

**Diagnósticos de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos à cirurgia ortopédica**

**Nursing diagnoses in the post-anesthetic recovery room in patients undergoing orthopedic surgery**

**Diagnósticos de enfermería en la sala de recuperación postanestésica en pacientes sometidos a cirugía ortopédica**

Recebido: 12/08/2020 | Revisado: 19/08/2020 | Aceito: 24/08/2020 | Publicado: 28/08/2020

**Safira Ferreira do Nascimento**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6336-8959>

Centro Universitário UniFacisa, Brasil

E-mail: [safiranascimento.fcm@gmail.com](mailto:safiranascimento.fcm@gmail.com)

**Layse Daniela de Lima Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1791-8454>

Centro Universitário UniFacisa, Brasil

E-mail: [laysedaniela1@gmail.com](mailto:laysedaniela1@gmail.com)

**Camilla Ribeiro Lima de Farias**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4514-1013>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Centro Universitário UniFacisa, Brasil

E-mail: [camilla\\_ribeiro@hotmail.com](mailto:camilla_ribeiro@hotmail.com)

**Resumo**

Estudo transversal, exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em Hospital Regional de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Foram analisados 127 pacientes, por meio de um formulário semiestruturado, contemplando informações sociodemográficas, dados do procedimento cirúrgico e avaliação dos diagnósticos de enfermagem pós-operatórios. Para análise dos dados, utilizou-se o *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, considerando o nível de significância estatística de 5%. Foi realizada análise descritiva da amostra, utilizando-se média e desvio-padrão para avaliar a idade e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Dos 127 pacientes avaliados, a maioria é do sexo masculino (70%), de cor parda (50,4%), oriundos

de cidades circunvizinhas (65,4%), com predomínio do ensino fundamental incompleto (54,3%) como nível de escolaridade. Os principais diagnósticos identificados no POI foram: mobilidade física prejudicada (100%), integridade da pele prejudicada (100%), risco de infecção (100%), hipotermia (77%) e dor aguda (100%). Conclui-se que, além de gerenciar os recursos e a equipe de enfermagem, cabe ao enfermeiro identificar as complicações e traçar um plano de cuidados para implementar junto ao paciente cirúrgico ortopédico, visando minimizar sua ocorrência e dinamizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, visto que ainda não há um instrumento validado e específico para atender as necessidades da enfermagem perioperatória de maneira integral ao paciente cirúrgico ortopédico.

**Palavras-chave:** Ortopedia; Sala de recuperação; Enfermagem perioperatória; Cuidados de enfermagem.

### **Abstract**

Cross-sectional, exploratory, descriptive study with a quantitative approach, carried out at a Regional Emergency and Trauma Hospital in the city of Campina Grande, Paraíba, Brazil. 127 patients were analyzed using a semi-structured form, including sociodemographic information, data from the surgical procedure and assessment of postoperative nursing diagnoses. For data analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0, was used, considering the level of statistical significance of 5%. Descriptive analysis of the sample was performed, using mean and standard deviation to assess age and absolute and relative frequency for categorical variables. Of the 127 patients evaluated, the majority are male (70%), brown (50.4%), from surrounding cities (65.4%), with a predominance of incomplete elementary education (54.3%) as educational level. The main diagnoses identified in the POI were: impaired physical mobility (100%), impaired skin integrity (100%), risk of infection (100%), hypothermia (77%) and acute pain (100%). It is concluded that, in addition to managing the resources and the nursing team, it is up to the nurse to identify the complications and outline a care plan to implement with the orthopedic surgical patient, aiming to minimize its occurrence and to dynamize the Perioperative Nursing Care Systematization. It is suggested that further studies be carried out, since there is still no specific and validated instrument to meet the needs of perioperative nursing in an integral manner to the orthopedic surgical patient.

**Keywords:** Orthopedics; Recovery room; Perioperative nursing; Nursing care.

## Resumen

Estudio transversal, exploratorio, descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado en un Hospital Regional de Emergencias y Traumatismos de la ciudad de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Se analizaron 127 pacientes mediante un formulario semiestructurado, que incluyó información sociodemográfica, datos del procedimiento quirúrgico y valoración de los diagnósticos de enfermería postoperatorios. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0, considerando el nivel de significancia estadística del 5%. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, utilizando la media y la desviación estándar para evaluar la edad y la frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas. De los 127 pacientes evaluados, la mayoría son hombres (70%), morenos (50,4%), de ciudades aledañas (65,4%), con predominio de la educación primaria incompleta (54,3%) como nivel de escolaridad. Los principales diagnósticos identificados en el POI fueron: movilidad física alterada (100%), integridad cutánea alterada (100%), riesgo de infección (100%), hipotermia (77%) y dolor agudo (100%). Se concluye que, además de gestionar los recursos y el equipo de enfermería, le corresponde al enfermero identificar las complicaciones y trazar un plan de cuidados a implementar con el paciente quirúrgico ortopédico, con el fin de minimizar su ocurrencia y dinamizar la Sistematización de la Atención Perioperatoria de Enfermería. Se sugiere que se realicen más estudios, ya que aún no existe un instrumento validado y específico para cubrir las necesidades de la enfermería perioperatoria de manera integral al paciente quirúrgico ortopédico.

**Palabras clave:** Ortopedia; Sala de recuperación; Enfermería perioperatoria; Cuidados de enfermería.

## 1. Introdução

A Unidade de Centro Cirúrgico (CC) é definida como um conjunto de áreas e instalações destinadas à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos e recuperação anestésica, sendo considerado um dos sistemas mais importantes dentro do setor hospitalar (Carvalho & Bianchi, 2016).

Para a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) permite implementar a assistência do enfermeiro de maneira integral, individualizada e documentada nos períodos de experiência cirúrgica, como o pré, trans e pós-operatórios, de modo organizado quanto ao método, ao pessoal e aos

instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (SOBECC, 2017). Jost, Karin & Caregnato (2018) enfatizam que, esse sistema deve contemplar as cinco etapas de forma sistemática e dinâmica: avaliação pré-operatória, planejamento da assistência perioperatória, implementação da assistência, avaliação da assistência por meio da visita pós-operatória e reformulação da assistência de acordo com os resultados obtidos.

Nesse contexto, destaca-se o período pós-operatório imediato (POI), que compreende as primeiras 24h após a intervenção anestésico-cirúrgica. A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é o local designado para o atendimento do paciente no POI, de modo a acompanhar a recuperação da sua consciência, eliminação dos efeitos anestésicos e estabilização dos sinais vitais, com ênfase na prevenção de complicações decorrentes da anestesia ou do procedimento (SOBECC, 2017).

A ocorrência de complicações no POI, identificadas em pacientes admitidos na SRPA, pode estar atrelada às condições clínicas no período perioperatório, relacionadas ao tipo de cirurgia, anestesia, eficácia das medidas terapêuticas e à extensão do procedimento (Nunes, Matos & Mattia, 2014).

Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas em São Paulo no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, com foco no atendimento a crianças e adolescentes, foram avaliados pacientes no POI de cirurgias, tornando-se possível traçar onze Diagnósticos de Enfermagem (DE) reais e onze diagnósticos de risco. Os DE reais foram integridade da pele prejudicada, proteção ineficaz, mobilidade no leito prejudicada, dor aguda, padrão respiratório ineficaz, hipotermia, náusea, ansiedade, memória prejudicada, retenção urinária e comunicação verbal prejudicada (Souza, Carvalho & Paldino, 2012).

No contexto da cirurgia ortopédica, estudos que avaliam os DE pós-cirurgia ainda são incipientes. Dados divulgados pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), órgão da administração direta do Ministério da Saúde e referência no país para tratamento de cirurgias ortopédicas de alta complexidade, apresentaram números que revelam a ampliação dos procedimentos cirúrgicos feitos no primeiro quadrimestre de 2015, com percentual de 72%, que equivale a 3.289 cirurgias; enquanto que, em 2014, o número chegou a 1.908, comparando ao mesmo período de janeiro a abril (Brasil, 2015). Em Campina Grande-PB, o Hospital de referência no atendimento de Emergência e Trauma prestou atendimento a 71.584 pacientes, sendo realizadas 7.128 cirurgias nos primeiros dez meses do ano de 2017, incluindo as cirurgias ortopédicas decorrentes de acidentes de trânsito (Governo da Paraíba, 2017).

Diante disto, este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem no pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes

submetidos à cirurgia ortopédica.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado na SRPA de um Hospital Regional de Emergência e Trauma, situado no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. O hospital sede do estudo possui um Centro Cirúrgico (CC) composto por seis Salas Operatórias (SO) e uma SRPA com sete leitos, conforme recomendação da RDC 50/2002 (Governo da Paraíba, 2011), que contempla que a SRPA deve ter, minimamente, o número de SO somando-se uma, convertidos em leitos de recuperação (Brasil, 2002).

Segundo Pereira et al. (2018), a abordagem quantitativa pode ser explanada por opiniões, informações e números para classificá-las e analisá-las, requerendo o uso de recursos e técnicas estatísticas como média, mediana, moda, percentagem, coeficiente de correlação, análise de regressão, desvio padrão, entre outros.

O tamanho amostral para compor a pesquisa foi definido de modo que representasse a população estudada, baseando-se no número de procedimentos cirúrgicos ortopédicos realizados no Hospital de Trauma (300 cirurgias/mês) em pacientes maiores de 18 anos, considerando uma prevalência de complicações de 83% (Tennant et al., 2012). Desse modo, para o cálculo da amostra foi utilizada a calculadora do Epi Info, que faz parte do pacote de ferramentas interoperacionais de *software* de domínio público projetado para pesquisadores da saúde pública, adotando um nível de confiança de 95%, sendo necessária a avaliação de 127 pacientes.

Foram incluídos na amostra pacientes que estiveram no POI de cirurgias ortopédicas eletivas, acima de 18 anos, de ambos os sexos. Foram excluídos aqueles que possuíam alguma limitação da fala, pois dificultaria na transferência de informações.

A abordagem do paciente foi realizada um dia antes do procedimento cirúrgico, no qual foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, caso o paciente tivesse interesse em participar do estudo. Os dados foram coletados individualmente, por meio de um formulário semiestruturado, o qual contemplou informações sócio-demográficas coletadas no período pré-operatório, dados do procedimento cirúrgico e avaliação dos diagnósticos de enfermagem após a cirurgia, coletados durante a permanência do paciente na SRPA, local onde permanecem os pacientes no POI.

No formulário, buscou-se contemplar os dados sóciodemográficos para a caracterização da amostra, como idade, sexo, nível de escolaridade, profissão e local de moradia; assim como dados referentes ao procedimento cirúrgico, avaliação pré-anestésica realizada pelo anesthesiologista, classificando o estado físico do paciente de acordo com a *American Society of Anesthesiologists* (ASA), tipo de anestesia; tempo de duração do procedimento cirúrgico; posicionamento cirúrgico; bem como os principais DE identificados no POI.

Alguns dados foram utilizados por meio de pesquisas em prontuários, tais como: tempo de cirurgia, tipo de anestesia, presença de comorbidades, registro de ocorrência durante o ato anestésico-cirúrgico, as medicações utilizadas durante a cirurgia e registros da avaliação pré-anestésica do paciente. Buscaram-se, ainda, registros da evolução realizada no próprio prontuário do paciente, como: informações relativas aos cuidados prestados pós-procedimento cirúrgico (Ex.: administração de medicações, adoção de técnicas não farmacológicas para alívio da dor e outros desconfortos relatados pelo paciente).

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 e os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, no intuito de facilitar e organizar as informações obtidas. Foi realizada análise descritiva da amostra, utilizando-se média e desvio-padrão para avaliar a idade e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/CESED, em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que versa sobre as diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). A aprovação foi obtida via Plataforma Brasil, sob número CAAE: 91984318.4.0000.5175.

### **3. Resultados**

O estudo foi realizado com 127 pacientes no período de julho a agosto de 2018. A faixa etária predominante foi entre 40 e 59 anos, equivalendo a 33% (n=42), sendo a idade mínima de 18 e a máxima de 87 anos. Do total, verificou-se o predomínio do sexo masculino (70%), oriundos de municípios vizinhos a Campina Grande (65,4%). Em relação à cor da pele, 50,4% (n=64) dos pacientes se declararam de cor parda; 50,4% (n=64) responderam ter como profissão agricultor e, quanto ao nível de escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto com 54,3%. O grande número de pacientes oriundos de municípios vizinhos a Campina Grande revela que o Hospital é referência no atendimento de Urgência, Emergência e Trauma da região.

A maioria dos pacientes não apresentava doenças sistêmicas progressas (72,4%), o local da cirurgia mais prevalente foi nos membros inferiores (MMII), caracterizado por fraturas (60,7%); quanto ao posicionamento, todas as cirurgias foram realizadas com os pacientes em posição supina (100,0%). O tipo de anestesia mais utilizada foi a raquidiana (69,2%), o tempo de cirurgia variou de 1 e 2 horas (52,0%), com tempo de permanência na SRPA de até 1 hora (48,8%), destacando-se que todos os pacientes foram encaminhados para a SRPA antes de serem transferidos para a enfermaria (Tabela 1).

**Tabela 1.** Aspectos avaliados referentes aos dados do procedimento cirúrgico de 127 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica no Hospital de Trauma de Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

| ASPECTO AVALIADO                      |                                     | n         | %     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------|
| <b>Doenças sistêmicas progressas</b>  | Nega                                | 92        | 72,40 |
|                                       | Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) | 18        | 14,20 |
|                                       | Diabetes <i>Mellitus</i> (DM)       | 11        | 8,70  |
|                                       | Cardiopatias                        | 01        | 0,80  |
|                                       | DM/HAS                              | 03        | 2,40  |
|                                       | DM/HAS/Cardiopatias                 | 02        | 1,60  |
|                                       | <b>Tipo de cirurgia ortopédica</b>  | Amputação | 01    |
|                                       | Fratura em MMII*                    | 77        | 60,70 |
|                                       | Fratura em MMSS**                   | 22        | 17,30 |
|                                       | Fixação/osteossíntese               | 15        | 11,80 |
|                                       | Outros procedimentos cirúrgicos     | 12        | 9,40  |
| <b>Posição cirúrgica</b>              | Supina                              | 127       | 100,0 |
| <b>Tipo de Anestesia</b>              | Geral                               | 08        | 6,30  |
|                                       | Raquidiana                          | 88        | 69,20 |
|                                       | Anestesia combinada                 | 20        | 15,80 |
|                                       | Bloqueio de plexos                  | 11        | 8,70  |
| <b>Tempo de duração da cirurgia</b>   | Até 1h                              | 36        | 28,30 |
|                                       | 1 a 2 h                             | 66        | 52,00 |
|                                       | 2 a 3 h                             | 18        | 14,20 |
|                                       | Superior a 3 h                      | 07        | 5,50  |
| <b>Ocorrências durante a cirurgia</b> | Não                                 | 127       | 100,0 |
|                                       | Até 1h                              | 62        | 48,80 |

|                                       |                                       |    |       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|----|-------|
| <b>Tempo de predominância na SRPA</b> | 1 a 2 h                               | 51 | 40,20 |
|                                       | 2 a 3 h                               | 09 | 7,10  |
|                                       | Superior a 3 h                        | 05 | 3,90  |
| <b>Classificação da ASA***</b>        | ASA I                                 | 94 | 74,00 |
|                                       | ASA II                                | 30 | 23,70 |
|                                       | ASA III                               | 03 | 2,30  |
| <b>Mecanismo do trauma</b>            | Acidente com esportes                 | 01 | 0,80  |
|                                       | Acidente automobilístico /motocicleta | 63 | 49,60 |
|                                       | Acidente de trabalho                  | 06 | 4,70  |
|                                       | Queda da própria altura               | 25 | 19,70 |
|                                       | Atropelamento                         | 08 | 6,30  |
|                                       | Acidentes domésticos                  | 07 | 5,50  |
|                                       | Outros tipos de queda                 | 08 | 6,30  |
|                                       | Outros motivos                        | 09 | 7,10  |

Legenda: \*MMII: Membros inferiores; \*\* MMSS: Membros superiores; \*\*\*ASA: American Society of Anesthesiologists.

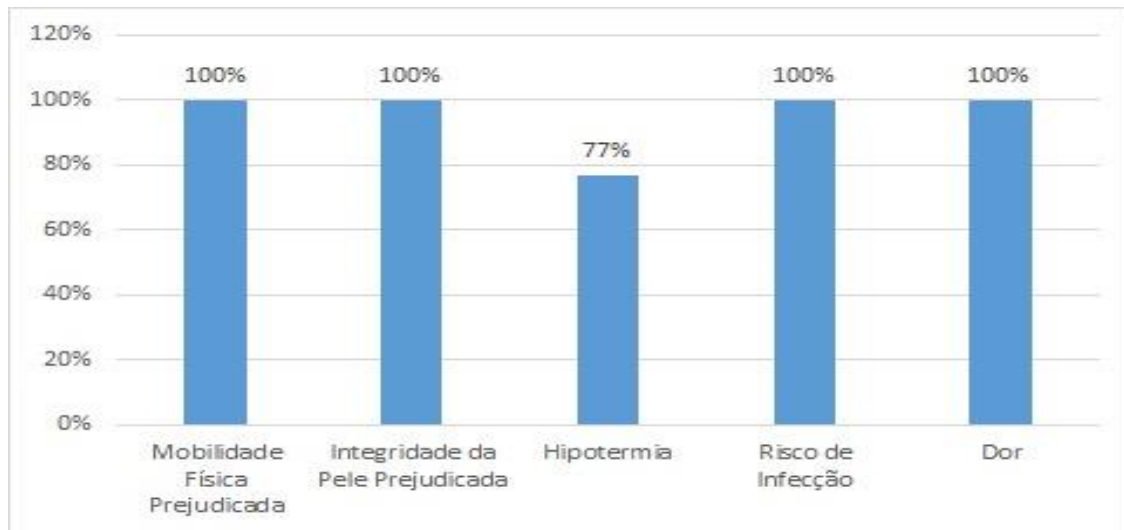
Fonte: Dados da Pesquisa coletados em Campina Grande, PB, Brasil, entre julho e agosto 2018.

No tocante à avaliação pré-anestésica, de acordo com a ASA, 74% (n=94) dos entrevistados apresentaram a classificação ASA I, ou seja, não possuía patologias sistêmicas, resultado este que pôde ser evidenciado pelo histórico progresso de patologias sistêmicas referidas pelos pacientes.

Os diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) foram analisados (Figura 1), evidenciando que todos os pacientes apresentaram Mobilidade física prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Hipotermia e Dor Aguda.



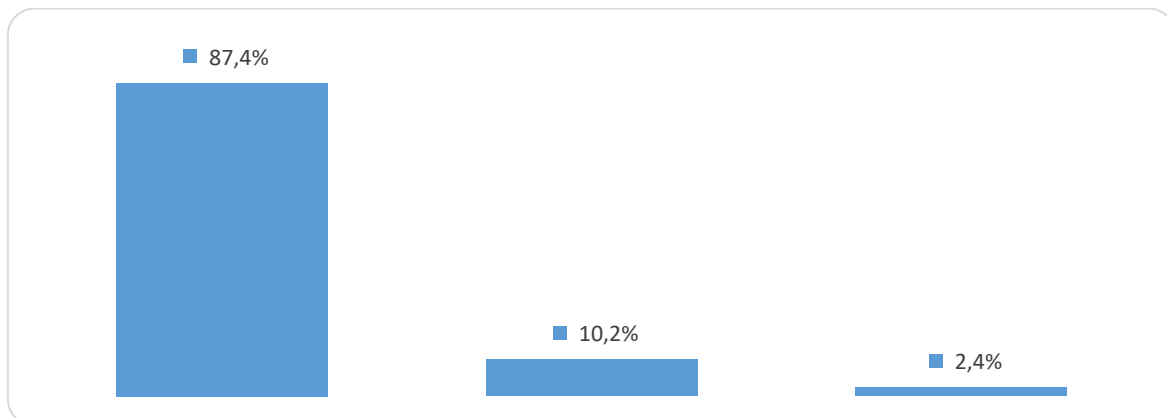
**Figura 1.** Avaliação dos diagnósticos de enfermagem no pós-operatório imediato de 127 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica no Hospital de Trauma de Campina Grande, PB, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa coletados em Campina Grande, PB, Brasil, entre julho e agosto 2018.

Analisando a escala numérica para avaliação da intensidade da dor (Figura 2), dos 127 pacientes (100%), 111 queixaram-se de dor leve, 13 de dor moderada e três de dor intensa.

**Figura 2.** Avaliação da intensidade da dor, conforme a escala numérica de 127 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica no Hospital de Trauma de Campina Grande, PB, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa coletados em Campina Grande, PB, Brasil, entre julho e agosto 2018.

A detecção da intensidade leve de dor foi predominante no momento da coleta, uma vez que os pacientes ainda se encontravam sob efeitos anestésicos, sendo justificados pelo uso da analgesia, prolongando seus efeitos até a recuperação anestésica.

#### 4. Discussão

No que se refere ao mecanismo do trauma, comprovou-se que 49,6% dos pacientes foram vítimas de acidentes automobilísticos com motocicleta, valor semelhante encontrado em outro estudo com 56,9%, destacando que as vítimas de acidentes de trânsito mais acometidas são adultos jovens, sobretudo do sexo masculino (Paiva et al., 2015; Rodrigues et al., 2010).

Em relação à cor da pele, dados de outro estudo se mostraram diferentes do encontrado na presente pesquisa, apresentando maior parte dos indivíduos entrevistados da cor branca. No entanto, esse mesmo estudo mostrou semelhança no tocante ao nível de escolaridade dos entrevistados, sendo a maioria com ensino fundamental incompleto (Novaes, Torres & Oliva, 2015).

No que concerne ao local do procedimento cirúrgico, dados similares foram evidenciados em pesquisa, no qual as regiões corporais mais acometidas foram as extremidades (46,8%) (Paiva et al., 2015). A posição supina é a mais utilizada em cirurgias, devido à melhor exposição e visualização de MMII e região abdominal (Lopes et al., 2015).

A predominância da raquianestesia como tipo de anestesia mais utilizada, justifica-se em decorrência da maioria dos procedimentos terem sido realizados em MMII. A anestesia raquidiana é a técnica mais utilizada em procedimentos ortopédicos, por oferecer vantagens, como menor tempo de internação, manutenção de alguns reflexos e respiração espontânea (Abduselam et al., 2013).

Quanto ao tempo de duração da cirurgia, os dados revelaram que a duração do procedimento cirúrgico foi relativa, conforme a individualidade de cada paciente, variando em torno de 120 minutos, predominantemente.

No tocante à classificação ASA, o escore mais prevalente foi ASA I, revelando ausência de doença sistêmica, conforme contatado em outros estudos, nos quais observou-se que 73,1% (Ribeiro et al., 2013) e 61,3% dos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas sendo classificados como ASA I (Chagas, 2016).

Estudos apontam que os DE mais prevalentes, como a mobilidade física é um fator significativo para conservação da independência do paciente, mas está comumente prejudicada devido ao procedimento cirúrgico, à presença de drenos que limitam a movimentação do corpo, às condições ortopédicas e à sensação de dor durante a movimentação (Novaes, Torres & Oliva, 2015).

Quanto ao diagnóstico de integridade da pele prejudicada, essa alta prevalência está justificada devido à submissão de procedimentos invasivos, como a cirurgia em si, além da

administração de medicamentos, coleta de material biológico, assim como a redução da atividade motora. Outros fatores como a imobilização no leito, a patologia associada e a falta de perfusão tissular podem, também, lesionar a pele, comprometendo sua integridade (Novaes, Torres & Oliva, 2015).

Vale salientar que a assistência prestada ao paciente no POI para manutenção da integridade da pele está atrelado aos cuidados com a incisão cirúrgica e o uso de antibioticoterapia, com o intuito de prevenir infecção e acelerar o processo de cicatrização da incisão cirúrgica (Souza, Carvalho & Paldino, 2012). No que se refere à dor, torna-se necessário aplicar a escala numérica e administração de analgésicos para promover conforto ao paciente (Nonino, Anselmi & Dalmas, 2008).

A hipotermia foi o DE com menor percentual (77,8%), quando comparado aos demais encontrados no presente estudo, sendo considerada hipotermia corporal o valor da temperatura menor ou igual a 36°C, havendo necessidade do uso de cobertores para aquecimento corpóreo. Autores afirmam que o controle da hipotermia é fundamental para a recuperação do paciente cirúrgico, pois pode acarretar, não apenas em desconforto térmico, mas também em complicações, como coagulopatias, aumento dos índices de infecção do sítio cirúrgico, alterações hormonais e recuperação retardada (Nunes, Matos & Mattia, 2014).

No que se refere ao risco de infecção, um estudo no qual foram avaliados 60 pacientes, com classificação ASA I-III e agendados para autoplastia total do joelho, os autores enfatizaram o estado em que o indivíduo corre risco aumentado de infecção ao se submeter a procedimentos cirúrgicos, devido a exposição a organismos patogênicos (Rodrigues et al., 2010).

Ao avaliar a intensidade da dor através da escala numérica, foi evidenciado na presente pesquisa que todos os pacientes referiram dor, porém com intensidade variada, seja ela leve, moderada ou intensa. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos com prevalência de dor que variou de 87,9% a 100% (Santana, Santos & Silva, 2017; Freitas, Guedes & Silva, 1997). De acordo com Chagas (2016), a presença de dor é decorrente da incisão cirúrgica, assim como produtos químicos utilizados, que provocam estímulos de terminações nervosas, como espasmos muscular, edemas, pressão.

Ainda, é importante endossar que, apesar de terem sido evidenciados na pesquisa cinco diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia ortopédica, não descarta a possibilidade de existirem outros diagnósticos em diferentes estudos, como o déficit no autocuidado para banho (Santana, Santos & Silva, 2017; Toledo, 2019), distúrbio no padrão do sono (Novaes, Torres & Oliva, 2015) e risco de queda (Mata et al., 2017).

A identificação dos DE presente neste estudo mostrou a relevância para a prática do

enfermeiro que atua no CC, tornando indispensável a aplicação da SAEP para o direcionamento específico e individualizado dos cuidados prestados aos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. Quando o enfermeiro, em sua prática, utiliza os DE, este modifica sua assistência, tornando-a integral e contribuindo para a qualidade de prática profissional. Além disso, por meio da identificação dos DE, podem ser identificadas deficiências, nas quais se deve intervir (Santana, Santos & Silva, 2017).

## 5. Considerações Finais

Os resultados apontam que a maioria dos participantes é do sexo masculino, de cor parda, oriundos de cidades circunvizinhas a Campina Grande, tendo agricultura como profissão predominante, nível de escolaridade ensino fundamental incompleto e sem patologias sistêmicas. Após serem submetidos ao procedimento cirúrgico ortopédico, durante a permanência na SRPA, foram traçados os diagnósticos de enfermagem no POI, identificando a mobilidade física e integridade da pele prejudicada, risco de infecção, dor aguda e hipotermia, sendo este último apresentado em menor prevalência.

É pertinente destacar a importância da SAEP para reduzir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente cirúrgico, sendo o alicerce que sustenta as ações de enfermagem, proporcionando melhoria da qualidade da assistência. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, uma vez que ainda não há um instrumento validado e específico para atender as necessidades da enfermagem perioperatória de maneira integral ao paciente cirúrgico ortopédico.

## Referências

Abdulselem, E., Donmez, F., Taspinar, V. & Dikmen B. Sedação controlada pelo paciente em cirurgia ortopédica sob anestesia regional: uma nova abordagem em sedação. (2013). *Rev. Bras. Anesthesiologia*, 63(5), 410-414. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003470942013000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942013000500007&lng=en).

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). (2017). *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde*. (7a ed.). São Paulo: Manole.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. (2002). Recuperado 18 Março, 2018 de [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf).

Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde*. Recuperado de [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Óbitos por acidentes de trânsito caem pelo segundo ano consecutivo*. Recuperado 24 Agosto, 2020 de <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42245-obitos-por-acidentes-de-transito-caem-pelo-segundo-ano-consecutivo>.

Carvalho, R. & Bianchi, E. R. F. (2016). *Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação*. (2a ed.). Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

Chagas, M. Q. L. (2016). *Perfil de pacientes pediátricos com diagnóstico de infecção de sítio cirúrgico após cirurgia ortopédica*. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25250>.

Freitas, M. C., Guedes, M. V. C., & Silva, L. F. (1997). Diagnósticos de enfermagem em pós-operatórios de cirurgias traumato-ortopédicas. *Rev Enferm UERJ*, 5(2), 439-48. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

Governo da Paraíba. *Trauma de Campina Grande chega a mais de 71 mil atendimentos em 2017, nesta 4ª*. (2017). Recuperado 13 Maio, 2018 de <http://paraiba.pb.gov.br/trauma-de-campina-grande-chega-a-mais-de-71-mil-atendimentos-em-2017>.

Governo da Paraíba. *Ricardo entrega novo Hospital de Trauma de Campina nesta 3ª*. [Internet]. (2011). Recuperado 13 Maio, 2018 de <http://paraiba.pb.gov.br/governador-entrega-novo-hospital-de-trauma-e-reefirma-%E2%80%9Ca-obra-e-do-povo%E2%80%9D>.

Jost, M. T, Viegas, K, & Caregnato, R. C. A. (2018). Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória na Segurança do Paciente. *Revista SOBECC*, 23(4), 218-225.

Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C. & Carvalho, F. (2015). Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta Paul. Enfermagem*, 28(1), 26-31. Recuperado de [http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/2033/1/04\\_ArtigosOriginais-2\\_25-4.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/2033/1/04_ArtigosOriginais-2_25-4.pdf).

Mata, L. R. F., Azevedo, C., Policarpo, A. G., & Moraes, J. T. (2017). Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25(e2904). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2904.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2904.pdf).

Michel, M. H. (2009). *Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais*. 2 ed. São Paulo: atlas, 2009.

Nonino, E. A. P. M., Anselmi, M. L. & Dalmas, J. C. (2008). Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16(1), 57-63. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692008000100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000100010&lng=en).

Novaes, E. S., Torres, M. M. O., & Oliva, A. P V. (2015). Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta Paul Enfermagem*, 28(1), 26–31.

Nunes, F. C., Matos, S. S., & Mattia, A.L. (2014). Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. *Rev. SOBECC*. 2014, 19(3), 129-35. Recuperado de [http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n3/03\\_sobecc.pdf](http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n3/03_sobecc.pdf).

Paiva, L., Monteiro, D. A. T., Pompeo, D. A., Ciol, M. A., Dantas, R. A. S. & Rossi, L. A. (2015). Readmissões por acidentes de trânsito em um hospital geral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(4), 693-9. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt\\_0104-1169-rlae-23-04-00693.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00693.pdf).

Pereira, A.S., Shitsuka, D.M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica*. 1 ed. Santa Maria: UFSM, NTE.

Ribeiro, J. C., Santos, C. B., Bellusse, G. C, Rezende, V. F. & Galvão, C. M. (2013). Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. *Acta Paul. Enfermagem*, 26(4), 353-359. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002013000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000400009&lng=en).

Rodrigues, N. B., Gimenes, C. M., Lopes, C. M. & Rodrigues, J. M. S. (2010). Mortes, lesões e padrão das vítimas em acidentes de trânsito com ciclomotores no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Rev. Fac. Ciênc. Médica*, 12(3), 21-25. Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/2931>.

Santana, V. M., Santos, J. A. A. & Silva, P. C. V. (2017). Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas. *Rev. Enferm. UFPE*, 11(Supl. 10), 4004-4010. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33189&indexSearch=ID>.

Souza, T. M., Carvalho, R. & Paldino, C. M. (2012). Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. *Rev. SOBECC*, 17(4), 33-47. Recuperado de <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/2.pdf>.

Tennant, L., Augier, R., Crawford-Sykes, A., Ferron-Boothe, D., Meeks-Aitken, N. & Jones K. (2012). Complicações pós-operatórias menores relacionadas à anestesia em pacientes de cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas em um hospital universitário de Kingston, *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(2), 188-198. Recuperado de [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942012000200005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942012000200005).

Toledo, L. V. (2019). Efeitos oxi-hemodinâmicos de diferentes tipos de banho no leito em pacientes críticos: revisão sistemática. In: Oliveira, A. C. O conhecimento na competência da teoria e da prática em Enfermagem. *Atena editora*, 3(1), 62-76.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Safira Ferreira do Nascimento – 50%

Layse Daniela de Lima Oliveira – 20%

Camilla Ribeiro Lima de Farias – 30%