

ANA PAULA DE FREITAS OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS À
CIRURGIA BARIÁTRICA BASEADA NA
“NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION”**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências da Saúde

SÃO PAULO

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA PAULA DE FREITAS OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS À
CIRURGIA BARIÁTRICA BASEADA NA
“NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION”**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências da Saúde

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Malheiros

SÃO PAULO

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Oliveira, Ana Paula de Freitas

Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na “North American Nursing Diagnosis Association”./ Ana Paula de Freitas Oliveira. São Paulo, 2009.

Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de pós-graduação em Ciências de Saúde.

Área de Concentração: Ciências Saúde

Orientador: Carlos Alberto Malheiros

1. Cirurgia bariátrica/enfermagem 2. Cuidados de enfermagem 3. Diagnóstico de enfermagem 4. Cuidados pós-operatórios/enfermagem

BC-FCMSCSP/23-09

*Dedico ao meu marido, **Jorge Manuel**, pela cumplicidade, amizade, paciência e estímulo durante esta trajetória;*

*aos meus pais, **Bernadete e Salvador**, que com amor e carinho me guiaram pelos caminhos da vida;*

*e aos meus irmãos, **Monika, Denize** (in memoriam) e **Levi**, pelo apoio incondicional.*

Amo vocês

*Agradeço a **DEUS**, por ter me dado força e escutado as orações dos meus pais para que mais uma etapa da minha vida fosse cumprida.*

*A cada dia que vivo mais me convenço de que
o desperdício da vida está no amor que não damos,
nas forças que não usamos,
na prudência egoísta que nada arrisca
e que, esquivando-nos do sofrimento,
perdemos também a felicidade.”*

(Carlos Drummond de Andrade)

À **Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo** e à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pela oportunidade de realização desse trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo suporte financeiro.

Ao **Prof. Dr. Carlos Alberto Malheiros**, pela orientação e apoio na condução e desenvolvimento desse trabalho.

À minha amiga estatística, **Profa. Sandra Rego de Jesus**, que orientou as análises estatísticas desse trabalho.

Aos componentes do Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva (**NESC**), do Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia, pelo apoio fornecido durante os períodos em que tive que me ausentar.

À **Profa. Patrícia Silva Pires**, Coordenadora do Colegiado do Curso de Enfermagem do Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia, pela sua compreensão e apoio me substituindo nos períodos de afastamento para conclusão deste trabalho

À Diretoria do Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia, que sempre se esforçou para que os meus pedidos de afastamentos fossem aceitos, em especial, à Diretora **Profa. Dioneire Amparo dos Anjos**, à **Profa. Maria Anita**, e o meu amigo **Prof. Adriano Maia**.

Aos meus amigos que mesmo longe estão sempre presentes me apoiando: **Arlete Rubbo, Marcelo Persequino, Gilmara Farias, Neusa Fukuya, Graciene Lannes, Zaide Frazão e Amália Nascimento Sacramento**.

Aos meus alunos que durante esses anos enriqueceram a minha existência, oferecendo-me a oportunidade do estudo contínuo para a aquisição de novos conhecimentos.

A todos os amigos que com suas palavras de incentivo e amor participaram deste empreendimento, os meus sinceros agradecimentos.

AORN	Association of Perioperative Registered Nurses
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
ISCMSP	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Kg/m ²	Quilogramas pela altura em metros quadrados
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. Revisão da literatura	07
1.1.1. Obesidade	07
1.1.2. A sistematização da assistência de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem	11
2. OBJETIVOS	17
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	19
3.1. Aspectos éticos	20
3.2. Local do estudo	20
3.3. Desenho do estudo	20
3.4. População	20
3.5. Amostra	21
3.6. Instrumento de coleta de dados	21
3.7. Procedimentos de coleta de dados	23
3.8. Interpretação dos dados para formulação dos diagnósticos de enfermagem	24
3.9. Análise estatística	25
4. RESULTADOS	26
5. DISCUSSÃO	64
6. CONCLUSÕES	70
7. ANEXOS	72
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
RESUMO	92
ABSTRACT	94
LISTAS E APÊNDICE	96

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um comprometimento orgânico complexo, de causas diversas e de tratamento difícil. Ela se desenvolve ao longo da vida e está geralmente associada à comorbidades, nem sempre reversíveis, após a intervenção terapêutica.

As causas da obesidade no mundo ainda não estão elucidadas, porém acredita-se em três hipóteses. A primeira está intimamente relacionada à possibilidade das populações de baixa renda apresentarem genes relacionados à garantia de sobrevivência em caso de escassez de alimentos, porém, tais genes tornar-se-iam prejudiciais, quando este aporte de alimento se tornasse excessivo. A segunda hipótese é baseada na diminuição da atividade física, aliada a fatores alimentares, como a redução do consumo de fibras alimentares e aumento de gorduras e açúcares, ou seja, esta hipótese baseia-se em que as condições de vida dos indivíduos seriam as causas da obesidade. A última hipótese levantada baseia-se numa modificação da regulação do sistema nervoso central, no sentido de facilitar, prioritariamente, o acúmulo de gordura corporal, após uma restrição energética e protéica (Ferraz, Ferraz Filho, 2006).

Segundo a World Health Organization – WHO (2003), no mundo, há mais de um bilhão de adultos com sobrepeso e pelo menos 300 milhões de obesos. E a obesidade e o sobrepeso constituem um risco maior para o surgimento de doenças crônicas, incluindo diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidentes vascular encefálico e alguns tipos de câncer.

Para determinar se uma pessoa está acima do peso é utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC), que corresponde a um cálculo matemático obtido com a divisão do peso do corpo em kilogramas pela altura em metros ao quadrado. Assim, uma pessoa é considerada obesa quando seu peso for 20% acima do seu peso ideal

ou quando o seu IMC for maior ou igual a 30 Kg/m² (Association of Perioperative Registered Nurses – AORN, 2004).

Segundo Garrido Júnior (2000), a obesidade mórbida é reconhecida como condição grave, em consequência da diminuição da qualidade de vida, da alta frequência de morbidades associadas, da redução da expectativa de duração da vida e da altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores, baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapias e exercícios físicos.

Csendes et al (2002) apontaram as coronariopatias, HAS, alterações da bomba cardíaca, diabetes tipo II precoce, apneia do sono e embolia pulmonar como as principais comorbidades relacionadas ao excesso de peso. Ressaltaram ainda que colelitíase, osteoartrite degenerativa, úlcera venosa, hérnias hiatal, inguinal e umbilical e câncer de útero, mama e cólon podem estar intimamente relacionados com o excesso de peso.

Em virtude do excesso de peso ser multifatorial, atingir todas as camadas sociais da população e apresentar inúmeras complicações, este problema vem chamando a atenção dos órgãos responsáveis pela saúde pública brasileira e as ações vêm sendo traçadas em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Dentre as ações de nível secundário destaca-se a cirurgia bariátrica que visa promover a redução do volume de ingesta total do paciente e/ou da absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido.

O número de procedimentos cirúrgicos para redução de peso, realizados nos Estados Unidos, tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Estes aumentos vêm em decorrência dos avanços e, sobretudo, da tecnologia utilizada na cirurgia bariátrica (Ferraro, 2004).

As estratégias desenvolvidas nesse procedimento, que atuam sobre o aparelho digestório, promovem a redução do reservatório gástrico e o aumento do tempo de seu esvaziamento, como também a redução da área de absorção intestinal de forma global ou específica para lipídios (Fernandes et al, 2001).

Os objetivos principais das cirurgias bariátricas são, sobretudo, reduzir as comorbidades e melhorar a qualidade de vida do paciente (Segal, Fandino, 2002). No entanto, a indicação cirúrgica na obesidade, segundo Coronho et al (2001), deve basear-se em uma análise ampla dos múltiplos aspectos clínicos do paciente, reforçados por fatores como: presença de morbidade que resulta da obesidade ou é por ela agravada; persistência de vários anos de excesso de peso com IMC acima de 40Kg/m²; fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos; ausências de causas endócrinas e avaliação favorável das possibilidades psíquicas do paciente suportar as transformações radicais de comportamento impostas pela cirurgia.

Destarte, recomenda-se evitar o tratamento cirúrgico em crianças e adolescentes; em pacientes com doenças incapacitantes, como doença pulmonar obstrutiva crônica e cirrose hepática; bem como em pacientes acima de 70 anos. (Matielli et al, 2003).

Não obstante a isso, é pensamento dos membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica que os limites de idades estabelecidas para indicação cirúrgica (15 a 70 anos) constituem-se em uma contra-indicação relativa e não absoluta, respeitando-se a opinião de especialistas envolvidos e as peculiaridades de cada caso, tomando-se as precauções pertinentes (Ferraz, Ferraz Filho, 2006).

Para Malheiros, Rodrigues (2000), é necessário que o cirurgião seja qualificado. O que implica estar afeito às técnicas cirúrgicas que permitam o

emagrecimento progressivo e permanente do obeso mórbido. Assevera esses autores ser necessário que antes da cirurgia alguns princípios sejam rigorosamente obedecidos, tais como:

- Massa corpórea acima de 40 Kg/m^2 é uma indicação precisa;
- Se houver insucesso no tratamento clínico ou presença de doenças associadas;
- Rigorosa análise clínica e endocrinológica;
- Avaliação das comorbidades;
- Análise profunda do perfil psicológico;
- Orientação higieno-dietética;
- Participação ativa nas reuniões dos obesos operados, ou não, com supervisão do médico e do psicólogo;
- Avaliação do risco cirúrgico: possibilidade de problemas respiratórios, complicações cardíacas durante a operação, anestesia por especialista experimentado, operação tecnicamente adequada, evitando-se intercorrências que seriam gravíssimas;
- Pós-operatório rigoroso com acompanhamento dos profissionais de saúde.

Os referidos autores ressaltaram, ainda, como cuidados no pós-operatório:

Cuidados mediatos:

- a) fisioterapia respiratória e motora;
- b) prevenção do tromboembolismo empregando heparina de baixo peso molecular, evitando a estase e facilitando o retorno venoso, impondo deambular imediato, e dando alta hospitalar o mais precoce possível.

Cuidados Tardios:

- a) orientação higieno-dietética;
- b) apoio médico-psicológico;

- c) acompanhamento permanente;
- d) indicação oportuna da cirurgia plástica necessária.

Abir, Bill (2004), por sua vez, enfatizaram que o gerenciamento clínico do paciente com obesidade mórbida requer um preparo meticuloso no período perioperatório. Para eles, o planejamento pré-operatório é de fundamental importância para que se obtenham resultados satisfatórios nos pacientes.

O cuidadoso planejamento pré-operatório é essencial para o sucesso da cirurgia e para o paciente suportar e conhecer todos os estágios que serão submetidos na proposta cirúrgica apresentada. A otimização dos medicamentos para as comorbidades, o planejamento intra-operatório e a meticulosa orientação pós-operatória são também importantes para o sucesso da cirurgia, uma vez que os pacientes obesos requerem cuidados pós-operatórios, devidos ao alto risco de indicação de internação na unidade de terapia intensiva (Abir, Bill, 2004).

Neste contexto, o profissional enfermeiro que participa do atendimento ao paciente obeso, dentro da área hospitalar, tem papel fundamental na equipe multidisciplinar que atende este paciente. Este profissional tem o dever de conhecer os aspectos técnico-científicos que norteiam o período perioperatório, objetivando fornecer uma assistência de qualidade para que o resultado final seja o mais satisfatório possível.

O enfermeiro é responsável, em tempo integral, pela orientação, pelo cuidado e até pelo incentivo para que esse paciente consiga superar as etapas, muitas vezes penosas e desgastantes.

Várias são as alterações que o paciente obeso pode apresentar, após o ato cirúrgico, principalmente no período do pós-operatório imediato, no qual a equipe de enfermagem deverá estar atenta para intervir no momento exato.

Devido a várias particularidades apresentadas por essa população e considerando que os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem, visando obter resultados pelos quais o(a) enfermeiro(a) é responsável, torna-se preponderante a padronização da assistência de enfermagem prestada a estes indivíduos.

Para tanto, propomos, neste estudo, um embasamento na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que foi criada em 1982, com o objetivo de se ter um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas/ processos de vida vigentes ou potenciais (North American Nursing Diagnosis Association, 2006). Com base nesta taxonomia, serão levantados os diagnósticos da população estudada para que, a partir disso, seja proposta uma assistência de enfermagem padronizada aos indivíduos obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica.

1.1. Revisão da literatura

1.1.1. Obesidade

O termo obesidade mórbida foi criado por Payne, em 1963, para descrever as complicações decorrentes desse estado. Payne concluiu que o excesso de peso trata-se de um conjunto de doenças evitáveis e tratáveis. Devido às suas comorbidades (HAS, diabetes, dislipidemias, doenças coronarianas e cerebrovasculares, apnéia do sono, alterações de coagulação, doenças degenerativas, esteatose hepática, câncer, entre outras) a obesidade é uma das doenças com maior taxa de mortalidade. Estima-se que cerca de 200 mil pessoas morram anualmente na América Latina em decorrência dessas comorbidades associadas à obesidade.

(Garrido Junior, 2000).

Leite, Rodrigues (2003) consideraram a obesidade como uma doença crônica, definida como um estado anormal de saúde, associado ao excesso de peso de gordura corporal e corresponde atualmente a uma epidemia mundial.

Como dito anteriormente o índice de massa corpórea (IMC) é um cálculo matemático usado para determinar se uma pessoa está acima do peso. É calculado com a divisão do peso do corpo em kilogramas pela altura em metros quadrados. Uma pessoa é considerada obesa se pesar 20% mais acima do seu peso ideal ou quando o seu IMC for maior ou igual a 30 Kg/m² (Association of PeriOperative Registered Nurses – AORN, 2004).

Para Organização Mundial da Saúde (OMS) o Índice de Massa Corpórea (IMC) é um dos instrumentos que podem ser utilizados para detectar a obesidade, sendo que o paciente obeso pode ser classificado de 03 maneiras distintas:

- a) quantitativa - com base no IMC;
- b) qualitativa - com relação à distribuição da gordura corporal: andróide (ou em forma de maçã), ginóide (ou em forma de pêra); e
- c) de acordo com a gravidade, relacionada ao risco de comorbidez: grau I (moderada), grau II (grave), e grau III (muito grave).

Segundo a OMS, à medida que aumenta o IMC, eleva-se o risco de comorbidades (Mancini, 2003).

Barth, Jenson (2006) resumiram as complicações associadas à obesidade como:

- endócrinas metabólicas: síndrome metabólica, resistência à insulina, intolerância à glicose, diabetes tipo 2, dislipidemia, síndrome de ovários policísticos;
- cardiovasculares: HAS, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva,

disritmias, hipertensão pulmonar, estase venosa, trombose venosa profunda, e embolismo pulmonar;

- respiratórias: função pulmonar anormal, apnéia obstrutiva do sono, e síndrome de hipoventilação pulmonar da obesidade;
- gastrointestinais: refluxo gastroesofágico, coletíase, pancreatites, hérnias abdominais, esteatoses, e cirrose hepática;
- músculo-esqueléticas: osteoartrite, gota e dor lombar;
- ginecológicas/genito-urinárias: menstruações irregulares, infertilidade e incontinência urinária.
- câncer : esôfago, cólon, vesícula biliar, próstata e útero.

Quadro 1 - Classificação do peso de acordo com o IMC e risco de comorbidez em adulto.

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Comorbidez
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade Grau III	> 40	Muito grave

Fonte: Coutinho, Benchimol, 2003.

Atualmente a obesidade é considerada uma epidemia no mundo, especialmente nos países desenvolvidos; no entanto, atinge, também, países emergentes como o Brasil. Estima-se que em países em desenvolvimento ocorrerão os maiores incrementos dessa doença neste século (Popkin, 2002). Para Ferreira (2006) as implicações dessa situação para a saúde das populações são desastrosas, associando-se a enormes perdas econômicas e sociais.

Nos Estados Unidos, calcula-se que 97 milhões de adultos estão com sobrepeso ou obesidade, fazendo esta condição ser um dos principais problemas de saúde prevalentes, assim como as coronariopatias, o câncer, a síndrome de deficiência imune adquirida. A proporção de crianças e adolescentes com sobrepeso triplicou nas últimas três décadas; atualmente 25% de crianças norte americanas estão com sobrepeso ou obesidade. Cerca de 55% dos adultos norte americanos estão com sobrepeso e 22% com obesidade. Entre 5 a 10 milhões de norte americanos são obesos mórbidos (Hurst et al, 2004).

Wolf, Colditz (1998) estimaram que os custos com obesidade em países desenvolvidos ficassem em torno de 6% ou mais das despesas totais com saúde. Já em 1995, os Estados Unidos da América (EUA) apresentavam custos atribuídos à obesidade semelhantes aos do diabetes, 1,25 vezes superior aos da doença arterial coronariana e 2,7 vezes aos da HAS. Vale ressaltar que estes gastos estão relacionados às incapacidades, aos prejuízos relacionados ao absenteísmo e à qualidade de vida e as repercussões sobre a sociedade, incluindo aposentadoria precoce devido às incapacidades que a obesidade mórbida pode causar (Ferreira, 2006).

O Governo Federal Brasileiro, através da Portaria do Ministério da Saúde (MS) N. ° 390 de 06 de julho de 2005, estabeleceu critérios que regulamentam os credenciamentos dos hospitais para realização de cirurgia bariátrica pelo SUS. Nela, instituem-se as diretrizes para a atenção ao paciente portador de obesidade, definindo a Unidade de Assistência de Alta Complexidade para paciente portador de obesidade grave, bem como determinando o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções. Dentro das normas de credenciamento estão as instalações físicas necessárias, que incluem

recursos humanos com responsabilidade técnica, materiais e equipamentos que suportem capacidade de 350Kg (quilos) de peso e que, dessa maneira, possam atender pacientes para cirurgia bariátrica.

A indicação cirúrgica deve basear-se numa análise holística do paciente, sendo que a avaliação inicial deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar formada por cirurgião, psicólogo, nutricionista, endocrinologista, cardiologista, e anestesiológico (Pereira, 2005).

A cirurgia bariátrica divide-se em três modalidades de tratamento, compostas por mecanismos distintos (Leite, Rodrigues, 2003):

- disabsortiva;
- disabsortiva e restritiva;
- restritiva pura.

1.1.2. A sistematização da assistência de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem

A assistência de enfermagem profissional data de pelo menos um século, sendo difundida em vários países pela enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910) e suas seguidoras (Pfetscher, 2002).

No decorrer do século XX, a enfermagem tinha como principal objetivo organizar seu próprio corpo de conhecimento de maneira a estabelecer um referencial comum e proporcionar autonomia as suas atividades, ou seja, uma assistência sistematizada.

Essa assistência sistematizada foi introduzida, no Brasil, pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta como processo de enfermagem, que ressaltava a

importância do planejamento do trabalho do(a) enfermeiro(a) e os membros de sua equipe (Santos et al, 1996). Wanda de Aguiar Horta o descreveu como “*dinâmica das ações sistematizadas que visa à assistência profissional ao indivíduo, família e comunidade*”, baseando-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Horta, 1979).

As etapas pelas quais é o processo de enfermagem de Horta são cinco: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados (prescrição de enfermagem) e o prognóstico de enfermagem (Horta, 1979).

A aplicação do processo de enfermagem tomou força a partir da década de 1990, quando o Conselho Federal de Enfermagem emitiu a resolução 272, determinando o processo de enfermagem como método de trabalho obrigatório para todos os enfermeiros do Brasil, reconhecendo-o como essencial à qualidade na assistência de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2002).

A necessidade de se criar uma linguagem comum para determinar os fenômenos ou situações que demandassem uma intervenção de enfermagem, resultou na formação do Grupo Norte Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem que, em 1973, realizou sua primeira conferência. Este grupo veio a transforma-se, na conferência de 1982, na Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA), tendo como objetivo identificar e classificar as situações diagnósticas e tratadas pelos(as) enfermeiros(as) (Farias, 1997).

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as repostas atuais ou potenciais do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde ou

processo vitais. É a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o(a) enfermeiro(a) é responsável (Miers, 1990).

Cruz (2001) descreveu o diagnóstico de enfermagem como uma etapa do processo de enfermagem e um processo de julgamento clínico, ao qual são necessárias habilidades cognitivas e de inferência sobre dados observáveis.

A padronização de uma linguagem para expressar conclusões diagnósticas é um importante instrumento para auxiliar no desenvolvimento conceitual da clínica de enfermagem (Souza, 2002).

A classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA tem como principal benefício a utilização de uma linguagem padronizada entre os(as) enfermeiros(as), o que colaboraria para as intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, para uma promoção e recuperação da saúde do indivíduo.

A Taxonomia de NANDA II compreende três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Um domínio representa um estudo, esfera de atividade ou interesse. Uma classe é uma divisão de um grupo maior; uma subdivisão de coisas ou pessoas por qualidade, grau ou categoria. Um diagnóstico de enfermagem consiste em um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que a formulação de intervenções que buscam alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária (North American Nursing Diagnosis Association, 2006).

A taxonomia II está organizada em 13 domínios: promoção da saúde; nutrição; eliminação; atividade e repouso; percepção e cognição; autopercepção; relacionamentos de papel; sexualidade; enfrentamento/tolerância ao estresse;

princípios de vida; segurança/proteção; conforto; crescimento/desenvolvimento. Possui, também, 155 diagnósticos de enfermagem, com suas definições, características definidoras e fatores relacionados ou risco (Cruz, Cruz, 1991; North American Nursing Diagnosis Association, 2000; 2002).

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são consistentes com a definição citada, sendo tanto reais quanto potenciais (em risco de desenvolvimento). Os elementos que constituem um diagnóstico real são: o título, a definição, as características definidoras (sinais e sintomas) e os fatores relacionados (fatores causadores ou associados). Os elementos de um diagnóstico potencial são o título, a definição e os fatores de risco associados.

Gordon (1994) ressaltou a relevância dos diagnósticos de enfermagem como fontes de:

- Informações estatísticas de enfermagem;
- Correlação com as intervenções e resultados de enfermagem esperados;
- Proposições de cuidados preventivos aos diagnósticos mais freqüentes;
- Revisões das ações interdisciplinares efetuadas, visando à análise de qualidade institucional;
- Proposições de ações clínicas corretivas e administrativas;
- Diminuição de custos hospitalares e no sistema de saúde;
- Formação de base de dados local e nacional sobre a enfermagem;
- Aprofundamento do conhecimento de enfermagem através das pesquisas sobre os conceitos dos diagnósticos e proposição de teorias.

Existe um consenso entre os(as) enfermeiros(as) sobre a necessidade de uma classificação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Esta necessidade decorre de uma exigência moderna da prática de comunicar informações de enfermagem a outros elementos da equipe de saúde ou de enfermagem (Guimarães, Barros, 2001).

Alguns autores têm focalizado a identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes em momentos específicos, como no período perioperatório de cirurgia geral ou de especialidades. Por exemplo: pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias em geral (Rossi et al, 2000), em períodos pré e pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de correção de fenda palatina (Fontes, Cruz, 2002), em período pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca (Galdeano, 2002), de cirurgia geral ambulatorial (Flório, Galvão, 2003) e de período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica (Darli et al, 2006). Esses autores ressaltaram a importância de uma assistência de enfermagem individualizada, porém padronizada.

Para que houvesse um sistema de classificação de intervenções e resultados de enfermagem, foi proposto na década de 90 pela Faculdade de Enfermagem de Iowa, Estados Unidos, o NIC (Nursing Interventions Classification) e o NOC (Nursing Outcomes Classification) (Johnson et al, 2005).

A classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Resultados de Enfermagem (NOC) são selecionados em relação a determinado diagnóstico de enfermagem. A intervenção está voltada para alteração dos fatores etiológicos, ou seja, na taxonomia NANDA, e correspondem aos fatores relacionados. Quando da impossibilidade de mudança dos fatores etiológicos, faz-se necessário tratar os sinais e sintomas, que na taxonomia NANDA são as características definidoras. No

caso de diagnósticos potenciais ou de alto risco, a intervenção tem o objetivo de alterar ou eliminar os fatores de risco para o diagnóstico (Moorhead et al, 2008; Docheterman et al, 2008).

A NANDA, o NOC e o NIC são abrangentes e oferecem linguagens padronizadas aos elementos do Processo de Enfermagem que constituem o conjunto mínimo de dados de Enfermagem (Moorhead et al, 2008; Docheterman et al, 2008).

Visando planejar adequadamente os cuidados pertinentes a população de pacientes com obesidade, submetidos à cirurgia bariátrica e considerando a escassez de publicações sobre cuidados específicos com essa população, este estudo vem propor uma assistência de enfermagem especializada utilizando a classificação da NANDA e as intervenções e resultados esperados (NIC e NOC).

2. OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo foram:

- 1 - Identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica baseados na taxonomia II da NANDA, segundo natureza e frequência, no período pré e pós-operatório.
- 2 – Propor a sistematização da assistência em enfermagem aos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica segundo os diagnósticos de enfermagem identificados no período pré e pós-operatório baseados no NIC e NOC.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Aspectos éticos

Este estudo foi precedido de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, projeto 028/07.

3.2. Local de estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital escola, hospital da capital paulista mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), instituição sem fins lucrativos. Este hospital atende pacientes através do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, exploratório e transversal com abordagem quali-quantitativa realizado em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica internados no local de estudo, no período de março a agosto de 2007.

3.4. População

Este estudo atingiu a população de pacientes com diagnóstico médico de obesidade mórbida internados para tratamento cirúrgico – cirurgia bariátrica no período do estudo.

3.5. Amostra

Todos os 44 pacientes incluídos no estudo possuíam o diagnóstico de obesidade mórbida, internados para cirurgia bariátrica que estavam orientados quanto ao estudo e aceitaram participar da pesquisa, através do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

Critérios de inclusão:

- Ter diagnóstico de obesidade mórbida;
- Estar internado para tratamento cirúrgico na instituição em estudo;
- Estar de acordo em participar do estudo.

Critério de exclusão:

- Não ter concordado em participar do estudo

3.6. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi construído e adaptado após testes simulados até se chegar ao atual (Anexo B). O objetivo desse instrumento foi direcionar a entrevista e o exame físico do pacientes e servir de local para registro dos dados coletados. Foi composto por três partes:

Parte I – período pré-operatório

Parte II – período transoperatório

Parte III – período pós-operatório mediato

A Parte I - período pré-operatório - foi composta por subitens que serão descritos no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Subitens colhidos no período pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, segundo instrumento utilizado no estudo.

Subitens	Finalidade
Identificação	Caracterização demográfica dos pacientes.
Promoção de Saúde	Coletar dados acerca de consciência e controle da Saúde.
Nutrição	Coletar dados acerca de ingestão e nutrição.
Eliminação e Troca	Coletar dados acerca de função urinária e gastrintestinal.
Atividade e Repouso	Coletar dados acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Sono e Repouso; - Atividade/Exercício; - Equilíbrio de Energia; - Respostas pulmonares e cardiovasculares; - Autocuidado.
Percepção e Cognição	Coletar dados acerca da percepção e cognição
Autopercepção	Coletar dados acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Autoconceito; - Autoestima - Imagem Corporal
Sexualidade	Coletar dados acerca da sexualidade
Enfrentamento e Tolerância ao Estresse	Coletar dados acerca de resolução de problemas
Princípios da Vida	Coletar dados acerca de valores e crenças
Segurança/Proteção	Coletar dados acerca de lesão física
Conforto	Coletar dados acerca de conforto físico

Na Parte II, os dados foram colhidos diretamente no prontuário do paciente, dados esses que se referiram ao período transoperatório relacionados à cirurgia (tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, posicionamento na mesa cirúrgica, uso de coxins, reposição volêmica e intercorrências).

O período pós-operatório mediato foi contemplado na Parte III e foram divididos em subitens, como a parte I, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Subitens colhidos no período pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, segundo instrumento utilizado no estudo.

Subitens	Finalidade
Nutrição	Coletar dados acerca de ingestão e nutrição.
Eliminação e Troca	Coletar dados acerca de função urinária e gastrointestinal.
Atividade e Repouso	Coletar dados acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Sono e Repouso; - Atividade/Exercício; - Equilíbrio de Energia; - Respostas pulmonares e cardiovasculares; - Autocuidado.
Percepção e Cognição	Coletar dados acerca da percepção e cognição
Autopercepção	Coletar dados acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Autoconceito; - Autoestima - Imagem Corporal
Segurança/Proteção	Coletar dados acerca de lesão física
Conforto	Coletar dados acerca de conforto físico

3.7. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos:

- Primeiro momento: no pré-operatório imediato em que o paciente já estava ciente de que seria submetido à cirurgia no dia seguinte e seu nome constava na programação cirúrgica.
- Segundo momento: primeiro ou segundo dia de pós-operatório.

Assim que fosse estabelecida a data para o início da coleta de dados, a pesquisadora checava a lista de programação cirúrgica e identificava os pacientes que fariam parte da amostra. Logo no início da consulta de enfermagem, era lido o termo de consentimento livre e esclarecido, em seguida era assinado pelo paciente, caso concordassem em participar do estudo.

3.8. Interpretação dos dados para formulação dos diagnósticos de enfermagem

Ao término da coleta, os dados foram analisados e interpretados para afirmação dos diagnósticos de enfermagem.

Os dados coletados subsidiaram a formulação dos diagnósticos de enfermagem pela pesquisadora. Dentro de cada classe e domínio, segundo a taxonomia da NANDA II, foram relacionados os dados relevantes de cada paciente. Esses dados foram agregados conforme a pesquisadora julgou relação entre eles, compondo as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco de possíveis diagnósticos que cada paciente apresentou (Anexo C).

Os quarenta e quatro instrumentos de coleta de dados, juntamente com os dados analisados e interpretados pela pesquisadora (Anexos B e C), foram submetidos à apreciação de outros quatro enfermeiros, denominados de pareceristas, que tinham, no mínimo, seis anos de experiência clínica com diagnósticos de enfermagem e que atuavam tanto na área assistencial quanto na docência.

Os quatro pareceristas, separadamente, indicaram as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. A partir desta fase, a enfermeira pesquisadora pontuou os possíveis diagnósticos de enfermagem levantados pelos pareceristas com cruces (+) (Anexo D). Os diagnósticos de enfermagem receberam a pontuação de duas cruces (2+) ou menos, foram desconsiderados e aqueles que obtiveram três cruces (3+) ou mais foram avaliados por um sexto enfermeiro denominado de juiz, o consenso entre a pesquisadora e o juiz foi o critério utilizado para aceitar os diagnósticos de enfermagem válidos no estudo.

3.9. Análise estatística

A análise das variáveis qualitativas foi realizada pelo cálculo de médias, desvio padrão e mediana. Para a comparação das variáveis quantitativas foi realizado o teste “t” de Student, e nos casos em que a suposição de normalidade não foi aceita, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

A análise de variáveis quantitativas foi apresentada com suas frequências absolutas e relativas. Para comparar a frequência dos diagnósticos de enfermagem, no período pré e pós-operatório, foi aplicado teste de McNemar, teste este utilizado quando o fator discriminante é categorizado segundo duas intenções, mas se refere ao mesmo grupo (amostra dependente), no caso, o grupo de quarenta e quatro pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no pré e pós-operatório. Para avaliar associação entre a frequência total dos diagnósticos de enfermagem no período pré e pós-operatório, foi aplicado o teste de Qui-quadrado, teste este utilizado quando o fator discriminante é categorizado segundo duas intenções, mas se refere a grupos independentes, no caso 480 diagnósticos no pré-operatório e 547 diagnósticos no pós-operatório.

Em toda análise estatística foi adotado um nível de significância (α) de 5%, ou seja, foram considerados como significantes resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% ($p\text{-valor} < 0,05$). A análise estatística foi realizada no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 13.0 para Windows.

4. RESULTADOS

A população em estudo constituiu-se de 44 pacientes com obesidade mórbida, submetidos à cirurgia bariátrica, sendo 38 (84,4%) do sexo feminino e 6 (15,4%) do sexo masculino. Destes, 38,6% tinham o 2º grau completo. A maioria dos pacientes era casada (54,5%) e tinham como ocupação principal cuidar do lar (38,6%). Quanto aos princípios de vida 84% dos pacientes tinham alguma crença religiosa (Tab. 1).

TABELA 1 – Características sócio-demográficas qualitativas de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo. 2007.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	38	84,4
Masculino	6	15,6
Escolaridade		
1º grau incompleto	9	20,4
1º grau completo	8	18,0
2º grau completo	17	38,6
Superior completo	4	9,0
Estado Civil		
Casado	24	54,5
Solteiro	16	36,5
Outros	4	9
Ocupação		
Do lar	17	38,6
Auxiliar de enfermagem	5	11,4
Manicure	5	11,4
Professora	2	4,5
Outras	15	34,1
Princípios de vida		
Possui crença religiosa	37	84
Procura apoio religioso nos momentos difíceis	7	16

A média e o desvio padrão das variáveis idade e tempo de cirurgia relativa aos 44 pacientes segundo o sexo estão apresentados na tabela 2. Verificou-se que a idade média e o tempo médio de cirurgia foram maiores para os pacientes do sexo masculino em relação ao do sexo feminino, mas não foi observada diferença estatisticamente significativa. A média de idade para ambos os sexos foi de 38,4 anos ($\pm 8,9$) anos.

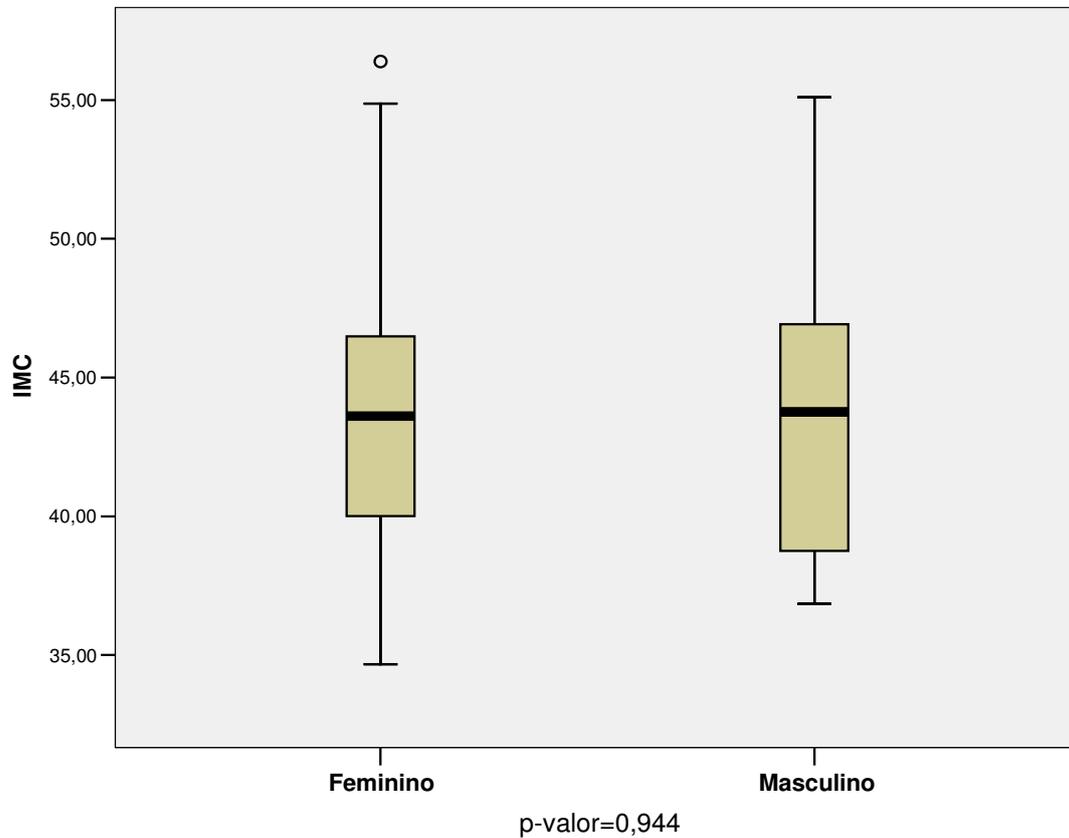
TABELA 2 – Média e Desvio Padrão (DP) para a idade e tempo de cirurgia de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica, segundo o sexo. São Paulo, 2007.

Sexo	Idade (anos)	Tempo de cirurgia (minutos)
	Média (DP)	Média (DP)
Feminino	37,7 (9,0)	195,0 (44,5)
Masculino	43,0 (8,0)	220,0 (98,0)
p-valor	0,182 ^a	0,755 ^b

^a Teste “t”-Studente ^b Teste de Mann-Whitney

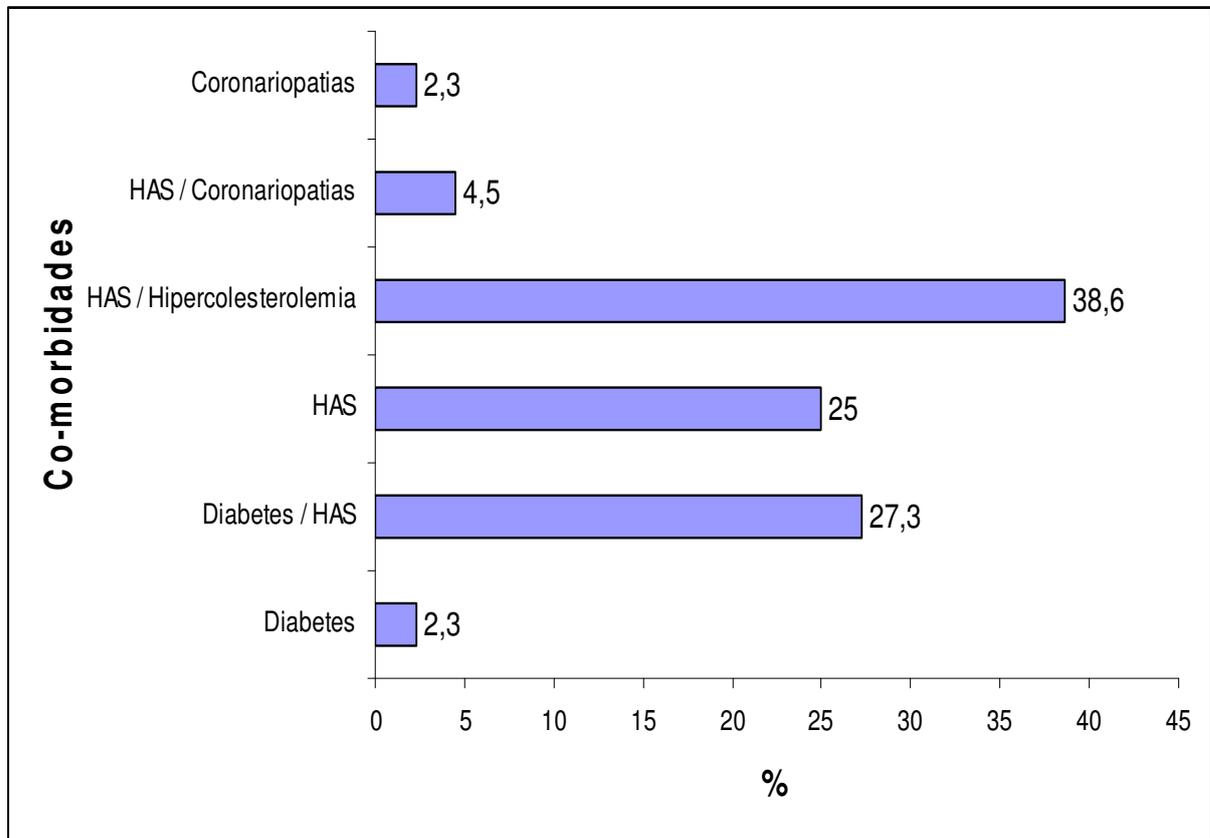
O Gráfico 1 mostra o índice de massa corpórea dos pacientes segundo o sexo. Observa-se que os pacientes do sexo masculino apresentaram maior variabilidade no IMC, quando comparado ao sexo feminino. Também, pode-se notar que o grupo de pacientes do sexo feminino apresentou um ponto de máximo isolado, isto é, o índice de massa corpórea de 56,4 kg/m² e está afastado dos demais valores de IMC para esse grupo. Outro fato a ser observado no gráfico 1 é que o IMC mediano do sexo feminino (43,6 kg/m²) é quase semelhante ao do sexo masculino (43,8 kg/m²). Vale ressaltar que a média do IMC foi de 44,0 ($\pm 5,7$) kg/m² para o sexo feminino e 44,2 ($\pm 6,5$) kg/m² para o sexo masculino, não sendo detectada diferença estatisticamente significativa entre os sexos (p-valor = 0,944) por meio do teste “t”-Student. A média de IMC para ambos o sexo foi de 44 ($\pm 4,7$) kg/m².

GRÁFICO 1 – Box-plot do Índice de Massa Corpórea (IMC) de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica segundo o sexo. São Paulo, 2007.



As comorbidades associadas à obesidade mórbida são apresentadas no Gráfico 2. Pode-se verificar que a prevalência da comorbidade HAS/Hipercolesterolemia (38,6%) foi a mais elevada seguida da prevalência de Diabetes/HAS (27,3%). É importante ressaltar que 31 (70,4%) pacientes que apresentavam obesidade mórbida tinham comorbidades associadas.

GRÁFICO 2 - Co-morbidades associadas à obesidade mórbida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.



Na Tabela 3, pode-se observar que para o total de pacientes analisados houve mudança, estatisticamente significativa, para a maioria dos diagnósticos de enfermagem, após o período pós-operatório, tais como: a mobilidade física prejudicada; perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal; nutrição desequilibrada; disposição para autoconceito melhorado; baixa autoestima crônica; enfrentamento individual ineficaz; medo; ansiedade; dor aguda e náusea.

TABELA 3 – Frequências relativas e absolutas dos Títulos de Diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia NANDA II, segundo fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Títulos dos Diagnósticos de Enfermagem	Fase operatória ¹				p-valor ²
	Pré-operatório		Pós-operatório		
	N	%	N	%	
Distúrbio no padrão de sono	34	77,3	32	72,7	0,500
Mobilidade física prejudica	17	38,6	23	52,3	0,031*
Estilo de vida sedentário	40	90,9	40	90,9	1,000
Fadiga	39	88,6	39	88,6	1,000
Intolerância à atividade	38	86,3	38	86,3	1,000
Perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal	-	-	19	43,2	0,000*
Controle ineficaz do regime terapêutico	15	34,1	15	34,1	1,000
Disposição para nutrição melhorada	43	97,7	43	97,7	1,000
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	44	100,0	-	-	0,000*
Disposição para autoconceito melhorado	21	47,7	44	100,0	0,000*
Baixa autoestima crônica	18	54,5	06	13,6	0,000*
Enfrentamento individual ineficaz	21	47,7	05	11,3	0,000*
Medo	38	86,3	20	45,4	0,000*
Ansiedade	29	65,9	22	50,0	0,016*
Disposição para o bem-estar espiritual aumentado	37	84,1	37	84,1	1,000
Risco para infecção	44	100,0	44	100,0	-
Integridade tissular prejudicada	-	-	44	100,0	0,000*
Dor Aguda	02	4,5	38	86,3	0,000*
Náusea	-	-	44	100,0	0,000*

¹ Foram analisados 44 pacientes

² Teste de McNemar

* p-valor < 0,05

Dos 44 pacientes estudados foram identificados um total de 1027 diagnósticos de enfermagem, sendo destes 480 no período pré-operatório, e 547 no período pós-operatório. A média de diagnósticos de enfermagem por paciente no

período pré-operatório foi de 10,9 diagnósticos e de 12,4 diagnósticos para o pós-operatório.

TABELA 4 – Diagnósticos de enfermagem agrupados em domínios e classes, segundo a taxonomia NANDA II de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Domínios	Classes	Diagnóstico de Enfermagem				
		Pré-operatório ¹		Pós-operatório ²		
		N	%	N	%	
Atividade e Repouso	Sono e Repouso	Distúrbio no padrão de sono	34	7,1	32	5,8
	Atividade/Exercício	Mobilidade física prejudica	17	3,5	23	4,2
	Equilíbrio de Energia	Estilo de vida sedentário	40	8,3	40	7,3
	Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares	Fadiga	39	8,1	39	7,1
		Intolerância à atividade	38	7,9	38	6,9
		Perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal	-	-	19	3,4
	Subtotal		168	34,9	191	34,8
Promoção de Saúde	Controle de Saúde	Controle ineficaz do regime terapêutico	15	3,1	15	2,7
		Disposição para nutrição melhorada	43	8,9	43	7,8
Subtotal		58	12	58	10,1	
Nutrição	Ingestão	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	44	9,1	-	-
	Subtotal		44	9,1	-	-
Auto percepção	Autoconceito	Disposição para autoconceito melhorado	21	4,3	44	8,3
	Autoestima	Baixa autoestima crônica	18	3,7	06	1,1
	Respostas de Enfrentamento	Enfrentamento individual ineficaz	21	4,3	05	0,9
		Medo	38	7,9	20	3,6
		Ansiedade	29	6	22	4
Subtotal		127	26,4	53	18	
Princípios de Vida	Crença	Disposição para o bem-estar espiritual aumentado	37	7,7	37	6,7
	Subtotal		37	7,7	37	6,7
Segurança e Proteção	Infecção	Risco para infecção	44	9,1	44	8,3
	Lesão Física	Integridade tissular prejudicada	-	-	44	8,3
Subtotal		44	9,1	88	16,6	
Conforto	Conforto Físico	Dor Aguda	02	0,4	38	6,9
		Náusea	-	-	38	6,9
Subtotal		02	0,4	76	13,8	

¹Total de diagnóstico 480

²Total de diagnóstico 547

Na Tabela 4, nota-se um aumento na frequência dos diagnósticos de enfermagem para mobilidade física prejudicada e dor aguda, quando se correlaciona o pré-operatório com o pós-operatório. Simultaneamente, os diagnósticos de enfermagem para baixa autoestima crônica, enfrentamento individual ineficaz, medo e ansiedade apresentaram uma diminuição em suas frequências no período pós-operatório.

A Tabela 5 mostra a prevalência dos diagnósticos de enfermagem agrupados em domínios. Pode-se observar que as prevalências dos diagnósticos de enfermagem para nutrição (9,2%) e autopercepção (26,5%) foram significativamente mais elevadas no período pré-operatório, enquanto que a prevalência do diagnóstico para segurança e proteção (16,1) foi significativamente mais elevada no período pós-operatório.

TABELA 5 – diagnósticos de enfermagem agrupados em domínios, segundo a taxonomia NANDA II de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Domínios	Diagnóstico de Enfermagem				p-valor ³
	Pré-operatório ¹		Pós-operatório ²		
	N	%	N	%	
Atividade e Repouso	168	35,0	191	34,9	0,978
Promoção de Saúde	58	12,1	58	10,6	0,455
Nutrição	44	9,2	-	-	0,000*
Autopercepção	127	26,5	53	9,7	0,000*
Princípios de Vida	37	7,7	37	6,8	0,559
Segurança e Proteção	44	9,2	88	16,1	0,001*
Conforto	02	0,4	76	13,9	0,000*

¹Total de diagnóstico 480

²Total de diagnóstico 547

³ Teste de Qui-quadrado

* p-valor <0,05

São apresentados a seguir os diagnósticos de enfermagem encontrados no estudo com as suas características definidoras e os fatores de risco que os fundamentaram segundo a taxonomia II da NANDA.

Distúrbio no padrão de sono

Verificamos na Tabela 6, que 34 (77,3%) pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem “distúrbio no padrão de sono”. Desse total, 41,2% referiram poucas horas de sono; 32,4% que o sono interrompido se dava devido à dificuldade de respirar. Na fase pós-operatória houve uma diminuição do predomínio do diagnóstico “distúrbio no padrão de sono”, porém com aumento de relatos de poucas horas de sono (59,4%) seguida da mesma frequência da queixa de ter dormido mal (59,4%), tais fatos tiveram como fatores relacionados o número de entrada da equipe de enfermagem nos quartos e o incômodo na utilização de dispositivos intravenosos.

TABELA 6 – Frequência das características definidoras do “distúrbio no padrão de sono”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório n=34 (77,3%)		Pós-operatório n=32 (72,7%)	
	N	%	N	%
Refere sono interrompido; dificuldade de respirar	11	32,4	11	34,4
Refere poucas horas de sono	14	41,2	19	59,4
Refere ronco durante o sono	09	26,5	09	28,1
Refere que dormiu mal	10	29,4	19	59,4
Refere que a noite demora de passar	08	23,5	12	37,5

Mobilidade física prejudicada

Na fase pré-operatória, identificou-se o diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em 38,6% pacientes, caracterizado, principalmente, pela dificuldade para virar-se (88,2% dos pacientes). No período pós-operatório, houve um aumento da frequência do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada”: 23 (52,3%) pacientes com aumento da dificuldade para virar-se e amplitude limitada de movimentos (100%); no pós-operatório, esse aumento deu-se devido à queixa de dor na ferida operatória. O aumento na frequência do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” no período pós-operatório foi significativo ($p=0,031$).

TABELA 7 – Frequência das características definidoras de “mobilidade física prejudicada”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=17 (38,6%)		n=23 (52,3%)	
	N	%	N	%
Refere dificuldade para virar-se	15	88,2	23	100
Refere dispnéia aos esforços	10	58,8	10	43,5
Possui amplitude limitada de movimentos	10	58,8	23	100

Estilo de vida sedentária

Em relação ao diagnóstico de enfermagem “estilo de vida sedentária”, não houve diferença em relação ao período pré e pós-operatório: 40 (90,9)% pacientes apresentaram esse diagnóstico, sendo a demonstração de falta de condicionamento físico (90,0%) a característica definidora predominante.

TABELA 8 – Frequência das características definidoras do “estilo de vida sedentária” segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=40 (90,9%)		n=40 (90,9%)	
	N	%	N	%
Demonstra falta de condicionamento físico	36	90,0	36	90,0
Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos	13	32,5	13	32,5
Verbaliza a preferência por atividades com pouco exercício físico	16	40,0	16	40,0

Fadiga

Não houve diferença na frequência do diagnóstico de enfermagem “fadiga” no período pré e pós-operatório: 39 (88,6%) pacientes o apresentaram, o que distinguiu foram as características definidoras, como o “refere aumento das queixas físicas” com 28 (71,8%) pacientes no, pré-operatório, seguida de 25 (64,1%) pacientes, no período pós-operatório.

TABELA 9 – Frequência das características definidoras de “fadiga”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=39 (88,6%)		n=39 (88,6%)	
	N	%	N	%
Refere aumento das queixas físicas	28	71,8	25	64,1
Refere cansaço	32	82,0	33	84,6
Refere falta de energia	27	69,2	28	71,8
Refere sentimento de culpa por não cumprir com as suas responsabilidades	15	38,5	10	25,7

Intolerância a atividade

Verificamos na tabela 10 que não existiu diferença na frequência do diagnóstico de enfermagem “intolerância a atividade”, no pré-operatório e pós-operatório, bem como, suas características definidoras. Dos 44 (100%) pacientes incluídos nos estudo, 38 (86,3%) apresentaram esse diagnóstico.

TABELA 10 – Frequência das características definidoras de “intolerância a atividade” segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=38 (86,3%)		n=38 (86,3%)	
	N	%	N	%
Refere desconforto aos esforços	38	100	38	100
Refere dispnéia aos esforços	38	100	38	100
Relato verbal de fadiga	15	39,5	15	39,5

Perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal

Na fase pré-operatória não identificamos o diagnóstico de enfermagem “perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal”. Na fase pós-operatória, 19 (43,2%) pacientes foram identificados por esse diagnóstico e o aumento da frequência foi significativo ($p=0,000$); as características que fundamentaram o diagnóstico foram distensão abdominal (42,1%), dor ou sensibilidade abdominal (100%) e náuseas (78,9%).

TABELA 11 – Frequência das características definidoras de “perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n= 0 (0%)		n=19 (43,2%)	
	N	%	N	%
Distensão abdominal	-	-	08	42,1
Dor ou sensibilidade abdominal	-	-	19	100
Intestino hipoativo	-	-	06	31,6
Refere náuseas	-	-	15	78,9

Controle ineficaz do regime terapêutico

Verificamos na tabela 12, que não existiu diferença na frequência do diagnóstico de enfermagem “controle ineficaz do regime terapêutico”, no pré-operatório e pós-operatório, bem como, suas características definidoras. Dos 44 (100%) pacientes incluídos nos estudo, 15 (34,1%) apresentaram o diagnóstico.

TABELA 12 – Frequência das características definidoras do “controle ineficaz do regime terapêutico”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=15 (34,1%)		n=15 (34,1%)	
	N	%	N	%
Falhas em agir para reduzir fatores de risco	02	13,3	02	13,3
Verbaliza o desejo de controlar a doença	15	100	15	100
Verbaliza dificuldade com o regime terapêutico	06	40,0	06	40,0

Disposição para nutrição melhorada

Na Tabela 13, observa-se que não existiu diferença na frequência do diagnóstico de enfermagem “disposição para nutrição melhorada”, no pré-operatório e pós-operatório, bem como, suas características definidoras. Dos 44 (100%) pacientes incluídos nos estudo, 43 (97,7%) apresentaram o diagnóstico.

TABELA 13 – Frequência das características definidoras de “disposição para nutrição melhorada”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=43 (97,7%)		n=43 (97,7%)	
	N	%	N	%
Expressa conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis	43	100	43	100
Expressa conhecimento sobre escolhas saudáveis de líquidos	22	51,2	22	51,2
Expressa desejo de melhorar a sua nutrição	43	100	43	100
Segue um padrão apropriado de alimentação	43	100	43	100

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais

Na fase pós-operatória, não identificamos o diagnóstico de enfermagem “nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”. Na fase pré-operatória, 44 (100%) pacientes foram identificados por esse diagnóstico e a diminuição da frequência foi significativa ($p=0,000$); as características que fundamentaram o diagnóstico foram: associar comida com outras atividades (41%), comer em resposta á estímulo (situação social e familiar) (100%) e disfunção dos padrões alimentares (45,4%)

TABELA 14 – Frequência das características definidoras de “nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”, segundo fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=44 (100%)		n=0 (0%)	
	N	%	N	%
Refere associar comida com outras atividades	18	41,0	-	-
Refere comer em reposta á estímulo (situação social e familiar)	44	100	-	-
Disfunção dos padrões alimentares	20	45,4	-	-
Refere ingestão de alimentos concentrada no final do dia	02	4,5	-	-

Disposição para autoconceito melhorado

O aumento da frequência do diagnóstico de enfermagem “disposição para auto conceito melhorado” do período pré-operatório: 21 (47,7%) pacientes, em relação ao período pós-operatório: 44 (100%) pacientes foi significativo ($p=0,000$). Tal fato deve-se principalmente aos relatos de desejo de melhorar o autoconceito.

TABELA 15 – Frequência das características definidoras de “disposição para autoconceito melhorado”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=21 (47,7%)		n=44 (100%)	
	N	%	N	%
Aceita suas limitações	06	28,6	06	13,6
Expressa confiança em suas capacidades	15	71,4	20	45,4
Expressa desejo melhorar o autoconceito	21	100	44	100
Expressa satisfação com suas opiniões sobre si	21	100	22	50,0

Baixa autoestima crônica

Na fase pré-operatória, identificou-se o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima crônica”, em 18 pacientes (40,9%), caracterizado, principalmente, pelas expressões de culpa (88,2%). No período pós-operatório houve uma diminuição da frequência do diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima crônica”, 6 (13,6%) pacientes, relacionadas diminuição da característica definidora expressões de culpa. A diminuição na frequência do diagnóstico de enfermagem baixa “autoestima crônica” no período pós-operatório foi significativo ($p=0,000$).

TABELA 16 – Frequência das características definidoras de “baixa autoestima crônica”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=18 (40,9%)		n=06 (13,6%)	
	N	%	N	%
Expressões de culpa	10	55,5	03	50,0
Expressões de vergonha	06	33,3	06	100
Falta de contato visual	06	33,3	06	100
Hesita em tentar novas coisas/situações	08	44,4	06	100

Enfrentamento individual ineficaz

Na fase pré-operatória identificou-se o diagnóstico de enfermagem “enfrentamento individual ineficaz” em 21 pacientes (47, 7,3%) caracterizado principalmente pelo comportamento destrutivo em relação a si (85,7%). No período pós-operatório, houve uma diminuição da frequência desse diagnóstico de enfermagem, sendo encontrado em cinco (11,3%) pacientes, relacionados à diminuição da característica definidora do comportamento destrutivo em relação a si.

A diminuição na frequência do diagnóstico de enfermagem “enfrentamento individual ineficaz” no período pós-operatório foi significativa ($p=0,000$).

TABELA 17 – Frequência das características definidoras de “enfrentamento individual ineficaz”, segunda a fase operatória de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=21 (47,7%)		n=05 (11,3%)	
	N	%	N	%
Comportamento destrutivo em relação a si	18	85,7	05	100
Resolução de problemas inadequada	05	23,8	05	100

Medo

Na fase pré-operatória identificou-se o diagnóstico de enfermagem “medo”, em 38 (86,3%) pacientes caracterizado principalmente pelos relatos de estar assustado (100%) e excitado (100%) com o procedimento cirúrgico. No período pós-operatório, houve uma diminuição da frequência desse diagnóstico de enfermagem, sendo encontrado em 20 (45,4%) pacientes, relacionados à diminuição das características definidoras de relatos de estar assustado (75%) e excitado (50%) em contra partida, temos o aumento de tensão no pós-operatório relacionado ao medo de complicações pós-operatórias. A diminuição na frequência do diagnóstico de enfermagem “medo” no período pós-operatório foi significativa ($p=0,000$).

TABELA 18 – Frequência das características definidoras de “medo”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=38 (86,3%)		n=20 (45,4%)	
	N	%	N	%
Relato de estar assustado	38	100	15	75,0
Relato de nervosismo	15	39,5	20	100
Relato de auto-segurança diminuído	15	39,5	15	75,0
Relato de excitação	38	100	10	50,0
Relato de tensão aumentada	10	26,3	15	75,0

Ansiedade

Na fase pré-operatória, identificou-se o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”, em 29 (65,9%) pacientes, caracterizado principalmente pelo referimento de nervosismo (100%), aflição (69%) e angústia (69%). No período pós-operatório, houve uma diminuição da frequência desse diagnóstico de enfermagem, sendo encontrado em 22 (50%) pacientes, relacionados à diminuição das características definidoras do referimento de aflição e angústia. A diminuição na frequência do diagnóstico de enfermagem “ansiedade” no período pós-operatório foi significativa ($p=0,016$).

TABELA 19 – Frequência das características definidoras de “ansiedade”, segundo a fase operatória de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=29 (65,9%)		n=22 (50%)	
	N	%	N	%
Demonstra agitação	10	34,5	06	27,3
Refere insônia	18	62,1	18	81,8
Refere nervosismo	29	100	06	27,3
Preocupações expressas em razão de mudanças em eventos de vida	18	62,1	18	81,8
Refere aflição	20	69,0	-	-
Refere angustia	20	69,0	-	-
Refere preocupação	29	100	22	100

Disposição para o bem estar espiritual aumentado

Não houve diferença significativa na frequência do diagnóstico de enfermagem “disposição para o bem estar espiritual aumentado”, no pré-operatório e pós-operatório, bem como, suas características definidoras. Dos 44 (100%) pacientes incluídos nos estudo, 37 (84,1%) dos pacientes apresentaram o diagnóstico.

TABELA 20 – Frequência das características definidoras de “disposição para o bem estar espiritual aumentado”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=37 (84,1%)		n=37 (84,1%)	
	N	%	N	%
Disposição para aumentar a aceitação	30	81,1	30	81,1
Desejo de aumentar a alegria	28	75,7	30	81,1
Desejo de aumentar a coragem	28	75,7	28	75,7
Desejo de aumentar a finalidade de vida	37	100	37	100
Participa de atividades religiosas	37	100	37	100
Reza	37	100	37	100

Risco para infecção

Na Tabela 21 observa-se que não existiu diferença na frequência do diagnóstico de enfermagem “risco para infecção”, no pré-operatório e pós-operatório, bem como, seus fatores de risco. Dos 44 (100%) pacientes incluídos nos estudo, 44 (100%) apresentaram o diagnóstico.

TABELA 21 – Frequência dos fatores de risco de “risco para infecção”, segundo a fase operatória de pacientes submetidos com obesidade mórbida à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=44 (100%)		n=44 (100%)	
	N	%	N	%
Doença crônica	31	70,4	31	70,4
Exposição ambiental aumentada a patógenos	44	100	44	100
Procedimentos invasivos	44	100	44	100
Destruição de tecidos	44	100	44	100

Integridade tissular prejudicada

Na fase pré-operatória, não identificamos o diagnóstico de enfermagem “integridade tissular prejudicada”. Na fase pós-operatória, 44 (100%) pacientes foram identificados por esse diagnóstico, e o aumento da frequência foi significativo ($p= 0,000$), a característica definidora que fundamentou o diagnóstico foi tecido lesado (100%) relacionado a cirurgia.

TABELA 22 – Frequência das características definidoras de “integridade tissular prejudicada”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=0 (0%)		n=44 (100%)	
	N	%	N	%
Tecido lesado	-	-	44	100

Dor aguda

Na fase pré-operatória identificamos o diagnóstico de enfermagem “dor aguda” em dois (4,5%) pacientes, caracterizado pelo relato verbal da mesma. Na fase pós-operatória, 38 (86,3%) pacientes foram identificados por esse diagnóstico, sendo o aumento da frequência significativo ($p=0,000$), as principais características que basearam o diagnóstico no período pós-operatório foram a posição para evitar a dor (100%) e relato verbal de dor (100%).

TABELA 23 – Frequência das características definidoras de “dor aguda”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=02 (4,5%)		n=38 (86,3%)	
	N	%	N	%
Comportamento de proteção	-	-	20	52,6
Expressão facial	-	-	10	26,3
Posição para evitar dor	-	-	38	100
Relato verbal de dor	02	100	38	100

Náusea

Na fase pré-operatória, não identificamos o diagnóstico de enfermagem “náusea”. Na fase pós-operatória, 44 (100%) pacientes foram identificados por esse diagnóstico e o aumento da frequência foi significativo ($p=0,000$), as principais características que fundamentaram o diagnóstico foram gosto amargo na boca (50,0%), salivagem aumentada (63,6%).

TABELA 24 – Frequência das características definidoras de “náusea”, segundo a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n=0 (100%)		n=44 (100%)	
	N	%	N	%
Gosto amargo na boca	-	-	22	50,0
Relato de náusea	-	-	15	34,0
Sensação de vômito	-	-	15	34,0
Salivagem aumentada	-	-	28	63,6

A sistematização da assistência de enfermagem

Com base nos diagnósticos de enfermagem (taxonomia II NANDA) encontrados nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, foram traçados, especificamente, as intervenções de enfermagem, embasadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), os mesmos serão apresentados em forma de quadros para facilitar a visualização.

Distúrbio no padrão de sono

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma desordem com tempo limitado na qualidade ou quantidade de sono (suspensão natural, periódica da consciência”

QUADRO 4 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “distúrbio no padrão de sono”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Controle da dor Nível de conforto Repouso Sono	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer horários regulares para dormir, promover o sono com rotinas habituais no ambiente hospitalar; - Evitar uso de estimulantes como cafeína, reduzir ou eliminar as distrações ambientais que proporcionam interrupções do sono; - Investigar o nível de ansiedade, diminuir a estimulação sensorial, proporcionar tranquilidade e conforto durante o sono; - Avaliar a intensidade da dor, preferencialmente utilizando um instrumento para essa mensuração para utilização de medicação quando necessária.

Mobilidade física prejudicada

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidade”

QUADRO 5 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Desempenho da mecânica corporal Desempenho na transferência Locomoção: Caminhar Mobilidade	Assistência no autocuidado Cuidados na mobilização Ensino de atividades/exercícios Posicionamento transoperatório Deambulação Mobilidade articular

Estilo de vida sedentária

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.

QUADRO 6 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “estilo de vida sedentária”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
A serem desenvolvidos	A serem desenvolvidos

Cabe ressaltar a importância da equipe multiprofissional, diante desse diagnóstico, haja vista, que a mudança de comportamento do paciente, fora do ambiente hospitalar, é fundamental para um bom êxito dos resultados da cirurgia.

Fadiga

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”.

QUADRO 7 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “fadiga”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Conservação de energia	Controle da nutrição
Resistência	Melhora do sono
Tolerância à atividade	Promoção de exercícios
Melhora da qualidade de vida	Estabelecimento de metas mútuas
Melhora da qualidade de sono e repouso	

Intolerância a atividade

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

QUADRO 8 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “intolerância á atividade”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Autocuidado: atividades de vida diária Eficácia da bomba cardíaca Resistência Tolerância a atividade Locomoção: caminhar	Assistência no autocuidado Controle da nutrição Controle do peso Cuidados cardíacos Estabelecimento de metas mútuas Facilitação de visitas Melhora do sono Promoção de exercícios: treino para fortalecimento

Perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é a diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos capilares”.

QUADRO 9 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Equilíbrio hídrico	Controle ácido-básico
Equilíbrio eletrolítico e ácido-básico	Controle da hipovolemia
Hidratação	Controle da náusea
Perfusão tissular dos órgãos abdominais	Controle hídrico
Melhora das náuseas e vômitos	Cuidados com sondas
Estado nutricional	Monitorização dos sinais vitais
	Monitorização nutricional
	Controle intestinal

Controle ineficaz do regime terapêutico

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é o padrão de regulação à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde”.

QUADRO 10 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “controle ineficaz do regime terapêutico”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Comportamento de aceitação Comportamento de tratamento: doença Conhecimento: dieta Conhecimento : regime de tratamento Controle de sintomas Autocontrole de doenças cardíacas e diabete Preparo para alta: vida independente Direcionamento do próprio cuidado Motivação	Identificação de riscos Aconselhamento nutricional Ensino: dieta prescrita Ensino: processo de doença Consulta por telefone Suporte a família Escutar ativamente Suporte emocional

Disposição para nutrição melhorada

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado”.

QUADRO 11 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “disposição para nutrição melhorada”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Conhecimento da dieta Melhora do estado nutricional Controle do peso Diminuição no nível de estresse	A serem desenvolvidas

Cabe ressaltar a importância do nutricionista na equipe multiprofissional, haja vista que para esse diagnóstico há a necessidade da mudança de comportamento do paciente fora do ambiente hospitalar.

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é a ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas”.

QUADRO 12 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores – NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Controle do peso Melhora do estado nutricional Comportamento de adesão ao tratamento Motivação Melhora da imagem corporal	Aconselhamento nutricional Controle da nutrição Controle do peso Promoção de exercícios Ensino: dieta prescisa Estabelecimento de metas mútuas

Disposição para autoconceito melhorado

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é um padrão de percepções ou idéias sobre si mesmo que é suficiente para o bem estar e pode ser reforçado”.

QUADRO 13 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “disposição para autoconceito melhorado”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Melhora da autoestima Autonomia pessoal Melhora da imagem corporal Adaptação psicossocial: mudança de vida Bem estar pessoal	A serem desenvolvidas

Novamente, deve ser ressaltada a importância da equipe multiprofissional no manejo do paciente que irá se submeter a cirurgia bariátrica, no diagnóstico, acima encontrado, é importante o papel do psicólogo.

Baixa autoestima crônica

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma autoavaliação/sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades”.

QUADRO 14 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima crônica”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Melhora da autoestima	Aconselhamento
Autonomia pessoal	Incentivar a autoestima
Melhora na qualidade de vida	Aumento a socialização
Esperança	Melhora no sistema de apoio
Motivação	Suporte emocional
Melhora da imagem corporal	Controle da dor
Desenvolvimento de habilidade de interação social.	Redução da ansiedade
	Grupo de apoio
	Esclarecimento de valores

Enfrentamento individual ineficaz

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis”.

QUADRO 15 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “enfrentamento individual ineficaz”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Aceitação: estado de saúde Adaptação psicossocial: mudança de vida Desempenho do papel Enfrentamento Tomada de decisão	Aconselhamento Apoio a tomada de decisão Controle do ambiente Grupo de apoio Melhora do sono Melhora da autoestima

Medo

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma reação a uma ameaça percebida, conscientemente reconhecida como perigo”.

QUADRO 16 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “medo”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Auto controle do medo Autocontrole da ansiedade Diminuição do nível de medo	Aconselhamentos Apoio a tomada de decisões Assistência em exames Aumento da segurança Consulta por telefone Redução da ansiedade Controle do ambiente Facilitação da presença de visitas

Ansiedade

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado

por reposta autonômica (fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado 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”.

QUADRO 17 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Autocontrole da ansiedade	Assistência em exames
Concentração	Melhora do enfrentamento
Enfrentamento	Presença
Diminuição da ansiedade	Distração
Controle de sinais e sintomas	Facilitação da presença de visitas
Melhora do sinais vitais	Controle do ambiente

Disposição para o bem estar espiritual aumentado

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é o processo de desenvolvimento/revelação do mistério por meio da interconexão harmoniosa que brota de forças internas”.

QUADRO 18 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “disposição para o bem estar espiritual aumentado”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Bem estar pessoal	Apoio espiritual
Esperança	Melhora da autoestima
Qualidade de vida	Estímulos a rituais religiosos
Saúde espiritual	Promoção de esperança
	Melhora da imagem corporal

Risco para infecção

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000) “é estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”.

QUADRO 19 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “risco para infecção”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Autocuidado: higiene	Banho
Cicatrização da ferida: primeira intenção	Controle da nutrição
Estado nutricional	Cuidados com lesões
Deteção de riscos	Cuidados com cateteres
Conhecimento: controle de infecção	Estímulo a tosse
	Posicionamento adequado
	Controle do ambiente
	Supervisão da pele

Integridade tissular prejudicada

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é um dano a mucosa, córnea, tecido tegumentar ou subcutâneo”.

QUADRO 20 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “integridade tissular prejudicada”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Cicatrização da ferida: primeira intenção	Controle de hemorragia
Manter integridade tissular: pele e mucosas	Controle de nutrição
Manter perfusão tissular periférica	Controle hídrico
Manter termorregulação	Cuidados com o local da incisão
hidratação	Cuidados com a mobilização
	Posicionamento adequado
	Proteção da ferida contra infecção
	Supervisão da pele
	Cuidado com sondas e cateteres

Dor aguda

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma 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”.

QUADRO 21 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “dor aguda”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Controle da dor	Administração de analgésico
Melhora do nível de conforto	Aplicação de calor/frio
Bem estar pessoal	Redução da ansiedade
Controle dos sintomas	Redução da flatulência
Descanso	Posicionamento adequado
Diminuição do nível de medo	Monitorização dos sinais vitais
Diminuição do nível de ansiedade	Controle do ambiente: conforto

Náusea

Segundo a definição da North American Nursing Diagnosis Association (2000), “é uma sensação desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode ou não levar ao vômito”.

QUADRO 22 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “náusea”. São Paulo, 2007.

Resultados e indicadores - NOC (Resultados sugeridos)	Intervenções e atividades - NIC (Intervenções sugeridas)
Controle das náuseas e vômitos	Administração de medicamento
Controle dos sintomas	Controle da dor
Melhora do nível de conforto	Controle da náusea
Melhora da dor	Controle hidroeletrolítico
Satisfação do cliente: controle dos sintomas	Precaução contra aspiração

Outros cuidados de enfermagem igualmente importantes para sistematização da assistência e que não foram contemplados com a utilização do NIC e do NOC são:

- **Período pré-operatório:**

- Orientar ao paciente que o mesmo poderá sentir dor no período pós-operatório, sendo essa dor geralmente associada ao posicionamento cirúrgico e manipulação de órgãos e tecidos;
- Orientar sobre a deambulação precoce para evitar complicações vasculares e respiratórias;
- Auxiliar na deambulação caso seja necessário;
- Ensinar técnicas para subir e descer do leito (avaliar se o paciente tem condições de realizá-la sozinho, caso não esteja apto, orientá-lo a solicitar a presença da equipe de enfermagem);
- Providenciar colchão perfilado e coxins de apoio, caso seja necessário, tanto para o uso deitado como para uso sentado;
- Ensinar técnicas de mudança de decúbito para evitar lesões de pele e manter/melhorar a condição pulmonar;

-
- Ensinar técnicas de exercícios respiratórios para favorecer o aumento da expansibilidade pulmonar e mobilidade de secreções;
 - Orientar sobre a necessidade do uso de meias elásticas no pós-operatório;
 - Orientar o paciente quanto ao jejum pós-operatório, sendo o tempo médio de 12 horas. Após o jejum, explicar sobre o recebimento de dieta especial e específica;
 - Ensinar técnicas de modificação de comportamento para diminuir a ingesta alimentar, tais como: usar pratos pequenos, comer lentamente, mastigar várias vezes o alimento;
 - Orientar a não comer e beber juntamente, pois aumenta a distensão gástrica, resultando em vômitos;
 - Orientar sobre as modificações de seu estilo de vida, riscos de sedentarismo, benefícios do equilíbrio ingesta/exercícios;
 - Orientar sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia tais como tremor, irritabilidade, pele fria e úmida.

- **Período pós-operatório:**

- Realizar avaliação do padrão neurológico atentando-se para o nível de consciência;
- Verificar os sinais vitais rigorosamente para avaliar sinais de sangramento, infecção, fístulas;
- Avaliar a intensidade da dor, preferencialmente utilizando um instrumento para essa mensuração;
- Manter cateteres vasculares permeáveis para hidratação e administração de medicamentos, observando sinais flogísticos em suas inserções;
- Realizar/auxiliar na higiene oral para evitar proliferação bacteriana, língua

saburrosa e halitose;

- Realizar/auxiliar a/na higiene corporal principalmente nas regiões em que há excesso de pele como: abaixo das mamas, virilha, pescoço, abdome, genitália, uma vez que há um alto risco de infecções por fungos.
- Quando existentes, manter permeáveis sondas nasoenteral ou nasogástrica;
- Atentar-se para episódios de vômitos, evitando aspiração do mesmo;
- Estimular a realização de exercícios respiratórios aprendidos no pré-operatório a fim de evitar complicações pulmonares;
- Estimular /auxiliar mudança de decúbito com intuito de evitar lesões na pele e complicações pulmonares e vasculares;
- Estimular/auxiliar na deambulação assim que a mesma for liberada;
- Atentar para sinais de trombose venosa profunda: sinais de hiperemia, elevação do gradiente térmico na região da panturrilha e hipertermia;
- Estar atento a introdução da dieta verificando a aceitação da mesma pelo paciente. Verificar presença de náuseas, vômitos ou diarréias após a administração da dieta caso ocorram, a equipe médica deve ser comunicada;
- Monitorizar a glicemia capilar, quando houver indicação;
- Monitorizar sinais de íleo paralítico (ausência de ruídos hidroaéreos após 6-12 horas de cirurgia), flatulência e distensão abdominal.

Uma das complicações tardias da cirurgia bariátrica em que o enfermeiro deve estar atento é a síndrome de dumping. Estima-se que de 25% a 50% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica têm algum sintoma da síndrome (Papini-Berto, Burini, 2001).

Caracteriza-se pela passagem rápida do conteúdo gástrico, ou seja, dos alimentos presentes no estômago, para o intestino, principalmente dos alimentos

ricos em açúcar. Os sintomas comuns são náuseas, fraqueza, suor frio intenso, desmaios e diarreia, após a alimentação. É necessário evitar os alimentos ricos em açúcar (Papini-Berto, Burini, 2001).

A síndrome de dumping pode ser separada em formas precoce e tardia, dependendo da ocorrência de sintomas, em relação ao tempo decorrido depois de uma refeição. Ambas as formas ocorrem devido à oferta rápida de grandes quantidades de sólidos e líquidos osmoticamente ativos no duodeno. A síndrome de dumping é o resultado direto de alterações da função de armazenamento do estômago e/ou do mecanismo de esvaziamento pilórico. A severidade da síndrome de dumping é proporcional à taxa de esvaziamento gástrico (Repetto et al, 2002).

O dumping tardio ocorre de uma a três horas depois de uma refeição. A oferta rápida de uma refeição ao intestino delgado resulta em concentração inicial alta de carboidratos no intestino delgado proximal e rápida absorção da glicose. Isso recebe oposição de uma resposta hiperinsulinêmica. Os altos níveis de insulina são responsáveis pela hipoglicemia subsequente (Papini-Berto, Burini, 2001).

Os sintomas sistêmicos de dumping precoce são: vontade de deitar-se, palpitações, cansaço, iminência de desmaio, síncope, diaforese, cefaléia, rubor, sensação de plenitude gástrica, diarreia, náuseas, cólicas abdominais e borborigmos. O dumping tardio se manifesta através da perspiração, tremores, dificuldade de concentração, diminuição da consciência e fome.

Pacientes submetidos a cirurgias bariátrica representam uma nova população para o Sistema de Saúde. E as informações clínicas não bem avaliadas, acerca dos mesmos, no período pré e pós-operatório, podem afetar a qualidade dos cuidados, expondo estes pacientes a risco desnecessário. O paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica requer cuidados complexos que diferem dos outros pacientes

cirúrgicos. Dessa forma, os(as) enfermeiros(as) devem compreender as implicações da obesidade na saúde, possuir conhecimento técnico-científico, que subsidiem a prevenção de complicações pós-operatórias que podem ocorrer nesses pacientes.

Os cuidados de enfermagem envolvem a avaliação pré-operatória, que auxilia nos planos dos cuidados interdisciplinares, educação e monitoramento pós-operatório, para tanto se faz necessário o uso de uma linguagem padronizada no intuito de uma boa evolução e recuperação desse paciente.

5. DISCUSSÃO

Nesse estudo, houve o predomínio do sexo feminino, com 38 pacientes. Numa avaliação retrospectiva, na qual se avaliava as complicações intra-operatórias em cirurgia bariátrica Hazman et al (2001), totalizaram 114 pacientes, sendo 98 do sexo feminino e 16 do sexo masculino. Em outras referências internacionais e nacionais como: avaliação do estado psicológico de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, por uma equipe multidisciplinar, houve novamente o predomínio do sexo feminino, sendo 11 mulheres e cinco homens (Di Cosmo et al, 2000); Paisani et al (2005) estudaram padrões respiratórios de 21 pacientes, sendo três homens e 19 mulheres que foram submetidos a cirurgia bariátrica. Kriwanek et al (2000) investigando a mudança nutricional de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica, encontraram 70 pacientes, sendo quatro homens e 66 mulheres. Tais dados podem demonstrar que a epidemia de obesidade vem crescendo entre as mulheres. O estudo de Padwal (2005) realizado no Canadá entre os anos de 1993 e 1994 deparou com 91% de pacientes do sexo feminino. Neste mesmo estudo, a avaliação do gênero, nos anos de 2002 e 2003, a taxa de mulheres elevou-se para 85%. Leykin et al (2008) analisaram 150 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica de maio de 2000 a março de 2005, encontrando 79% dos pacientes do sexo feminino e 21% do sexo masculino.

Não há relatos na literatura de grau de escolaridade, estado civil ou crença religiosa de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Neste estudo, foram descritos tais dados sendo que 38,6% de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tinham o 2º grau completo. A maioria dos pacientes (54,5%) era casada e tinham como ocupação principal cuidar do lar (38,6%). Quanto aos princípios de vida, 84% dos pacientes tinham alguma crença religiosa.

Quanto à idade Eriksson et al (1997), estudando 328 pacientes operados, encontraram como média idade 38 anos. Em um estudo em que se realizava a avaliação do estado psicológico de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica por uma equipe multidisciplinar, a média de idade foi 42,1 anos. Kriwanek et al (2000) investigando a mudança nutricional de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, encontraram uma média de idade de 32 anos. O estudo de Padwal (2005), realizado no Canadá, demonstrou que, nos anos de 1993 a 1994, a média de idade de pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica era 36,4 anos e de 2002 a 2003 a média de idade média foi de 40,4 anos. No presente estudo, a média de idade para ambos os sexos foi 38,4 anos de idade, ficando dentro da faixa de idade descrita na literatura internacional.

A média de tempo utilizada na cirurgia bariátrica, neste estudo, foi de 207 minutos. Komanova et al (2004) utilizaram um tempo médio cirúrgico de 91 minutos, porém, vale ressaltar que em seu estudo a abordagem utilizada foi via laparoscópica. Enquanto Eriksson et al (1997), estudando 328 pacientes operados, no intuito de identificar trombose, após cirurgia bariátrica, utilizaram 128 minutos, em média. O presente estudo, foi realizado em um hospital escola, podendo-se justificar o tempo cirúrgico maior em relação a literatura.

Kormanova et al (2004) encontraram um IMC médio $42,3 \text{ kg/m}^2$ em pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica por via laparoscópica. Eriksson et al (1997) descreveram, em seu estudo, um IMC médio de 44 kg/m^2 ; Cherit et al (1998) num estudo sobre o efeito dos anestésicos em pacientes obesos, obtiveram como média um IMC de $50,3 \text{ kg/m}^2$. Já Di Cosmo et al (2000), na Itália, referiram um IMC com média de 43 kg/m^2 . O IMC médio para ambos os sexos, no presente, foi de 44 kg/m^2 , em conformidade com as recomendações internacionais para realização da

cirurgia bariátrica.

No presente estudo, 30 (70,4%) pacientes tinham alguma comorbidade associada à obesidade mórbida, sendo HAS/Hipercolesterolemia (38,6%) a mais elevada, seguida da prevalência de Diabetes/HAS (27,3%). No trabalho de Flancbaum, Belsley (2007), foi avaliada mortalidade e morbidade em 1000 cirurgias bariátricas, em Y-de-Roux, realizadas por um único cirurgião, num período de 5 anos. Nesse grupo de pacientes, as comorbidades mais comuns foram: dispnéia (94%), dor articular e artrite (92%), refluxo gastroesofágico (59%), hipertensão arterial (39%), apneia do sono (24%), dislipidemia (46%), diabetes (23%), asma (15%) e doença coronariana (6%).

No atual estudo, foram identificados 1027 diagnósticos de enfermagem, sendo 480 diagnósticos no período pré-operatório e 547 no período pós-operatório, obtendo como média 10,9 e 12,4 diagnósticos de enfermagem por paciente, respectivamente. Num estudo de Fontes (2001), com levantamento de diagnóstico de enfermagem em crianças com fissura palatina, submetidas à cirurgia, encontrou-se 454 diagnósticos, sendo 187 diagnósticos no pré-operatório e 267 no pós-operatório. Já Cruz (1989), encontrou uma média de 7,7 diagnósticos de enfermagem, num estudo com 30 pacientes com cardiopatia chagásica. Pasini et al (1996) encontraram uma média de oito diagnósticos por paciente, com distúrbio cardiovascular, endócrino e digestivo. Fontes, Cruz (2007) documentaram 144 diagnósticos (31 categorias diagnósticas), com média de $4,8(\pm 4,0)$ diagnósticos por paciente (variação = 1 a 10) na unidade de clínica médica.

Dentre as 19 categorias de diagnóstico de enfermagem encontradas neste estudo, algumas estão presentes somente no pré ou pós-operatório, o que indica cuidados diferenciados mediante a fase em que o paciente se encontra.

Na tabela três, observou-se que os diagnósticos de enfermagem prevalentes no período pré-operatório foram: nutrição desequilibradas: mais do que as necessidades corporais (100%), risco para infecção (100%), disposição para nutrição melhorada (97,7%) e estilo de vida sedentário (90,9%). No período pós-operatório podemos salientar: disposição para o autoconceito melhorado (100%), risco para infecção (100%), integridade tissular prejudicada (100%) e náuseas (100%). Num estudo descritivo constituído de 30 prontuários de pacientes internados na Clínica Médica, num hospital universitário, em agosto de 2004, Fontes, Cruz (2007) descreveram, no primeiro dia de internação, os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor aguda (66,7%), integridade tissular prejudicada (63,3%), desobstrução ineficaz de vias aéreas (43,3%), risco para integridade da pele prejudicada (36,7%) e integridade da pele prejudicada (33,3%). Almeida et al (2008) analisaram 1665 prontuários, os quatro diagnósticos de enfermagem da NANDA mais prevalentes dentre os 62 identificados foram: déficit no Autocuidado - banho/higiene, nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, risco de Infecção e padrão Respiratório Ineficaz. No estudo de Darli et al (2006), foram avaliados 15 pacientes adultos, no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica, os diagnósticos de enfermagem identificados foram: integridade tissular prejudicada (100%), risco para infecção (100%), percepção sensorial perturbada (100%), risco para aspiração (100%), risco para função respiratória alterada (80%), hipotermia (60%), risco para temperatura corporal desequilibrada (40%), nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (33,3%) e dor aguda (26,7%).

Mediante aos diagnósticos de enfermagem levantados juntamente com suas características definidoras, cabe ressaltar a importância da equipe multiprofissional

para o tratamento do paciente obeso. O governo Federal Brasileiro, através de uma portaria, estabeleceu os critérios mínimos para que um hospital seja credenciado para realização de cirurgia bariátrica, ressaltando a importância de que o serviço possua recursos físicos (cama apropriada, poltrona, pijama...) e humanos (cirurgião plástico, psicólogo, nutricionista, enfermeiro), mencionando a importância de uma equipe coesa, destacando que o paciente submetido a cirurgia bariátrica deverá realizar acompanhamento multidisciplinar com intervalos de tempo estabelecidos.

6. CONCLUSÕES

Diante dos objetivos propostos, o estudo permitiu as seguintes conclusões:

- foram identificados 1027 diagnósticos de enfermagem, sendo 480 diagnósticos no período pré-operatório e 547 no período pós-operatório, obtendo como média, 10,9 e 12,4 diagnósticos de enfermagem por paciente, respectivamente;
- os diagnósticos de enfermagem prevalentes, no período pré-operatório, foram: nutrição desequilibradas: mais do que as necessidades corporais, risco para infecção, disposição para nutrição melhorada e estilo de vida sedentário. No período pós-operatório podemos salientar: disposição para o autoconceito melhorado, risco para infecção, integridade tissular prejudicada e náuseas;
- a sistematização da assistência em enfermagem aos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica foi descrita e padronizada no estudo como instrumento norteador da assistência cabendo a cada serviço adequá-la a sua realidade.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Assistência de Enfermagem a Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica Baseada na “North American Nursing Diagnosis Association”

Essas informações estão sendo fornecidas para você e para seu representante legal (caso necessário) para participação voluntária neste estudo, que visa descrever Assistência de Enfermagem a Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica Baseada na “North American Nursing Diagnosis Association”.

O estudo será realizado em pacientes que estão em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. O estudo contém um formulário com uma ficha de identificação pessoal de cada paciente que será preenchida pela autora, neste formulário serão colhidos dados sobre as suas condições clínicas no pré e pós-operatório através de entrevista e exame físico.

Em qualquer etapa do estudo, o voluntário terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Ana Paula de Freitas Oliveira, pós-graduanda da área de Ciências da Saúde, que pode ser contatada no e-mail anaepm@ufba.br ou telefone: (11) 8202-7572. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Santa Isabel, 305 – 4º andar – Santa Cecília, São Paulo-SP, telefone: 3337-0188.

É garantida a liberdade do voluntário da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição e, também, o direito de confidencialidade – as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

O voluntário terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, não havendo despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu me comprometo a utilizar os dados somente para esta pesquisa, minha tese doutorado.

Para o paciente/representante legal

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Assistência de Enfermagem a Pacientes Submetidos a Cirurgia Bariátrica Baseada na North American Nursing Diagnosis Association.

Foi discutido com a enfermeira Ana Paula de Freitas Oliveira sobre a decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas e que o voluntário tem a garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo com o estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa o voluntário ter adquirido, ou no seu atendimento neste serviço.

Assinatura do Paciente/Representante Legal

Data ___/___/_____

Assinatura da testemunha

Data ___/___/_____

(Para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Histórico de Enfermagem

PARTE I: PRÉ – OPERATÓRIO

1. Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: 1- Feminino 2- Masculino

Endereço: _____

Raça: 1- negra 2- amarela 3- branca 4- indígena

Estado civil: 1- solteiro 2- casado 3- outros _____

Nível de escolaridade:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 1- não alfabetizado | 2- 1º grau incompleto | 3- 1º grau completo |
| 4- 2º grau incompleto | 5- 2º grau completo | 6- superior incompleto |
| 7- superior completo | 8- pós-graduação | |

Profissão: _____ Ocupação: _____

Data de admissão: ____/____/____

2. Promoção de Saúde

2.1 Consciência e Controle da Saúde

Doenças Prévias:

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------------|
| 1- Diabetes | 2- HAS | 3- Hipercolesterolemia |
| 4- Úlcera | 5- Hérnias | 6- Coronariopatias |
| 7- Artrose | 8- Outras _____ | |

Uso de medicamento: 1- Não 2- Sim Quais _____

Acompanhamento médico: 1- Não 2- Sim Especialidade _____

Acompanhamento psicológico: 1- Não 2- Sim

Acompanhamento nutricional: 1- Não 2- Sim

Cirurgias Prévias: 1- Não 2- Sim Quais _____

Antecedentes familiares: 1- Não 2- Sim

Faz atividade física: 1- Não 2- Sim Quais _____

3. Nutrição

3.1 Ingestão e Hidratação

Peso _____ Kg Altura _____ m/cm IMC _____ Kg/m²

Padrão de nutrição _____

Ingestão de líquidos/dia: _____ L/ dia

4. Eliminação

4.1 Função urinária e gastrintestinal

Abdome:

1- globoso
3- cicatriz _____

2- avental
4- hérnia _____

RHA: 1- normal 2- diminuído 3- ausente 4- aumentado

Percussão: 1- timpânico 2- maciço 3- submaciço

Palpação:
1- indolor 2- mole 3- doloroso _____
4- tenso _____

Hábito intestinal: _____ x/por dia.

Características das fezes:

1- pastosas 2- endurecidas 3- cíbalas 4- diarréicas
5- esteatorréicas 6- outras _____

Hábito urinário: _____ x/por dia.

Alterações urinárias:

1- disúria 2- nictúria 3- poliúria 4- piúria
5- outras _____

5. Atividade e Repouso

5.1 Sono e Repouso, Atividade/Exercício, Equilíbrio e Energia

Horas de sono durante a noite _____ horas

Acorda durante a noite: 1- Não 2- Sim. Quantas vezes _____

Qualidade do sono: 1- ótima 2- boa 3- regular 4- ruim 5- péssima

Sente sono durante o dia: 1- Não 2- Sim

Dorme durante o dia: 1- Não 2- Sim _____ horas/min

Sente-se cansado: 1- Não 2- Sim

5.2 Respostas pulmonares e cardiovasculares

Expansibilidade pulmonar: 1- preservada 2- unilateral 3- diminuído

Murmúrio vesicular: 1- presente 2- diminuído 3- ausente

Ruídos adventícios: 1- roncos 2- sibilos 3- estertores

Cicatrizes: 1- Não 2- Sim _____

Ausculta cardíaca: 1- BRNF2TS/S 2- alterações _____

Edemas:

 1- Não 2- Sim _____

 PA _____ mmHg P _____ BPM FR _____ inc/min T _____ C

5.3 Autocuidado

Grau de dependência para o autocuidado:

Banhar-se:

 1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

Vestir-se:

 1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

Alimentação:

 1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

Higiene íntima:

 1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

6. Percepção e Cognição

7. Autopercepção

7.1 Autoconceito, Autoestima e Imagem Corporal

8. Sexualidade

É sexualmente ativo: 1- Não 2- Sim _____ X semana

Alterações relacionadas a sexualidade:

 1- impotência 2- dispareunia 3- ejaculação precoce
 4- falta de motivação 5- outras _____

Número de filhos: _____

9. Enfrentamento e Tolerância ao Estresse

Resolução de problemas:

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1- toma decisões rapidamente | 2- demora para tomar decisões |
| 3- costuma pedir auxílio para as decisões | 4- não consegue tomar decisões |
-
-
-

10. Princípios da Vida

Valores e Crenças:

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1- possui crença religiosa | 2- não possui crença religiosa |
| 3- procura apoio religioso nos momentos difíceis | 4- outros _____ |

11. Segurança/Proteção

11.1 Lesão Física

Já sofreu quedas:

- | | |
|--------|--------------|
| 1- Não | 2- Sim _____ |
|--------|--------------|

Faz utilização de algum equipamento para auxiliar na deambulação:

- | | |
|--------|-------------|
| 1- Não | 2-Sim _____ |
|--------|-------------|

Integridade da pele:

- | | |
|------------|----------------------|
| 1- íntegra | 2- prejudicada _____ |
|------------|----------------------|
-

12. Conforto

12.1 Conforto físico

Dor: 1- Não 2- Sim _____

Náuseas: 1- Não 2- Sim _____

12.2 Conforto social

Isolamento social

PARTE II: PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO

Dados colhidos no prontuário - Data ____/____/____

Tipo de cirurgia _____

Tempo de cirurgia _____

Posicionamento na mesa cirúrgica: 1- DDH 2- outros _____

Uso de coxins: 1- Não 2- Sim _____

Reposição volêmica:

1-Não 2- Sim Hemoderivados ____ U RL ____ ml

SG5% ____ ml SG10% ____ ml SF0,9% ____ ml

SF0,9%+eletrólitos ____ ml

Intercorrências: 1-Não 2- Sim _____

PARTE III: PERÍODO PÓS- OPERATÓRIO MEDIATO

Data ____/____/____

1 – Nutrição

1.1 Ingestão e Hidratação

Peso _____ Kg Altura _____ m/cm IMC _____ Kg/m²

Padrão de nutrição _____

Ingestão de líquidos/dia: _____ L/ dia

2 – Eliminação

2.1 Função urinária e gastrintestinal

Abdome:

1- globoso 2- avental
3- cicatriz _____ 4- hérnia _____

RHA: 1- normal 2- diminuído 3- ausente 4- aumentado

Percussão: 1- timpânico 2- maciço 3- submaciço

Palpação: 1- indolor 2- mole 3- doloroso _____

4- tenso _____

Hábito intestinal: _____ x/por dia.

Características das fezes:

1- pastosas 2-endurecidas 3-cíbalas 4- diarréicas
5- esteatorréicas 6- outras _____

Hábito urinário: _____x/por dia.

Alterações urinárias:

1- disúria 2- nictúria 3- poliúria 4- piúria
5- outras _____

3 – Atividade e Repouso

3.1 Sono e Repouso, Atividade/Exercício, Equilíbrio e Energia

Horas de sono durante a noite _____ horas

Acorda durante a noite: 1- Não 2- Sim. Quantas vezes _____

Qualidade do sono: 1- ótima 2- boa 3- regular 4- ruim 5- péssima

Sente sono durante o dia: 1- Não 2- Sim

Dorme durante o dia: 1- Não 2- Sim _____ horas/min

Sente-se cansado: 1- Não 2- Sim

3.2 Respostas pulmonares e cardiovasculares

Expansibilidade pulmonar: 1- preservada 2- unilateral 3- diminuído

Murmúrio vesicular: 1- presente 2- diminuído 3- ausente

Ruídos adventícios: 1- roncos 2- sibilos 3- estertores

Cicatrizes: 1- Não 2- Sim _____

Ausculta cardíaca: 1- BRNF2TS/S 2- alterações _____

Edemas:

1- Não 2- Sim _____

PA _____ mmHg P _____ BPM FR _____ inc/min T _____ C

3.3 Autocuidado

Grau de dependência para o autocuidado:

Banhar-se:

1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

Vestir-se:

1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

Alimentação:

1- independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

Higiene íntima:

1 – independente 2- parcialmente dependente 3- totalmente dependente

4 – Percepção e Cognição

5 - Autopercepção

5.1 Autoconceito, Autoestima e Imagem Corporal

6- Segurança/Proteção

6.1 Infecção

Característica da ferida operatória:

1- sem sinais flogísticos 2- com sinais flogísticos _____

Uso de sonda vesical de demora: 1- Não 2- Sim _____ dias

Uso de cateter venoso central: 1- Não 2- Sim _____ dias

Uso de cateter venoso periférico: 1- Não 2- Sim _____ dias

Uso de drenos: 1- Não 2- Sim _____ dias

Uso de sondas: 1- Não 2- Sim _____ dias

Iniciou mobilização fora do leito: 1- Não 2- Sim

6.2 Lesão Física

Faz utilização de algum equipamento para auxiliar na deambulação:

1- Não 2- Sim _____

Integridade da pele:

1- íntegra 2- prejudicada _____

7. Conforto

7.1 Conforto físico

Dor: 1- Não 2- Sim _____

Náuseas: 1- Não 2- Sim _____

Ana Paula de Freitas Oliveira
COREn 68714

**ANEXO C – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM PELA PESQUISADORA DO PERÍODO
PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO.**

Paciente no. _____

1. Promoção de saúde

Dados relevantes	Titulo dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

2. Nutrição

Dados relevantes	Titulo dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

3. Eliminação e Troca

Dados relevantes	Titulo dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

4. Atividade e Repouso

Dados relevantes	Titulo dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

5. Percepção e Cognição

Dados relevantes	Titulo dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

6. Autopercepção

Dados relevantes	Título dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

7. Sexualidade

Dados relevantes	Título dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

8. Enfrentamento e Tolerância ao estresse

Dados relevantes	Título dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

9. Princípios da Vida

Dados relevantes	Título dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

10. Conforto

Dados relevantes	Título dos Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras	Fator(es) relacionado(s) Fator(es) risco

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abir F, Bill R. Assessment and management of the obese patient. *Crit Care Med* 2004; 32(Suppl. 4):87-91.

Almeida MA, Aliti GB, Franzen E. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. *Rev Latino-Am Enf* 2008; 16(4):707-11.

Association of PeriOperative Nurses (AORN). Bariatric surgery guideline. *AORNJ* 2004; 79(5):1026-52.

Barth M, Jenson CE. Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *American Journal of Critical Care* 2006; 15(4):378-88.

Brasil. Portaria n. 390, de 6 de julho de 2005. Estabelece as diretrizes para atenção ao Paciente Portador de Obesidade [online]. Brasília; 2005. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-390.htm> (29 abril 2006).

Cherit GD, Gonzalez R, Borunda D, Pedroza, Gonzalez-Barrnaco, Herrera MF. Anesthesia for morbidly obese patients. *World Journal of Surgery* 1998; 22:969-73.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes.html> (29 abril 2007).

Coronho V, Petroianu A, Santana EM, Pimenta LC. Tratado de endocrinologia e cirurgia endócrina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

Coutinho WF, Benchimol AK. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: Garrido Júnior AB, Ferraz EM, Barroso FJ, Marchesini JB, Szego T. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 13-7.

Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. Tese (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo/USP; 1989.

Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In Cianciatullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 63-84.

Cruz ICF, Cruz DALM. Os padrões de comportamento humano: uma proposta de tradução dos termos da taxonomia I sobre diagnósticos de enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 1991; 25(1):17-20.

Csendes JA, Burdiles PP, Díaz JC, Maluenda G, Fernando B, Ana MR, Mauricio HJ A. Resultados del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida: análisis de 180 pacientes / Results of the surgical treatment in morbid obesity: analysis of 180 patients. *Rev Chil Cir* 2002; 54(1):3-9.

Darli CC, Rossi LA, Darli MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Latino-Am Enf* 2006; 14(3):389-96.

Di Cosmo L, Vuolo G, Piccolomini A, Maglio C, Carli AF, Ruggieri G, Mattei R. Bariatric surgery: early results with a multidisciplinary team. *Obes Surg* 2000; 10(3):272-3.

Docheterman JM, Bulechek GM, Butcher HK. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Tradução de Garcez RM. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Eriksson S, Backman L, Ljungstöm KG. The incidence of clinical postoperative thrombosis after gastric surgery for obesity during 16 years. *Obes Surg* 1997; 7(4):332-5.

Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem: como enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. Tese (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo/USP; 1997.

Fernandes LC, Pucca L, Matos D. Tratamento cirúrgico da obesidade. *J Bras Med*. 2001; 80 (3):44-9.

Ferraro DR. Preparing patients for bariatric surgery. *Clin Rev* 2004; 14(1):57-63.

Ferraz EM, Ferraz Filho EDM. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. / Bariatric surgery: indication and importance of a multidisciplinary approach. *Einstein* 2006; Suppl.1:71-2.

Ferreira SRG. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? / Obesity epidemics: what can be done in terms of public health? *Einstein* 2006; Suppl.1:1-6.

Flanckbaum L, Belsley S. Factors affecting morbidity and mortality of Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity: an analysis of 1,000 consecutive open cases by a single surgeon. *J Gastrointest Surg* 2007; 11(4):500-7.

Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-Am Enf* 2003; 11(5):630-7.

Fontes CMB. Fissuras lábio palatais: diagnóstico de enfermagem no pré e pós operatório. Tese (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo/USP; 2001.

Fontes CMB, Cruz DALM. Cleft lip and palate: pre and postoperative nursing diagnoses. In: Rantz MJ, LeMone P, editors. *Classification on nursing diagnoses: proceedings of the fourteen conference of the North American nursing diagnoses*. Columbia: NANDA; 2002. p.106-10.

Fontes CMB, Cruz DL. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):395-402.

- Galdeano LE. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. Tese (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
- Garrido Junior AB. Cirurgia em obesos mórbidos – experiência pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000; 44(1):106-13.
- Gordon M. *Nursing diagnoses: process and application*. 3 ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1994. 421p.
- Guimarães HCQCP, Barros ALBL. Classificação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 2001; 35(2):130-4.
- Hazman Z, Kabekac K, Kaska M, Simkovic D. Gastric banding: intraoperative and early postoperative complications and their prevention. *Obes Surg* 2001; 11(2):220-2.
- Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Edusp; 1979.
- Hurst S, Blanco K, Boyle D, Douglass AW, Wikas A. Bariatric implications of critical care nursing. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2004; 23(2):76-83.
- Johnson M, Bulechek G, Dochterman JMC, Mass M, Moorhead S. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Komanova K, Fried M, Hainer V, Kunessova M. Is laparoscopic adjustable gastric banding a day surgery procedure? *Obes Surg* 2004; 14:1237-40.
- Kriwanek S, Blauensteiner W, Lebisch E, Beckerhinn P, Roka R. Dietary changes after vertical banded gastroplasty. *Obs Surg* 2000; 10(1):37-40.
- Leite MAM, Rodrigues MPF. Procedimentos cirúrgicos: introdução histórica. In: Garrido Júnior AB, Ferraz EM, Barroso FJ, Marchesini JB, Szego T. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 143-7.
- Leykin Y, Pellis T, Del Mestro E, Fanti G, Marzano B. Perioperative management of 195 consecutive bariatric patients. *Eur J Anaesthesiol* 2008; 25(2):168-70.
- Malheiros CA, Rodrigues FCM. Quando indicar cirurgia para a obesidade mórbida? *Rev Assoc Med Bras São Paulo* 2000; 46(4):303.
- Mancini MC. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: Garrido Júnior AB, Ferraz EM, Barroso FJ, Marchesini JB, Szego T. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1-7.
- Matielli JD, Ferraz EM, Arruda PCL, Ferraz AAB, Martins ACA, Garrido Jr AB. Rotina pré-operatória: exames clínicos e preparo. In: Garrido Jr AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2003. p.1-7.
- Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem – NIC. Tradução de Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

- Miers M, Developing skills in decision-making. *Nurs Times* 1990; 56(30):32-3.
- Moorhead S, Johnson M, Mass M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Tradução de Avena M. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA). Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Tradução de Michel JLM. Porto Alegre: Artmed; 2000. 184p.
- North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA). Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Tradução de Michel JLM. Porto Alegre: Artmed; 2002. 288p.
- North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA). Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Tradução de Michel JLM. Porto Alegre: Artmed; 2006. 312p.
- Padwal RS. Characteristics of patient undergoing bariatric surgery in Canada. *Obesity Research* 2005; 13(12):2052-4.
- Paisini DM, Chiavegaro LD, Faresin SM. Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *J Bras Pneumol* 2005; 31(2):125-32.
- Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enf USP* 1996; 30(3):501-18.
- Papini-Berto SJ, Burini RC. Causas da desnutrição pós-gastrectomia. *Arq Gastroenterol* 2001; 38(4):272-5.
- Pereira JR. Formação do cirurgião e da equipe multidisciplinar. In: Silva RS, Kawahara MT. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 65-74.
- Pfetscher AS, Florence Nightingale: modern nursing. In: Tomey AM, Alligood MR, *Nursing theorists and their work*. 5ª ed..St. Louis: Mosby; 2002. p.65-83.
- Popkin BM. The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences. *Public Health Nutr* 2002; 5(1A):205-14.
- Repetto G, Rizzolli J, Casagrande D. Cirurgia bariátrica: um tratado cirúrgico ou clínico? A importância da equipe multidisciplinar. *Revista Abeso [periódico online]* 2002; 11(2). Disponível em: <http://www.abeso.org.br/revista11/bariátrica.html>.
- Rossi LA, Torрати FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnostico de enfermagem do paciente no pós-operatório imediato. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34(2):154-64.

Santos I, Carvalho ALA, Clos AC, Cruz ICF. Validade dos das prescrições de enfermagem: análise documental em prontuários de clientes internados. Rev Enferm UERJ 1996; 4(1):39-50.

Segal A, Fandino J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(Supl 3):68-72.

Souza MF. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. Rev Bras Enferm 2002; 55(6):691-6.

Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. Obes Res 1998; 6(2):97-106.

World Health Organization. (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2003. (Report of a WHO Consultation on Obesity).

RESUMO

Oliveira APF. Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na “North American Nursing Diagnosis Association”. Tese (Doutorado). 2009.

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, exploratório e transversal com abordagem quantitativa realizado em 44 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica internados na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no período de março a agosto de 2007. O objetivo do estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, baseados na taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), segundo natureza e frequência, no período pré e pós-operatório, e propor sistematização da enfermagem para os diagnósticos de enfermagem identificados. A coleta de dados foi realizada através de entrevista e exame físico, embasados nas classes e domínios da NANDA, nos períodos pré e pós-operatório imediato. Para análise estatística foram utilizados os cálculos de médias, desvio padrão, mediana, teste “t” de Student, teste de Mann-Whitney e teste de McNemar. Em toda análise estatística foi adotado um nível de significância (α) de 5% (p -valor $<$ 0,05). Foram identificados 1027 diagnósticos de enfermagem, sendo 480 diagnósticos no período pré-operatório e 547 no período pós-operatório, obtendo como média 10,9 e 12,4 diagnósticos de enfermagem por paciente respectivamente. Os diagnósticos de enfermagem prevalentes no período pré-operatório foram a nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, risco para infecção, disposição para nutrição melhorada e estilo de vida sedentário. No período pós-operatório, podemos salientar: disposição para o autoconceito melhorado, risco para infecção, integridade tissular prejudicada e náuseas. Após a identificação dos diagnósticos, foi proposta a sistematização assistência de enfermagem, baseada na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), visando uma padronização da mesma com conseqüente melhora na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Oliveira APF. Nursing assistance for patients undergoing bariatric surgery based on the North American Nursing Diagnosis Association. Doctorate Thesis. 2009.

This is a prospective descriptive, exploratory and cross-sectional study with the quantitative approach performed with 44 patients underwent bariatric surgery at Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, carried out from March to August, 2007. The aim of this study was to identify nursing diagnosis of patients undergoing bariatric surgery based on *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) taxonomy II according to nature and frequency in pre- and postoperative period, to propose a systematization of nursing assistance for the identified nursing diagnosis. The data were collected through interview and physical exams based on classes and domains in NANDA in the immediate pre and postoperative periods. Standard deviance, mean, Student's t-test, Mann-Whitney test and McNemar test were used for statistical analysis with (α) of 5% (p -value<0.05) was used. About 1027 nursing diagnosis were identified, with 480 diagnosis in the post operative period and 547 in the postoperative period, obtaining mean values of 10.9 and 12.4 nursery diagnosis by patient, respectively. The prevalent nursing diagnosis in post operative period was unbalanced nutrition: more than physiological needs, risk of infection, disposition for improved nutrition and sedentary way o life. In addition, for postoperative period, the following can be mentioned: disposition for improved self-concept, risk of infection, impaired tissue integrity and nausea. After identifying the diagnosis, a systematization of nursing assistance was proposed based on Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), aiming the standardization with a consequent quality improvement of nursing care provided to patients undergoing bariatric surgery.

LISTAS E APÊNDICE

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Rua Santa Isabel, 305 – 4º andar Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo –SP
 Fone Fax- 3337-0188 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, 30 de março de 2007.

Projeto nº 028/07
 Informe este número para
 identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr.(a).

Enf. Ana Paula de Freitas Oliveira
 Departamento de Cirurgia

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **28/02/2007** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: **“Assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgia bariátrica baseada na North American Nursing Diagnosis”**, emitiu parecer inicial em pendência e nesta data enquadrando-o na seguinte categoria:

- Aprovado (inclusive o TCLE);**
- Com pendências** (há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em 60 dias. Enviar as alterações em duas cópias);
- Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);
- Não aprovado:** e
- Aprovado** (inclusive TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**

Prof. Dr. Daniel R. Muñoz

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - ISCMSP

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do peso de acordo com o IMC e risco de comorbidez em adulto.

Quadro 2 – Subitens colhidos no período pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, segundo instrumento utilizado no estudo.

Quadro 3 – Subitens colhidos no período pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, segundo instrumento utilizado no estudo.

Quadro 4 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “distúrbio no padrão de sono”. São Paulo, 2007.

Quadro 5 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada”. São Paulo, 2007.

Quadro 6 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “estilo de vida sedentária”. São Paulo, 2007.

Quadro 7 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “fadiga”. São Paulo, 2007.

Quadro 8 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “intolerância á atividade”. São Paulo, 2007.

Quadro 9 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal”. São Paulo, 2007.

Quadro 10 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “controle ineficaz do regime terapêutico”. São Paulo, 2007.

Quadro 11 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “disposição para nutrição melhorada”. São Paulo, 2007.

Quadro 12 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”. São Paulo, 2007.

Quadro 13 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “disposição para autoconceito melhorado”. São Paulo, 2007.

Quadro 14 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima crônica”. São Paulo, 2007.

Quadro 15 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “enfrentamento individual ineficaz”. São Paulo, 2007.

Quadro 16 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “medo”. São Paulo, 2007.

Quadro 17 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”. São Paulo, 2007.

Quadro 18 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “disposição para o bem estar espiritual aumentado”. São Paulo, 2007.

Quadro 19 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “risco para infecção”. São Paulo, 2007.

Quadro 20 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “integridade tissular prejudicada”. São Paulo, 2007.

Quadro 21 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “dor aguda”. São Paulo, 2007.

Quadro 22 – Intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “náusea”. São Paulo, 2007.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas qualitativas de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 2 – Média e Desvio Padrão (DP) para as variáveis idade e tempo de cirurgia dos pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica, segundo o sexo. São Paulo, 2007.

Tabela 3 – Frequências relativas e absolutas dos Títulos de Diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia NANDA II, segundo fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 4 – Diagnósticos de Enfermagem agrupados Domínios e Classes, segundo a taxonomia NANDA II de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 5 – Diagnósticos de Enfermagem agrupados em Domínios, segundo a taxonomia NANDA II de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 6 – Frequência das características definidoras “padrão de sono perturbado”, segunda a fase operatória pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 7 – Frequência das características definidoras de “mobilidade física prejudicada”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 8 – Frequência das características definidoras do “estilo de vida sedentária”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 9 – Frequência das características definidoras de “fadiga”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 10 – Frequência das características definidoras de “intolerância a atividade”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 11 – Frequência das características definidoras de “perfusão tissular ineficaz tipo gastrointestinal”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 12 – Frequência das características definidoras do “controle ineficaz do regime terapêutico”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 13 – Frequência das características definidoras de disposição para nutrição “melhorada”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 14 – Frequência das características definidoras de “nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”, segunda a fase operatória de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 15 – Frequência das características definidoras de disposição para auto conceito “melhorado”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 16 – Frequência das características definidoras de “baixa autoestima crônica”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 17 – Frequência das características definidoras de “enfrentamento individual ineficaz”, segunda a fase operatória de pacientes submetidos com obesidade mórbida a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 18 – Frequência das características definidoras de “medo”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 19 – Frequência das características definidoras de “ansiedade”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 20 – Frequência das características definidoras de “disposição para o bem estar espiritual aumentado”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 21 – Frequência dos fatores de “risco para infecção”, segunda a fase operatória de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 22 – Frequência das características definidoras de “integridade tissular prejudicada”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 23 – Frequência das características definidoras de “dor aguda”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Tabela 24 – Frequência das características definidoras de “náusea”, segunda a fase operatória de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Box-plot do Índice de Massa Corpórea (IMC) de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica segundo o sexo. São Paulo, 2007.

Gráfico 2 - Co-morbidades associadas a obesidade mórbida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. São Paulo, 2007.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)