



ORIGINALES

Perfil diagnóstico de pacientes submetidos à retirada de órgão fundamentado em escalas de avaliação

Perfil diagnóstico de pacientes sometidos a retirada de órgão fundamentado em escalas de avaliação

Profile diagnosis in patients submitted to organ removal based on assessment scales

Thaís Martins Gomes de Oliveira¹

Cristine Alves Costa de Jesus²

Ana Lúcia da Silva³

Diana Lúcia Moura Pinho²

¹ Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Brasil. thaismmgomes@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.355171>

Submissão: 21/12/2018

Aprovação: 6/04/2018

RESUMO:

Objetivo: Realizar o levantamento do perfil dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I de pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgão fundamentado pelo uso das escalas de avaliação e traçar o perfil sócio clínico demográfico dessa população.

Método: Estudo transversal. População composta por 60 pacientes cirúrgicos hospitalizados em pós-operatório de cirurgia de retirada de órgão, após cálculo amostral. A análise foi realizada por meio de medidas de tendência central, média e mediana, e de dispersão, frequência absoluta e simples das variáveis quantitativas. Utilizou-se o software Excel © 2016. Os resultados foram expressos por meio de tabelas.

Resultados: Foram aplicadas cinco escalas de avaliação. Obtiveram-se 1022 diagnósticos de enfermagem baseados na NANDA-I, 93 títulos diagnósticos distintos, com média de 16,39 por paciente. Sendo 67 com foco no problema, 23 de risco e 3 de promoção da saúde. Os diagnósticos com frequência superior a 50% totalizaram onze, os quais foram discutidos. Os domínios que concentraram a maior parte dos diagnósticos de enfermagem foram: Atividade/Repouso e Segurança/Proteção.

Conclusão: Foi identificada uma alta concentração de diagnósticos nessa população. A quantidade de diagnósticos levantadas e sua diversidade identificam as diferentes áreas do cuidado que o enfermeiro deve estar apto para prestar seus cuidados, além de que o levantamento dessas informações deposita no enfermeiro maior poder de cuidado sobre o paciente. O estudo demonstrou a importância do uso de escalas de avaliação que subsidiem os diagnósticos de enfermagem. A pesquisa ainda aponta a importância do uso do diagnóstico de enfermagem como forma de cuidado efetivo.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Cirurgia; Avaliação em Enfermagem; Processo de Enfermagem.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar el perfil de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I de pacientes quirúrgicos sometidos a la retirada de órgano fundamentado por el uso de las escalas de evaluación y trazar el perfil socio clínico demográfico de esa población.

Método: Estudio transversal. Población compuesta por 60 pacientes quirúrgicos hospitalizados en postoperatorio de cirugía de retirada de órgano, después del cálculo muestral. El análisis fue realizado por medio de medidas de tendencia central, media y mediana, y de dispersión, frecuencia absoluta y simple de las variables cuantitativas. Se utilizó el software Excel ® 2016. Los resultados fueron expresados por medio de tablas.

Resultados: Se aplicaron cinco escalas de evaluación. Se obtuvieron 1022 diagnósticos de enfermería basados en la NANDA-I, 93 diagnósticos diferentes, con media de 16,39 por paciente. Siendo 67 con foco en el problema, 23 de riesgo y 3 de promoción de la salud. Los diagnósticos con frecuencia superiores al 50% totalizaron 11, los cuales fueron discutidos. Los dominios sobresalientes fueron: Actividad/Hogar y Seguridad/Protección.

Conclusión: Se identificó una alta concentración de diagnósticos en esa población. La cantidad de diagnósticos planteados y su diversidad identifican las diferentes áreas del cuidado que el enfermero debe estar apto para prestar sus cuidados, además identificar esas informaciones deposita en el enfermero mayor poder de cuidado sobre el paciente. El estudio demostró la importancia del uso de escalas de evaluación que subsidien los diagnósticos de enfermería. La investigación aún apunta la importancia del uso del diagnóstico de enfermería como forma de cuidado efectivo.

Palabras clave: Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Cirugía; Evaluación en Enfermería; Proceso de Enfermería.

ABSTRACT:

Main goal: Perform the survey of NANDA-I nursing diagnoses profile of surgical patients submitted to organ removal based on the use of the evaluation scales and to trace the socio-demographic clinical profile of this population.

Methods: Cross-sectional study. The population comprised of 60 surgical patients hospitalized in postoperative of organ removal surgery, after sample calculation. The analysis was performed by means of central, middle and median trend measures, and dispersion, absolute and simple frequency of quantitative variables. Excel ® 2016 software was used. The results were expressed by means of tables.

Results: Five scales of evaluation were applied. There were 1022 nursing diagnoses based on NANDA-I, with 93 different diagnostic titles, with an average of 16.39 per patient. Being 67 focused on the problem, 23 risk and 3 health promotion. The diagnoses with frequency greater than 50% totaled eleven, which were discussed. The domains that concentrated the majority of the nursing diagnoses were: Activity/Rest and Safety/Protection.

Conclusion: A high concentration of diagnoses in this population was identified. The number of diagnoses raised and their diversity identifies the different areas of care that the nurse must be able to provide care, and the collection of this information places the nurse greater power of care on the patient. The study demonstrated the importance of the use of evaluation scales that subsidize nursing diagnoses. The research also points out the importance of using nursing diagnosis as a form of effective care.

Key words: Nursing; Nursing Diagnosis; Surgery; Nursing Assessment; Nursing Process.

INTRODUÇÃO

Enfermeiros estão aptos a diagnosticarem sobre problemas reais, condições de vulnerabilidade e/ou disposição para promoção da saúde. O ato de diagnosticar consiste em realizar julgamentos clínicos a respeito das respostas humanas, associados aos processos saúde-doença. O enfermeiro é um diagnosticador em atuação, podendo intervir na base do cuidado onde desenvolve suas habilidades intelectuais, críticas e clínicas. Este processo de elaboração culminará no raciocínio diagnóstico ⁽¹⁾.

Os enfermeiros do cenário cirúrgico lidam com diagnósticos de enfermagem relacionados às alterações na integridade da pele, vulnerabilidade à infecção, controle algico, possibilidade de sangramento, alterações na imagem corporal, náuseas,

mudanças no padrão respiratório, ansiedade, controle emocional instável, enfrentamento ineficaz, fadiga, entre outros diagnósticos que representam aspectos tanto fisiológicos quanto psicológicos dos pacientes ⁽²⁾.

O ato cirúrgico pode ser considerado como uma agressão, tanto pelos aspectos fisiológicos e anatômicos envolvidos relacionados ao corte que rompe a integralidade da pele, o sangramento, a retirada de um órgão, quanto pelos fenômenos psicológicos, tais como medo, angústia, dúvidas, expectativas e incerteza ⁽³⁾. Portanto, a experiência cirúrgica de retirada de órgão é um importante cenário para sistematização da assistência de enfermagem.

A literatura aponta que enfermeiros encontram importantes dificuldades ao realizarem o levantamento diagnóstico dos pacientes. Frequentemente não há aprofundamento do tema, as atualizações sobre o assunto são escassas, há dificuldades na coleta de dados, ou barreiras ao relacionar os dados encontrados dos Diagnósticos de Enfermagem aos conhecimentos anteriores, também a não interpretação na prática clínica e a não realização do exercício do julgamento clínico ⁽⁴⁾.

Diagnosticar consiste em um desafio para o profissional, pois exige conhecimentos técnico-científicos atualizados, capacidade analítica dos dados e interpretação precisa através da anamnese e exame físico. Dessa forma, é necessário assumir a integralidade do cuidado e promover a precisão na prescrição de enfermagem. Estudos que realizam o levantamento dos DE em pacientes cirúrgicos ganham especial destaque, pela necessidade apresentada na literatura de aprofundamento do tema ⁽⁵⁾. Abordar o assunto reflete na necessidade de crescimento profissional na área, benefícios ao paciente e o fortalecimento das Instituições de saúde que se destacam pela qualidade da assistência de enfermagem prestada.

O uso das escalas de avaliação subsidia a construção dos diagnósticos de enfermagem, sendo instrumentos confiáveis e padronizados, podendo refletir a precisão dos resultados identificados. Além das escalas funcionarem como importantes instrumentos para avaliação de sinais e sintomas, elas podem mensurar necessários parâmetros nas avaliações de enfermagem a respeito do estado do paciente e, ainda, auxiliarem no planejamento das ações de enfermagem ⁽⁶⁾.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é realizar o levantamento do perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgão fundamentado pelo uso das escalas de avaliação e traçar o perfil sócio clínico demográfico dessa população.

MATERIAL E MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEPFS/UnB, sob o CAAE 55134615.7.0000.0030, número de parecer 2.177.498, onde foi disponibilizado ao participante o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi assegurada à população da amostra a garantia de desistência do estudo em qualquer fase da pesquisa. Uma cópia do TCLE foi entregue a cada um dos participantes.

Desenho, local do estudo e período

Estudo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório e descritivo, correlacional de corte transversal. Realizado em um hospital universitário na capital do Brasil, no período de setembro a dezembro de 2017.

População, critérios de inclusão e exclusão

Os participantes foram os pacientes internados na clínica cirúrgica do hospital no período pós-operatório. Amostra não aleatória, composta por 60 pacientes, definida após cálculo amostral. Consideraram-se como critérios de inclusão adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, no período pós-operatório superior a 24 horas, provenientes de procedimento cirúrgico de retirada de um ou múltiplos órgãos, em plenas condições mentais e intelectuais para responder aos questionamentos, critério avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental, os quais concordaram voluntariamente em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Excluíram-se pacientes que não atendiam ao conceito de órgão utilizado pela pesquisa.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi desenvolvida por meio da visita à enfermaria da clínica cirúrgica e da aplicação de entrevista estruturada. Seguiram-se os passos da entrevista, com aplicação de escalas e exame físico. Ao chegar ao local, acessava-se com o apoio da equipe de enfermagem o prontuário do paciente e identificavam-se os participantes da pesquisa.

Foi aplicado o instrumento de coleta de dados baseado nos referenciais teóricos da NANDA-I ⁽¹⁾, avaliado por especialistas na temática, onde constavam: variáveis sócio clínicas epidemiológicas, dados subjetivos e objetivos. A organização obedeceu aos domínios da NANDA-I, a saber: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso, percepção cognição, auto percepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento, tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança, proteção e conforto ⁽¹⁾. O instrumento estruturou-se ainda com as seguintes escalas de avaliação: Escala de Morse, que mensura o risco de quedas; o índice de Katz para a avaliação da dependência em atividades de vida diária; o Mini-Exame do estado mental para rastreio de comprometimentos cognitivos; escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor e, por fim, a Escala de Braden de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão ⁽⁷⁻¹¹⁾. No estudo realizado, todas as escalas foram utilizadas para subsidiarem o levantamento dos diagnósticos de enfermagem.

A coleta de dados durou 2 horas, no leito do paciente, compreendendo os passos já mencionados. As informações foram registradas no instrumento de coleta de dados. Posteriormente, foram analisadas as informações e levantados os diagnósticos de enfermagem. Todos os diagnósticos de enfermagem foram validados por uma profissional com expertise em diagnósticos de enfermagem.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados foi realizada por meio das medidas de tendência central, média e mediana, de dispersão (desvio padrão) e frequências simples e absoluta das variáveis quantitativas. Utilizou-se o software Excel® 2016. Os resultados foram apresentados em formato tabelas.

RESULTADOS

A amostra caracterizou-se por 60 pacientes no pós-operatório, conforme a Tabela 1, os quais 47 (78,3%) foram do sexo feminino, a média de idade foi de 51,9 anos. A faixa etária mais prevalente foi a de 41 a 50 anos de idade, correspondendo a 25,0% do total. Sobre a escolaridade dos participantes, apenas 6 (10,0%) declararam possuir

ensino superior completo. Quanto a etnia, 27 (45,0%) auto declararam-se pardos e 19 (31,7%) negros. Em seguida, para o estado conjugal, 24 pacientes (40,0%) eram casados, 15 (25,0%) possuíam união estável e 15 (25,0%) solteiros. Em relação à religião, a maioria da população da amostra foi composta por católicos 37 (61,7%). A renda dos participantes concentrou-se de 1 a 2 salários mínimos 25 (41,7%).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos pacientes. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Faixa Etária		
Feminino	47	78,3	18-30	5	8,3
Masculino	13	21,7	31-40	10	16,7
Escolaridade			41-50	15	25,0
Fundamental Incompleto	25	41,7	51-59	7	11,7
Fundamental Completo	4	6,7	60-70	14	23,3
Médio Completo	25	41,7	71-80	7	11,7
Superior Completo	6	10,0	>81	2	3,3
Etnia			Estado Civil		
Negro/a	19	31,7	Solteiro/a	15	25,0
Branco/a	11	18,3	Casado/a	24	40,0
Pardo/a	27	45,0	Divorciado/a	6	10,0
Amarelo/a	2	3,3	União Estável	15	25,0
Indígena	1	1,7	Viúvo/a	0	0,0
Religião			Renda familiar		
Nenhuma	5	8,3	< 1 salário	14	23,3
Católico	37	61,7	1 a 2 salários	25	41,7
Espírita	2	3,3	3 a 5 salários	17	28,3
Protestante	16	26,7	> 5 salários	4	6,7
Ocupação			Saneamento Básico		
Ativo	17	28,3	Água tratada	49	81,7
Auxílio Doença	10	16,7	Rede de coleta de esgoto	45	75,0
Aposentado	21	35,0	Coleta de lixo	53	88,3
Desempregado	12	20,0			

Quanto às características clínico epidemiológicas pré-existent representadas na Tabela 2, 49 (81,7%) participantes permaneceram internados de 3 a 4 dias. Dos participantes 27 (45,0%) apresentaram de 1 a 3 condições patológicas pré-existent, enquanto que 17 (28,3%) não apresentaram nenhuma, outra parcela considerável de 10 (16,7%) participantes apresentou de 3 a 5 condições pré-existent. Como hábito de vida passado ou presente 27 (45,0%) dos participantes praticaram o tabagismo, 7 (11,7%) o etilismo crônico e 2 (3,3%) outros vícios. Nunca se submeteram a

procedimentos cirúrgicos 16 (26,7%) dos participantes, a maior parte deles, o equivalente a 19 (31,7%), submeteram-se anteriormente a um procedimento cirúrgico.

Conforme a Tabela 2, houve 69 procedimentos cirúrgicos, ou seja, alguns participantes submeteram-se a mais de um procedimento no decorrer da coleta de dados. Observou-se que 15 participantes realizaram histerectomia via abdominal, configurando-se como o procedimento mais frequente (21,74%) seguido da mastectomia que correspondeu a 11,59% (n = 8).

Tabela 2: Perfil clínico-cirúrgico de pacientes em pós-operatório de cirurgia de retirada de órgão. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Tempo de internação	N	%	Número de antecedentes cirúrgicos	N	%
3 a 4 dias	49	81,7	Nenhum	16	26,7
5 a 10 dias	10	16,7	Um	19	31,7
>10 dias	1	1,7	Dois	14	23,3
Condições pré-existentes	N	%	Três	7	11,7
Nenhuma	17	28,3	Quatro	3	5,0
1 a 3	27	45,0	Cinco ou mais	1	1,7
3 a 5	10	16,7	Procedimentos cirúrgicos	N	%
>5	6	10,0	Histerectomia via abdominal	15	21,74
Patologias pré-existentes	N	%	Mastectomia	8	11,59
Tumor/ Câncer/ Nódulo	40	66,7	Retossigmoidectomia	7	10,14
Depressão/Transtornos do humor	25	41,7	Colecistectomia	6	8,70
Hipertensão	19	31,7	Gastrectomia	6	8,70
Diabetes <i>Mellitus</i>	12	20,0	Prostatectomia	6	8,70
Alteração Cardíaca	8	13,3	Salpingectomia	6	8,70
Hipotireodismo/ Hipertireodismo	7	11,7	Ofoorectomia	3	4,35
Afecções respiratórias	6	10,0	Nefrectomia	2	2,90
Doença de chagas	4	6,7	Tireoidectomia	2	2,90
Histórico/Hábitos de vida atuais	N	%	Adrenalectomia	1	1,45
Tabagismo	27	45,0	Apendicectomia	1	1,45
Etilismo crônico	7	11,7	Cistectomia	1	1,45
Outros vícios	2	3,3	Enterectomia	1	1,45
			Esplenectomia	1	1,45
			Histerectomia via vaginal	1	1,45
			Linfanectomia	1	1,45
			Proctolectomia	1	1,45
			Total	69	100,0

Para identificação do risco de quedas foi utilizada a Escala de Quedas de Morse ⁽⁷⁾, descrita na tabela 3, onde pode ser observado que 24 (40,0%) dos participantes apresentaram moderado risco para quedas, outra importante quantidade de participantes do estudo 20 (33,3%) foram classificados com alto risco para quedas e apenas 15 (25,0%) apresentou baixo risco para quedas.

Quanto à avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, expressa na Tabela 3, grande parte dos participantes (83,3%; n = 50) não apresentou risco para lesão por pressão.

Ainda conforme Tabela 3, o grau de dependência foi avaliado pelo Índice de Katz ⁽⁸⁾, 41 (68,3%) pacientes foram classificados na categoria independente, 15 (25,0%) na dependência moderada e 4 (6,7%) muito dependente.

A respeito da Escala visual/verbal numérica para mensurar a dor ⁽¹⁰⁾, a partir da Tabela 3 foi identificado que: 51,7% (n = 31) dos participantes apresentaram dor intensa, 31,7% (n = 19) apresentaram dor moderada, 10,0% (n = 6) dor leve e apenas 6,7% (n = 4) com ausência de dor.

Para avaliação do estado cognitivo utilizou-se o Mini Exame Mental de Folstein⁽⁹⁾, Como resultado já previsto, 100% dos participantes não apresentou declínio cognitivo, uma vez que este representou um critério estabelecido para a inclusão na amostra.

Tabela 3: Aplicação das escalas de avaliação em pacientes em pós-operatório de cirurgia de retirada de órgão. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Escalas de avaliação	N	%
Escala de Morse		
Sem risco para queda	1	1,7
Baixo risco para quedas	15	25,0
Moderado risco para quedas	24	40,0
Alto risco para quedas	20	33,3
Escala de Braden		
Risco Moderado para lesão por pressão	10	16,7
Sem risco para lesão por pressão	50	83,3
Índice de Katz		
Independente	41	68,3
Dependência moderada	15	25,0
Muito dependente	4	6,7
Escala Visual/Verbal Numérica		
Ausência de dor	4	6,7
Dor leve	6	10,0
Dor moderada	19	31,7
Dor intensa	31	51,7

Mini Exame do Estado Mental de Folstein		
Sem declínio cognitivo	60	100,0
Com declínio cognitivo	0	0

Para o total dos 60 participantes do estudo foram identificados 1022 diagnósticos de enfermagem arrolados a pesquisa, decorridos de 12 domínios da NANDA-I ⁽¹⁾, correspondendo a diagnósticos com foco no problema, diagnósticos de risco (vulnerabilidade) e diagnósticos de promoção da saúde. Obtiveram-se 93 títulos diagnósticos de enfermagem diferentes presentes na amostra, uma média de 16,39 diagnósticos por participante e a mediana de 17 diagnósticos. Dentre os 93 diagnósticos, 67 foram com foco no problema, 23 de risco e três de promoção da saúde.

A partir dos 93 diagnósticos diferentes elaborados, 11 apresentaram uma frequência maior que 50,0%. Entre esses, notou-se que oito diagnósticos foram com foco no problema e três diagnósticos de risco. Para os demais diagnósticos de enfermagem com frequência menor que 50%, 59 deles foram classificados com foco no problema, 20 de risco e 3 de promoção da saúde. Portanto, os diagnósticos que obtiveram uma frequência acima de 50% de ocorrências foram retratados em ordem decrescente de frequência na Tabela 4.

Tabela 4: Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na amostra de pacientes no pós-operatório de cirurgia de retirada de órgão. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Integridade tissular prejudicada	60	100,0
Risco de infecção	60	100,0
Risco de sangramento	59	98,3
Dor aguda	54	90,0
Conhecimento deficiente	52	86,7
Risco de quedas	45	75,0
Ansiedade	42	70,0
Dentição prejudicada	42	70,0
Estilo de vida sedentário	40	66,7
Insônia	36	60,0
Distúrbio na imagem corporal	33	55,0

Conforme os diagnósticos da Tabela 4, os diagnósticos com foco no problema foram: Integridade tissular prejudicada (100,0%; n = 60), Dor aguda (90,0%; n = 54), Conhecimento deficiente (86,7%; n = 52), Ansiedade (70,0%; n = 42), Dentição prejudicada (70,0%; n = 42), Estilo de vida sedentário (66,7%; n = 40), Insônia (60,0%; n = 36) e Distúrbio na imagem corporal (55,0%; n = 33). À medida que os diagnósticos de risco foram: Risco de infecção (100,0%; n = 60), Risco de sangramento (98,3%; n = 59) e Risco de quedas (75,0%; n = 45).

DISCUSSÕES

A etapa do diagnóstico de enfermagem assume especial importância, pois identifica a melhor forma as intervenções necessárias a cada paciente diante do contexto de saúde identificado. Ainda reflete aquilo que é próprio do profissional enfermeiro, assim como aponta a literatura, proporcionando uma forma de comunicação autêntica na profissão, facilitando ao mesmo tempo a interação com o paciente, comunicação e adesão aos tratamentos ⁽⁵⁾.

Foi identificado uma grande concentração de diagnósticos de enfermagem na amostra, participando de 12 domínios da NANDA-I ⁽¹⁾, o que reflete uma grande variedade nos títulos diagnósticos, representando médias superiores a estudos da literatura. Pesquisa realizada em Clínica Cirúrgica com número amostral igual ao da presente amostra evidenciou 337 diagnósticos totais, sendo que a média desses diagnósticos foi de 5,6 por paciente ⁽¹²⁾, o que contrasta com o atual estudo em que a média de diagnósticos por paciente foi altamente superior.

Os domínios Atividade/Repouso e Segurança/Proteção receberam o maior número de diagnósticos. Em se tratando de pacientes pós-cirúrgicos, esse dado apenas corrobora com as condições esperadas para esses pacientes, visto que os diagnósticos presentes nesses dois domínios referem-se às limitações na “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos” ⁽¹⁾ e aos perigos relacionados à lesão física ou danos aos sistemas imunológico e cutâneo ⁽¹³⁾. Apesar da grande variedade de diagnósticos de enfermagem encontrada, serão discutidos os que apresentaram frequência superior a 50%.

Fizeram parte do domínio Segurança/Proteção os diagnósticos: Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção, Risco de sangramento, Risco de quedas e Dentição prejudicada. Os quatro primeiros intimamente relacionados ao cuidado do paciente cirúrgico ⁽¹³⁾. Esses diagnósticos estiveram presentes em grande porcentagem da amostra justamente por estarem associados ao procedimento cirúrgico realizado.

Houve importantes variações na dimensão da integridade tissular prejudicada. Algumas cirurgias demandaram dano extenso ao tecido lesado, implicando em uma importante ferida operatória. Outras, no entanto, apresentaram apenas pequenas incisões. Contudo, nesse estudo, sempre os procedimentos foram acompanhados pela retirada de um ou múltiplos órgãos, seja por via aberta ou por via videolaparoscópica. Cabe ressaltar, conforme estudo, que a integridade tissular também foi prejudicada em decorrência de outros procedimentos invasivos tais como: administração de medicamentos por via endovenosa e subcutânea, além da coleta de exames laboratoriais ⁽¹⁴⁾.

Os diagnósticos de enfermagem integridade tissular prejudicada e risco de sangramentos despertam a atenção do enfermeiro para o cuidado com a ferida operatória. Esse profissional deve atentar-se a todas as fases do processo de cicatrização, observando a boa evolução e se a ferida está livre de sinais de infecção. O risco de sangramentos, também, destaca-se como uma condição que poderá interferir na boa evolução da cicatrização da ferida.

O presente estudo demonstrou que a maior parte dos participantes não apresentou risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, corroborando com outro estudo, em que o escore médio da Escala de Braden não conferiu risco. O desenvolvimento da lesão por pressão decorrente de posicionamento cirúrgico depende do tipo de cirurgia realizada, do posicionamento cirúrgico, do tempo demandado na cirurgia e do estado fisiológico do paciente ⁽¹⁵⁾.

Quanto ao risco de infecção, esse diagnóstico associa-se aos seguintes fatores de risco observados na amostra estudada: procedimento invasivo, alteração na integridade da pele, tabagismo e obesidade. Pesquisa realizada em uma Clínica Cirúrgica demonstrou que o tabagismo apresentou forte associação com o risco de desenvolvimento de infecções, assim como a obesidade ⁽¹⁶⁾. Condições clínicas pregressas como, tabagismo, obesidade e outras doenças crônicas, têm sido apontadas como responsáveis por maior predisposição às infecções. Pacientes tabagistas são suscetíveis à diminuição dos mecanismos de defesa do trato respiratório. Dessa forma, procedimentos como a intubação, com a finalidade da ventilação mecânica, necessária em muitos procedimentos cirúrgicos, levam ao risco de exposição das vias aéreas a microrganismos patogênicos aumentando as chances do desenvolvimento de agravos infecciosos ⁽¹⁶⁾.

O risco de quedas foi prevalente na amostra e associou-se aos seguintes fatores de risco: período de recuperação pós-operatória, mobilidade prejudicada, neoplasia, incontinência, ausência de sono, dificuldades na marcha, entre outros. Apesar da NANDA-I ⁽¹⁾ não referenciar a Escala de Morse⁽⁷⁾ como um componente indicador para elaboração do diagnóstico risco de queda, muitos dos fatores de risco associados ao diagnóstico constam na escala e, por isso, esta foi utilizada para subsidiar o diagnóstico.

A busca pela qualidade na assistência e pelo cuidado livre de iatrogenias é um dos grandes objetivos da enfermagem. Essa busca está preconizada pelo programa de segurança do paciente. A queda é um evento adverso que necessita ser prevenido pelas instituições de saúde. Uma vez que ela pode levar a lesões teciduais, traumas e retiradas não programadas de drenos, sondas e cateteres, fraturas, piora clínica, sofrimento psíquico, aumento no tempo de internação, elevação dos gastos da instituição e do suporte social do paciente além do principal, a desconfiança do paciente em relação aos cuidados prestados pela enfermagem ⁽¹⁷⁾.

O Risco de Quedas pode associar-se às informações quanto ao desempenho nas atividades de vida diária, avaliado pelo Índice de Katz ⁽⁸⁾, onde a maior parte da amostra mostrou-se independente para as atividades de vida diária. Estudo semelhante demonstra que a maioria dos pacientes internados na clínica médica apresentava comprometimento da mobilidade física. Esse dado pode ser explicado pelo perfil de pacientes atendidos em uma Clínica Médica em detrimento de uma Clínica Cirúrgica, para os quais o grau de dependência dos pacientes costuma ser variado ⁽¹⁷⁾. É comum que durante a internação e recuperação cirúrgica algum membro seja afetado e se restrinja sua mobilidade momentaneamente ou permanentemente. Isso explica a porcentagem de quase um terço da amostra apresentar dependência moderada, o que sugere uma maior propensão a quedas.

A Dor aguda foi fortemente identificada nos pacientes pós-cirúrgicos. De acordo com a literatura, o tratamento da dor no pós-operatório é essencial, por ser um fenômeno altamente presente, representando cerca de 80% dos pacientes que se submetem a alguma cirurgia ⁽¹⁸⁾. E conforme a característica definidora constante na NANDA-I ⁽¹⁾, auto relato da intensidade da dor e a utilização da escala padronizada de dor, permitiu um embasamento para o levantamento desse diagnóstico, além de outras características tais como: foco em si mesmo e expressões faciais de dor. A escala escolhida para essa avaliação foi a escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor, que possui fácil entendimento e utilização, tornando-se possível mensurar a dor em escores de zero a dez ⁽¹⁰⁾.

A dor mal controlada está relacionada a participação do sistema nervoso simpático e consequente aumento da resposta hormonal ao estresse. Essa condição pode gerar

inúmeros eventos indesejados no pós-operatório, tais como: isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, hipercoagulabilidade, complicações pulmonares, elevação das taxas de delírio e infecção da ferida cirúrgica ⁽¹⁹⁾. Somando-se a isso a dor intensa afeta a satisfação dos pacientes, atrasa a deambulação precoce e está relacionada com o surgimento de dor crônica pós-operatória.

Apesar da variedade de procedimentos cirúrgicos identificados na amostra, é possível observar a dor aguda presente de maneira generalizada. Sabe-se que o número de antecedentes cirúrgicos pode influenciar em experiências posteriores. Um estudo relatou que pacientes sem experiências cirúrgicas prévias, reclamaram mais de dor do que os que já haviam vivenciado essa experiência ⁽²⁰⁾. Na presente amostra, a maioria dos participantes já foi submetida anteriormente a uma cirurgia, o que pode explicar a prevalência desse diagnóstico.

Conhecimento deficiente foi um dos importantes diagnósticos identificado na amostra. A literatura apresenta por meio de uma pesquisa a prevalência de 25% desse diagnóstico na amostra estudada ⁽²¹⁾. Em comparação ao atual estudo, identificou-se uma maior prevalência desse diagnóstico o que pode conjecturar o aumento de custos para o tratamento, quando o paciente não compreende sua terapêutica, resultando em comportamentos inadequados ou mesmo exagerados.

Apesar dos participantes da pesquisa não apresentarem declínio cognitivo representado pelo mini exame do estado mental ⁽⁹⁾, a condição do conhecimento deficiente está relacionada principalmente à pouca informação fornecida ou informação de má qualidade. A informação insuficiente foi uma das grandes causas para o estabelecimento desse diagnóstico. Muitos pacientes relataram não entender o porquê de estarem se submetendo a determinado procedimento cirúrgico, desconhecendo o que os levou àquela condição ou compreendendo parcialmente. Apesar desses relatos, geralmente declaravam-se satisfeitos por conseguirem o atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Outro fator que pode influenciar a incidência do diagnóstico Conhecimento deficiente é o nível de escolaridade dos pacientes. Um baixo nível de escolaridade pode dificultar tanto a compreensão das informações, quanto a identificação de recursos para o gerenciamento de sintomas. Níveis educacionais podem afetar adversamente a comunicação entre paciente e profissional de saúde, podendo haver barreiras para a compreensão das opções de tratamento e gerenciamento de sintomas. Uma das possíveis razões é quando os pacientes não compreendem palavras e explicações dos profissionais, por se sentirem envergonhados, muitas vezes se sentem desconfortáveis ao pedirem esclarecimentos ⁽²²⁾.

O diagnóstico Ansiedade também foi intensamente identificado no estudo, se fazendo presente em 70% dos participantes. O contexto do paciente cirúrgico é envolto de uma atmosfera cheia de sentimentos, como a ansiedade e a incerteza, que permeiam os pensamentos e as expectativas para a realização do ato cirúrgico. Apesar de todo aparato existente, com altas tecnologias, que conferem cada vez mais novos avanços nos tratamentos, ainda hoje a cirurgia constitui-se em evento difícil para o ser humano ⁽²³⁾. Nesse contexto, a Ansiedade pode relacionar-se também ao número de antecedentes cirúrgicos, pois a quantidade de cirurgias prévias pode diminuir ou aumentar a condição ansiosa no indivíduo.

Uma cirurgia implica muitas vezes na perda temporária ou definitiva de algum membro, limitação na sua mobilidade, tempo restrito demandado a sua recuperação e alto grau de estresse físico e psicológico. Além disso, a falta de comunicação pode gerar importantes níveis de ansiedade. A ansiedade está presente especialmente na

fase pré-operatória, mas permanece no pós-operatório, enquanto o paciente aguarda sua recuperação. A equipe de enfermagem desempenha funções decisivas na expectativa de minimizar a ansiedade. Afinal, ela pode ofertar informações de qualidade que minimizem essa ansiedade, além de acolher o paciente com todos os seus sentimentos e demandas, tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório ⁽²⁴⁾.

A insônia é um distúrbio que também se relaciona ao diagnóstico da Ansiedade. Os principais fatores relacionados obtidos foram: ansiedade, desconforto físico, agente farmacológico e atividade física diária média é inferior à recomendada para a idade e o gênero. Esse diagnóstico esteve presente em mais de 50% dos participantes e representou a má qualidade do sono. O sono é fundamental para a saúde humana, sua característica restauradora, conservação energética e proteção são essenciais. Um estudo transversal com mais de 600 pacientes, obteve que quase metade dos participantes sofria insônia e que esse diagnóstico estava relacionado diretamente ao aumento de quedas nos idosos participantes do estudo ⁽²⁵⁾.

Um dos fatores mais levantados relacionados a insônia foi a ansiedade e o uso de fármacos indutores do sono. Como já foi exposto sobre a ansiedade, ela pode influenciar diretamente na qualidade de vida dos pacientes. Além de que a necessidade do uso desses fármacos evidencia a não resolutividade desse distúrbio, tendo que recorrer a medidas mais interventivas.

Quanto ao diagnóstico Dentição Prejudicada, sabe-se que as condições da saúde bucal do paciente estão relacionadas a ocorrência de outras doenças. A má higiene bucal propicia o ambiente adequado para o crescimento bacteriano e quanto maior a formação de biofilme, maior a possibilidade de interações entre bactérias residentes e outros patógenos, podendo levar a complicações como pneumonias e até mesmo infecções sistêmicas. Uma boa avaliação odontológica pode influenciar na não ocorrência de eventos adversos futuros, podendo determinar desfechos clínicos, reduzindo o que possa afetar o tratamento sistêmico ^(12, 26). Essas condições são ainda mais preocupantes em pacientes cirúrgicos, que são expostos a procedimentos invasivos e necessitam de um bom estado geral, incluindo especialmente a boa saúde bucal.

O Estilo de vida sedentário corrobora com os elevados números de pacientes que apresentaram sobrepeso, obesidade, além de outras condições pré-existentes, identificando comportamentos de não adesão a atividades físicas na rotina dos participantes. Esse é um dado preocupante, pois segundo estudo, a atividade física está associada a impactos positivos na saúde tais como: controle de peso, melhora de doenças crônicas como o diabetes, diminuição do tempo de recuperação cirúrgica, bem estar geral e prevenção de doenças relacionadas ao aparelho cardiovascular ⁽²⁷⁾.

O Distúrbio de Imagem Corporal se destaca por envolver a população de pacientes submetidos à retirada de um ou múltiplos órgãos. A retirada desses órgãos gerou incerteza e sofrimento em grande parte dos participantes, além das alterações sofridas pela própria doença de base. A aparência externa mostrou-se relevante nas mulheres pesquisadas, especialmente por representarem a maior porcentagem de participantes. Muitas demonstraram preocupações quanto ao aspecto exterior da cirurgia, receio de cicatrizes e outras marcas no corpo. A literatura demonstra que após o procedimento cirúrgico, é provável que o paciente sinta dor, perda momentânea da função do órgão e algum nível de dependência de cuidados que influencia em suas atividades de vida diária; somando-se a isso, é comum o receio da reincidência da doença, o medo das limitações pós-cirúrgicas e o sofrimento emocional ⁽²⁸⁾.

A retirada de órgãos envolve riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, tais como, complicações pós operatórias incluindo formação de trombos e êmbolos, deiscência da ferida e infecções, assim como de sentimentos de ansiedade, tristeza, depressão e estresse psicológico ⁽²⁸⁾.

Na presente amostra, muitas integrantes realizaram mastectomia total, as quais passaram por uma alteração drástica da sua imagem corporal, e isso influenciou na forma como passaram a se enxergar. A ausência de uma parte do corpo que possui significados culturais e sociais pode afetar sua relação com a sexualidade e autoimagem. Estudo realizado com mulheres mastectomizadas evidenciou o diagnóstico Distúrbio na imagem corporal em sua amostra, e apontou que para o manejo dessa condição, são importantes as seguintes medidas: modificação da auto percepção, promoção da esperança, *copying*, presença de familiares e amigos, reforço positivo da autoestima, equilíbrio do processo familiar, maior socialização, estruturamento emocional, religiosidade e espiritualidade e melhoria da auto imagem corporal ⁽²⁹⁾.

Por fim, destaca-se a importância do processo de enfermagem, especialmente o levantamento dos diagnósticos apoiados em escalas de avaliação, pois conferem maior confiabilidade, conforme foi evidenciado no estudo.

CONCLUSÕES

A pesquisa abordou a coleta de dados e o levantamento dos diagnósticos de enfermagem aos pacientes. Foi identificada uma alta concentração de diagnósticos nessa população. A quantidade de diagnósticos levantados e sua diversidade identificam as diferentes áreas do cuidado que o enfermeiro deve estar apto para prestar seus cuidados, além de que o levantamento dessas informações deposita no enfermeiro maior poder de cuidado sobre o paciente.

O estudo permitiu traçar o perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes internados na Clínica Cirúrgica no período pós operatório submetidos à retirada de órgão e identificou a importância do uso das escalas de avaliação para subsidiarem e conferirem maior confiabilidade aos diagnósticos identificados.

REFERÊNCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Santos APA, Laus AM, Camelo SHH. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. ABCS Health Sci 2015; 40(1):45-52.
3. Amthaur C, Nora TTD, Souza TP, Fernandes CR, Nogueira QDS, Martins LB. Atividades de educação em saúde com pacientes cirúrgicos em um hospital universitário: relato de experiência. Rev. Contexto Saúde (Online) [Internet] 2011 Jan-jun [cited 2018 Dec 13]; 10(20):705-710. Available from: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1628>
4. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. Rev Bras Enferm 2013 Set-out; 66(5):649-55.
5. Novaes ES, Torres MM, Oliva APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. Acta Paul Enferm 2015; 28(1):26-31.
6. Feitosa MC, Soares LS, Beleza CMF, Silvia GRF, Leite IRL. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. S A N A R E 2014 Jun-dez; 13(2):92-97.

7. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Can J Aging* 1989; 8(4):366-377.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 Sep 21;185:914-9.
9. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975 Nov;12(3):189-98.
10. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Scales of pain in the critically ill patient: an integrative review. *Rev HUPE* 2013; 12(3):110-117.
11. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabil Nurs* 1987 Jan-Feb; 12(1):8-12.
12. Volpato MP, Cruz DALM. Nursing diagnoses in patients admitted to a medical-surgical unit. *Acta Paul Enferm* 2007 Apr-Jun; 20(2):119-124.
13. Brunner LS, Suddarth DS. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
14. Bertoncetto KCG, Cavalcant CDK, Ilha P. Real diagnoses and nursing intervention proposals for multiple trauma victims. *Rev. Eletr. Enf.* 2013 Out-Dez;15(4):905-14.
15. Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão CM. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24:2704.
16. Ledur P, Almeida L, Pellanda LC, Schaan BD. Predictors of infection in post-coronary artery bypass graft surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2011;26(2):190-6.
17. França MJDM, Mangueira SO, Perrelli JGA, Cruz SL, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* 2013 Out-Dez;15(4):878-85.
18. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003 Aug;97(2):534-40.
19. Huang APS, Sakata RK. Dor após esternotomia - revisão. *Rev Bras Anesthesiol* 2016; 66(4):395-401.
20. Alberti LR, Daian MR, Petroianu AA. Does a previous surgical experience interfere on psychic stress in patients submitted to major surgery? *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(1):043-048.
21. Pereira JC, Stuchi RAG, Sena CA. Nursing assistance systematization proposal by the nanda/nic/noc taxonomies for the diagnosis of deficient knowledge. *Cogitare Enferm* 2010 Jan-Mar; 15(1):74-81.
22. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass, J. Health Literacy and Cancer Communication. *CA Cancer J Clin* 2002; 52:134-149.
23. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surg* 2014; 14(1):1.
24. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(2):374-80.
25. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. *Cad. Saude Pub* 2013 Mar; 29(3):535-546.
26. Nogueira JWS. *Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados [dissertation]*. Brasília: Mestrado em Enfermagem—Universidade de Brasília; 2016. XIV, 147 p.

27. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzk PT: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012, 380:219-229.
28. Kim SH, Lee R, Lee KS. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):1014–1023.
29. Ribeiro J, Cardoso L, Pereira C, Silva B, Bubolz B, Castro C. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais Nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *R. de Pesq: Cuidado é Fundamental Online* [Internet] 2016 Oct 4 [cited 2018 Dec 13]; 8(4): 5136-5142. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4016>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia