

**Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem**

**Bruna Nogueira dos Santos**

**Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes de Pacientes em  
Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica em uma Unidade de  
Terapia Intensiva**

**Botucatu**

**2010**

**Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem**

**Bruna Nogueira dos Santos**

**Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes de Pacientes em  
Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica em uma Unidade de  
Terapia Intensiva**

**Monografia de Conclusão de Curso  
apresentada ao Curso de Graduação em  
Enfermagem. Faculdade de Medicina de  
Botucatu – UNESP.**

**Orientadora: Profa. Dra. Magda Cristina  
Queiroz Dell'Acqua**

**Botucatu  
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Santos, Bruna Nogueira dos.

Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes de Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva / Bruna Nogueira dos Santos. - Botucatu, 2010

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010  
Orientador: Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua  
Capes: 40401006

1. Cirurgia bariátrica. 2. Unidade de tratamento intensivo. 3. Obesidade mórbida. 4. Enfermagem médico-cirúrgica.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem; Obesidade Mórbida; Unidades de Terapia Intensiva.

*Dedico este trabalho a  
todos os meus familiares, que são  
as pessoas mais importantes da  
minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, por permanecer ao meu lado me mostrando sempre o melhor caminho.*

*À Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua pela orientação em todas as fases deste trabalho e por todo aprendizado científico e de vida que me proporcionou durante esses anos de convivência, sempre com respeito aos meus limites, dedicação e amizade.*

*À enfermeira chefe da UTI Central Meire Cristina Novelli e Castro e a todas as enfermeiras assistenciais da UTI Central, pela disponibilidade em contribuir para o meu aprendizado durante o estágio supervisionado e no desenvolvimento desta pesquisa.*

*À enfermeira do Grupo de Cirurgia Bariátrica, Érika Cibele Pereira Pavan pela grande contribuição para que este trabalho fosse realizado.*

*Aos médicos responsáveis pelo Grupo de Cirurgia Bariátrica do HC – UNESP Prof. Dr. Celso Vieira de Souza Leite e Prof. Dr. Luiz Eduardo Naresse por facilitarem a realização deste estudo.*

*Ao funcionário Agnaldo pela colaboração com a análise dos dados.*

*Ao funcionário Fernando pela formatação deste trabalho.*

*À bibliotecária Meire pela revisão das referências.*

*Às minhas amigas Ana, Mariana e Rita pela amizade e companheirismo nesses anos de convívio.*

*Aos meus pais e à minha irmã Maira pelo apoio incondicional e pelo incentivo em seguir em frente, com responsabilidade e determinação.*

*Ao meu namorado, Luiz Guilherme pelo companheirismo e atenção dispensada em todos os momentos que eu mais precisei.*

*A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.*

## SUMÁRIO

Lista de tabelas

Lista de Quadros

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO .....	1
2	OBJETIVOS .....	15
3	MÉTODO .....	16
3.1	Tipo de Estudo .....	16
3.2	Local do Estudo .....	16
3.3	População .....	17
3.4	Procedimentos Éticos .....	17
3.5	Coleta de Dados .....	18
3.6	Análise dos Dados .....	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	19
4.1	Caracterização do Perfil Clínico dos Pacientes .....	19
4.2	Diagnósticos de Enfermagem Levantados .....	27
5	CONCLUSÃO .....	48
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
7	ANEXOS .....	58

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1.** Distribuição dos Participantes da Pesquisa conforme Sexo. Botucatu,2010.....20
- TABELA 2.** Distribuição dos Participantes da Pesquisa Conforme a Idade. Botucatu, 2010.....20
- TABELA 3.** Distribuição dos Participantes da Pesquisa conforme o IMC Pré-Operatório. Botucatu, 2010.....22



## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1.** Distribuição dos Participantes da Pesquisa Conforme Comorbidades Apresentadas. Botucatu, 2010.....23
- QUADRO 2.** Diagnósticos de Enfermagem Levantados em Pacientes em Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Bariátrica em UTI e sua Frequência nos Pacientes Estudados. Botucatu, 2010.....28
- QUADRO 3.** Diagnósticos de Enfermagem Levantados e os Domínios aos quais Pertencem. Botucatu, 2010.....30

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil clínico dos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva; identificar e analisar os Diagnósticos de Enfermagem apresentados por esses pacientes segundo a Taxonomia II de NANDA. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, prospectivo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. A população foi composta por todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e encaminhados à UTI no período de junho a agosto de 2010, com n de 13 pacientes. A coleta de dados foi realizada baseada no instrumento de Histórico de Enfermagem que é constituído por Anamnese, Exame Físico e Exames Complementares. Os dados foram analisados e os resultados trabalhados permitindo constatar que: a) dentre os 13 pacientes estudados, 10 são do sexo feminino (76,9%) e 3 do sexo masculino (23,1%); a maioria está na faixa etária entre 30 e 40 anos; do total de 13 pacientes, 11 são obesos mórbidos, ou seja, possuem IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup>; b) foram encontrados 22 Diagnósticos de Enfermagem sendo que 14 deles tiveram frequência de 100% e fazem parte dos domínios de Atividade e Repouso, Conforto, Eliminação e Troca, Segurança e Proteção, Papéis e Relacionamentos. Portanto, conclui-se que os diagnósticos possibilitam que o enfermeiro conheça as respostas humanas alteradas ou os riscos para alteração de maneira individualizada, contribuindo para o planejamento de intervenções específicas. Foi possível verificar que a etapa Diagnóstico de Enfermagem do Processo de Enfermagem pode ser implementada pelos enfermeiros sistematicamente, pois em geral ocorre o raciocínio clínico do profissional, mas ainda de forma não sistematizada.

**Palavras-chave:** Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica, Diagnóstico de Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem.

## ABSTRACT

The goal of this study is to characterize the clinical outline of patients in post-operative of bariatric surgery attended in an Intensive Care Unit and identify the nursing diagnosis presented by these patients in accordance to Taxonomy II of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). This is a transversal, descriptive and prospective study that was developed at the Intensive Care Unit of the Clinical Hospital of Botucatu Medical School – UNESP. The population was composed by all the patients who were submitted to the bariatric surgery and were attended at the Intensive Care Unit in the period between June and August of 2010, totalizing 13 patients. The data were collected based on the Nursing History that is composed by the Anamnesis, Physical Examination and Complementary Exams. The results were worked out: a) among the 13 patients studied, 10 are women (76,9%) and 3 men (23,1%); the majority is between 30 and 40 years old; 11 people of 13 are morbid obese, which means that they have Body Mass Index higher than  $40 \text{ kg/m}^2$ ; b) It was identified 22 nursing diagnosis and 14 of these were found in 100% of the patients. They belong to the dominions of Activity/Rest, Comfort, Elimination and Changing, Security and Protection, Functions and Relationships. Therefore, in relation to the factors, it was concluded that nursing diagnosis help nurses to understand the unsettled human answers or the risks to disturbance in an individual way, which contributes to plan specific interventions to these patients. It was possible to verify that the stage of the nursing diagnosis that is part of the nursing process should be executed by the nurses systematically, because it has been realized by the nurses' clinical idea, but not in a systematical way.

**Key words:** Morbid Obesity, Bariatric Surgery, Nursing Diagnosis, Intensive Care Units, Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal<sup>(1)</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se obesidade quando o Índice de Massa Corporal (IMC) encontra-se acima de 30 kg/m<sup>2</sup><sup>(1)</sup>. A obesidade também é classificada quanto à sua gravidade, sendo considerada obesidade grau I quando o IMC está entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau II quando o IMC situa-se entre 35 e 39,9kg/m<sup>2</sup> e obesidade grau III, também conhecido como obesidade mórbida, quando o IMC ultrapassa 40 kg/m<sup>2</sup><sup>(1,2)</sup>.

A obesidade afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo<sup>(2,3)</sup>. Nos Estados Unidos, 60% dos homens e 51% das mulheres tem sobrepeso ou obesidade e no Brasil, 40% da população está acima do peso<sup>(2)</sup>.

Além do sobrepeso e da obesidade constituírem um problema por si só, eles determinam um risco maior para o surgimento de doenças como o diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, derrame e alguns tipos de câncer<sup>(3)</sup>. Diante disso, a prevalência de obesos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-Intensiva tem aumentado<sup>(4)</sup>. Nos países desenvolvidos, essa doença vem se tornando um grande problema de saúde pública por conta desses riscos associados<sup>(1)</sup>. Além da probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas, a obesidade confere ao seu portador uma piora da qualidade de vida e diminuição da expectativa da duração da vida<sup>(3)</sup>.

O tratamento para o sobrepeso e a obesidade envolve várias abordagens como a utilização de dietas, melhora no estilo de vida, fármacos antiobesidade,

---

psicoterapia e prática de exercícios físicos<sup>(1,3,4)</sup>. Entretanto, muitas pessoas não respondem a estas manobras terapêuticas ou apresentam recidivas frequentes, necessitando uma intervenção mais eficaz, como a cirurgia bariátrica, que tem mostrado grande auxílio na condução de casos de obesidade<sup>(1,4)</sup>.

As estratégias desenvolvidas na cirurgia bariátrica promovem redução do reservatório gástrico, aumento do tempo de esvaziamento do mesmo e redução da área de absorção intestinal de forma global ou específica para lipídeos<sup>(3)</sup>.

Esse tratamento cirúrgico visa promover menor absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido e/ou reduzir o volume de alimentos ingeridos, devido à restrição mecânica gástrica que provoca sensação de saciedade mais precocemente<sup>(3)</sup>.

A cirurgia bariátrica vem apresentando alto índice de utilização nos últimos anos<sup>(4)</sup>. Nos Estados Unidos foram realizados 40.000 procedimentos cirúrgicos em 2001, aumentando radicalmente para 86.000 em 2002<sup>(3)</sup>. Este aumento justifica-se pela eficácia e segurança que esta técnica tem demonstrado, com grande avanço da tecnologia empregada, além de atingir os objetivos esperados como o bom resultado na perda de peso, aumento na qualidade de vida e resolução de boa parte das comorbidades associadas<sup>(2,3,5)</sup>.

Em 2001, a cirurgia bariátrica foi regulamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para ser realizada pelas instituições de saúde públicas no Brasil. Na metade de 2007, o SUS conferiu aos hospitais acreditados o valor de R\$ 3.259,72 por procedimento<sup>(6)</sup>.

A indicação para a realização da cirurgia bariátrica depende da análise de múltiplos aspectos clínicos do paciente como possuir IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup>

---

ou a 35 kg/m<sup>2</sup> associado à comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, apneia do sono, dislipidemias, dificuldades de locomoção, doença coronariana, obstrução linfática ou venosa de membros inferiores, hipertensão pulmonar e cardiomiopatia da obesidade<sup>(1-4)</sup>.

Além disso, o paciente deve ter um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade, fracasso do tratamento convencional bem conduzido, não possuir doenças endócrinas como hipopituitarismo ou síndrome de Cushing, não possuir dependência de álcool ou drogas, não ser portador de doenças que contra-indiquem cirurgias de grande porte e ter uma avaliação favorável de suas possibilidades psíquicas para suportar transformações radicais de comportamento que são impostas pela cirurgia<sup>(1-3)</sup>.

Em 1990, com o aparecimento da cirurgia laparoscópica, ou minimamente invasiva, usufruindo de alta tecnologia, instrumentais adequados, técnicas de anestesia e posição do paciente para a realização desse tipo de procedimento, houve um grande avanço na cirurgia bariátrica. Esta passou a não mais necessitar de uma incisão abdominal tradicional, além de provocar menor estresse sistêmico e imunológico ao organismo, reduzindo a incidência de complicações gastrointestinais. Outros benefícios que a cirurgia laparoscópica proporciona ao paciente é uma melhor recuperação pós-operatória, redução do tempo de hospitalização e de retorno às atividades habituais, menor frequência de relato de dor, melhor resultado estético e benefícios sócioeconômicos<sup>(3)</sup>.

Outras vantagens da cirurgia laparoscópica em relação à cirurgia aberta são que a primeira possui menor tempo de permanência na unidade de cuidados pós-anestésicos, menor tempo para deambulação, menor tolerância para a ingestão de líquidos, remoção do cateter endovenoso mais rapidamente,

---

menor necessidade de analgésicos, tempo de internação significativamente menor. Uma desvantagem é que a duração da anestesia na cirurgia laparoscópica é maior<sup>(3)</sup>.

Dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, 6 a 24% necessitam mais de 24 horas de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Destes, 21% são submetidos à cirurgia aberta, em comparação a 7,6% que realizaram cirurgia laparoscópica<sup>(2)</sup>.

Para garantir maior segurança ao paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica, é sugerido que este seja encaminhado à Unidade de Cuidados Intensivos após a alta da sala de recuperação anestésica, embora existam poucos estudos que determinam as causas da indicação da internação em UTI. A decisão é tomada baseada nos critérios da equipe médica de acordo com limitações respiratórias do paciente ou algumas possíveis intercorrências na cirurgia<sup>(3,4)</sup>.

Estudos mostram que os fatores que predispõem à internação em UTI são sexo masculino, idade superior a 50 anos, IMC igual ou maior que 60 kg/m<sup>2</sup>, diabetes mellitus, cardiopatias, dificuldade venosa e necessidade de reoperação<sup>(3,4)</sup>.

Apesar de a cirurgia bariátrica ser bem tolerada, podem ocorrer complicações no intra ou pós-operatório imediato, principalmente complicações respiratórias, pois com a obesidade, a função dos músculos respiratórios e a movimentação diafragmática estão prejudicadas. Isto ocorre devido à restrição da expansão da caixa torácica e pelo depósito de gordura central. Essas alterações pulmonares podem ser acentuadas por fatores como idade, tempo cirúrgico, anestesia e posição do paciente durante a cirurgia. Diante disso,

---

tornam-se necessários cuidados intensivos para garantir, principalmente, mecânica ventilatória por tempo adequado<sup>(3,4)</sup>.

Além das complicações respiratórias, que exigem cuidados intensivos, existem outras complicações que podem ocorrer e para evitá-las a equipe de enfermagem deve estar de prontidão monitorando, avaliando, prestando os cuidados e comunicando à equipe cirúrgica<sup>(3)</sup>.

No pós-operatório, os obesos estão sob o risco de eventos tromboembólicos, principalmente pela imobilização<sup>(4)</sup>. A incidência de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar em período pós-operatório de cirurgia bariátrica são de 2,6% e 0,95% respectivamente<sup>(3)</sup>. O evento tromboembólico ocorre em média cinco dias após a cirurgia, podendo ocorrer até vinte e um dias depois<sup>(2)</sup>. É de extrema importância a orientação e o estímulo para a deambulação precoce, a fim de reduzir o risco de tromboembolismo pulmonar e de outros problemas respiratórios<sup>(4)</sup>.

Os pacientes bariátricos geralmente possuem áreas intertriginosas, dobras da pele, onde o tecido é macerado, de difícil higienização e frequentemente apresentam dermatites crônicas, desenvolvendo maior risco para a formação de úlcera por pressão. Portanto é importante cuidar da integridade da pele destes pacientes, mantendo-a sempre seca para impedir irritações e aparecimento de erupções fúngicas, além de avaliar as condições da ferida operatória e realizar os cuidados necessários para a prevenção de infecções<sup>(2,3)</sup>.

Todo paciente cirúrgico bariátrico deve ser orientado quanto à educação alimentar que é uma etapa importante no período pós-operatório. O profissional orienta, supervisiona e acompanha a evolução dietética de acordo com um guia

---

de dietas individual e ajustado para cada fase da recuperação do paciente. A dieta se inicia com líquidos, após uma ou duas semanas da cirurgia são introduzidos alimentos pastosos e depois de um mês, dieta leve. A tolerância alimentar depende de cada um, podem ocorrer náuseas e vômitos devido à superalimentação ou pela deglutição de fragmentos maiores de alimento<sup>(2,3)</sup>.

A desidratação é muito comum após a cirurgia, principalmente pela baixa ingestão de líquidos e pode ser agravada por vômitos e diarreia. O paciente cirúrgico bariátrico não pode ingerir grande quantidade de líquidos, portanto deve-se estimular a ingestão de pouca quantidade, com maior frequência<sup>(2)</sup>.

Cerca de 20 a 30% de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem sofrer de síndrome de Dumping no pós-operatório, que é uma resposta fisiológica aos açúcares simples decorrente do seu poder osmótico e da liberação de insulina. É caracterizada por um mal estar súbito depois de ingerir açúcares, com tremor, sudorese, taquicardia, tontura e muitas vezes intensa diarreia<sup>(2,3)</sup>.

Além de alterações fisiológicas, o procedimento cirúrgico pode gerar alterações emocionais que predispõem os pacientes a complicações, prolongando a internação. Estudos indicam que a fase do desenvolvimento da pessoa em que a obesidade tem início faz diferença na evolução pós-operatória da mesma em relação ao seu psicológico, ou seja, quem era magro e tornou-se obeso tende a recuperar a imagem corporal como magro com mais facilidade, porém quem estava acima do peso ou foi obeso desde criança tem dificuldades em se adaptar à nova imagem como magro<sup>(3)</sup>.

Diante de tantas mudanças as quais o paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica é submetido, é estritamente necessária uma equipe

---

multidisciplinar com experiência e conhecimentos fisiopatológicos para o acompanhamento destes pacientes. Dentro desta equipe destaca-se o trabalho do enfermeiro que tem grande importância para o resultado positivo do tratamento<sup>(3,5)</sup>.

O enfermeiro começa atuar no pré-operatório, realizando um histórico detalhado do paciente, este que é essencial para o planejamento da cirurgia, pois oferece informações que podem afetar o resultado final. Além disso, dá orientações em relação aos exames solicitados e seus objetivos e informa o paciente sobre todo o período perioperatório<sup>(3,5)</sup>.

A grande mudança no estilo de vida do paciente em consequência da cirurgia bariátrica pode provocar dificuldade de adesão ao tratamento. Diante disso, o enfermeiro deve planejar e implementar estratégias para estimular e possibilitar a participação do paciente e sua família no sucesso da cirurgia<sup>(3)</sup>.

O enfermeiro deve oferecer a assistência necessária de qualidade, baseada nos aspectos técnico-científicos do tratamento a fim de alcançar um resultado minimamente satisfatório. Ele é responsável pelo cuidado, incentivo e orientações no período pós-operatório<sup>(3,5)</sup>.

É imprescindível que o paciente receba informações e suporte para se adaptar principalmente às mudanças nos hábitos alimentares e na imagem corporal, além de orientações específicas sobre reeducação alimentar, cuidados com drenos, com a pele, cicatriz cirúrgica, importância da deambulação e do auto-cuidado, além de sinais e sintomas que indiquem necessidade de atenção médica<sup>(5)</sup>.

A educação intensiva influencia na habilidade do paciente em atuar para sua recuperação, além de diminuir sua ansiedade por estar hospitalizado,

---

---

recém-operado, afastado dos familiares e de suas atividades diárias<sup>(3,5)</sup>.

No pós-operatório tardio, o enfermeiro deve manter um contato próximo com o paciente para monitorar a evolução nesta fase, a perda de peso, condição psicológica, a aceitação e adesão à dieta recomendada, e estar de prontidão caso o paciente relate qualquer sinal de complicação<sup>(3,5)</sup>.

Os estudos procuram descrever a melhor forma de cuidar do obeso submetido à cirurgia bariátrica, porém isso ainda é um desafio para a enfermagem pela complexidade deste paciente<sup>(3)</sup>.

Para oferecer os cuidados necessários, focando especialmente o pós-operatório em Cuidados Intensivos, o enfermeiro utiliza-se do Processo de Enfermagem (PE), que é um método para a organização e prestação do cuidado de enfermagem<sup>(7)</sup>.

*“O processo de enfermagem consiste de cinco etapas inter-relacionadas – Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. As etapas são cíclicas, não lineares... a aplicação dos princípios de cada uma das 5 etapas ajuda-o a...formar hábitos de raciocínio que o ajudem a obter confiança e habilidades necessárias para pensar criticamente nas situações clínicas, teóricas e de teste...pensar de maneira sistemática e organizada, ajudando-o a evitar a perda de qualquer fato importante...reconhecer padrões e indícios intuitivos, procurando, então, a evidência que apóia sua intuição...destaca a necessidade de avaliação constante, exigindo reflexão tanto nas respostas do paciente como na prática (como é prestado o cuidado), para que possam ser feitas correções de forma precoce. Exige que se melhore continuamente o cuidado de enfermagem, incentivando o pensar com criatividade sobre a obtenção de melhores resultados com maior facilidade, mais eficiência e menores custos”<sup>(8)</sup>.*

P.33 e 34.

A base de sustentação do Processo de Enfermagem (PE), por vezes intitulado SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) são as etapas que envolvem o levantamento de problemas de saúde do indivíduo, a identificação de diagnósticos de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, implementação das ações planejadas e avaliação da evolução do paciente<sup>(9)</sup>.

---

O PE tem na sua estrutura três grandes dimensões, que são analisadas e colocadas como pressupostos para a conceituação, e são: propósito, organização e propriedades. O propósito principal do PE é oferecer uma estrutura que atenda às necessidades individualizadas do paciente, família e comunidade. Para que isso ocorra deve existir uma relação interativa entre o cliente e o enfermeiro, tendo como foco o paciente. A organização, como anteriormente mencionada, é a dimensão que conta com as cinco fases do processo. Como propriedades são abordadas seis: ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias<sup>(10)</sup>.

Esses elementos são importantes de serem apresentados, pois trazem condições para os enfermeiros refletirem sobre os pressupostos e perceberem se realizam ou não o PE.

Ao discutir Processo de Enfermagem julga-se essencial comentar sobre os modelos conceituais e/ou teorias de enfermagem, estas que têm como objetivo organizar o pensamento do enfermeiro, sua observação e interpretação da realidade. Além disso, visam fornecer uma estrutura sistemática e racional às atividades, direcionando as pesquisas para questões relevantes sobre o fenômeno (paciente, ambiente, saúde e enfermagem) mostrando soluções para os problemas e fornecendo critérios gerais para se saber quando um problema foi resolvido. As teorias de enfermagem também especificam para os enfermeiros a missão e os limites da profissão. Elas clarificam o domínio das responsabilidades da enfermagem e permitem aos praticantes e/ou profissionais documentar serviços e resultados<sup>(11)</sup>.

A necessidade de descrever, explicar, predizer e controlar os fenômenos com o propósito de um referencial próprio da enfermagem, fez com que na

---

década de 50 surgissem os primeiros trabalhos de Hildegard Peplau, Virginia Henderson e Martha Rogers. Entre 1964 a 1981, pelo menos 22 modelos conceituais ou teorias de enfermagem foram publicadas nos Estados Unidos<sup>(12)</sup>.

A base da ciência enfermagem é a sua estrutura teórica. O Processo de Enfermagem, enquanto método, utiliza-se dessa estrutura e a aplica na prática. Tal abordagem deve ser deliberativa para solução de problemas e exige como requisito habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, com o objetivo de satisfazer às necessidades do cliente e família<sup>(13)</sup>.

Após os comentários sobre os modelos conceituais, passar-se-á a uma abordagem pontuando uma descrição histórica do processo de enfermagem.

Em 1920 Harmer sugeriu que os enfermeiros deveriam utilizar o método científico, organizando a ciência enfermagem, identificando os problemas específicos bem como registrando os problemas de enfermagem identificados e também designar prescrições, ou seja, propor tratamento de enfermagem para esses problemas. Naquele momento foi abordada a ideia de diagnóstico para enfermagem ainda que de forma implícita<sup>(14)</sup>.

A primeira descrição de processo foi realizada por Lydia Hall em 1955. Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) e Ernestine Wiedenbach (1963) desenvolveram, cada uma um processo diferente, constituído por três fases com elementos simplificados do processo de cinco fases<sup>(7)</sup>.

Em 1967, Yura e Walsh escreveram o primeiro texto que descrevia um processo de quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação<sup>(15)</sup>.

Na metade dos anos 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger e Jauron

---

(1975) e Aspinall (1976) acrescentaram às 4 fases, o diagnóstico, constituindo o processo de 5 fases<sup>(10)</sup>.

O Processo de Enfermagem foi delineado de maneiras diferentes, pelos diversos autores, mas existem elementos comuns referentes às cinco etapas. O Histórico de Enfermagem ou Avaliação Inicial inicia o processo com a coleta de dados sistemática, e tem o objetivo de identificar problemas de saúde atuais ou potenciais<sup>(16,17)</sup>.

O Diagnóstico deriva da etapa anterior e pode ser referente aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que tenham possibilidade de sofrer intervenções independentes de enfermagem. Os Diagnósticos de Enfermagem também são construídos através da detecção de problemas interdependentes, que podem ser monitorizados pelo enfermeiro quanto ao seu início ou evolução da condição. Para controlar esses problemas, há necessidade de se utilizar da prescrição médica e as intervenções de enfermagem buscam minimizar as complicações. Autores salientam, ainda, que esta etapa, que também compõe o cenário da prática de enfermagem, pode promover um aumento na credibilidade e autonomia do enfermeiro<sup>(16,17)</sup>.

Existe um empenho, dentre os trabalhos realizados pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), em estabelecer uma taxonomia que possa ser consensual. Alguns diagnósticos já foram validados nas conferências e hoje aceita-se que as denominações dos diagnósticos devem representar o fenômeno da prática. Existe também a intenção clara da NANDA em incluir a taxonomia num capítulo do Código Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(18)</sup>.

O Planejamento é a terceira etapa, das cinco, sendo o estabelecimento

---

mútuo das metas e objetivos com o julgamento das prioridades. Realiza-se nessa fase a elaboração de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais<sup>(16,17)</sup>.

A Implementação, quarta etapa, é a fase que se elabora as ações por meio das prescrições de enfermagem. É a execução do plano de cuidados. O enfermeiro precisa ter habilidade de julgamento clínico, reflexão crítica e tomada de decisão, baseando-se em princípios científicos. Nessa etapa a responsabilidade é assumida pelo enfermeiro, que inclui o paciente, família e demais membros da equipe de enfermagem e saúde<sup>(16,17)</sup>.

A quinta e última etapa é a Evolução de Enfermagem que consiste na verificação do alcance das metas e objetivos propostos, como resposta do paciente às intervenções de enfermagem<sup>(16,17)</sup>.

No Brasil, como pioneira, destaca-se Horta; com a contribuição na realização de estudos e pesquisa desde a década de 60. Na década de 70 a referida autora propõe o modelo de assistência com base na teoria das necessidades humanas básicas<sup>(19,20)</sup>.

Wanda de Aguiar Horta apoiou-se em colocações conceituais, proposições e princípios que fundamentam a ciência da enfermagem. O processo é abordado numa sistematização de fases que são dinamicamente interrelacionadas, com o objetivo de assistir ao cliente, família e comunidade de forma individualizada<sup>(21)</sup>.

Então, a operacionalização do processo ocorre por meio de seis fases. A primeira fase é o histórico de enfermagem, roteiro sistemático para a realização da coleta de dados significativos, oferecendo aos enfermeiros a possibilidade de identificar os problemas dos pacientes. O diagnóstico de enfermagem é a

---

segunda fase, tendo o objetivo de identificar as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência. O plano assistencial consiste na determinação global da assistência de enfermagem, baseado nos diagnósticos que foram levantados. Utiliza-se nesta etapa as determinações para as ações de: fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar. O plano de cuidados ou prescrição de enfermagem é o roteiro diário de ações, que contém aprazamento e orienta a equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades dos clientes. A evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das alterações que ocorrem, sendo uma avaliação global da prescrição de enfermagem implementada. A sexta e última fase é o prognóstico de enfermagem, que representa a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas, após a assistência prestada<sup>(21)</sup>.

Diante da contribuição dos estudos realizados por Horta no Brasil, da realidade da profissão em outros países e do contexto atual, é coerente pensar-se também sobre o que dispõe o exercício profissional.

Após a promulgação da Lei 7.498, de 25/06/86, referente ao exercício da enfermagem, dispõe o Art. 11, como atividades exclusivas do enfermeiro a “consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e quando exigem conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”<sup>(22)</sup>.

Dentre essas etapas a NANDA definiu diagnóstico de enfermagem como o julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais. Eles podem garantir uma base segura para a

---

assistência prestada pelo enfermeiro<sup>(23)</sup>.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem para um determinado paciente possibilita que o enfermeiro conheça as respostas humanas alteradas ou os riscos para alteração e pode contribuir para o planejamento de intervenções individualizadas<sup>(24)</sup>.

O conjunto de diagnósticos de enfermagem que um paciente apresenta evidencia a complexidade do seu estado clínico e as respectivas atividades necessárias para a sua evolução<sup>(25)</sup>.

Percebe-se que na literatura há escassez de estudos sobre o tema, demonstrando assim a relevância deste estudo. Considerando que todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, são encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva para assistência pós-operatória, espera-se que a equipe de saúde que cuida, especialmente a equipe de enfermagem, esteja apoiada em ciência, para ter as condições de após rigorosa avaliação clínica poder implementar a assistência requerida.

Para isso o estudo questiona: Quais são os Diagnósticos de Enfermagem prevalentes dos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica em UTI?

Diante do exposto apresenta-se os seguintes objetivos do estudo.

---

## 2 OBJETIVOS

Este estudo tem os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil clínico dos pacientes quanto: sexo, idade, IMC em pré-operatório, comorbidades.
  - Identificar e analisar os Diagnósticos de Enfermagem prevalentes apresentados por pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva com base na Taxonomia II de NANDA.
  - Oferecer subsídios para a implementação do Processo de Enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.
-

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, prospectivo. Os estudos descritivos têm como objetivo essencial a descrição das características de uma população ou fenômenos, diferente dos exploratórios que visam proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo de determinado fato pouco explorado. Os estudos prospectivos partem da observação de grupos expostos a um ou mais fatores de risco<sup>(26)</sup>.

Assim, perante o estudo percebe-se que a escolha metodológica aplica-se adequadamente ao objeto estudado. Ao apresentar os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, assistidos em UTI, poder-se-á, com os resultados, contribuir para a ciência. Fica possível testar o Histórico de Enfermagem já utilizado nesta determinada UTI e fornecer dados comparativos aos demais estudos nesta área. Com isso, acredita-se contribuir para a construção do conhecimento e ajudar na qualificação da assistência de enfermagem.

#### **3.2 Local do Estudo**

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP.

Esta UTI é dividida em sítios assistenciais, ou seja, os pacientes são separados de acordo com sua patologia, motivo de internação, os dias de internação na unidade ou em outra seção do mesmo hospital<sup>(27)</sup>.

---

São três sítios, chamados células. A primeira é a célula de isolamento, com quatro leitos, onde ficam os pacientes com patologias que necessitam isolamento por gotículas e/ou aerossóis ou dependentes de hemodiálise, pois nesses quartos encontram-se canulação com água de diálise. A segunda célula é a de pós-operatório, com cinco leitos, utilizada para pacientes em pré e/ou pós-operatório ou para pacientes com entrada pelo Pronto Socorro com necessidade de cuidados intensivos. Os pacientes que constituíram a amostra deste estudo ficaram nesta célula. A terceira célula é a de longa permanência, para onde são transferidos os pacientes que estão nesta UTI há mais de seis dias e têm condição para o transporte, além dos pacientes que estavam internados em outra enfermaria e que necessitam de cuidados intensivos<sup>(27)</sup>.

Esta Unidade conta atualmente com 15 leitos, atende diversas especialidades com em média 50 pacientes por mês e um tempo médio de permanência na unidade de 6 dias. A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira coordenadora, treze enfermeiros assistenciais e trinta e dois técnicos e auxiliares de enfermagem, divididos em quatro turnos.

### **3.3 População**

A população foi constituída de todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e encaminhados à UTI no período de junho a agosto de 2010, com total de 13 pacientes, portanto foi constituída uma amostra de conveniência.

### **3.4 Procedimentos Éticos**

Conforme propõe a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(28)</sup>, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética para aprovação e

---

recebeu o parecer favorável nº 3492 – 2010 (Anexo I).

Os pacientes que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) e nos casos em que não houve condições clínicas para essas assinaturas, foi solicitado aos familiares a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada baseada no Instrumento, o Histórico de Enfermagem (Anamnese, Exame Físico e Exames Complementares) já utilizado rotineiramente na Unidade de Terapia Intensiva onde o estudo foi realizado (Anexo III) que durante o processo de trabalho já é preenchido pelos profissionais da Unidade e nessa oportunidade foi a própria pesquisadora quem preencheu. Por ser coletados dados do paciente, tivemos as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2010.

### **3.6 Análise dos Dados**

Após a coleta, os dados foram eletronicamente compilados em uma planilha de dados no Microsoft Office Excel 2007 pela própria pesquisadora e utilizou-se do software Epi Info para Microsoft Windows XP, versão 3.5.1. para tirar a frequência de ocorrência dos dados, assim foram analisados para identificar a caracterização dos pacientes e os Diagnósticos de Enfermagem.

Os Diagnósticos de Enfermagem foram avaliados segundo NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>(29)</sup> pelo título do diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados para formulação dos Diagnósticos de Enfermagem.

Os dados foram representados por tabelas e quadros.

---

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo foi realizado com 13 pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica e encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva para serem assistidos no pós-operatório imediato. O Histórico de Enfermagem composto por Anamnese, Exame Físico e Exames Complementares foi utilizado como Instrumento pela pesquisadora nas primeiras 24 horas de pós-operatório e por meio dele foram levantados os diagnósticos de enfermagem para cada paciente.

Optou-se por apresentar os resultados na seguinte sequência:

- Caracterização do Perfil Clínico dos Pacientes
- Diagnósticos de Enfermagem Levantados

### **4.1 Caracterização do Perfil Clínico dos Pacientes**

Dentre os 13 pacientes estudados, conforme a Tabela 1, 10 são do sexo feminino (76,9%) e 3 do sexo masculino (23,1%). Um estudo realizado no ano de 2009 no Rio Grande do Sul<sup>(30)</sup> também apontou a predominância de mulheres sendo submetidas à cirurgia bariátrica. Esse fato pode ser justificado por estudos que afirmam que na maioria dos países as mulheres possuem maior IMC e maior ocorrência de obesidade do que o homem e relaciona a maior procura de mulheres obesas pela cirurgia bariátrica pela pressão social em relação à estética<sup>(31,32)</sup>.

---

**Tabela 1** – Distribuição dos Participantes da Pesquisa conforme Sexo. Botucatu, 2010.

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	<b>10</b>	<b>76,9</b>
<b>Masculino</b>	<b>3</b>	<b>23,1</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

A idade dos participantes da pesquisa, do total de 13, apresentada na Tabela 2, variou de 21 a 53 anos, sendo que 3 pacientes (23,1%) tinham entre 20 e 30 anos, 4 pessoas (30,8%) de idade entre 30 e 40 anos, 3 (23,1%) tinham entre 40 e 50 anos e 3 pacientes (23,1%) de idade entre 50 e 60 anos. A maioria, portanto, está na faixa etária entre 30 e 40 anos.

**Tabela 2** – Distribuição dos Participantes da Pesquisa conforme a Idade. Botucatu, 2010.

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>20 – 30 anos</b>	<b>3</b>	<b>23,1</b>
<b>30 – 40 anos</b>	<b>4</b>	<b>30,8</b>
<b>40 – 50 anos</b>	<b>3</b>	<b>23,1</b>
<b>50 – 60 anos</b>	<b>3</b>	<b>23,1</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos pacientes iniciou o pré-operatório 3 anos antes da cirurgia, sendo que 3 pacientes (23,1%) iniciaram em 2009, 4 (30,8%) em 2008, 4 (30,8%) em 2007, 1 (7,7%) paciente em 2005 e 1 (7,7%) em 2002.

O estudo em questão foi realizado em um serviço público. Sabe-se que há

uma demanda reprimida de em média 300 pacientes cadastrados no Grupo de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu que aguardam em uma fila de espera a convocação para se preparar para o procedimento cirúrgico e ser submetido a ele, se não houver nenhuma intercorrência no processo.

No caso do Sistema Único de Saúde em que o mecanismo determinante da produção e do consumo não é o sistema de preços, as filas de espera são atribuídas a um desequilíbrio entre a demanda e a oferta dos bens e produtos de saúde<sup>(33)</sup>. Também deve-se considerar dentre outras possíveis variáveis o tempo necessário de preparo em pré-operatório, a organização dos horários cirúrgicos, entre outras.

Quanto ao IMC pré-operatório, 2 pacientes (15,4%) tinham entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup>, portanto possuem obesidade grau II, 4 pacientes (30,8%) estavam entre 40 e 45 kg/m<sup>2</sup>, 2 pacientes (15,4%) entre 45 e 50 kg/m<sup>2</sup>, 2 (15,4%) entre 50 e 55 kg/m<sup>2</sup>, 1 paciente (7,7%) com IMC entre 55 e 60 kg/m<sup>2</sup>, além de 1 paciente (7,7%) com IMC 65 kg/m<sup>2</sup> e outro (7,7%) com IMC 77 kg/m<sup>2</sup>. Diante desses dados, pode-se verificar que dos 13 pacientes estudados, 11 são obesos mórbidos, ou seja, possuem IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup>, conforme verificado na Tabela 3.

A obesidade é reconhecida como uma condição grave que se inclui na esfera cirúrgica por ter como conseqüências piora da qualidade de vida pelas comorbidades associadas, alta probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores e redução da expectativa de duração da vida<sup>(3)</sup>. Os candidatos ao tratamento cirúrgico são os pacientes com IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC

---

maior que 35 kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, apneia do sono, entre outras<sup>(1)</sup>.

**Tabela 3** – Distribuição dos Participantes da Pesquisa conforme o IMC Pré-Operatório. Botucatu, 2010.

<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 a 40</b>	2	15,4
<b>40 a 45</b>	<b>4</b>	<b>30,8</b>
<b>45 a 50</b>	2	15,4
<b>50 a 55</b>	2	15,4
<b>55 a 60</b>	1	7,7
<b>65</b>	1	7,7
<b>77</b>	1	7,7
<b>Total</b>	13	100,0

Quanto às comorbidades, do total de 13 pacientes, 11 (84,6%), a maioria, possuía Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ressalta-se que o controle dessa doença é facilitado pela cirurgia bariátrica<sup>(34)</sup>, por isso o HAS também é um dos critérios a serem avaliados para quem irá submeter-se à cirurgia bariátrica. Ainda, 4 pacientes (30,85%) apresentavam Diabetes Mellitus tipo 2, 4 pacientes (30,8%) apresentavam hipotireoidismo, sendo que 1 deles também apresentava Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), 2 indivíduos (15,4%) possuíam alguma doença respiratória, sendo que um deles foi o único paciente encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva ainda com intubação orotraqueal, 1 paciente (7,7%) apresentava dislipidemia e apneia do sono, 1 paciente (7,7%) apresentou IAM prévio e 1 paciente (7,7%) possuía Miastenia Gravis, este que foi acompanhado na Unidade de Terapia Intensiva desde o pré-

operatório, já que geralmente os pacientes eram internados às sextas-feiras na enfermaria de Gastrocirurgia, na segunda-feira eram submetidos ao procedimento cirúrgico e realizavam o pós-operatório imediato na Unidade de Terapia Intensiva. Alguns pacientes, conforme o Quadro 1, possuíam mais de uma comorbidade associada, aumentando o risco cirúrgico.

**Quadro 1** – Distribuição dos Participantes da Pesquisa Conforme Comorbidades Apresentadas. Botucatu, 2010.

<b>Comorbidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hipertensão</b>	<b>11</b>	<b>84,6</b>
Diabetes Mellito	4	30,8
Hipotireoidismo	4	30,8
Doença Respiratória	2	15,4
Dislipidemia	1	7,7
Apneia do sono	1	7,7
IAM	1	7,7
Miastenia Gravis	1	7,7

Com relação ao tabagismo, do total de 13 pacientes, 12 pacientes (92,3%) não eram tabagistas, sendo que 5 deles (41,7%) fumavam e pararam, portanto são ex-tabagistas e 1 paciente (7,7%) ainda apresentava o hábito de fumar.

Um terço da população global é tabagista<sup>(35)</sup>. No Brasil, 15,2% da população acima de 18 anos tem o hábito de fumar<sup>(35)</sup>. O único paciente tabagista participante desta pesquisa apresentava como comorbidade HAS e doença respiratória, inclusive foi o único paciente que estava em ventilação mecânica no pós-operatório imediato.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, do total de 13 pacientes, 10 (76,9%)

referiram não fazer uso de bebida alcoólica e 3 pacientes (23,2%) afirmaram beber socialmente, não foi possível detalhar esse dado, os pacientes referiam apenas se faziam uso de bebida alcoólica ou não e quando a resposta era positiva, explicavam que o hábito de beber era em pequena quantidade ou socialmente.

Em relação à atividade física, 7 pacientes (53,9%) referiram não realizar nenhuma, enquanto 5 pacientes (38,5%) tinham esse hábito, predominando a caminhada. O exercício físico é uma forma de perder peso, porém nesses pacientes, obesos mórbidos em sua grande maioria, apenas o exercício físico ou mesmo que seja associado a uma dieta, não são eficazes o suficiente para que o doente chegue ao seu peso ideal<sup>(1,3,4)</sup>.

Quanto aos hábitos urinários, 11 pacientes (84,6%) tinham hábitos normais, 1 paciente (7,7%) do sexo feminino era incontinente aos esforços e 1 paciente (7,7%) referia poliúria devido ao diabetes mellitus tipo 2 que apresentava como comorbidade.

Quanto aos hábitos intestinais, 11 pacientes do total de 13 (84,6%) referiram normalidade e 2 (15,4%) disseram ser constipados.

Com relação ao apoio familiar por meio de visitas, nenhum paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva podia permanecer com acompanhante, porém todos eles com exceção de 1, recebiam visitas de familiares diariamente.

Em relação à condição clínica que os pacientes chegavam à Unidade de Terapia Intensiva, vindos do Centro Cirúrgico, encontrou-se pacientes conscientes, porém sonolentos, muitas vezes; mantendo comunicação verbal, ainda que lentificada.

---

O padrão respiratório era normal, eupneico, porém com Máscara de Venturi a 50% com 15 litros de oxigênio como suporte ventilatório. Apenas 1 paciente chegou ainda intubado; a ausculta pulmonar era normal, com Murmúrios Vesiculares e ausente de Ruídos Adventícios; a saturação de oxigênio mantinha-se em valores adequados. Esse paciente intubado correspondeu ao indivíduo citado no Quadro 1, com evento prévio de doença respiratória.

Quanto à condição hemodinâmica, os pacientes encontravam-se estáveis. Aqueles portadores de HAS como comorbidade apresentaram picos hipertensivos.

Todos os pacientes que tinham como antecedente clínico a hipertensão faziam uso de fármaco anti-hipertensivo. Quando o paciente era admitido na UTI ao término da cirurgia, realizava-se o histórico de enfermagem e levantava-se a informação de que o paciente era hipertenso crônico, porém muitas vezes não era possível ter a informação de quando foi administrada a última dose da medicação anti-hipertensiva, portanto assim como todos os pacientes em UTI, ele permanecia com monitorização hemodinâmica contínua e ao verificar níveis de pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e pressão diastólica maior que 90 mmHg, significando hipertensão arterial sistêmica, possivelmente pela interrupção no uso do fármaco<sup>(36)</sup>, a equipe médica era avisada e o quadro era logo revertido com a administração de anti-hipertensivo via oral.

Todos os pacientes apresentavam abdome com cicatriz cirúrgica vertical em região mediana apresentando-se limpa e seca, com apenas um caso de deiscência e prolongamento da internação.

Além disso, todos os pacientes possuíam dois sistemas de drenagem

---

abdominal pós-cirúrgica, que tem como objetivo permitir a saída de coleções de sangue e líquido intra-abdominal que podem servir como meio de cultura para bactérias dentro da cavidade. Um dos drenos era de sistema aberto, chamado dreno de “Penrose” localizado abaixo da cicatriz cirúrgica. O segundo dreno era de sistema fechado e trata-se de um dispositivo de aspiração portátil à vácuo chamado de “J-vac”. Este tem como princípio a aspiração constante e suave da ferida operatória estimulando a drenagem dos líquidos e colabando os retalhos cutâneos contra o tecido subjacente, removendo assim o “espaço morto”. Esse tipo de drenagem causa menos dor e dificulta a contaminação. Ele ficava inserido em flancos direito ou esquerdo, próximo à cicatriz cirúrgica<sup>(36,37,38)</sup>.

É papel da enfermagem realizar os cuidados com drenos que consistem em avaliar e registrar o débito das drenagens de cada dreno separadamente de forma confiável e consistente; verificar o aspecto e a cor das drenagens; realizar o curativo das inserções dos drenos de forma asséptica; notificar o cirurgião caso a drenagem seja excessiva ou em quantidade crescente de sangue fresco<sup>(36)</sup>.

Todos os pacientes possuíam Acesso Venoso Periférico por onde recebiam eletrólitos em bomba de infusão, além de outros fármacos como antibióticos, inibidores da bomba de prótons, antiemético e analgésico. Esses eram os fármacos básicos, certamente podendo sofrer alterações de um paciente para outro.

Quanto à diurese, do total de 13 pacientes, 9 (69,2%) apresentaram diurese espontânea, sendo que a diurese estava presente em 6 pacientes. 4 (30,8%) necessitaram de sondagem vesical de demora.

Em relação à evacuação, nenhum paciente apresentou evacuação nas

---

primeiras 24 horas de pós-operatório, o que é esperado pelo momento do tratamento.

Dos 13 pacientes, 10 referiram ansiedade, 5 referiram náusea e 7 apresentaram dor aguda.

Diante dessas características, foi possível levantar os diagnósticos de enfermagem prevalentes desses pacientes em pós-operatório imediato internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, então na sequência, passa-se a apresentá-los.

#### **4.2 Diagnósticos de Enfermagem Levantados**

Passa-se agora a apresentar os diagnósticos de enfermagem (DE) levantados nos 13 pacientes e desse total a frequência para cada diagnóstico. Com isto, pode-se verificar os prevalentes na condição clínica de pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em UTI.

Foram encontrados 22 Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II de NANDA<sup>(29)</sup> para pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, conforme demonstrado no Quadro 2.

---

**Quadro 2** - Diagnósticos de Enfermagem Levantados em Pacientes em Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Bariátrica em UTI e sua Frequência nos Pacientes Estudados. Botucatu, 2010.

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Capacidade de Transferência Prejudicada</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Mobilidade no leito prejudicada</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Risco de Integridade da Pele Prejudicada</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Conforto Prejudicado</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Risco de Motilidade Gastrointestinal Disfuncional</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Risco de Infecção</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Risco de Disfunção Neurovascular Periférica</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Déficit no autocuidado para vestir-se</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Déficit no autocuidado para banho</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Déficit no autocuidado para higiene íntima</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Processos Familiares Interrompidos</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Ventilação Espontânea Prejudicada</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Risco de Constipação</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Ansiedade	9	69,2
Dor Aguda	7	53,8
Náusea	5	38,5
Risco de Glicemia Instável	4	30,8
Recuperação Cirúrgica Retardada	1	7,7
Integridade da Pele Prejudicada	1	7,7
Incontinência Urinária de Esforço	1	7,7
Dentição Prejudicada	1	7,7

Do total de 22 diagnósticos, observa-se que 63,6% (n=14) têm frequência de 100%, ou seja, todos os pacientes que participaram do estudo apresentaram esses diagnósticos. Isso ocorreu porque eles se relacionam à

---

obesidade, ao procedimento cirúrgico ao qual os pacientes foram submetidos ou ao processo de hospitalização e essas situações estão presentes em todos os pacientes da amostra. Os 8 diagnósticos restantes (36,7%) apareceram apenas em alguns pacientes devido às características específicas e manifestações clínicas pessoais de cada indivíduo. O padrão de resposta humana ao evento “pós-operatório” é particular, singular a cada pessoa. Neste processo de análise ressalta-se a prevalência de achados, mas respeita-se as especificidades.

Os Diagnósticos de Enfermagem de NANDA<sup>(29)</sup> são divididos por domínios, ou seja, uma esfera de atividade, estudo ou interesse<sup>(29)</sup>. Do total de 22 DE, 31,8% dos diagnósticos de enfermagem levantados (n=7) fazem parte do domínio 4<sup>(29)</sup> que contempla a Atividade/Repouso significando a produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos<sup>(29)</sup>. Na sequência, 27,3% dos diagnósticos (n=6) são do domínio 11<sup>(29)</sup> que diz respeito à Segurança/Proteção, ou seja, estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos<sup>(29)</sup>; 13,6% dos diagnósticos (n=3) referem-se ao domínio 3<sup>(29)</sup>, este que dispõe sobre Eliminação e Troca, significando secreção e excreção de produtos residuais do organismo<sup>(29)</sup>; 13,6% são do domínio 12<sup>(29)</sup> (n=3), que diz respeito ao Conforto, ou seja, sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social<sup>(29)</sup>; 4,5% dos diagnósticos levantados fazem parte do domínio 2<sup>(29)</sup> (n=1), este que contempla Nutrição, atividades de ingerir, assimilar e usar nutrientes com fins de manter e reparar tecidos e produzir energia<sup>(29)</sup>; 4,5% são do domínio 7<sup>(29)</sup> (n=1), Papéis e relacionamentos, conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de

---

pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas<sup>(29)</sup>; 4,5% são do domínio 9<sup>(29)</sup>, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse (n=1), lutas contra eventos/processos da vida<sup>(29)</sup>.

No Quadro 3 esses dados são apresentados.

**Quadro 3** - Diagnósticos de Enfermagem Levantados e os Domínios aos quais pertencem. Botucatu, 2010.

<b>Domínio</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem pertencentes ao domínio</b>
<b>Domínio 4 - Atividade/Repouso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de Transferência Prejudicada</li> <li>• Mobilidade no leito prejudicada</li> <li>• Recuperação Cirúrgica Retardada</li> <li>• Ventilação Espontânea Prejudicada</li> <li>• Déficit no autocuidado para vestir-se</li> <li>• Déficit no autocuidado para banho</li> <li>• Déficit no autocuidado para higiene íntima</li> </ul>
<b>Domínio 11 - Segurança/Proteção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de Infecção</li> <li>• Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório</li> <li>• Risco de Integridade da Pele Prejudicada</li> <li>• Integridade da Pele Prejudicada</li> <li>• Risco de Disfunção Neurovascular Periférica</li> <li>• Dentição Prejudicada</li> </ul>
<b>Domínio 3 - Eliminação e Troca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de Motilidade Gastrointestinal Disfuncional</li> <li>• Risco de Constipação</li> <li>• Incontinência Urinária de Esforço</li> </ul>
<b>Domínio 12 – Conforto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto Prejudicado</li> <li>• Dor Aguda</li> <li>• Náusea</li> </ul>
<b>Domínio 2 – Nutrição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de Glicemia Instável</li> </ul>
<b>Domínio 7- Papéis e relacionamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos Familiares Interrompidos</li> </ul>
<b>Domínio 9- Enfrentamento/Tolerância ao Estresse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade</li> </ul>

Optou-se por discutir apenas os Diagnósticos de Enfermagem que foram

aplicados em mais de 3 pacientes estudados, totalizando 18 diagnósticos.

Dentre os Diagnósticos de Enfermagem que mais se destacaram, encontra-se **“Capacidade de Transferência Prejudicada”** e **“Mobilidade no Leito Prejudicada”** com frequência de 100%.

O diagnóstico **“Capacidade de Transferência Prejudicada”** é definido como “limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas”<sup>(29)</sup>. Os fatores relacionados a esse diagnóstico foram: limitações ambientais, obesidade, força muscular insuficiente e dor nos casos específicos de pacientes que apresentaram dor no pós-operatório imediato<sup>(29)</sup>. As características definidoras do diagnóstico foram: incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama, incapacidade de transferir-se da cama para a posição em pé, incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes<sup>(29)</sup>.

**“Mobilidade no leito prejudicada”** tem como definição “limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito”<sup>(29)</sup>. Os fatores relacionados foram: limitações ambientais, obesidade, força muscular insuficiente e dor em alguns pacientes<sup>(29)</sup>. As características definidoras foram incapacidade prejudicada de “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama, capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada, capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro<sup>(29)</sup>.

A obesidade em si já dificulta a transferência e a mobilidade do paciente, quando somado às limitações ambientais como a falta de recursos materiais e de recursos humanos, o cuidado torna-se mais difícil. Em pós-operatório imediato o paciente ainda está com a força muscular debilitada e muitas vezes apresenta dor, portanto ele não consegue transferir-se da maca para o leito

---

sem ajuda, não consegue levantar para tomar banho ou ir ao banheiro e tudo isso precisa ser feito no leito.

Um estudo sobre as dificuldades encontradas pelo enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica demonstrou que as maiores dificuldades são a transferência, mobilização, posicionamento e transporte do paciente. Em segundo lugar está a ausência de materiais e equipamentos especiais como maca de transporte específica para obesos, elevador hidráulico para transferir o paciente de uma maca para outra, entre outros equipamentos. Outras dificuldades apontadas foram a ausência de intervenção psicológica e a técnica do cateterismo vesical<sup>(39)</sup>.

Diante da ausência de recursos materiais e equipamentos específicos para mobilização do paciente obeso, é necessário um maior número de profissionais para movimentar ou transferir esse paciente com a ajuda apenas do lençol da cama que é usado como passante e dá sustentação para o profissional lateralizar o doente, realizando a assistência necessária e procurando oferecer segurança ao profissional de enfermagem<sup>(39)</sup>.

Os Diagnósticos de Enfermagem **“Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório”** e **“Risco de Integridade da Pele Prejudicada”** caracterizam riscos comuns para pacientes que são submetidos à cirurgias e à hospitalização, sem a possibilidade de mobilização no leito. Neste caso, a obesidade constitui um fator agregante para o risco de desenvolvimento de lesões cutâneas. Esses diagnósticos aparecerem em 100% dos pacientes.

**“Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório”** tem como definição “risco de mudanças anatômicas e físicas involuntárias, resultantes de postura ou equipamento usado durante procedimento invasivo/cirúrgico”<sup>(29)</sup>. Os

---

fatores de risco são imobilização, obesidade, distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia, fraqueza muscular<sup>(29)</sup>.

Um estudo evidencia como fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão no período perioperatório o tempo cirúrgico, comorbidades como o diabetes, alterações no IMC e uso de colchão padrão da mesa cirúrgica. Ainda enfatiza a necessidade de implementação de intervenções preventivas para o desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes com IMC alterado, que é o caso dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica<sup>(40)</sup>.

O diagnóstico **“Risco de Integridade da Pele Prejudicada”** é definido como “risco de a pele ser alterada de forma adversa”<sup>(29)</sup> e difere do primeiro diagnóstico por não estar relacionado somente ao posicionamento perioperatório. Os fatores de risco constituem de fatores mecânicos (pressão), imobilização física, estado nutricional desequilibrado (obesidade) e pele úmida<sup>(29)</sup>. É muito comum os pacientes exsudarem principalmente pelos membros superiores, mantendo sua pele úmida, o que somado à imobilidade, à pressão que o corpo exerce sobre o colchão e à obesidade, facilitam ainda mais o surgimento de lesões cutâneas.

Os princípios para a formação de úlceras por pressão constituem de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos referem-se à apresentação clínica do paciente destacando-se idade, estado nutricional, perfusão tecidual, uso de medicamentos, além das doenças associadas principalmente o diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Os fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento dessas lesões são a fricção, cisalhamento, umidade e pressão, esta que é considerada o principal fator causador das úlceras. O risco para o surgimento das lesões decorrente da

---

pressão apresenta variáveis como a intensidade da pressão, duração da mesma e tolerância tecidual. A imobilidade é o principal fator de risco para os pacientes hospitalizados. Outros fatores específicos de pacientes em pós-operatório como a anestesia, alteração do nível de consciência, suporte ventilatório durante o procedimento cirúrgico e restrição de movimento por períodos prolongados, aumentam ainda mais o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão<sup>(41,42,43)</sup>.

Pode-se observar que os dois últimos diagnósticos dizem respeito ao risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, porém por causas distintas. O paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica permanece horas sob anestesia em uma mesa cirúrgica com um colchão padrão não adequado para a prevenção de úlceras por pressão; no pós-operatório imediato fica em uma Unidade de Terapia Intensiva onde não é possível deambular, permanecendo no leito praticamente imóvel pela dificuldade em realizar mudanças de decúbito; muitas vezes mantém a pele úmida decorrente da exsudação. Esses são fatores que conferem alto risco para o surgimento de úlceras na pele e é papel da enfermagem a prevenção da fragilidade da mesma e a prevenção de úlceras por pressão<sup>(3)</sup>.

As maneiras de intervenção a esses diagnósticos contemplam estimular o paciente a realizar mudança de decúbito, atentando sempre para possíveis alterações hemodinâmicas e respiratórias, realizar massagem de conforto com creme hidratante, manter o paciente limpo e seco e avaliar a ferida cirúrgica periodicamente, esta que constitui um risco para a integridade da pele prejudicada pela possibilidade de surgimento de deiscência. Para que isso não ocorra, usa-se o espartilho de tecido que confere maior segurança para o

---

abdome, não deixa que a musculatura seja sobrecarregada e principalmente mantém a cicatriz cirúrgica pressionada, impedindo que ela se abra. As proeminências ósseas e regiões mais suscetíveis devem ser protegidas com dispositivos estáticos como colchões de espuma ou gel, colchão de ar ou almofadas de espuma e gel<sup>(25,39)</sup>. No serviço onde o estudo foi realizado, já no pré-operatório são verificadas as medidas de circunferência abdominal e comprimento entre o rebordo costal e a sínfise púbica para a confecção do espartilho de pano, que é encaminhado à UTI para que o paciente comece a usar o mais rápido possível.

O Diagnóstico de Enfermagem “**Conforto Prejudicado**” teve frequência de 100% e significa a “falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social”<sup>(29)</sup>. As características definidoras desse diagnóstico foram falta de privacidade, estímulos ambientais nocivos, falta de controle da situação, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado além de relatos de fome e ansiedade<sup>(29)</sup>.

Os relatos de fome foram encontrados em apenas 2 pacientes (15,4%) e a ansiedade foi encontrada em 5 pacientes (38,5%). Essas características são pessoais e por mais que seja uma situação complexa para todos, cada um reage de uma maneira, portanto nem todos os pacientes apresentaram ansiedade tão exacerbada. A falta de privacidade é evidente em situações de hospitalização, onde os pacientes ficam muito próximos uns dos outros fisicamente, além do fato de que se trata de uma Unidade de Terapia Intensiva, ou seja, a todo momento algum profissional da saúde está por perto exercendo sua função. O padrão de sono perturbado também é consequente da hospitalização, que coloca o paciente em um ambiente estranho, considerado

---

nocivo muitas vezes e sem a possibilidade de ter uma pessoa como acompanhante.

Para intervir, oferecendo uma possível melhora no conforto do paciente, pode-se verificar quais são as situações que geram um bem estar maior a ele, talvez uma luz apagada, um travesseiro, manter o celular por perto, são situações simples que promovem um ambiente mais tranquilo àquele que se encontra em uma situação de estresse.

Os diagnósticos **“Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional”** e **“Risco de Constipação”** apareceram em 100% dos pacientes.

**“Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional”** é definido como “risco de atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrintestinal”<sup>(29)</sup>. Nesse caso, a atividade peristáltica poderia estar diminuída pelos fatores relacionados encontrados<sup>(29)</sup>, sendo cirurgia abdominal, imobilidade, agentes farmacêuticos, mudança nos alimentos, além de diabetes mellitus em 5 pacientes e doença do refluxo gastroesofágico em 1 paciente, estes que possuem essas duas doenças como comorbidades. Os agentes farmacêuticos em uso pelos pacientes que podem gerar motilidade gastrintestinal disfuncional são os inibidores da bomba de prótons como o Omeprazol e os antibióticos que geralmente são usados como profilaxia.

Esses pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia abdominal, geralmente há 24 horas em jejum, com pouca movimentação corporal, em uso dos medicamentos citados acima apresentaram ausculta abdominal de Ruídos Hidroaéreos Hipoativos e em 100% dos casos a evacuação estava ausente nas primeiras 24 horas.

Essa condição clínica faz relação com o diagnóstico de **“Risco de**

---

**Constipação**” que é o “risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas”<sup>(29)</sup>. Os fatores relacionados<sup>(29)</sup> são a obesidade; mudança nos alimentos ingeridos e mudança nos padrões habituais de alimentação, já que os pacientes encontravam-se em jejum; mudanças recentes de ambiente que é um fator que para muitas pessoas dificulta os hábitos de evacuação; higiene íntima inadequada (privacidade inadequada), pois a higiene íntima era realizada por um profissional da saúde e não pelo próprio paciente; motilidade diminuída do trato gastrointestinal que tem como manifestação clínica os Ruídos Hidroaéreos Hipoativos citados anteriormente; além de hábitos irregulares de evacuação citado por alguns pacientes durante o Histórico de Enfermagem.

A condição em que os pacientes do estudo se encontram são predisponentes para a constipação intestinal pela restrição hídrica, imobilidade no leito, jejum, rotina intestinal interrompida, ansiedade, entre outros<sup>(44)</sup>.

As intervenções de enfermagem para esses dois últimos diagnósticos seriam ausculta dos ruídos abdominais antes de administrar qualquer dieta via oral, estimular a mobilização do paciente sempre que possível, realizar higiene íntima adequada, preservando a privacidade do paciente, o que também deve acontecer quando este sentir necessidade de evacuar.

**“Risco de Infecção”** é definido como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”<sup>(29)</sup> e tem como fatores de risco<sup>(29)</sup> as defesas primárias inadequadas, pois a pele está comprometida na região abdominal pela cicatriz cirúrgica e pelas inserções dos sistemas de drenagem, além do acesso venoso em um dos membros superiores; exposição ambiental

---

aumentada a patógenos já que o ambiente hospitalar é colonizado por germes mais resistentes e diferentes daqueles existentes no ambiente extra-hospitalar; procedimentos invasivos pela própria cirurgia, pelos drenos e acesso venoso; doença crônica como diabetes e hipertensão apresentadas em 4 e 11 pacientes respectivamente.

As intervenções de enfermagem para prevenção de infecção são: lavar as mãos antes de manipular o paciente, fazer uso de luvas, realizar o curativo da cicatriz cirúrgica e das inserções dos drenos de maneira estéril, desprezar as drenagens apenas ao final de cada plantão, trocar o acesso venoso periférico periodicamente, conforme orientado pela Comissão de Infecção Hospitalar, observar e registrar presença de sinais flogísticos em locais de punções, drenos e cicatriz cirúrgica, manter o ambiente limpo<sup>(25)</sup>.

O diagnóstico **“Risco de Disfunção Neurovascular Periférica”** apareceu em 100% dos pacientes pensando no alto risco para o desenvolvimento de trombose venosa profunda em pacientes hospitalizados, especialmente àqueles submetidos à cirurgia de grande porte<sup>(45)</sup>. Esta doença é caracterizada pela formação de trombos que podem ocluir totalmente ou parcialmente as veias do sistema venoso profundo<sup>(1,3,4,46)</sup>.

O tromboembolismo venoso é descrito como a causa mais comum de mortalidade hospitalar prevenível<sup>(47)</sup>. A ocorrência dessa complicação depende da alteração em um ou mais fatores da tríade de Virchow, esta que considera como fatores responsáveis pelo processo trombótico as alterações do fluxo sanguíneo (estase venosa), de componentes sanguíneos (hipercoagulabilidade) e da parede vascular (lesão endotelial)<sup>(46)</sup>.

A definição desse diagnóstico segundo NANDA<sup>(29)</sup> é o “risco de distúrbio

---

---

na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade”<sup>(29)</sup>, portanto pensando no risco de desenvolvimento de distúrbio na circulação das extremidades inferiores, esse diagnóstico é compatível, porém o único fator de risco apresentado por NANDA<sup>(29)</sup> que se enquadra no quadro clínico dos pacientes estudados é a imobilização. Segundo NANDA<sup>(29)</sup> apenas um fator de risco não é suficiente para determinar que o paciente apresenta o diagnóstico, porém concordamos que esses pacientes possuem esse DE por outros fatores de risco não citados por NANDA<sup>(29)</sup> como a intervenção cirúrgica recente, imobilização, ventilação mecânica, sedação e anestesia<sup>(1,3,4,48)</sup>.

As intervenções mais efetivas para a prevenção desta complicação no pós-operatório são o uso de equipamento pneumático de compressão intermitente, associado à profilaxia medicamentosa, antitrombótica subcutânea<sup>(49)</sup>. Os pacientes participantes deste estudo recebiam Enoxaparina Sódica como profilaxia medicamentosa e aqueles que possuíam meia elástica compressora, permaneciam com ela nos membros inferiores.

Os Diagnósticos de Enfermagem **“Déficit no autocuidado para vestir-se”**, **“Déficit no autocuidado para banho”** e **“Déficit no autocuidado para higiene íntima”** são definidos como “capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene/higiene íntima/vestir-se e arrumar-se por si mesmo”<sup>(29)</sup>.

O **“Déficit no autocuidado para vestir-se”** é relacionado à fraqueza, às barreiras ambientais e à dor<sup>(29)</sup> que foi relatada por 7 pacientes (53,8%). O que evidencia esse diagnóstico é a incapacidade de pegar roupas, capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários, capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários, incapacidade de colocar roupas na

---

parte inferior do corpo, evidenciado por incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo<sup>(29)</sup>.

O “**Déficit no autocuidado para banho**” também se relaciona às barreiras ambientais e à fraqueza<sup>(29)</sup>, sendo evidenciado por incapacidade de obter fonte de água, incapacidade de pegar os artigos para o banho, incapacidade de lavar o corpo e incapacidade de secar o corpo<sup>(29)</sup>.

O diagnóstico de “**Déficit no autocuidado para higiene íntima**” é relacionado às barreiras ambientais, à fraqueza, à capacidade de transferência prejudicada, ao estado de mobilidade prejudicada<sup>(29)</sup>. As características definidoras são incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, incapacidade de sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica, incapacidade de levantar-se do vaso ou da cadeira higiênica e incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada<sup>(29)</sup>.

Os pacientes participantes do estudo tomavam banho no leito, eram vestidos pelos profissionais da unidade, estes que também realizavam a higiene íntima. No pós-operatório imediato os pacientes ainda não têm condições clínicas para levantar-se e ir ao banheiro para tomar banho, realizar higiene íntima e vestir-se sem ajuda devido aos fatores relacionados acima, porém mesmo que isso fosse possível após 24 horas do término da cirurgia, as limitações físicas da unidade não permitem que o paciente deambule e use o banheiro.

Dos 13 pacientes estudados, 100% apresentou o diagnóstico “**Processos Familiares Interrompidos**” definido como “mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família”<sup>(29)</sup>. Os fatores aos quais esse diagnóstico se relaciona são a alteração do estado de saúde de um membro da família, no

---

caso, o paciente hospitalizado e a transição situacional<sup>(29)</sup>. Isso fica evidenciado pela mudança em padrões, mudanças na disponibilidade para apoio emocional, mudanças na disponibilidade para resposta afetiva, mudanças nos padrões de comunicação, mudanças na intimidade<sup>(29)</sup>.

Em Unidades de Terapia Intensiva não é permitido que os pacientes permaneçam com acompanhantes o tempo todo, portanto os familiares e as pessoas próximas ao paciente têm um tempo pré-determinado para permanecer com eles e muitas vezes sem a privacidade necessária para se manifestar da maneira que gostariam, fazendo com que o paciente não receba apoio emocional e resposta afetiva da maneira necessária pelo ambiente em que eles se encontram.

A equipe de enfermagem deve intervir proporcionando um ambiente agradável no horário de visitas, promover o máximo de privacidade possível para o paciente e seu familiar e fornecer apoio emocional e resposta afetiva quando for necessário ao doente.

O diagnóstico **“Ventilação Espontânea Prejudicada”** tem como definição “reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida”<sup>(29)</sup>. Todos os pacientes (100%) apresentaram incapacidade de manter uma respiração adequada por si só quando foram extubados após o procedimento cirúrgico, portanto chegavam à Unidade de Terapia Intensiva com máscara de Venturi a 50% com 15 litros de oxigênio; apenas uma paciente foi para a UTI ainda intubada. Diante disso, levantou-se esse diagnóstico para todos os pacientes relacionando-o à fatores metabólicos<sup>(29)</sup>. Apesar disso, as características definidoras desse diagnóstico segundo NANDA<sup>(29)</sup> não são compatíveis com a

---

situação clínica dos pacientes estudados, pois como já estavam com suporte ventilatório, encontravam-se com padrão respiratório estável, portanto não apresentaram nenhuma característica definidora de NANDA<sup>(29)</sup> que são agitação aumentada, apreensão, cooperação diminuída, dispnéia, frequência cardíaca aumentada, PCO<sub>2</sub> aumentada, PO<sub>2</sub> diminuída, SaO<sub>2</sub> diminuída, taxa metabólica aumentada, uso aumentado da musculatura acessória, volume corrente diminuído.

Os pacientes submetidos à cirurgias abdominais, especialmente a gastroplastia, apresentam redução da função respiratória devido ao prejuízo da função dos músculos respiratórios e da movimentação diafragmática. Isso ocorre pela restrição à expansão da caixa torácica. O depósito de gordura central também prejudica a função respiratória. Outros fatores podem colaborar para as alterações pulmonares como a idade, o tempo cirúrgico, a anestesia e o decúbito do paciente<sup>(3)</sup>.

As intervenções para melhorar a função respiratória do paciente são: fornecer o suporte ventilatório adequado à necessidade do paciente, realizar exame físico periodicamente, atentando para alterações respiratórias, verificar e anotar a saturação de oxigênio, manter a cabeceira elevada a 30° para que o abdome não pressione o diafragma e dificulte sua movimentação.

**“Ansiedade”** é definido como “vago incômodo e sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”<sup>(29)</sup>. Esse diagnóstico de enfermagem foi

---

apresentado por 9 pacientes (69,2%), com fatores relacionados como mudança no estado de saúde e ameaça ao estado de saúde<sup>(29)</sup>. As características definidoras foram a preocupação, o medo de consequências inespecíficas e a consciência dos sintomas fisiológicos<sup>(29)</sup>.

O pós-operatório imediato constitui um período difícil emocionalmente, pois se trata da fase de recuperação do procedimento cirúrgico, em que se sente muito desconforto e os novos hábitos de vida e de alimentação são iniciados. Tudo isso gera uma grande expectativa, ansiedade e insegurança ao paciente<sup>(50)</sup>.

As possíveis intervenções para esse diagnóstico seriam manter um relacionamento com o paciente, dando-lhe liberdade para expor seus pensamentos, sentimentos e medos, explicando o que está acontecendo à sua volta e dando apoio emocional.

Foi realizada uma pesquisa sobre a percepção do enfermeiro acerca da necessidade de dar apoio emocional aos pacientes cirúrgicos, e as facilidades e dificuldades sentidas por esse profissional ao prestar tal assistência. Este estudo evidenciou que a intervenção psicológica junto ao paciente ainda é uma dificuldade para o enfermeiro, e aparentemente esse profissional não possui base teórica suficiente para reconhecer e intervir na necessidade emocional do outro. O comportamento do enfermeiro estará sempre associado às suas próprias características emocionais diante dos fatos vividos até então<sup>(39,51)</sup>.

Em relação ao sentimento de dor no pós-operatório imediato, 7 pacientes (53,8%) apresentaram o diagnóstico **“Dor Aguda”** relacionada à agentes lesivos (biológicos, físicos e psicológicos)<sup>(29)</sup> e evidenciado por relato verbal de dor, comportamento expressivo (agitação, gemido), comportamento de

---

proteção, evidência observada de dor, gestos protetores<sup>(29)</sup>. A definição deste diagnóstico é “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”<sup>(29)</sup>.

A dor é causada por estímulos nocivos de natureza mecânica, térmica ou química que provoca dano tecidual, o que resulta na liberação de substâncias algôgenas (histaminas, prostaglandinas, hidrogênio entre outras). Estas substâncias sensibilizam as terminações nervosas livres, geram potenciais de ação e despolarizam a membrana do neurônio, gerando a dor<sup>(52)</sup>.

Um estudo que avaliou a intensidade da dor em pacientes que foram submetidos à cirurgia abdominal mostrou que esta foi considerada moderada por 46,6% dos avaliados e intensa por 15,5% dos doentes<sup>(52)</sup>.

A dor abdominal decorrente de procedimento cirúrgico recente pode acarretar alterações respiratórias, pois a dor dificulta a ventilação profunda, reduzindo a eliminação de secreções do trato respiratório, podendo levar a atelectasias e infecções respiratórias. A dor também reduz a movimentação e a deambulação precoces, favorecendo o desenvolvimento de trombose venosa profunda, além de interromper o sono, o que pode resultar em maior desgaste físico e menor motivação para aderir ao tratamento<sup>(52)</sup>.

As intervenções para o controle da dor no pós-operatório envolvem intervenções cognitivo-comportamentais, como técnicas educativas, de relaxamento e de distração, uso de agentes físicos como massagens, aplicação de calor ou frio e uso de analgésicos antiinflamatórios não hormonais

---

e morfínicos, por diversas vias. O ideal é que os analgésicos sejam prescritos em horários fixos e quando julgar necessário pelo paciente e pela equipe. A importância do analgésico em horário fixo é para evitar grandes flutuações no nível plasmático do fármaco e prevenir picos de dor. A prescrição do analgésico quando necessário é importante para o resgate da analgesia e permite que o doente e a equipe de enfermagem realizem um adequado manejo da dor, sem ficarem limitados pela prescrição médica<sup>(52)</sup>.

Na evolução da dor aguda, de modo geral, há redução gradual da intensidade da dor, relacionada à resolução do processo inflamatório e cicatrização da área lesada<sup>(52)</sup>.

O diagnóstico “**Náusea**” foi encontrado em 4 pacientes (30,8%) que significa “uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar”<sup>(29)</sup>. Os fatores relacionados são os fármacos, irritação gástrica e a dor presente em alguns pacientes<sup>(29)</sup>. O que evidencia esse diagnóstico nesses 4 pacientes são o relato de náusea por eles mesmos, a sensação de vômito e a salivação aumentada<sup>(29)</sup>.

A náusea, muitas vezes acompanhada pelo vômito, geralmente é associada à anestesia, devido às medicações opiáceas e também pode ser pela dor, muitas vezes presente no pós-operatório<sup>(53,54)</sup>.

O processo de náusea e vômito é coordenado pelo centro do vômito, localizado no sistema nervoso central, na medula, que pode ser estimulado pelo nervo aferente vagal pela manipulação do trato gastrintestinal, por exemplo; pelo córtex cerebral, além de outras regiões do cérebro<sup>(53)</sup>.

A náusea pode ter como conseqüência a taquicardia, hipertensão,

---

interrupção da alimentação via oral, desidratação, sangramento da ferida operatória por aumento da pressão venosa; aspiração pulmonar, principalmente quando os reflexos das vias aéreas ainda estão parcialmente deprimidos por ação residual dos anestésicos.

Essas complicações podem prolongar a hospitalização do paciente<sup>(53)</sup>.

As intervenções para minimizar o desconforto da náusea e evitar complicações são relacionadas à prevenção de aspiração do conteúdo gástrico, mantendo a cabeceira do leito elevada a 30°, lateralizar a cabeça do paciente, estimular a respiração profunda e lenta, além de administrar antieméticos quando prescritos<sup>(53)</sup>.

O **“Risco de Glicemia Instável”** apareceu nos 4 pacientes (30,8%) que possuem diabetes como antecedente. O diagnóstico é definido como “risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais”<sup>(29)</sup>. Os fatores de risco para a instabilidade dos níveis séricos de glicose nesses pacientes são o aumento de peso, a falta de controle do diabetes e a ingestão alimentar<sup>(29)</sup>.

Na Unidade de Terapia Intensiva o exame de hemoglicoteste é realizado a cada 2 horas, ou seja, qualquer alteração na glicemia é rapidamente constatada e tratada conforme protocolo de enfermagem. Outras intervenções importantes são monitorizar a aceitação da dieta quando prescrita, monitorizar hidratação, observar e anotar eliminações e outras perdas como diurese, drenos e vômitos<sup>(3)</sup>.

Um estudo realizado em Minas Gerais nos anos de 2002 e 2003 também teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em uma Unidade de Terapia

---

Intensiva. O estudo identificou 20 diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II de NANDA para os pacientes constituintes da amostra, porém os dados encontrados pelo referido autor diferenciam dos dados encontrados neste estudo. Dos 20 diagnósticos encontrados pelo estudo citado acima, apenas 6 também estão presentes nesta pesquisa e são eles: Náusea, Mobilidade no leito prejudicada, ansiedade, Risco para Infecção, Integridade da pele prejudicada e Dor Aguda<sup>(55)</sup>.

---

## 5 CONCLUSÃO

O estudo foi realizado com um total de 13 pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica e encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva no pós-operatório imediato.

Do total de 13 pacientes estudados, 76,9% era do sexo feminino, enquanto 23,1% do sexo masculino. A maioria (30,8%) encontrava-se na faixa etária entre 30 e 40 anos. Do total de 13 pacientes, 11 são obesos mórbidos, ou seja, possuem IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup>. Quanto às comorbidades, do total de 13 pacientes, 11 (84,6%), a maioria, possuía Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além de outros antecedentes clínicos como Diabetes Mellitus tipo II, Hipotireoidismo, Doença Respiratória, Dislipidemia, Apneia do sono, Infarto Agudo do Miocárdio prévio e Miastenia Gravis.

O perfil clínico dos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica que chegam em uma Unidade de Terapia Intensiva, é de pacientes conscientes, em ventilação espontânea, porém com suporte ventilatório não invasivo, estável hemodinamicamente, com cicatriz cirúrgica em região abdominal mediana, além de dois sistemas de drenagem abdominal, sendo um aberto e outro fechado; a diurese é presente, porém às vezes é necessária a sondagem vesical de demora; a evacuação está ausente na maioria dos casos.

A partir das características clínicas dos pacientes, foram levantados 22 Diagnósticos de Enfermagem, destes, foram discutidos aqueles que se aplicaram a mais de 3 pacientes estudados, totalizando 18 DE. Dos 22 Diagnósticos de Enfermagem levantados, 14 deles se aplicaram em 100% dos pacientes, sendo esses: Capacidade de Transferência Prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório, Risco

---

de Integridade da Pele Prejudicada, Conforto Prejudicado, Risco de Motilidade Gastrointestinal Disfuncional, Risco de Infecção, Risco de Disfunção Neurovascular Periférica, Déficit no autocuidado para vestir-se, Déficit no autocuidado para banho, Déficit no autocuidado para higiene íntima, Processos Familiares Interrompidos, Ventilação Espontânea Prejudicada e Risco de Constipação.

A caracterização do perfil clínico dos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica e a definição dos Diagnósticos de Enfermagem possibilitam ao enfermeiro conhecer suas necessidades e os riscos aos quais estão expostos. Dessa maneira, o profissional pode planejar os cuidados a serem prestados com intervenções específicas a esse grupo de pacientes.

Este estudo trouxe a reflexão sobre a etapa dos Diagnósticos de Enfermagem, que apesar de estar inserido no Processo de Enfermagem, ainda é subvalorizado pelos profissionais da área por ser considerado muito complexo.

Com a prática adquirida durante a realização desta pesquisa de realizar o Histórico de Enfermagem pensando na próxima etapa do Processo, foi possível entender que os enfermeiros realizam a etapa dos Diagnósticos de Enfermagem em seu raciocínio clínico de forma não sistemática, pois quando levantam o histórico de um paciente e realizam o exame físico, os profissionais elencam os cuidados que aquele paciente necessita, os riscos aos quais ele está exposto, portanto as intervenções necessárias e o que deve ser prevenido. Depois desse raciocínio que é, na verdade, os Diagnósticos de Enfermagem sendo realizados intuitivamente, o enfermeiro estabelece as intervenções de enfermagem, ou seja, a terceira etapa do Processo.

---

Com este trabalho, propõe-se que os Diagnósticos de Enfermagem sejam realizados enquanto parte do Processo de Enfermagem de forma sistemática, para que o paciente receba os cuidados específicos para a sua condição clínica, baseado em fundamentação científica.

Os resultados do presente estudo podem subsidiar a realização do Processo de Enfermagem aos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva e reforçar a importância da realização desta etapa do Processo a todos os pacientes que estão sob os cuidados de enfermagem.

---

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr.* 2004;26 (1):47-51.
  2. Sanches GD, Gazoni FM, Konishi RK, Guimarães HP, Vendrame LS, Lopes RD. Cuidados Intensivos para Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(2):205-9.
  3. Negrão RJS. Cirurgia Bariátrica: revisão sistemática e cuidados de Enfermagem no pós-operatório [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
  4. Melo SMD'A, Vasconcelos FAR, Melo VA, Santos FA, Menezes Filho RS, Melo BSD'A. Cirurgia Bariátrica: existe necessidade de internação em unidade de terapia intensiva? *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(2):162-8.
  5. Grindel ME, Grindel CG. Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg Nurs.* 2006;15(3):129-45.
  6. Salgado JW, Pitanga KC, Santos JS, Sankarankutty AK, Silva JOC, Ceneviva R. Costs of bariatric surgery in a teaching hospital and the financing provided by the Public Unified Health System. *Acta Cir Bras.* 2010;25(2):201-5.
  7. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing: concepts, process and practice.* 2a ed. St. Louis: Mosby Company; 1989.
  8. Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.30,33-4,36.
  9. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico: Proposta de Instrumento de Coleta de Dados. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):617-28.
-

10. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. O processo de enfermagem. In: Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. Cap.1, p. 1-16.
  11. Huckabay LMD. The role of conceptual frameworks in nursing practice, administration, education, and research. Nurs Adm Q. 1991;15(3):17-28.
  12. Kimura M. Teorias de Enfermagem – sua aplicação na prática. In: Campedelli MC. Processo de Enfermagem na prática. São Paulo:Ática; 1989. Cap. 3, p. 31-42.
  13. Smith DW, Germain CP. Care of the adult patient. 4a ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1975.
  14. Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990.
  15. Christensen PJ, Kenney JW. Nursing process. Application of conceptual models. 4a ed. St Louis: Mosby; 1995.
  16. Stanton M, Paul C, Reeves JS. Um resumo do processo de enfermagem. In: George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. Cap.2, p. 24-37.
  17. Smeltzer SC, Bare BC. Reflexão crítica e o processo de enfermagem. In: Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. Cap.3, p. 22-33.
  18. Cruz DALM. A introdução do diagnóstico de enfermagem ao ensino: sua inferência no processamento de informações por alunos de graduação [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
-

19. Gutierrez, MGR. Necessidades e praticabilidade atribuídas à metodologia do processo de enfermagem proposto por Horta [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1981.
  20. Souza MF. Conhecimento e aplicação do processo de enfermagem entre enfermeiros formados no período de 1975 a 1979 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1981.
  21. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: E.P.U.; 1979.
  22. Brasil. Leis etc. Lei n. 7498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 1986; Seção 1, p. 9273-5.
  23. Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHB. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de oncologia. Rev latino-am Enferm. 1997;5(4):35-41.
  24. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Latino-am Enferm. 2006;14(3):389-96.
  25. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2008;16(4). Available from: URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_08.pdf)
  26. Silva MSJ, Teixeira JB, Nóbrega MFB, Carvalho SMA. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. Rev Eletr Enferm. 2009;11(2):309-17
-

27. Cyrino CMS, Castro MCN, Dell'Acqua MCQ, Kyota PY. Infecção hospitalar e carga de trabalho de enfermagem em UTI nos diferentes sítios assistenciais. In: V Seminário Internacional "Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem: Contribuição do Nursing Activities Score (NAS); Out 15-16; São Paulo, Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.
28. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
29. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem de NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
30. Prevedello CF, Colpo E, Mayer ET, Copetti H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(3):199-203.
31. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obes Res.* 2001;9(4):228-33.
32. Mazzeo SE, Saunders R, Mitchell KS. Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. *Eat Behav.* 2005;6:189-96.
33. Cullis JG, Jones PR, Propper C. Waiting lists and medical care treatment: analysis and policies. In: Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of health economics.* Amsterdam: Elsevier/ North-Holland; 2000. p. 1201-49.
-

34. Ferraz EM, Arruda PCL, Bacelar TS, Ferraz ÁAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Rev Col Bras Cir. 2003; 30(2):98-105.
35. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Associação Brasileira de Psiquiatria, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Associação Brasileira de Medicina Intensiva, et al. Tabagismo: parte I. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(2):134-34.
36. Smeltzer SC, Bare BC. Tratamento de Enfermagem Pós-operatório. In: Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Cap.20, p. 477-8.
37. Ellias EJ, Kassab P, Malheiros CA. Deve ser rotineira a drenagem da cavidade abdominal após cirurgia bariátrica? Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(1):4-4.
38. Borile G, Valente D, Tostes F, Chem E, Chem RC. Estudo comparativo, randomizado do uso de dreno aspirativo em dermolipectomia abdominal. Rev Col Bras Cir. 2005; 32(6):325-7.
39. Tanaka DS, Peniche ACG. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. Acta Paul Enferm. 2009;22(5):618-23.
40. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enferm. 2006;14(1):124-31.
41. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de braden e de glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm. 2008;16(6):973-8.
-

42. Moro A, Maurici A, Valle JB, Zaclikevis VR, Kleinubing JH. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(4):300-4.
43. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):182-7.
44. Torres AC, Diccini S. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. Rev Latino-am Enferm. 2006;14(3):397-404.
45. Barros SMA, Genestra M. Profilaxia da trombose venosa profunda em pós-operatório de cirurgias ortopédicas em um hospital de traumatologia. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008; 30(1):29-35.
46. Machado NLB, Leite TL, Pitta GBB. Frequência da profilaxia mecânica para trombose venosa profunda em pacientes internados em uma unidade de emergência de Maceió. J Vasc Bras. 2008;7(4):333-40.
47. Pitta GBB, Leite TL, Silva MDC, Melo CFL, Calheiros GA. Avaliação da utilização de profilaxia da trombose venosa profunda em um hospital escola. J Vasc Bras. 2007;6(4):344-51.
48. Ribeiro MA, Netto PG, Lage SG. Desafios na profilaxia do tromboembolismo venoso: abordagem do paciente crítico. Rev Bras Ter Intens. 2006;18(3):316-9.
49. Ferez D, Vane LA, Posso IP, Potério GMB, Torres MLA, organizadores. Anestesia para pacientes com obesidade mórbida. In: Atualização em anestesiologia. São Paulo: Atheneu; 2005.
50. de Oliveira VM, Linardi RC, de Azevedo AP. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. Rev Psiquiatr Clin. 2004;31(4):199-201.
-

51. Silva A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira de centro cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 1987;21(2):145-60.
52. Pimenta CAM, Santos EMM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):180-3.
53. Pompeo DA, Nicolussi AC, Galvão CM, Sawada NO. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):191-8.
54. De Mattia AL, Faria LM, Santos SS, De Oliveira TC. Diagnósticos de enfermería de complicaciones en la sala de recuperación anestésica. Enferm Glob. 2010; (18):1-11.
55. Silva RC. Diagnósticos de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Bariátrica em um Centro de Tratamento Intensivo [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
-

## 7 ANEXOS

### Anexo I



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de abril de 2.010

OF. 119/2010-CEP

Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua  
Departamento de Pediatria da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr<sup>ª</sup>. Magda,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3492-2010) "Diagnósticos de enfermagem prevalentes de pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva, a ser conduzido por Bruna Nogueira dos Santos, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05 de abril de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP

---

**ANEXO II****unesp****Universidade Estadual Paulista  
Unidade de Medicina de Botucatu****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O presente estudo propõe-se a estudar as condições clínicas do paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica no período que esteja na UTI e levantará os diagnósticos de enfermagem apresentados. Para isso utilizaremos os dados que constam em seu prontuário e dados do registro diário na UTI após a realização do exame físico rotineiro.

O estudo será de relevância para a profissão e para o cuidado em enfermagem, pois proporcionará conhecimento na área, onde há um limite de estudos produzidos. O serviço e a profissão beneficiar-se-ão com tal produção.

Sem obrigação a nada, lhe convidamos a participar deste projeto de pesquisa.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Eu \_\_\_\_\_, após devidamente esclarecido (a), aceito participar do projeto de pesquisa **“Diagnósticos de Enfermagem Prevalentes de Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva”**, podendo a qualquer momento esclarecer dúvidas e desistir de participar do mesmo.

Fui informado (a) que meu nome não aparecerá quando os resultados forem divulgados, assegurando a privacidade e anonimato do paciente.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

---

Assinatura do Entrevistado

---

Bruna Nogueira dos Santos  
Pesquisadora Responsável

Pesquisadora: Bruna Nogueira dos Santos Email: brunandsantos@hotmail.com

Endereço da pesquisadora: Rua Júlio Vaz de Carvalho, 211. Vila Nossa Senhora de Fátima. Botucatu-SP

Telefone da pesquisadora: (14) 9166-7166

Nome da Orientadora: Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua Email:mqueiroz@fmb.unesp.br

Endereço da orientadora: Rua Daniel Zacarias, 803. Jardim Paraíso. Botucatu-SP

Telefone da orientadora: (14) 3811-6004

---

---

## ANEXO III

### 1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

INÍCIO DO PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

IMC PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

COMORBIDADES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

DATA DE ENTRADA NA UTI: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

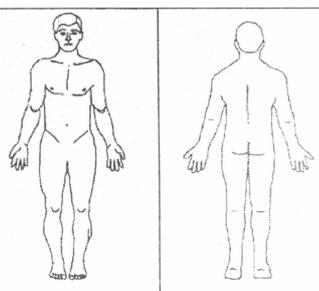
---



## ANEXO III

## Exame físico

PESO: \_\_\_\_\_ Kg ALTURA: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> ( ) ORIENTADO ( ) TORPOROSO ( ) CONFUSO ( ) COMATOSO ( ) SONOLENTO ( ) SEDADO - Ramsey _____		<b>PUPILAS:</b> ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS _____>_____ ( ) MIOSE D / E ( ) MIDRIÁSE D / E ( ) PTOSE D / E ( ) RFM+ ( ) RFM- D / E		<b>COMUNICAÇÃO:</b> ( ) VERBAL ( ) NÃO VERBAL: MÍMICA / GESTOS / ESCRITA																					
<b>BOCA:</b> ( ) DESVIO DE RIMA ( ) FRATURA ( ) CIANOSE LABIAL++++ ( ) LESÃO ( ) PRÓTESE _____ ( ) SANGRAMENTO		<b>NARIZ:</b> ( ) LESÕES _____ ( ) SANGRAMENTO _____ ( ) OUTROS _____		<b>CONJUNTIVA:</b> ( ) NORMAL ( ) DESCORADA+++ +D/E ( ) ICTÉRICA+++ +D/E ( ) HEMORRÁGICA D/E																					
<b>FALA:</b> ( ) NORMAL ( ) DISLALIA ( ) DISFÔNICA ( ) DISARTRIA		<b>PESCOÇO:</b> ( ) NORMAL ( ) TRAQUEO - n° _____ ( ) OUTROS _____		<b>CABELO:</b> ( ) ALOPÉCIA ( ) SUGIDADES ( ) LESÕES _____																					
<b>PADRÃO RESPIRATORIO:</b> ( ) EUPNEICO ( ) DISPNEICO++++ ( ) FR _____ ( ) ST ASPECTO _____ ( ) SNT ASPECTO _____ ( ) TOSSE SECA ( ) TOSSE PRODUTIVA ( ) MV + ( ) MV - D/E ( ) SIBILOS D/E ( ) ESTERTORES D/E ( ) RONCOS D/E																									
<b>CORAÇÃO:</b> ( ) 2 BNF ( ) SINUSAL ( ) MP IMPLANTADO ( ) 3ª / 4ª BULHA ( ) ARRITMIA QUAL? _____ ( ) MP EXTERNO TRANSCUTÂNEO / ENDOVENOSO ( ) OUTROS _____																									
<b>ABDOMEM:</b> ( ) FLÁCIDO ( ) GLOBOSO ( ) DISTENDIDO ( ) TIMPÂNICO ( ) DOLOROSO _____ ( ) RHA+ ( ) RHA- ( ) LESÕES / INCISÕES: _____ ( )																									
<b>PULSOS:</b> ( ) CHEIO ( ) FILIFORME ( ) RÍTMICO ( ) ARRITMICO ( ) ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL ( ) ENCHIMENTO CAPILAR LENTO																									
<b>MMSSII:</b> ( ) MOVIMENTO NORMAL ( ) PARERIA ( ) PLEGIA ( ) CIANOSE ( ) HEMATOMA ( ) EDEMA ( ) GESSO ( ) LEIZAROV _____ ( ) TRAÇÃO _____ ( ) LESÕES _____ ( ) FAV D/E - FRÊNITO +/- ( ) FLEBITE LOCAL: _____																									
<b>SONDAS/DRENOS/CATÉTERES/OSTOMIAS:</b> ( ) PAM ( ) VENOSO ( ) PERIFÉRICO _____ ( ) CENTRAL _____ ( ) DRENOTORAX D/E _____ ( ) SHYLE ( ) TENKOFF ( ) PORTO E CATH ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) PORTO VAC ( ) PENROSE ( ) SVD 2/3 VIAS ( ) CATETER PERIDUENAL ( ) ESOFAGOSTOMIA ( ) GASTROSTOMIA ( ) JEJUNOSTOMIA ( ) ILEOSTOMIA ( ) COLOSTOMIA ( ) NEFROSTOMIA ( ) URETEROSTOMIA ( ) TÚBULO - LAMINAR ( ) OUTROS _____		<b>PELE:</b> ( ) CORADA ( ) DESCORADA ++++ ( ) ICTERÍCIA ++++ ( ) SUDOREICA ( ) HIDRATADA ( ) DESIDRATADA ++++		<b>AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA</b>																					
		<table border="1"> <tr><td><b>A</b></td><td>ASSADURA</td></tr> <tr><td><b>B</b></td><td>BOLHAS</td></tr> <tr><td><b>C</b></td><td>DESCAMAÇÃO</td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td>DEISCÊNCIA</td></tr> <tr><td><b>E</b></td><td>ESCARA</td></tr> <tr><td><b>F</b></td><td>FLEBITE</td></tr> <tr><td><b>G</b></td><td>FISSURA</td></tr> <tr><td><b>H</b></td><td>HEMATOMA</td></tr> <tr><td><b>I</b></td><td>HIPEREMIA</td></tr> <tr><td><b>J</b></td><td>OUTROS</td></tr> </table>		<b>A</b>	ASSADURA	<b>B</b>	BOLHAS	<b>C</b>	DESCAMAÇÃO	<b>D</b>	DEISCÊNCIA	<b>E</b>	ESCARA	<b>F</b>	FLEBITE	<b>G</b>	FISSURA	<b>H</b>	HEMATOMA	<b>I</b>	HIPEREMIA	<b>J</b>	OUTROS		
<b>A</b>	ASSADURA																								
<b>B</b>	BOLHAS																								
<b>C</b>	DESCAMAÇÃO																								
<b>D</b>	DEISCÊNCIA																								
<b>E</b>	ESCARA																								
<b>F</b>	FLEBITE																								
<b>G</b>	FISSURA																								
<b>H</b>	HEMATOMA																								
<b>I</b>	HIPEREMIA																								
<b>J</b>	OUTROS																								
<b>ESCALA DE BRADEN</b>																									
Informações Adicionais	<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b>	1. TOTAL/e LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVE/e LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO																				
	<b>UMIDADE</b>	1. COMPLETA/e MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONAL/e MOLHADA	4. RARA/e MOLHADA																				
	<b>ATIVIDADE</b>	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONAL/e	4. ANDA FREQUENTE/e																				
	<b>MOBILIDADE</b>	1. TOTAL/e IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVE/e LIMITADO	4. NÃO LIMITADO																				
	<b>NUTRIÇÃO</b>	1. MUITO POBRE	2. PROVAVEL/e INADEQUADO	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE																				
	<b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b>	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	<b>TOTAL SCORE</b>																				

Enfermeira/COREN \_\_\_\_\_

Meire C. Novelli e Castro