos de tal lesão, tendo início súbito ou lento, de intensidade que varia de leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração menor que seis meses.<sup>7,19</sup>

Em estudo similar realizado com 17 prontuários de pacientes de clínica médica, onde se obtiveram 274 diagnósticos distribuídos em 49 categorias diagnósticas de enfermagem, houve o predomínio do diagnóstico de dor aguda em um representativo de frequência de 88,2%. Ressaltando na pesquisa em questão que o mesmo diagnóstico foi único em seu domínio, portanto, apresentou uma frequência de 100%, sendo encontrado em 34 dos 63 prontuários analisados.<sup>19</sup>

Para o estabelecimento dos DE (Diagnóstico de Enfermagem) de riscos, sabe-se que não se consideram sinais e sintomas, mas, fatores de risco. Este pode ser identificado nas evoluções

Silva HVC da, Souza VP de, Silva PCV.

de enfermagem, bem como nos motivos de internação e comorbidades que indicavam pistas ou se constituíam nos próprios fatores de risco para um determinado DE.<sup>20</sup>

Ao término, os resultados encontrados nesta pesquisa constituem elementos importantes na avaliação do paciente em SRPA. Os dados também representam fatores importantes a serem observados pelo profissional de enfermagem. Para tanto, este precisa realizar uma evolução de enfermagem eficaz que favoreça o instrumento de registro e a comunicação da situação clínica do paciente, contribuindo para a qualidade do cuidado.

Como limitações para o estudo, encontrou-se a dificuldade na obtenção de prontuários que oferecessem subsídios adequados para a implementação da SAEP, assim como o difícil acesso a estes prontuários onde muitos não foram encontrados, sendo os mesmos excluídos da pesquisa.

Evidências encontradas na pesquisa constituem como base para a identificação de diagnósticos de enfermagem mais precisos, o que permite a implementação de intervenções que levam a resultados positivos em saúde.

## CONCLUSÃO

As intervenções e resultados de enfermagem descritos neste estudo influenciam no propósito de preparar os profissionais de enfermagem para uma melhor atuação referente aos cuidados necessários prestados aos pacientes da SRPA. O profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo processo de enfermagem, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares, relações de trabalho melhores, definidas e concretas.

Os resultados do presente estudo também podem contribuir para a construção de um instrumento de SAE que aborde as principais necessidades do paciente em uma sala de recuperação pós-anestésica, proporcionando um cuidado padronizado e humanizado e facilitando a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multiprofissional.

A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em SRPA pode proporcionar clareza para a realização da coleta de dados, uma vez que possibilita a identificação das intervenções de enfermagem individualizadas conforme a necessidade de assistência para o paciente, contribuindo para o cuidar de forma holística e individualizada,

Sistematização da assistência em enfermagem...

uma vez que a mesma irá atender às reais necessidades do paciente e, assim, a Enfermagem poderá efetivamente mostrar nos registros o importante papel que desempenha na promoção, prevenção e recuperação da saúde da clientela.

Acredita-se que reflexões sobre os resultados encontrados neste estudo permitirão elaborar intervenções de enfermagem para pacientes que se encontrem em SRPA, constituindo-se, assim, um ponto de partida para estudos voltados à validação destas intervenções, colaborando para uma melhor assistência de enfermagem e constituindo-se em benefício para os pacientes e a equipe de saúde envolvida em todo o processo.

## REFERÊNCIAS

1. Delgado MEL, Mendes MMR. O processo de enfermagem como ações de cuidados rotineiros: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2009 [cited 2011 June 06];17(3):302-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_08.pdf)
2. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2011 June 06];13(1):188-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
3. Barbosa EMG, Oliveira FDM, Guedes MVC, Monteiro ARM, Rodrigues DP, Silva LF. Cuidados de Enfermagem a uma puérpera fundamentos na teoria do conforto. *REME rev min enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 May 14]; 18(4):845-49. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/967>
4. Azzolin K, Souza EN, Ruscel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 14];33(4):56-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n4/07.pdf>
5. HORTA WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
6. Zanardo GM, Zanardo GM, Kaefer CT. Sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Cont & Saúd* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 14];10(20):1371-74. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811/1517>

Silva HVC da, Souza VP de, Silva PCV.

7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.
8. Gloria M, Bulechek JCM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6th ed. Elsevier; 2016.
9. Moorhead S, Johnson MMM. Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC. 5th ed. Porto Alegre: Elsevier; 2016.
10. Lopes, AER, Pompeo DA, Canini SRMS, Rossi LA. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pré-operatório de cirurgia esofágica. Rev latinoam enferm [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 12];17(1):1-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_11.pdf)
11. Chianca TCM, Souza CC, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 18];11(3):477-83. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a03.htm>>.
12. Silva AF, Nóbrega MML, Macedo WCM. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 18];14(2):267-76. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a06>
13. Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 18];22(Esp):864-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>
14. Pereira JC, Stuchi RAG, Arreguy-Sena C. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. Cogitare enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 18];15(1):74-81. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v15n1/v15n1a11.pdf>
15. Almeida MDA, Seganfredo DH, Barreto LNM, Lucena A de F. Validação de Indicadores da Nursing Outcomes Classification Para Adultos Hospitalizados em Risco de Infecção. Texto contexto-enferm [Internet]. 2014 [cited 18 July 2015];23(2):309-17. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00309.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00309.pdf)
16. Ramos IC, Oliveira MAL, Braga VAB. Assistência de enfermagem no pós-operatório

Sistematização da assistência em enfermagem...

- de transplante hepático. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2011 [cited 18 July 2015];10(1):116-26. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/8610>
17. Machado JDA, Vilani M, Guedes C, Freitas MC, Ponte KMA, Silva AL. Autocontrole de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. SANARE [Internet]. 2015 [cited 12 Jan 2016];14(02):36-42. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/822/493>
  18. Nascimento DM, Nóbrega MML, Carvalho MWA, Norat EM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia [Internet]. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 [cited 12 Jan 2016];13(2):165-73. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a02.htm>
  19. Silva GR, Xavier AT, Silva PCV. Diagnósticos de enfermagem identificados em clínica médica: Proposta de resultados e intervenções. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 12 Jan 2016];6(5):986-93. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2364/pdf/1205>
  20. Dallé J, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 12 Jan 2016];25(4):504-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/04.pdf>

Submissão: 12/02/2016

Aceito: 28/07/2016

Publicado: 01/10/2016

#### Correspondência

Paula Carolina Valença Silva  
 Universidade Federal de Pernambuco- UFPE -  
 Centro Acadêmico de Vitória (CAV)  
 Rua do Alto do Reservatório, s/n  
 Bairro Bela Vista  
 CEP 55608-680 – Vitória de Santo Antão (PE),  
 Brasil