

## Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica



*Clinical profile, nursing diagnoses and nursing care for postoperative bariatric surgery patients*

*Perfil clínico, diagnósticos y cuidados de enfermería para pacientes en el post-operatorio de la cirugía bariátrica*

Nathalia Helene Steyer<sup>a</sup>  
Magáli Costa Oliveira<sup>b</sup>  
Mara Regina Ferreira Gouvêa<sup>c</sup>  
Isabel Cristina Echer<sup>c,d</sup>  
Amália de Fátima Lucena<sup>d</sup>

### Como citar este artigo:

Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e50170. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50170>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50170>

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o perfil clínico, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

**Método:** Estudo transversal realizado em um hospital do Sul do Brasil, com amostra de 143 pacientes. Os dados foram coletados retrospectivamente entre 2011-2012 no prontuário eletrônico dos pacientes, os quais foram analisados estatisticamente.

**Resultados:** Identificaram-se pacientes femininas adultas (84%) com obesidade grau III (59,4%) e hipertensas (72%), com 35 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais frequentes: Dor aguda (99,3%), Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório (98,6%) e Integridade tissular prejudicada (93%). Dentre os cuidados de enfermagem prescritos, os mais utilizados foram: usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente, registrar a dor como 5º sinal vital e verificar sinais vitais. Foi observada associação entre a idade e as comorbidades.

**Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem subsidiaram a prescrição de cuidados, possibilitando qualificar a assistência de enfermagem.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the clinical profile, nursing diagnoses, and nursing care established for postoperative bariatric surgery patients.

**Method:** Cross-sectional study carried out in a hospital in southern Brazil with a sample of 143 patients. Data were collected retrospectively from electronic medical records between 2011 and 2012 and analyzed statistically.

**Results:** We found a predominance of adult female patients (84%) with class III obesity (59.4%) and hypertension (72%). Thirty-five nursing diagnoses were reported, among which the most frequent were: Acute Pain (99.3%), Risk for perioperative positioning injury (98.6%), and Impaired tissue integrity (93%). The most frequently prescribed nursing care were: to use protection mechanisms in the surgical patient positioning, to record pain as 5th vital sign, and to take vital signs. There was an association between age and comorbidities.

**Conclusion:** The nursing diagnoses supported the nursing care prescription, which enables the qualification of nursing assistance.

**Keywords:** Bariatric surgery. Nursing diagnosis. Nursing care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el perfil clínico, diagnósticos de enfermería y cuidados de enfermería establecidos para los pacientes en postoperatorio de cirugía bariátrica.

**Método:** Estudio transversal con la muestra de 143 pacientes. El estudio se realizó entre 2011-2012, en un hospital en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados retrospectivamente de los registros médicos electrónicos y analizados estadísticamente.

**Resultados:** Se identificaron pacientes femininas adultas (84%), con obesidad clase III (59,4%), hipertensión (72%) y con 35 diagnósticos de enfermería, siendo los más frecuentes: el Dolor agudo (99,3%), Riesgo de lesión perioperatoria de posicionamiento (98,6%) y la Integridad del tejido deteriorado (93%). Entre los cuidados de enfermería prescritos los más utilizados fueron: utilizar los mecanismos de protección en el posicionamiento quirúrgico del paciente, registrar el dolor como quinto signo vital y verificar los signos vitales. Se observó una asociación entre la edad y las comorbilidades.

**Conclusión:** Los diagnósticos de enfermería apoyaron la prescripción de los cuidados de enfermería, lo que permite calificar la asistencia de enfermería.

**Palabras clave:** Cirugía bariátrica. Diagnóstico de enfermería. Atención de enfermería.

<sup>a</sup> Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Novartis Biociências S/A. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>d</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A obesidade é um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, que pode ser prejudicial à saúde, estando diretamente associada à presença de comorbidades. Em 2008, 35% dos adultos acima de 20 anos foram diagnosticados com sobrepeso no mundo, sendo que 10% dos homens e 14% das mulheres tinham Índice de Massa Corporal (IMC) maior do que  $30 \text{ Kg/m}^2$ <sup>(1)</sup>. No Brasil, os índices de população obesa também vêm crescendo, passando de 11,4% em 2006 para 17,4% em 2012. Além disso, 51% da população brasileira apresenta sobrepeso<sup>(2)</sup>.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado como escolha na profilaxia e tratamento das complicações decorrentes da obesidade grau III. O paciente candidato ao procedimento deve ser avaliado por médicos especializados e ter como critérios: Índice de Massa Corporal (IMC) acima de  $40 \text{ Kg/m}^2$  ou acima de  $35 \text{ Kg/m}^2$  com comorbidades graves envolvidas, além de não ter obtido sucesso com técnicas não cirúrgicas<sup>(3)</sup>.

No hospital campo desta investigação, o paciente candidato à cirurgia bariátrica é encaminhado ao grupo de pacientes pré-cirúrgicos para avaliação multidisciplinar, e o procedimento é realizado via Sistema Único de Saúde (SUS) com técnica cirúrgica aberta e *bypass* gástrico. O acompanhamento ocorre no ambulatório e prossegue por dois anos após a realização do procedimento cirúrgico, com o propósito de auxiliar o paciente a adquirir hábitos de vida saudáveis.

No período de pós-operatório mediato, que tem início nas 24 horas pós-cirurgia e termina na alta hospitalar<sup>(4)</sup>, o paciente necessita de cuidados peculiares, em que o papel da enfermeira é fundamental. Para isto, ela necessita de conhecimento e habilidades técnicas e interpessoais, que lhe permitam pensar criticamente e realizar um julgamento clínico para a tomada de decisão, estabelecendo diagnósticos de enfermagem (DEs) acurados e intervenções apropriadas, com vistas a resultados positivos.

Para tanto, o processo de enfermagem (PE) e os sistemas de classificações para a prática de enfermagem têm sido utilizados no hospital campo do presente estudo. Nele, o PE está embasado na teoria de Horta associada à terminologia diagnóstica da NANDA-International (NANDA-I)<sup>(5-6)</sup>. Os cuidados de enfermagem prescritos possuem base na literatura e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>(7)</sup>.

Todavia, estudos sobre a assistência de enfermagem a esses pacientes ainda permanecem pouco explorados na instituição, visto que esse procedimento cirúrgico é relativamente recente. Aliado a isso, verificou-se escassa publi-

cação da enfermagem sobre o assunto<sup>(8-9)</sup>, com lacuna no conhecimento sobre os DEs e os cuidados mais apropriados a esses pacientes. Assim, a questão norteadora desse estudo foi: quem são os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e quais os DEs e cuidados de enfermagem estabelecidos na prática clínica?

Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar o perfil clínico, os DEs e os cuidados de enfermagem estabelecidos para os pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, com a finalidade de contribuir com o conhecimento do procedimento e qualificar a assistência de enfermagem para essa população.

## ■ MÉTODOS

Estudo transversal<sup>(10)</sup> realizado em um hospital universitário do sul do país, com amostra de 143 pacientes, que realizaram cirurgia bariátrica entre novembro/2008 e agosto/2011. A escolha desse período foi em razão do mesmo indicar o início da cirurgia bariátrica neste hospital. A coleta dos dados foi retrospectiva, realizada entre setembro/2011 e março/2012, nos prontuários eletrônicos dos pacientes. O instrumento de coleta de dados foi construído no *Excel for Windows* e incluiu: nome do paciente; número do prontuário; IMC<sup>(11)</sup> (conforme padronização da Organização Mundial da Saúde); sexo; idade; data da internação, da cirurgia e da alta; status tabágico; comorbidades; DEs e cuidados de enfermagem no período de pós-operatório mediato. A análise dos dados foi estatística com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 18.0. Para as variáveis contínuas foram utilizados testes de comparação de médias ou medianas (teste t ou Mann-Whitney) e para as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado; foi considerado estatisticamente significativo  $p \geq 0,05$ .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (Protocolo nº 11-0613) e assinado termo de comprometimento para utilização de dados pelos pesquisadores, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

## ■ RESULTADOS

Dentre as características do perfil clínico da amostra foi identificado maioria de mulheres (84%), com idade média de 39 anos ( $\pm 10,1$ ), obesidade grau III (59,4), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (72%) e não fumantes (83,2) – (Tabela 1).

A associação entre IMC e comorbidades não foi estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Todavia, houve associação entre idade e comorbidades, ou seja, os pacientes

**Tabela 1** – Perfil clínico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Porto Alegre, 2014

Características	F (%) n (143)
<b>Idade</b> (anos)*	39,9 ± 10,1
<b>Sexo</b> (feminino)	120 (84)
<b>Período de Internação</b> (pré e pós-operatório em dias) *	6,3 ± 1,6
<b>Índice de Massa Corporal</b>	
Obesidade grau III (> 40)	85 (59,4)
Obesidade grau I e II (30-39,9)	45 (31,5)
Sobrepeso (25-29,9)	6 (4,2)
Peso saudável (< 24,9)	7 (4,9)
<b>Status Tabágico</b>	
Não Fumante	119 (83,2)
Fumante	13 (9,1)
Fumantes em abstinência	11 (7,7)
<b>Comorbidades</b>	
HAS	103 (72)
Distúrbios osteoarticulares	43 (30)
Ansiedade e/ou depressão	38 (26,5)
Diabetes mellitus	34 (23,7)
Distúrbios ventilatórios	33 (23)
Dislipidemia	26 (18,1)
Litíase biliar	22 (15)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

F = frequência; % = percentil

\*Variáveis contínuas = média ± desvio padrão

com mais idade apresentavam HAS, diabetes, ansiedade/depressão e dislipidemia ( $p < 0,05$ ). O distúrbios osteoarticulares também tendem a estar associados com a idade ( $p = 0,06$ ).

Quanto ao status tabágico, os fumantes apresentaram mais distúrbios ventilatórios quando comparados aos não-fumantes e fumantes em abstinência ( $p < 0,05$ ). Além do que, o status tabágico tende a estar associado com a ansiedade/depressão ( $p = 0,05$ ).

Encontrou-se 35 diferentes DEs para os pacientes estudados, com 48 diferentes etiologias. Os dez DEs com maior frequência de ocorrência, seis do tipo real e quatro de risco estão na Tabela 2.

Encontrou-se 51 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com DEs do tipo Real<sup>(5)</sup> e 31 para pacientes com DEs do tipo Risco<sup>(5)</sup>.

A Tabela 3 apresenta os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com DEs do tipo Real.

A Tabela 4 apresenta os cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com DEs de Risco.

## DISCUSSÃO

O perfil clínico dos pacientes foi predominantemente constituído por mulheres adultas, com obesidade grau III e comorbidades associadas. A HAS foi a comorbidade mais frequente, seguida dos distúrbios osteoarticulares. Em estudos brasileiros realizados com população semelhante, também foi identificada maioria de pacientes do sexo feminino, adultas jovens, com obesidade grau III e comorbidades, principalmente a HAS<sup>(8-9)</sup>.

Destaca-se que, no presente estudo, 85(59,4%) dos pacientes apresentaram IMC acima de 40Kg/m<sup>2</sup>, demonstrando alto índice de obesidade mórbida. Entretanto, há benefícios da cirurgia para os casos de obesidade grau I e II e até mesmo no sobrepeso quando há comorbidades associadas. Reforçando isto, pesquisas sobre os efeitos metabólicos da cirurgia bariátrica em pacientes com IMC menor do que 35Kg/m<sup>2</sup> e com Diabetes mellitus tipo 2 revelaram a opção cirúrgica como importante tratamento para o controle dessa doença<sup>(11)</sup>.

O período médio de internação hospitalar dos pacientes avaliados foi de 6,3 dias. Em dois outros estudos, um deles com pacientes de gastrectomia por *sleeve* gástrico e outro com pacientes submetidos à colocação de banda gástrica ajustável, as internações hospitalares foram mais breves<sup>(3,12)</sup>. Todavia, é preciso considerar a diferença entre os procedimentos executados, pois a cirurgia aberta requer maior período para recuperação do paciente.

Em relação ao status tabágico foi identificado que os fumantes apresentaram mais distúrbios ventilatórios quando comparados aos não-fumantes e fumantes em abstinência ( $p < 0,05$ ). Verificou-se, também tendência na associação do status tabágico com a ansiedade/depressão, visto que os fumantes apresentaram essa comorbidade quando comparados aos não-fumantes e aos fumantes em abstinência ( $p = 0,05$ ). Sabe-se, que os malefícios de fumar são diversos, dentre os quais os distúrbios ventilatórios, que incluem a Síndrome da Apneia e Hipoapneia Obstrutiva do Sono, são frequentes nos indivíduos com obesidade grau III<sup>(13-14)</sup>. Portanto, a prevenção de início e cessação do tabaco são benéficas na redução das comorbidades, complicações e mortalidade, cabendo aos profissionais de saúde detectar, orientar e tratar o paciente sob este risco.

Na análise dos dez diferentes DEs mais frequentemente estabelecidos para esses pacientes, observou-se poucos

**Tabela 2** – Diagnósticos de enfermagem e suas etiologias para pacientes em PO de cirurgia bariátrica. Porto Alegre, 2014

Diagnósticos de enfermagem	F	%	Fator relacionado/risco	F	%
Dor aguda	142	99,3	Trauma*	142	100
Risco de lesão por posicionamento perioperatório	141	98,6	Vulnerabilidade situacional*	141	100
Integridade tissular prejudicada	133	93	Trauma mecânico*	133	100
Risco de infecção	127	88,8	Procedimento invasivo	127	100
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	87	60,8	Alterações emocionais e/ou psiquiátricas	85	97,7
			Falta de conhecimento	2	2,3
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	85	59,4	Hábitos alimentares	85	100
			Obesidade	47	56,6
Mobilidade física prejudicada	83	58	Trauma	25	30,1
			Dor	8	9,6
			Prejuízo neuromuscular/ musculoesquelético	2	2,4
			Pós-operatório	48	64
Conforto prejudicado	75	52,4	Peristalse diminuída	26	34,7
			Aerofagia	1	1,3
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	25	17,5	Terapêutica medicamentosa	24	96
			Alteração do trato gastrointestinal	1	40
			Dor na ferida	11	55
Déficit no autocuidado: banho e ou higiene**	20	14	Trauma	6	30
			Terapias restritivas	2	10
			Prejuízo neuromuscular/ musculoesquelético	1	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

F = frequência; % = percentil

\* Fatores relacionados ou de risco disponíveis no sistema informatizado do hospital, com base na NANDA-I.

\*\* Categoria diagnóstica disponível no sistema informatizado do hospital, com base na NANDA-I, que une os DEs Déficit no autocuidado para banho e Déficit no autocuidado para higiene íntima.

**Tabela 3** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em PO de cirurgia bariátrica com DEs do tipo real. Porto Alegre, 2014 (continua)

DEs Reais	Cuidados prescritos	F	%
Dor aguda (n=142)	Registrar a dor como 5º sinal vital	83	58,5
	Solicitar avaliação	26	18,3
	Tranquilizar paciente	20	14,1
	Verificar sinais vitais	10	7
	Solicitar presença de familiar	2	1,4
	Avaliar dor utilizando escala de intensidade	1	0,7
Integridade tissular prejudicada (n=133)	Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas	65	48,9
	Realizar curativos	22	16,5
	Sentar paciente na cadeira	13	9,8
	Proteger a pele das proeminências ósseas	7	5,3
	Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar	7	5,3
	Monitorar sangramentos	6	4,5
	Observar pertuito e locais de inserção de cateteres	3	2,3
	Manter colchão piramidal	2	1,5
	Observar sinais de infecção	2	1,5
	Realizar curativo compressivo	2	1,5

**Tabela 3** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em PO de cirurgia bariátrica com DEs do tipo real. Porto Alegre, 2014 (conclusão)

Integridade tissular prejudicada (n=133)	Implementar cuidados na punção venosa	1	0,8
	Observar condições do períneo	1	0,8
	Realizar mudança de decúbito	1	0,8
	Verificar sinais vitais	1	0,8
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (n=87)	Verificar sinais vitais	75	86,2
	Verificar peso do paciente	9	10,3
	Estimular deambulação	1	1,1
	Orientar paciente	1	1,1
	Realizar educação para saúde e encaminhamentos	1	1,1
Mobilidade física prejudicada (n=83)	Sentar paciente na cadeira	20	24,1
	Estimular deambulação	18	21,7
	Manter colchão piramidal	8	9,6
	Verificar sinais vitais	7	8,4
	Estimular saída do leito	5	6
	Manter campainha ao alcance do paciente	5	6
	Manter cabeceira elevada	3	3,6
	Manter grades no leito	3	3,6
	Hidratar a pele	2	2,4
	Proporcionar posição confortável ao paciente	2	2,4
	Realizar mudança de decúbito	2	2,4
	Avaliar condições circulatórias	1	1,2
	Comunicar alterações nas extremidades	1	1,2
	Estimular movimentos ativos	1	1,2
	Medicar para dor antes dos procedimentos	1	1,2
	Orientar paciente e família sobre mudança no estilo de vida	1	1,2
	Realizar higiene corporal no chuveiro	1	1,2
	Registrar a dor como 5º sinal vital	1	1,2
Tranquilizar paciente	1	1,2	
Conforto alterado (n=75)	Medir circunferência abdominal	23	30,7
	Promover segurança e conforto	18	24
	Comunicar se distensão abdominal	17	22,7
	Manter campainha ao alcance do paciente	10	13,3
	Proporcionar posição confortável ao paciente	3	4
	Estimular exercícios respiratórios	2	2,7
Déficit no autocuidado: banho e ou higiene (n=20)	Estimular higiene oral	4	20
	Realizar higiene corporal no chuveiro	3	15
	Levar paciente ao chuveiro	2	10
	Medicar para dor antes dos procedimentos	2	10
	Realizar higiene oral	2	10
	Auxiliar no banho de chuveiro	1	5
	Auxiliar paciente a realizar higiene oral	1	5
	Estimular autocuidado	1	5
	Manter períneo limpo e seco	1	5
	Pentear o cabelo	1	5
Realizar banho de leito	1	5	
Verificar sinais vitais	1	5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

F = frequência; % = percentil

\* Alguns cuidados de enfermagem se repetiram nos DEs, por exemplo: verificar sinais vitais.

**Tabela 4** – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em PO de cirurgia bariátrica com DEs de risco. Porto Alegre, 2014

DEs Risco	Cuidados prescritos	F	%
Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório (n=141)	Usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente	115	81,5
	Utilizar bota protetora do maléolo e do calcâneo	19	13,5
	Usar coxins de segurança e faixas de proteção no posicionamento cirúrgico	6	4,2
	Remover excesso de líquido degermante	1	0,7
Risco de infecção (n=127)	Verificar sinais vitais	28	22
	Realizar curativos	21	16,5
	Observar sinais de infecção	17	13,3
	Implementar cuidados na punção venosa	16	12,6
	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da CCIH**	15	11,8
	Implementar cuidados com soroterapia	8	6,3
	Orientar importância da higiene corporal	5	3,9
	Orientar para autocuidado	3	2,4
	Implementar cuidados com sondagem vesical de demora	2	1,6
	Observar pertuito e locais de inserção de cateteres	2	1,6
	Registrar aspecto da lesão	2	1,6
	Implementar cuidados com administração de medicamentos	1	0,8
	Implementar cuidados com dreno	1	0,8
	Implementar cuidados na troca de curativos de cateter venoso central	1	0,8
	Implementar cuidados no manuseio de cateter venoso central	1	0,8
	Observar condições de suturas	1	0,8
	Orientar paciente/ família	1	0,8
	Realizar curativo médio	1	0,8
Tranquilizar paciente	1	0,8	
Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (n=85)	Verificar sinais vitais	75	88,2
	Verificar peso do paciente	9	10,6
	Estimular deambulação	1	1,2
	Orientar paciente	1	1,2
	Realizar educação para saúde e encaminhamentos	1	1,2
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (n=25)	Medir diurese	7	28
	Verificar sinais vitais	5	20
	Implementar cuidados com soroterapia	4	16
	Controlar gotejo de infusões endovenosas em bomba de infusão	3	12
	Realizar balanço hídrico total	3	12
	Monitorar sangramentos	2	8
	Verificar peso do paciente	1	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

F = frequência; % = percentil

\* Alguns cuidados de enfermagem se repetiram nos DEs, por exemplo: verificar sinais vitais.

\*\* CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

estudos publicados para subsidiar a discussão. Porém, dentre os disponíveis se verificou resultados semelhantes aos encontrados, com destaque para as investigações sobre o DE Dor aguda, que é um dos mais estabelecidos para pacientes cirúrgicos<sup>(8,15-16)</sup>.

O DE Dor aguda<sup>(5)</sup> foi estabelecido para 99,3% dos pacientes desse estudo e tem sido objeto de investigação

em diversos cenários da prática dos enfermeiros, a quem cabe diagnosticar com precisão, intervir adequadamente e, posteriormente, reavaliar os resultados obtidos. Dentre os cuidados prevalentes para esse DE se encontrou o registro da dor como 5º sinal vital, essencial na avaliação da presença ou não da dor provocada pela lesão tecidual e pela ativação de transdutores nociceptivos no local da le-

são cirúrgica. Este cuidado requer atenção da enfermagem, que deve perguntar ao paciente se o mesmo está com dor, além de observar a sua expressão facial, seus movimentos e posicionamento, para melhor caracterizar, localizar e avaliar a intensidade da mesma<sup>(17)</sup>.

O segundo DE mais frequentemente estabelecido foi Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, que demanda intervenções preventivas, principalmente, no momento em que o paciente está em sala cirúrgica. Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica possuem dimensões corpóreas aumentadas e assim, são mais propensos aos danos relacionados ao procedimento e aos riscos cirúrgicos e anestésicos<sup>(18)</sup>. Dentre os cuidados de enfermagem para este DE está o uso adequado de equipamentos de proteção do corpo para evitar lesões, principalmente, as de pele e tecidos.

Integridade tissular prejudicada e Risco de infecção foram o terceiro e o quarto DEs, respectivamente, mais frequentes para os pacientes analisados. Semelhantemente, esses DEs foram apontados em estudo com pacientes cirúrgicos<sup>(16)</sup>, visto o dano aos tecidos e o risco de infecção resultante do procedimento invasivo. Assim, dentre os cuidados para os mesmos se evidenciou a importância do monitoramento de sangramentos, bem como a observação de sinais de infecção na troca de curativos.

Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais<sup>(5)</sup> foi o quinto DE mais frequente, mesmo sendo a cirurgia bariátrica o motivo da internação desses pacientes. Infere-se que este DE não tenha sido estabelecido por alguns enfermeiros por considerarem que o paciente no PO já não o possui, uma vez que ele não recebe nutrição acima de suas necessidades corporais. Entretanto, é preciso considerar que um dos fatores que levaram o paciente ao procedimento cirúrgico foram justamente causados pela ingestão de alimento maior do que a necessária.

Dentre os cuidados prescritos para esse DE, a verificação do peso, estimulação da deambulação e orientação do paciente sobre sua nova dieta foram identificados como importantes para a recuperação cirúrgica. Destaca-se que a orientação à mudança de estilo de vida, principalmente da nutrição equilibrada às necessidades corporais, é essencial ao paciente operado.

O DE Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais foi o sexto mais frequente no estudo, apesar de não ser descrito em outra investigação<sup>(8)</sup> com pacientes de cirurgia bariátrica. Porém, entende-se este DE como acurado, uma vez que esses pacientes permanecem vulneráveis à ingestão excedente de nutrientes após a cirurgia. Os cuidados prescritos para o mesmo

envolveram a educação para a saúde quanto a um novo estilo de vida e a necessidade de uma alimentação adequada, de forma a complementar o sucesso do procedimento cirúrgico e, conseqüentemente, a melhora da saúde do paciente.

Mobilidade física prejudicada foi o sétimo DE mais frequente, relacionado ao excesso de peso e às comorbidades como as osteoartrites. Além disto, o prejuízo musculoesquelético, a relutância em iniciar o movimento e a dor<sup>(5)</sup>, comuns no PO, podem dificultar a locomoção, mobilidade e reabilitação dos pacientes, indicando intervenções direcionadas ao controle da dor e facilitação da movimentação gradual associada ao exercício e à saída do leito precoce.

O DE Conforto alterado foi o oitavo mais frequente, sendo a etiologia de pós-operatório a mais utilizada. O ambiente hospitalar produz sentimentos de medo e insegurança, além de trazer a proximidade com a doença e, os pacientes pós-cirúrgicos, como quaisquer outros, carregam consigo esses sentimentos. Por isso, a equipe de enfermagem necessita tranquilizá-los de forma a promover a segurança e o conforto, tornando esse período de internação hospitalar o menos doloroso possível, tanto do ponto de vista físico, como também, psicológico.

O DE Risco de desequilíbrio do volume de líquidos foi o nono mais frequente, demandando cuidados de enfermagem relacionados à hidratação e ao equilíbrio hemodinâmico, como monitorização dos líquidos ingeridos/eliminados e controle dos sinais vitais, conforme corroborado na literatura<sup>(19)</sup>.

O DE Déficit no autocuidado: banho e ou higiene, décimo mais frequente, exigiu cuidados de enfermagem às atividades diárias como as de tomar banho e realizar higiene oral, uma vez que a capacidade para o autocuidado e mobilização desses pacientes são restritas.

Na associação entre comorbidades e DEs, verificou-se que todos pacientes apresentavam alguma das comorbidades (HAS, DM, ansiedade/depressão, distúrbios ventilatórios, dislipidemia, distúrbios osteoarticulares e litíase biliar), e também pelo menos um dos seguintes DEs: Dor aguda, Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, Integridade tissular prejudicada e Risco de infecção. Isso remete à amplitude da dimensão do cuidado de enfermagem a esses pacientes, pois o tratamento cirúrgico interfere no seu estado físico e psicológico<sup>(20)</sup>.

Por isso, a enfermagem precisa compreender o processo de decisão do paciente pela cirurgia bariátrica e propiciar a ele o cuidado integral<sup>(20)</sup>, que vai além do período de internação, com orientações e condutas educativas que favoreçam a recuperação plena de sua saúde<sup>(20)</sup>.

## ■ CONCLUSÕES

Concluiu-se que os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica foram mulheres, adultas, com obesidade grau III e com pelo menos uma comorbidade associada, sendo a HAS a mais prevalente. Verificou-se que quanto maior a idade dos pacientes maior a incidência de HAS, diabetes e ansiedade e/ou depressão. Além disso, os fumantes apresentaram mais distúrbios ventilatórios quando comparados aos não-fumantes ou aos fumantes em abstinência, sendo imprescindível que esses pacientes sejam orientados e tratados para a cessação do tabagismo antes do procedimento cirúrgico.

Dentre os DEs do tipo real, Dor aguda e Integridade tissular prejudicada foram os mais frequentemente estabelecidos e, entre os DEs de risco os mais frequentes foram Risco de lesão por posicionamento perioperatório e Risco de infecção. Esses DEs demandaram cuidados de enfermagem como controle dos sinais vitais, registro da dor como 5º sinal vital e uso de mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico; além da verificação diária do peso, orientação e conforto ao paciente.

A escassez de estudos de enfermagem sobre cirurgia bariátrica trouxe limitação à discussão dos dados e, ao mesmo tempo, corroborou a necessidade de ampliar investigações sobre o tema. Essa é uma área do conhecimento relativamente nova no Brasil, o que dá relevância aos resultados deste estudo para o incremento da prática clínica, do ensino e da pesquisa.

## ■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Obesity and overweight. Geneva, 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2012. Brasília; 2011.
3. Branco-Filho AJ, Nassif LS, Menacho AM, Aurichio ERA, Siqueira DED, Fernandez RM. Tratamento da obesidade mórbida com gastrectomia vertical. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011;24(1):52-54.
4. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(4):34-42.
5. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
6. Pruinelli L, Severo IM, Almeida MA, Lucena AF, Santos GG. Operacionalização do processo de enfermagem no HCPA. In: Almeida MA, et al. *Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.* Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 53-62.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Nursing Interventions Classification (NIC).* 6th ed. St. Louis: Mosby-Elsevier; 2013.
8. Moreira RAN, Caetano JA, Barros LM, Galvão MTG. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):168-75.
9. Jôia-Neto L, Lopes-Junior AG, Jacob CE. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2010;23(4):266-9.
10. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Desenhos não-experimentais.* In: LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.114.
11. Li Q, Chen L, Yang Z, Ye Z, Huang Y, He M, et al. Metabolic effects of bariatric surgery in type 2 diabetic patients with body mass index < 35 kg/m<sup>2</sup>. *Diabetes Obes Metab.* 2012;14(3):262-70.
12. Pajecki D, Mancini MC, Halpern A, Zilberstein B, Garrido Jr AB, Ceconello I. Abordagem multidisciplinar de pacientes obesos mórbidos submetidos a tratamento cirúrgico pelo método da banda gástrica ajustável. *Rev Col Bras Cir.* 2010;37(5):328-32.
13. Faria CS, Botelho C, Silva RMVG, Ferreira MG. Tabagismo e obesidade abdominal em doadores de sangue. *J Bras Pneumol.* 2012;38(3):356-63.
14. Dias-Junior SA, Pinto RC, Angelini L, Fernandes FLA, Cukier A, Stelmach R. Prevalência de tabagismo ativo e passivo em uma população de asmáticos. *J Bras Pneumol.* 2009;35(3):261-5.
15. Pereira LV, Sousa FAEF. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(3):474-9.
16. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):321-6.
17. Mello BS, Massutti TM, Longaray VK, Trevisan DF, Lucena AF. Applicability of the Nursing Outcomes Classification (Noc) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. *App Nurs Res.* Forthcoming 2015. doi:10.1016/j.apnr.2015.04.001
18. Tanaka DS, Peniche ACG. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):618-23.
19. Felix LG, Soares MJGO, Nóbrega, MML. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Bras Enferm.* 2012 jan-fev;65(1):83-91.
20. Oliveira, DM, Merighi, MAB, Jesus, MCP. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):970-6.

### ■ Autor correspondente:

Amália de Fátima Lucena

E-mail: afatimalucena@gmail.com

Recebido: 10.09.2014

Aprovado: 30.06.2015