

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ESOFÁGICA

Ana Elisa Ricci Lopes¹
Daniele Acalá Pompeo²
Silvia Rita Marin da Silva Canini³
Lídia Aparecida Rossi⁴

Este estudo teve como objetivos identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgias esofágicas. Os dados foram coletados por meio de instrumento fundamentado no Modelo Conceitual de Horta. O grupo estudado foi constituído por 20 pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Brasil para serem submetidos a cirurgia esofágica. Os pacientes foram submetidos à entrevista e exame físico. Os diagnósticos de enfermagem identificados com frequência maior que 50% foram: deglutição prejudicada (100%), risco para infecção (100%), conhecimento deficiente sobre a doença e período perioperatório (95%) e dor crônica (75%). Esses diagnósticos foram analisados considerando-se os fatores relacionados, as características definidoras ou fatores de risco, de acordo com o tipo de diagnóstico, e as respostas à patologia esofágica.

DESCRITORES: diagnóstico de enfermagem; assistência perioperatória; enfermagem

NURSING DIAGNOSES OF PATIENTS IN THE PREOPERATIVE PERIOD OF ESOPHAGEAL SURGERY

This study aimed to identify and analyze the nursing diagnoses of patients in the preoperative period of esophageal surgeries. Data were collected by means of an instrument, based on Horta's Conceptual Model. The study group consisted of 20 patients hospitalized at the Ribeirão Preto Medical School Hospital das Clínicas, who would undergo esophageal surgery. The patients were submitted to an interview and a physical examination. The nursing diagnoses identified at frequencies of more than 50% were: impaired swallowing (100%); risk for infection (100%); knowledge deficit about disease and perioperative period (95%), and chronic pain (75%). These diagnoses were analyzed in view of the related factors, defining characteristics or risk factors, according to the type of diagnosis and the responses to the esophageal disease.

DESCRIPTORS: nursing diagnosis; perioperative care; nursing

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES EN PERÍODO PRE-OPERATORIO DE CIRUGÍA ESOFÁGICA

Este estudio tuvo como objetivos identificar y analizar los diagnósticos de enfermería de pacientes en el período pre operatorio de cirugías de esófago. Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento fundamentado en el Modelo Conceptual de Horta. El grupo estudiado fue constituido por 20 pacientes internados en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, en Brasil, para ser sometidos a cirugía esofágica. Los pacientes fueron sometidos a una entrevista y a un examen físico. Los diagnósticos de enfermería identificados con una frecuencia mayor que 50% fueron: acción de deglutir perjudicada (100%), riesgo de infección (100%), conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período peri operatorio (95%) y dolor crónico (75%). Esos diagnósticos fueron analizados considerando los factores relacionados, las características de definición o los factores de riesgo, de acuerdo con el tipo de diagnóstico, y las respuestas a la patología esofágica.

DESCRIPTORES: diagnóstico de enfermería; atención perioperativa; enfermería

INTRODUÇÃO

Enfermagem perioperatória é expressão utilizada para descrever uma variedade de funções da enfermagem associadas à experiência cirúrgica. O período pré-operatório corresponde à primeira fase do período perioperatório. Tem início quando a intervenção cirúrgica é decidida e termina com a passagem do paciente para a mesa cirúrgica. Nessa fase, são realizados: orientações acerca dos procedimentos relacionados ao período perioperatório e cuidadoso preparo do paciente, de acordo com cada tipo de cirurgia, cuja finalidade é identificar, solucionar ou amenizar problemas que possam interferir nos períodos posteriores, intra e pós-operatório, e diminuir o risco de complicações⁽¹⁾.

O foco de interesse deste estudo é a identificação dos diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgias esofágicas.

O trato gastrointestinal (GI) é o trajeto que se estende da boca através do esôfago, estômago, intestino e ânus. O esôfago está localizado no mediastino, na cavidade torácica, anterior à coluna e posterior à traquéia e ao coração. Sua função é transportar os alimentos da boca para o estômago, a qual é facilitada por dois esfíncteres: o esfíncter esofágico superior, que está localizado na junção da faringe com o esôfago e o esfíncter esofágico inferior, também chamado esofagogástrico, que está localizado na junção do esôfago com o estômago⁽²⁾.

Os tipos mais comuns de cirurgias esofágicas são: hieniorrafia hiatal, esofagectomia, cardiectomia e Serra Dória. A *hieniorrafia hiatal* é indicada para pacientes que possuem hérnia de hiato. Trata-se de protrusão anormal de qualquer estrutura abdominal para dentro da cavidade torácica, através do hiato esofágico. A cirurgia consiste em restabelecer a junção cardioesofageana para a posição anatômica correta no abdome⁽²⁾.

A *esofagectomia* envolve a remoção total ou parcial do esôfago de pacientes com diagnóstico de câncer nesse órgão. A localização e o tamanho tumoral são os determinantes da extensão da ressecção. Trata-se de cirurgia de grande porte, com altas taxas de morbidade e mortalidade (10 a 40%) uma vez que o diagnóstico da doença é feito, comumente, em estágios avançados, além do fato de vários pacientes serem fumantes, etilistas e desnutridos. Além disso, o câncer de esôfago é o

terceiro em frequência entre os tumores do aparelho digestivo e incide principalmente a partir da sexta década e raramente antes dos 30 anos⁽²⁾.

A *cardiomiectomia* consiste na miectomia da junção esofagogástrica, que é feita para corrigir a obstrução esofágica resultante de cardioespasmo. A doença geralmente associada a essa cirurgia é a acalasia, também denominada megaesôfago, em que há ausência de peristaltismo no corpo esofágico e ausência de abertura do esfíncter inferior do esôfago em resposta à deglutição⁽²⁾. A acalasia tem como seus sintomas disfagia, regurgitação, dor retroesternal, queimadura, sialorréia e emagrecimento⁽²⁾.

A *Serra Dória* consiste na realização de ampla anastomose esofagogástrica, conseguindo-se, dessa forma, facilitar o esvaziamento esofágico através de cardioplastia e gastrectomia parcial em Y-de-Roux⁽³⁾.

Os diagnósticos de enfermagem em grupos específicos de pacientes têm sido foco de diversos estudos; entretanto, poucos enfocaram os diagnósticos de pacientes no período pré-operatório, independentemente da cirurgia. Dentre os estudos encontrados, os diagnósticos mais frequentes foram apontados: risco para infecção (100%), risco para função respiratória alterada (66,6%), ansiedade (66,6%) e risco para aspiração (63,3%)⁽⁴⁾; ansiedade (86,6%), mobilidade física prejudicada (3,3%) e manutenção da saúde alterada (3,3%)⁽⁵⁾.

Investigações sobre os diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos revelaram diagnósticos comuns à situação cirúrgica, e alguns relacionados a cirurgias específicas como: *cirurgia cardíaca* - intolerância à atividade, risco para disfunção neurovascular periférica, risco para infecção, déficit de conhecimento, padrão respiratório ineficaz, perfusão tissular cardiopulmonar alterada, dor, padrões de sexualidade alterados e distúrbios no padrão do sono⁽⁶⁾ medo, ansiedade, risco para infecção, déficit de conhecimento, intolerância à atividade, risco para déficit de volume de líquidos, integridade da pele prejudicada, sexualidade alterada, distúrbio do padrão do sono e angústia espiritual⁽⁷⁾; *laringectomia* - ansiedade, medo, nutrição alterada menos que as necessidades corporais, deglutição prejudicada, comunicação verbal prejudicada, controle ineficaz de regime terapêutico, risco para infecção, risco para tensão devido ao papel de cuidador e comportamento para elevar o nível de saúde⁽⁸⁾; *cirurgia para correção de fenda palatina* -

déficit de conhecimento, distúrbio da auto-imagem, distúrbio do padrão do sono e deglutição prejudicada⁽⁹⁾. Entretanto, não foram encontrados estudos enfocando os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia esofágica.

Acredita-se que o conhecimento dos problemas de saúde de um grupo de pacientes com características comuns pode direcionar a assistência de enfermagem, fornecer subsídios para a elaboração de plano de cuidados, implementação de intervenções, treinamento e qualificação da equipe. A identificação dos diagnósticos de enfermagem de um grupo de pacientes possibilita o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas e individualizadas. "Diagnósticos de enfermagem comuns a um grupo de indivíduos delineiam o perfil deste grupo, permitindo um direcionamento global das intervenções de enfermagem"⁽¹⁰⁾.

Assim, os objetivos deste estudo foram identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgias esofágicas.

MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Internação Cirúrgica e Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), que possui 13 leitos destinados à especialidade gastrocirurgia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição.

Selecionou-se uma amostra por conveniência, constituída por 20 pacientes maiores de 18 anos, independentes do gênero, internados no referido hospital para serem submetidos a cirurgias esofágicas eletivas de grande ou médio porte e que concordaram em participar do estudo, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram: estar em pré-operatório de cirurgias esofágicas em caráter de urgência ou emergência, não conseguir comunicar-se verbalmente ou apresentar transtornos mentais, recusar-se a participar da pesquisa e estar em pré-operatório de cirurgia para correção de estenose cáustica, devido às peculiaridades apresentadas por esse tipo de paciente.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado, tendo como referencial o Modelo Conceitual de Wanda Horta, contendo perguntas abertas e fechadas. Para a obtenção dos dados, utilizou-se entrevista, observação e mensuração. Os dados complementares foram obtidos por meio de consulta aos prontuários dos pacientes. O instrumento foi composto por quatro itens principais: identificação, necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Após a elaboração do instrumento, procedeu-se à validação de aparência e conteúdo por três especialistas em enfermagem cirúrgica e diagnósticos de enfermagem. As sugestões foram acatadas, contribuindo para o refinamento do instrumento. Foi também realizado pré-teste com pacientes, que não resultou em alterações.

Após cada coleta de dados, com cada paciente, realizou-se a análise e a síntese dos dados obtidos, por meio de processo de raciocínio diagnóstico estabelecido na literatura⁽¹¹⁾. Os dados foram categorizados e as lacunas e os dados divergentes identificados. Esses, quando presentes, determinaram a necessidade de retorno à etapa de coleta de dados. Os dados categorizados foram agrupados, de modo a estabelecer padrões comportamentais do cliente relativos a uma inferência diagnóstica⁽¹¹⁾. Esses agrupamentos foram comparados com conceitos, modelos ou teorias. Com base nessa comparação, foram elaboradas hipóteses diagnósticas acerca das necessidades básicas de saúde não satisfeitas⁽¹¹⁻¹²⁾.

Em seguida, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, pela primeira autora do estudo, com base na Taxonomia II de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽¹³⁾, com exceção do diagnóstico de enfermagem dor crônica, que foi estabelecido com base na interpretação proposta por outra autora⁽¹⁴⁾, pela melhor adequação do diagnóstico ao quadro apresentado pelos pacientes. Essas etapas foram registradas em um quadro. Para cada inferência diagnóstica foram registrados os dados correspondentes, a comparação com a literatura e os fatores associados a esses diagnósticos. Os quadros com a descrição do raciocínio diagnóstico, juntamente com os respectivos diagnósticos formulados e os instrumentos de coleta de dados foram entregues a três enfermeiras com experiência na temática diagnósticos de enfermagem (ensino, assistência e

pesquisa), para que confirmassem ou não os diagnósticos identificados pela primeira autora do estudo, ou incluíssem novos diagnósticos. Os diagnósticos que não foram confirmados ou os novos diagnósticos foram revistos pela aluna e sua orientadora.

RESULTADOS

Do total de 20 pacientes, oito eram homens e doze mulheres. As idades variaram de 24 a 75 anos. Em relação à escolaridade, três pacientes eram analfabetos, doze possuíam ensino fundamental incompleto, um ensino médio incompleto, três, ensino médio completo e um possuía ensino superior completo.

Dos seis pacientes que apresentaram diagnóstico médico de megaesôfago chagásico, cinco são naturais de zona endêmica para doença de Chagas.

Em relação ao diagnóstico anterior à cirurgia, encontrou-se: seis pacientes com diagnóstico de megaesôfago chagásico, três com neoplasia de esôfago, sete com refluxo gastroesofágico, três pacientes com acalasia idiopática e um com estenose esofágica e hérnia hiatal. As cirurgias propostas foram: cardiomiectomia (seis), esofagectomia (três), hernioplastia hiatal (sete), herniorrafia hiatal (uma), Serra-Dória (duas) e esofagogastrectomia (uma).

Na Tabela 1, a seguir, estão apresentados os diagnósticos de enfermagem de todos os pacientes avaliados.

Tabela 1 - Categorias diagnósticas identificadas em pacientes adultos no período pré-operatório de cirurgias de esôfago. Ribeirão Preto, SP, 2007

Categoria diagnóstica	Pacientes																				Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	n	%
Deglutição prejudicada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	100
Risco para infecção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	100
Conhecimento deficiente sobre a doença e período perioperatório	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	19	95
Dor crônica	x	x	-	x	x	x	-	x	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	16	75
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	x	x	-	-	x	-	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	8	40
Constipação	x	x	-	-	-	-	x	x	-	x	-	-	x	-	-	-	-	x	-	-	7	35
Náusea	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	x	x	7	35
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	-	6	30
Ansiedade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	x	-	-	-	5	25
Integridade da pele prejudicada	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Percepção sensorial perturbada	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Risco de aspiração	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Risco para trauma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Deambulação prejudicada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Padrão de sono alterado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	1	5
Dor aguda	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5

x = indica presença do diagnóstico de enfermagem
- = indica ausência do diagnóstico de enfermagem

Foram identificados 16 diagnósticos de enfermagem distintos, sendo 13 diagnósticos do tipo real e três diagnósticos de risco. Desses, 13 se referem às necessidades psicobiológicas e três às necessidades psicossociais.

Os diagnósticos de deglutição prejudicada e risco para infecção apresentaram 100% de frequência. O

diagnóstico de conhecimento deficiente sobre a doença e período perioperatório foi observado em 19 dos 20 pacientes. O diagnóstico de dor crônica foi observado em 16 pacientes e o de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, em oito pacientes.

A Tabela 2 apresenta os diagnósticos reais com os fatores relacionados que foram identificados nos pacientes estudados.

Em relação às características definidoras que foram observadas com maior frequência nos 20 pacientes com o diagnóstico deglutição prejudicada, a regurgitação do conteúdo gástrico foi identificada em treze pacientes e a dor epigástrica em dez pacientes.

O diagnóstico nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais foi identificado em oito pacientes e as características definidoras com maior frequência foram relato de ingestão inadequada de alimentos (seis) e peso corporal 20%, ou mais, abaixo do ideal (cinco) e, entre os sete pacientes com diagnóstico constipação foram frequência diminuída (sete) e fezes duras e secas (seis).

Na Tabela 4 observa-se diagnósticos de risco identificados, juntamente com os seus fatores relacionados.

Tabela 4 - Fatores relacionados dos diagnósticos de risco, identificados em pacientes adultos no período pré-operatório de cirurgias de esôfago. Ribeirão Preto, SP, 2007

Categoria diagnóstica	Fatores de risco
Risco para infecção	Exposição ambiental a patógenos aumentado
	Procedimentos invasivos
	Doença crônica
	Defesas primárias inadequadas
Risco de aspiração	Defesas secundárias inadequadas
	Desnutrição
	Alimentação por sondas
Risco para trauma	Deglutição prejudicada
	Coordenação reduzida dos músculos

Os fatores de risco observados com mais frequência para os 20 pacientes com diagnóstico risco para infecção foram exposição ambiental a patógenos aumentada (20) e procedimentos invasivos (14). A desnutrição é fator de risco que foi estabelecido somente em caso de diagnóstico médico de desnutrição protéica ou nos casos em que o exame de albumina sérica estava disponível e apresentava-se menor que 3,5 g/dl.

DISCUSSÃO

Optou-se por discutir os diagnósticos que apresentam frequência igual ou maior a 50%, e

também aspectos relacionados às características definidoras e fatores de risco dos diagnósticos apresentados. Observa-se que esses diagnósticos refletem as respostas apresentadas por pacientes cirúrgicos com defeitos esofágicos.

O diagnóstico de enfermagem *deglutição prejudicada* foi identificado nesse estudo em 100% dos pacientes. As patologias apresentadas pelos pacientes em pré-operatório de cirurgias esofágicas comprometem a deglutição e, como exemplo, pode-se citar os sintomas relacionados ao refluxo gastroesofágico, que são a dor epigástrica e regurgitação⁽¹⁵⁾. No megaesôfago idiopático assim como no chagásico há perda dos neurônios do plexo mioentérico do esôfago, com isso, ocorre abertura do esfíncter inferior do esôfago o que acarreta disfagia, regurgitação, queimação e dor retroesternal⁽²⁾ e, conseqüentemente, dificuldade de deglutição, que foi apresentada pelos pacientes estudados. A disfagia é sintoma comum de pacientes com neoplasia de esôfago, iniciando-se três a quatro meses antes do diagnóstico⁽²⁾. A dificuldade para engolir alimentos leva à regurgitação⁽¹⁶⁾. As características definidoras observadas nos pacientes estão relacionadas aos sinais e sintomas das patologias esofágicas apresentadas pelos pacientes.

O diagnóstico *risco para infecção*, identificado em 100% dos casos, teve o tempo de internação pré-operatório como fator de risco em 12 pacientes, o que favorece a colonização da pele pela microbiota hospitalar. Os extremos do estado nutricional, detectados em 14 pacientes, são fatores que favorecem o paciente a contrair infecção⁽¹⁷⁾. Outro fator de risco que está relacionado a esse diagnóstico, observado em 15 pacientes, foi a realização de procedimentos invasivos, como a presença de punções venosas.

Estudos levantados na revisão, que tratam de diagnósticos de enfermagem para pacientes internados para cirurgias em geral^(4,6-8), identificaram o diagnóstico risco de infecção em mais de 50% dos pacientes estudados. Assim, esse diagnóstico não é específico para esse tipo de cirurgia, mas sim para pacientes com exposição ambiental a patógenos aumentado.

Outro diagnóstico de enfermagem, observado em 15 dos pacientes (95%), foi *conhecimento deficiente sobre a doença e período perioperatório*. O conhecimento acerca dos procedimentos é prejudicado devido a vários fatores,

como baixo nível de escolaridade do paciente. Muitas vezes, os pacientes se depararam com termos e expressões desconhecidas, informações insuficientes dos profissionais envolvidos no cuidado e despreparo dos profissionais para transmitir informações. O conteúdo do ensino pré-operatório deve incluir algumas informações como preparação cirúrgica de acordo com o tipo de procedimento, seqüência de eventos que o cliente será submetido em todo o período perioperatório, tipo de incisão prevista, hora da cirurgia, possibilidade de medicação pré-anestésica, função dos vários membros da equipe hospitalar (cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros e funcionários), finalidade e principais procedimentos realizados na sala de recuperação anestésica, acessórios e equipamentos instalados no intra-operatório e o ensino para a reabilitação do paciente na enfermaria e em casa como, por exemplo, os exercícios respiratórios, o manejo da dor e a deambulação precoce. No presente estudo, 13 pacientes referiram desconhecer todas essas informações e outros seis relataram conhecer apenas parte do período perioperatório ou procedimento anestésico. Essas orientações devem ser fornecidas pela enfermeira da unidade ou pela enfermeira de centro cirúrgico, por meio da visita pré-operatória.

O diagnóstico *dor crônica* é definido como "estado em que o indivíduo apresenta dor persistente ou intermitente por mais de seis meses"⁽¹³⁾. A dor crônica foi encontrada em pacientes com sintomas de dor epigástrica (10), pirose (7), disfagia (7) e odinofagia (3). Os pacientes relataram que apresentavam esses sintomas há algum tempo antes de procurar atendimento médico e que se submeteram a tratamento clínico antes de optarem pela cirurgia, prolongando o tempo dos sintomas dolorosos. Além disso, uma paciente manifestou dor decorrente de fibromialgia.

Na maioria dos estudos sobre o período pré-operatório^(4-5,7-8), o diagnóstico *ansiedade* foi encontrado em mais de 50% dos pacientes, o que não ocorreu neste estudo. Possivelmente, devido ao longo período de convivência do paciente com a

patologia e o grande incômodo que essa acarreta, a notícia da cirurgia pode provocar sensação de alívio frente à solução do problema, minimizando a ansiedade frente à intervenção cirúrgica. Outra hipótese é que haveria relação entre o grande número de pacientes que apresentaram o diagnóstico conhecimento deficiente e o pequeno número de pacientes que apresentaram o diagnóstico ansiedade, pois, embora o desconhecimento possa levar à ansiedade, a falta de informação também pode ser fator que a minimiza, isso porque os pacientes que têm poucas informações sobre o período perioperatório não estão cientes dos riscos da submissão a um procedimento cirúrgico ou de como será o período pós-operatório e das limitações que lhes serão impostas como, por exemplo, o tempo que poderão se alimentar por meio de sonda nasogástrica.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foram identificados 4 diferentes diagnósticos de enfermagem em pacientes no pré-operatório de cirurgias esofágicas com frequência maior que 50%, sendo três do tipo real e um de risco: deglutição prejudicada (100%), risco para infecção (100%), conhecimento deficiente sobre a doença e período perioperatório (95%) e dor crônica (75%). Esses diagnósticos foram analisados considerando-se os fatores relacionados, as características definidoras ou fatores de risco (de acordo com o tipo de diagnóstico) e os fatores associados à patologia esofágica.

Conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes no período pré-operatório de cirurgias esofágicas possibilita aos enfermeiros planejar individualmente os cuidados prestados a essa clientela. A identificação dos diagnósticos de enfermagem possibilita aos enfermeiros estabelecer intervenções específicas e fundamentadas cientificamente. Os resultados da presente investigação podem subsidiar a implementação do processo de enfermagem ao paciente em pré-operatório de cirurgias esofágicas.

REFERÊNCIAS

1. Carpenito LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.
2. Mincis M. Gastroenterologia & Hepatologia: diagnóstico e tratamento. 3ª ed. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2002.
3. Ponciano H, Cecconello I, Alves L, Ferreira BD, Gama-Rodrigues J. Cardioplasty and Roux-en-Y partial gastrectomy

- (Serra-Dória procedure) for reoperation of achalasia. *Arq. Gastroenterol.* 2004 July-September; 41(3):155-61.
4. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no Modelo Conceitual de Levine. Cascavel (PR): Edunioeste; 2004.
 5. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia Ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 setembro-outubro; 11(5):630-7.
 6. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enfermagem USP* 2006 março; 40(1):26-33.
 7. Suriano MLF, Barros ALBL. Nursing diagnoses and most frequent interventions during the perioperative period in patients having cardiovascular surgeries. In: Rantz MJ, LeMone P, organizadoras. *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Fourteenth Conference.* 1 ed. Glendale (CA): North American Nursing Diagnoses Association; 2002. p. 211-4.
 8. Andrade AFR. O cuidar do paciente laringectomizado do pré-operatório à reabilitação: o enfermeiro com um modelo assistencial de acordo com os diagnósticos de enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 2003.
 9. Fontes CMB, Cruz DALM. Cleft lip and palate: pre and post operative nursing diagnoses. In: Rantz MJ, LeMone P, organizadoras. *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Fourteenth Conference.* 1 ed. Glendale (CA): North American Nursing Diagnoses Association; 2002. p 106-10.
 10. Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Rev Esc Enferm USP* 1992 dezembro; 26(3):427-34.
 11. Carvalho EC, Jesus CAC. Raciocínio clínico na formulação do diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. In: Antunes MJ, Silva MTN, organizadoras. *O uso do diagnóstico na prática de enfermagem.* Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p. 27-38.
 12. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 14(3):389-96.
 13. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
 14. Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica.* 10 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
 15. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and associated factors. *Arq Gastroenterol* 2005 June; 42(2):116-21.
 16. Spence RAJ, Johnstons PG. *Oncologia.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
 17. Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves MBF, Grinbaum RS, Ritschmann R. *Infecções Hospitalares: prevenção e controle.* São Paulo (SP): Sarvier; 1997.