



**DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
PACIENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL ESCOLA**
**DIAGNOSTICS, RESULTS AND NURSING INTERVENTIONS FOR PATIENTS IN THE SURGICAL
CLINIC OF A UNIVERSITY HOSPITAL**

**LOS DIAGNÓSTICOS, LOS RESULTADOS Y LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LOS
PACIENTES DE LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Mirian Marques Vieira¹, Danielle Martins do Nascimento Oliveira², Marisaulina Wanderley Abrantes de
Carvalho³, Maria Miriam Lima da Nóbreg⁴

RESUMO

Objetivo: identificar os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na clínica cirúrgica de um hospital escola. **Método:** estudo exploratório descritivo, de abordagem quantiquantitativa, fundamentado nas Necessidades Básicas de Horta, realizado num hospital escola em João Pessoa (PB), Brasil. A população foi constituída por 87 pacientes internados ou acompanhantes; destes, 51 foram entrevistados no pré e no pós-operatório. Os dados foram coletados a partir do histórico de enfermagem e prontuário, para análise dos dados utilizaram-se estatísticas descritivas. **Resultados:** foram identificados os indicadores das necessidades humanas afetadas, que levaram a 426 diagnósticos de enfermagem distribuídos por 88 conceitos diagnósticos, traçados os resultados esperados e planejada as intervenções. **Conclusão:** acredita-se que os achados possam colaborar na identificação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, proporcionando um cuidado sistemático, individualizado e de qualidade, contribuindo para resultados positivos no quadro de saúde do paciente cirúrgico. **Descritores:** Diagnósticos de Enfermagem; Clínica Cirúrgica; Adultos.

ABSTRACT

Objective: to identify the diagnoses, the results and the nursing interventions for clients admitted to the surgical clinic of a university hospital. **Method:** an exploratory and descriptive study, of quantiquantitative approach, based on the basic needs of Horta, performed at a teaching hospital in João Pessoa (PB), Brazil. The population consisted of 87 patients admitted or carers; of these, 51 were interviewed and in the pre-postoperative. The data were collected from the history of nursing and medical records, for data analysis used descriptive statistics. **Results:** we identified the indicators of human needs affected, which led to 426 nursing diagnosis spread over 88 diagnostic concepts, outlined the results expected and planned interventions. **Conclusion:** it is believed that the findings may collaborate in the identification of the diagnosis/results and nursing interventions, providing a careful, individualized and quality systematic, contributing to positive outcomes in the context of health of surgical patients. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Surgery; Adults.

RESUMEN

Objetivo: identificar los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería para los clientes ingresados en la clínica quirúrgica de un hospital universitario. **Método:** un estudio exploratorio descriptivo de enfoque quantiquantitativo basado en las necesidades básicas de Horta, realizado en un hospital universitario en João Pessoa (PB), Brasil. La población se componía de 87 pacientes ingresados o cuidadores; de éstos, 51 fueron entrevistados en el pre y postoperatorio. Los datos fueron recogidos de la historia de la enfermería y registros médicos, para el análisis de datos utilizado estadísticas descriptivas. **Resultados:** se identificaron los indicadores de necesidades humanas afectadas, lo que llevó a 426 diagnósticos de enfermería repartidas en 88 conceptos de diagnóstico, reseñó los resultados esperados y las intervenciones planificadas. **Conclusión:** se cree que los hallazgos podrían colaborar en la identificación de los diagnósticos y los resultados y las intervenciones de enfermería, proporcionando un cuidado sistemático, individualizado y de calidad, contribuyendo a los resultados positivos en el contexto de la salud de los pacientes quirúrgicos. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermería; La Clínica Quirúrgica; Adultos.

¹Enfermeira (egressa), Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mirian_mvieira@hotmail.com;

²Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: danimartins84@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre, Doutora em Enfermagem (egressa), Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: linawac@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Professora Titular, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

INTRODUÇÃO

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona cuidados individualizados e norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. O processo de enfermagem é o método que organiza e viabiliza o cuidado, e é composto por etapas: o histórico, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento da assistência, a implementação e a avaliação dos resultados.¹

O processo de enfermagem possibilita a promoção e manutenção da saúde, sendo particularmente o diagnóstico de enfermagem, um dos pontos principais para resultados e intervenções adequadas. Por meio do exame físico e a história de enfermagem, o enfermeiro é capaz de identificar problemas, sinais e sintomas, que necessitam de uma intervenção profissional, de forma a auxiliar os clientes no desenvolvimento de melhorias de sua saúde.

Nightingale descreveu que a enfermeira seria capaz de colocar o paciente na melhor condição possível para a natureza agir, facilitando, assim, as leis da natureza. Menciona ainda ser apta a facilitar o processo alterando o ambiente, interno e externo, para melhor satisfazer às necessidades do corpo, mente e espírito do paciente.²⁻³

Na tentativa de buscar uma identidade e um corpo de conhecimento próprio, a Enfermagem tem buscado desenvolver terminologias que caracterizem sua prática. Diversas terminologias foram ou estão sendo desenvolvidas de forma a possibilitar a documentação, e, a maioria delas encontra-se relacionadas com algumas fases do Processo de enfermagem, destacando-se três elementos como componentes primários para a classificação da prática de enfermagem: **diagnósticos** de enfermagem (estado do cliente, problemas, necessidades, potencialidades), **intervenções** (ações) e **resultados**.

Apesar de todos os esforços desempenhados pela equipe de enfermagem de forma geral em desenvolver este cuidado, a grande maioria apresenta o domínio de forma técnica daqueles diagnósticos, resultados e intervenções rotineiras em seu ambiente de trabalho, muitas vezes, os limitando e não buscando o novo.

Com a utilização de uma teoria é possível determinar o Foco, Metas e Resultados da assistência, possibilitando uma organização do conhecimento com a descrição, explicação e previsão da prática de enfermagem.⁴ O presente estudo foi embasado na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas de Horta, que possui como elementos fundamentais os conceitos de saúde, indivíduo, homem e enfermagem, e aponta que o objetivo da enfermagem é ser humano, assistindo-o no atendimento de suas necessidades básicas. Ao descrevê-los, explicá-los, relacioná-los entre si e prever sobre eles, caracteriza-se a enfermagem como ciência.⁵

Para se garantir a continuidade e manutenção do cuidado prestado, os registros dos dados clínicos representam o principal veículo de comunicação multiprofissional. Essas informações devem ser objetivas, claras, completas, de forma que os membros da equipe de saúde entendam seu contexto e seu significado.⁶

A CIPE® consiste em um instrumento de informação que descreve a prática de Enfermagem, proporcionando dados que podem representar a prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde.⁷ Considerando as dificuldades de implantar a SAE e o processo de enfermagem na prática clínica, a complexidade do paciente cirúrgico, e, sobretudo, por compreender que a qualidade dos registros facilitam a continuidade do cuidado, questiona-se: É possível identificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em clientes hospitalizados na clínica cirúrgica de um hospital escola, tendo como base a Teoria das Necessidades Básicas de Horta e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem?

Este estudo tem como objetivo identificar diagnósticos, resultados e as intervenções de enfermagem em adultos hospitalizados na clínica cirúrgica de um hospital escola.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido na clínica cirúrgica de um hospital escola, localizado no município de João Pessoa/PB, realizado entre agosto de 2011 a julho de 2012. Essa clínica foi identificada como uma fonte de pesquisa por obter clientes com uma assistência de relativa complexidade, com faixas etárias e patologias diversificadas, que exigiam cuidados individualizados, e tinham em comum a vivência do procedimento cirúrgico. Foi um ponto de partida para se desenvolver diagnósticos, resultados e intervenções em enfermagem usando a CIPE® versão 2011 como referência na busca e elaboração da pesquisa.

Selecionou-se a Clínica Cirúrgica, haja vista estar no processo de implantação da sistematização da assistência e ter sido campo

de pesquisa de trabalhos vinculados a projetos anteriores.⁸ Nessa clínica, foram identificados enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (Subconjuntos terminológicos da CIPE®) de caráter mais geral, relacionados às necessidades comuns a todos os pacientes nela internados para cuidados de saúde. Informa-se que esse projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW/UFPB, recebendo o protocolo N°. 014/08.⁹

No primeiro momento, foi utilizado um instrumento da clínica médica para coletar os dados referentes ao histórico do paciente, composto por três pontos principais e seus subtópicos: **1) Necessidades Psicobiológicas:** Necessidade de Oxigenação e Circulação, Necessidade de Hidratação e Nutrição, Necessidade de Eliminação, Necessidade de Integridade Cutaneomucosa, Necessidade de Regulação, Necessidade de Sono e Repouso, Necessidade de Cuidado Corporal, Necessidade de Exercício e Atividade/ Locomoção/ Mecânica Corporal/ Motilidade, Necessidade de Abrigo e Moradia, Necessidade de Sexualidade; **2) Necessidades Psicossociais:** Necessidade de Segurança, Necessidade de Comunicação, Conhecimento, Gregária, Autoestima, Autoimagem e Autorrealização; e **3) Necessidades Psicoespirituais:** Que não possuiu subtópicos. Nesse instrumento, observaram-se algumas limitações por não obter algumas informações referentes à clínica cirúrgica, mas que poderia ser adaptado à este paciente. Além desse instrumento adotado, foi utilizado o prontuário do paciente para a obtenção de mais informações, e quando estas não eram suficientes, eram feitas buscas diretamente com o paciente em questão. Caso ele não estivesse apto para respostas, o responsável ou mesmo a equipe de enfermagem, completavam as informações necessárias.

Para uma melhor busca em se tornar válido o plano adotado e em fixar padrões nos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para os pacientes da Clínica Cirúrgica utilizou-se, além da CIPE® 2011 e o livro de “Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®”, que foi desenvolvido com a participação de enfermeiras assistenciais e docentes de Enfermagem que atuam na área à procura de

cruzar conhecimentos adotados durante a formação e vivência na mesma área da pesquisa.

Atendendo aos princípios éticos da pesquisa, os participantes desse estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os dados foram coletados com 51 pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB. Os instrumentos foram numerados e as variáveis contidas nos mesmos foram codificadas e inseridas em bancos de dados individuais.

De acordo com as informações obtidas a partir dos dados coletados, observaram-se as seguintes características da amostra, com relação ao sexo, 26 (50,98%) eram do sexo masculino e 25 (49,02%) do sexo feminino; com relação à faixa etária: 9(17,64%) estavam na faixa etária de 16 e 40 anos, 24(47,05%) estava na faixa etária de 41 a 60 anos de idade, e 18(35,29%) na faixa etária de mais de 60 anos. Quanto à escolaridade, 6(11,76%) são Analfabetos, 22(43,13%) têm o Ensino Fundamental Incompleto, 1(1,96%) o Ensino Fundamental Completo, 4(7,84%) o Ensino Médio Incompleto, 9(17,64%) o Ensino Médio Completo, 3(5,88%) o Ensino Superior Incompleto e 6(11,76%) não relataram a escolaridade. Com relação à procedência, 40(78,43%) eram procedentes de suas residências, 7(13,72%) de outros hospitais, 2(3,92%) de outros setores do mesmo hospital, e 2(3,92%) de abrigo/ presidio.

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos/ resultados de enfermagem identificados nos pacientes internos na clínica cirúrgica por necessidade humana básica. João Pessoa (PB), Brasil, 2012.

Necessidade	n	%	DE mais frequente	n	%
Regulação Imunológica	2	2,3	Risco de Infecção	34	38,6
Segurança Emocional	7	7,9	Ansiedade	27	30,7
Sono e Repouso	3	3,4	Sono e repouso prejudicados	27	30,7
Regulação Vascular	4	4,5	Pressão Sanguínea elevada	22	25,0
Atividade física, mecânica corporal, motilidade e locomoção	4	4,5	Deambulação prejudicada	19	21,6
Cutâneo Mucosa	10	11,4	Integridade da pele prejudicada	14	15,9
Nutrição	7	7,9	Emagrecimento	13	14,8
Eliminação	11	12,5	Constipação	12	13,6
Cuidado corporal	3	3,4	Higiene Corporal prejudicada	11	12,5

Os indicadores apresentados nos instrumentos levaram a identificação de 19 necessidades humanas básicas afetadas. Estes indicadores oferecem subsídios para a elaboração de 426 enunciados de diagnósticos de enfermagem, distribuídos por 88 conceitos diagnósticos, com uma média 4,84 diagnósticos por paciente, conforme apresentado na Tabela 1.

Observa-se na tabela acima, que os diagnósticos mais prevalentes no paciente cirúrgico foram o risco de infecção, ansiedade, sono e repouso prejudicado,

pressão sanguínea elevada, deambulação prejudicada, integridade da pele prejudicada, emagrecimento, constipação e higiene corporal prejudicada. Para os diagnósticos/ resultados de enfermagem identificados foram desenvolvidas as intervenções de enfermagem as quais serão apresentadas no quadro abaixo, para os quatro diagnósticos mais frequentes. Foram identificadas 19 necessidades humanas básicas, com 88 diagnósticos de enfermagem dispostos nessas categorias, sendo os mais frequentes exibidos na Figura 1 considerando a frequência < 10 DE.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
1. Risco de infecção N= 34	Avaliar o estado nutricional. Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia. Controlar os líquidos e eletrólitos. Manter vias aéreas permeáveis. Monitorar temperatura e frequência respiratória. Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. Supervisionar a pele. Orientar quanto à deambulação precoce. Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo. Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo.
2. Ansiedade N= 27	Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento. Estabelecer relação de confiança com o paciente. Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade. Monitorar o estado emocional do indivíduo. Oferecer um ambiente calmo e agradável. Oferecer apoio psicológico. Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Proporcionar bem-estar
3. Sono e repouso prejudicados N= 27	Auxiliar o paciente no controle do sono diurno. Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida. Ensinar ao paciente técnica de relaxamento. Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas. Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto). Proporcionar um ambiente calmo e seguro.
4. Pressão sanguínea elevada N= 22	Conscientizar a importância da redução do estresse. Ensinar técnicas de redução de estresse. Estimular atividade física de forma moderada. Explicar a importância da não utilização do fumo. Monitorar a pressão sanguínea. Monitorar o equilíbrio de líquido. Monitorar presença de dispneia, fadiga. Orientar o paciente sobre a importância da comunicação a qualquer desconforto torácico. Orientar paciente/família sobre modificação de fatores de risco (parar de fumar, dieta e exercícios) conforme apropriado. Orientar quanto à importância de redução do sal da dieta. Orientar quanto ao repouso. Orientar quanto aos exercícios moderados. Supervisionar a ingestão da dieta.

Figura 1. Distribuição na ordem decrescente da frequência< 20 diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos pacientes internos na clínica cirúrgica e suas respectivas intervenções de enfermagem. João Pessoa (PB), Brasil, 2012.

DISCUSSÃO

A falta da prática da sistematização da assistência de enfermagem ainda é frequente nos dias atuais. Os profissionais sentem dificuldades em identificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para buscar padronizar a linguagem no desenvolvimento das práticas nas instituições de saúde, pois o cuidado prestado depende de ferramentas adequadas para apresentar informação à equipe multiprofissional e, principalmente à equipe de enfermagem, objetivando melhor cuidado com o cliente.

Nesse contexto, a Enfermagem, tem buscado superar os obstáculos e desafios, enquanto tem buscado na prática identificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em clientes, que têm sido tema de diferentes olhares na prática científica, mas uniformizando a visão do cuidado.

A Enfermagem, como ciência e profissão que lida diretamente com seres humanos, precisa assistir o paciente em toda a sua complexidade. Para isso, deve ter embasamento técnico-científico, conhecer as teorias para nortear sua prática e individualizar e sistematizar o cuidado, tendo em vista a promoção da saúde e a recuperação da doença.

No processo complexo da prestação da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, posiciona-se o enfermeiro, que desenvolve seu exercício profissional fazendo uso de ferramentas, como o processo de enfermagem, para viabilizar o cuidado e favorecer a divulgação de uma linguagem própria, a ser utilizada em sua prática clínica.

Diante das características específicas do paciente cirúrgico, entende-se que o processo de enfermagem possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, por ser um método individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo, posto que abrange os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório da experiência cirúrgica do paciente.¹⁰

O paciente cirúrgico é a pessoa que foi ou irá ser submetida a uma cirurgia, eletiva ou de emergência, para o tratamento de uma doença. A hospitalização, a intervenção cirúrgica, o procedimento anestésico e o medo da morte acarretam mudanças na vida do paciente e de sua família, o que pode resultar em estresse. Nesse contexto, a cirurgia, quer eletiva, ou de emergência, é um evento complexo e estressante. É o procedimento terapêutico para uma série de distúrbios fisiopatológicos que podem ameaçar a vida. A Enfermagem pode contribuir

sobremaneira para reduzir ou minimizar o sofrimento e a ansiedade vivenciada, fornecendo informações sobre cuidados pré e pós-operatórios, retirando dúvidas, garantindo segurança, identificando as necessidades humanas que estão afetadas, e colaborando para resolução de problemas.

Considerando as características específicas do paciente cirúrgico, compete ao enfermeiro e à equipe multiprofissional, unir esforços para a obtenção da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Utilizar o processo de enfermagem, na prática assistencial, significa estar disposto e ter capacidade de cuidar. Cuidar significa optar por fazer o que é necessário para ajudar aos outros. Isso significa enfocar o que é melhor para o cliente, respeitar seus valores, suas crenças e a individualidade e continuar envolvido no processo de cuidar. Nesse contexto, ter capacidade de cuidar exige do profissional que ele entenda a si mesmo e aos outros.

Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados nesta pesquisa, prevaleceram os diagnósticos: Risco para infecção, Ansiedade, Sono e repouso prejudicados e Pressão sanguínea elevada, respectivamente.

O Risco de infecção pode estar relacionado a procedimentos invasivos e trauma mecânico dos tecidos, inerentes à cirurgia, e exigirá do enfermeiro os seguintes cuidados: Manter precauções universais; Avaliar o curativo; Manter técnica asséptica; Manter registro preciso das substâncias infundidas; Trocar curativos; Monitorar sinais e sintomas associados a infecções local e sistêmica; Avaliar o sistema de drenagem; Monitorar a desobstrução do cateter, atendo a qualquer dificuldade de drenagem; Monitorar a cor e a quantidade da drenagem; Esvaziar o dispositivo de coleta e Monitorar a pele e examinar a área ao redor da inserção do cateter.¹²

A Ansiedade é considerada um diagnóstico observado frequentemente em todos os pacientes cirúrgicos, seja no pré-operatório ou pós-operatório, pela preocupação com a cirurgia (diagnóstico, tratamento e hospitalização). Pode influenciar diretamente na recuperação pós-operatória, enfermagem, necessitando, portanto, de uma abordagem integral, que atenda à prevenção das complicações pós-cirúrgicas e ofereça suporte emocional aos pacientes e familiares.¹¹

Esse ~~um~~ sentimento pode ser observado em razão da mudança de ambiente, do distanciamento da família, da alteração no estado de saúde, das incertezas referentes à recuperação, da impossibilidade de

Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA de et al.

manutenção das atividades cotidianas e da dependência para a realização de atividades da vida diária.

Na necessidade de Sono e repouso prejudicados no paciente cirúrgico, a impossibilidade de dormir e de sentir-se repousado é uma queixa comum durante a hospitalização, tendo como principais causas a falta de “intimidade” com o ambiente, a dor, o desconforto, a dependência e as sensações de perda do autocontrole, o medo da morte, medo do procedimento cirúrgico e do procedimento anestésico. Em todos esses casos, cabe à equipe de enfermagem viabilizar um ambiente terapêutico para conduzir o paciente a um sono e repouso adequados.¹²

O diagnóstico de enfermagem “Pressão sanguínea aumentada” identificado pode apresentar-se secundário à dor, à ansiedade relacionada à hospitalização, ou já estar presente no histórico do paciente. O enfermeiro precisa ~~estar realizando~~ realizar o monitoramento cardíaco e a pressão arterial, passando orientações para reduzir o estresse, orientar repouso, orientar quanto à importância da redução da dieta hipossódica, e realizar estratégias para a redução do estresse.¹²

O enfermeiro deve trabalhar junto ao paciente e a família, para assegurar a compreensão das orientações de cuidados, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, a fim de prestar um cuidado individualizado e de qualidade para essa clientela.

Os diagnósticos/ resultados e intervenções de enfermagem identificadas no paciente cirúrgico neste estudo têm como maior propósito facilitar o pensamento crítico e a tomada de decisão do profissional, bem como contribuir para uma prática sistematizada, indispensáveis para dar visibilidade à Enfermagem enquanto ciência.²

Ao longo da pesquisa, foram encontradas algumas dificuldades na fase de coleta de dados, uma vez que o hospital passou por alguns comandos grevistas, medidas de privatizações, publicações na mídia de sucateamento do hospital, além de algumas reformas, registro da enfermagem insuficiente em informações acerca do cuidado e a greve. ~~enfim o atingiu.~~ Trabalhou-se com poucos pacientes na Clínica Cirúrgica, portanto, foi necessário incluir pacientes que estavam na Clínica Médica, e se encontravam em pré-operatório ou pós-operatório, além de atender aos critérios de inclusão da pesquisa. Outro fator que contribuiu para o alcance da coleta de dados foi a vinda de pacientes do Hospital

Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem...

Santa Isabel, do mesmo município, para a ala cirúrgica do HULW/UFPB. Ainda assim, alguns pacientes se mostraram apáticos por estarem por longo tempo de internação e/ou muito tempo buscando alternativas para a mesma patologia, e não aceitavam participar do estudo, sendo respeitado seu direito.

CONCLUSÃO

O Processo de Enfermagem tem representado o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional. A sua utilização na prática clínica possibilita o enfermeiro favorecer e organizar o cuidado, além de documentar a prática profissional.

Ao término deste estudo foi possível afirmar que a realização das etapas de Coleta de dados (Histórico de Enfermagem) e desenvolvimento dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem, proporcionaram meios para se realizar uma avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, possibilitando a sistematização da assistência. O uso de uma teoria para nortear a prática do enfermeiro favorece olhar o ser humano holisticamente, visando alcançar resultados positivos na sua assistência.

Espera-se que as intervenções de enfermagem traçadas para os diagnósticos identificados neste estudo para o paciente cirúrgico, possam qualificar a prática de profissionais de enfermagem, estimular novas pesquisas, haja vista a dificuldade e a necessidade de se incorporar a SAE nos ambientes de trabalho.

O presente estudo verificou como funciona, no campo da prática, o processo de trabalho da Enfermagem, aliando o conhecimento científico à técnica. Foi possível conhecer melhor o usuário, a partir do histórico de enfermagem pelo qual se coletaram dados sobre a sua condição de saúde, o que contribuiu visualização do cuidado desempenhado pela equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Rosso M, Silva SH, Scalabrin EE. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE®. Texto contexto-enferm [Internet]. 2009 Sept [cited 2016 June 13];18(3):523-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300016&lng=en
2. Tosin MHS, Oliveira BGRB, Silvino ZR. Sistematização da assistência da enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Sept [cited 2016

Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA de et al.

Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem...

June 13];8(9):3247-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6728/10351>.

3. Gracia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Esc. Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2016 Jan-Mar [cited 2016 Sep 28];20(1):5-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>

4. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2013 June [cited 2016 Oct 10];17(2):369-374. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200023&lng=en

5. Silva JP, Garanhan ML, Peres AM. Systematization of nursing care in undergraduate training: the perspective of complex thinking. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 Jan-Feb [cited 2016 Oct 10];23(1):59-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf

6. Dallé J, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 June 13]; 25(4):504-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/04.pdf>

7. Garcia TR, Nobrega MML da. The International Classification for Nursing Practice: participation of Brazilian nurses in the project of the International Council of Nurses. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2016 June 03];22(spe):875-879. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/en_06.pdf

8. Garcia TR, Nóbrega MM. Nursing process: from theory to the practice of care and research. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2016 June 10];13(1):188-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>

9. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [cited 2016 Mar 11]. Available from: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

10. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na

enfermagem perioperatória. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2002 Sept/Oct [cited 2016 Mar 24];10(5):690-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=en&nrm=iso

11. Schmalfuss JM, Scholz DCS, Prates LA. A aplicação do processo de enfermagem no atendimento a uma mulher com artrite reumatoide. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Mar 24];7(esp):1023-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3207/5839>

12. Ramalho Neto JM, Bezerra LC, Barros MAA, Nóbrega MML, Fontes WD. Processo de enfermagem e choque séptico: os cuidados intensivos de enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Nov [cited 2016 Mar 29];5(9):2260-7. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1929/pdf_698

Submissão: 11/06/2016

Aceito: 19/10/2016

Publicado: 01/12/2016

Correspondência

Mirian Marques Vieira
Universidade Federal da Paraíba
Rua Empresário João Rodrigues Alves, 270
Bairro Jardim São Paulo
CEP 58051-000—João Pessoa (PB), Brasil