UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

ELISANGELA RIBEIRO CHAVES

O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL

ELISANGELA RIBEIRO CHAVES

O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde

Orientadora: Prof.a Dra. Maria Edla de

Oliveira Bringuente

Coorientadora: Prof.^a Dra. Cândida

Caniçali Primo

ELISANGELA RIBEIRO CHAVES

O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde e na linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Avaliação em xx de xx de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Edla de Oliveira Brinquente Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Orientadora Prof.^a Dra. Cândida Caniçali Primo Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Coorientadora Prof.^a Dra. Lorena Barros Furieri Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Membro Interno Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Membro Externo Prof.^a Dra. Eliane de Fátima Almeida Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Suplente Interna Prof.^a Dra. Andressa Bolsoni Lopes

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Suplente Externa

Dedico este trabalho à minha família, meus pais, Ernesto e Lúcia, por toda dedicação e incentivo aos estudos; meu esposo, Danilo, pela parceria de vida e compreensão nos momentos de ausência; meu pequeno Derik, um guerreiro desde a barriga da mamãe; meus amigos Catrine, Camila, Simone, Andressa, Jociane, Daniela Montemor, Isabel Cussi, Izabella Soares, Maiana, Bruna, Priscila Lúcio e Ramon, pelos conselhos, carinho e confiança; e às professoras Cândida Caniçali Primo, Maria Edla de Oliveira Bringuente, Eliane de Fátima Almeida e Paula Cristina de Andrade Pires Olympio (in memoriam), pelos exemplos e incentivos a conquistar os meus sonhos e não desistir, sejam quais forem os obstáculos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela dádiva da vida, por abençoar todos os meus passos e por me mostrar que tudo tem o seu tempo. Ao dom de exercer a enfermagem com dedicação, amor e responsabilidade e permitir que o sonho em realizar o mestrado profissional fosse concluído.

Obrigada, também, aos meus pais Ernesto e Lúcia, pela minha formação pessoal e profissional, pelo carinho, amor, dedicação, pelas palavras de incentivo aos estudos e por não pouparem esforços para que eu me aperfeiçoasse em minha carreira.

Ao meu marido, Danilo, pela paciência, compreensão, apoio incondicional e palavras de incentivo, sendo meu amparo e parceiro junto ao nosso filho, Derik, um presente de Deus, para que eu concluísse com êxito este trabalho e alcançasse mais uma conquista.

Aos meus irmãos e familiares pelo carinho, companheirismo, amizade e confiança, sempre me motivando a continuar meus estudos.

Aos meus amigos que conquistei no HUCAM e na vida pela confiança, palavras de incentivo e amor, e por vibrarem sempre pelo meu sucesso. E principalmente por entenderem os momentos de ausência e individualidade devido aos estudos.

Às minhas orientadoras, professoras Cândida Caniçali Primo e Maria Edla de Oliveira Bringuente, pela parceria em alcançar essa conquista. Agradeço por terem me guiado e contribuído nessa trajetória com compreensão, paciência e dedicação, sempre com palavras de incentivo, resiliência e ânimo. Muita gratidão por tê-las ao meu lado nesta conquista. Agradeço pelo aprendizado e auxílio nos momentos difíceis.

Aos membros da banca, Prof.ª Dra. Lorena Barros Furieri, Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão, Prof.ª Dra. Eliane de Fátima Almeida e Prof.ª Dra. Andressa Bolsoni Lopes Figueiredo, por aceitarem o convite e colaborarem para o aprimoramento do trabalho com dedicação e sabedoria.

Aos amigos da turma do mestrado profissional, que compartilharam as angústias e as vitórias alcançadas nessa jornada, que exige resiliência e dedicação.

À Comissão de Sistematização de Enfermagem (COMISAE) pela colaboração na participação da pesquisa e por todo aprendizado, em especial ao enfermeiro Ramon, que colaborou com a organização do formulário para coleta de dados.

À chefe da Divisão de Enfermagem, Rosilene Nilo dos Santos Fantoni, pelo apoio e incentivo para concluir o mestrado. E à Enf. Raquel Ohnishi Setubal (ex-chefe da Divisão de Enfermagem), pela flexibilização da escala de trabalho para poder participar das aulas do mestrado em 2017 e pelo exemplo de profissional.

À equipe de enfermagem da unidade de cirurgia geral e ao chefe de unidade Dr. José Alberto, pelo apoio e parceria na condução da gestão do setor.

Aos meus amigos Catrine, Camila, Ramon, Isabella e Izabel pela amizade, leitura dos textos e auxílio quando precisei.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o término deste estudo.

Uma imensa gratidão, obrigada.

RESUMO

CHAVES, Elisangela Ribeiro. **Processo de enfermagem para pacientes em pósoperatório de cirurgia bariátrica:** elaboração de material instrucional. Dissertação [mestrado]. Mestrado Profissional em Enfermagem. Vitória, Universidade Federal do Espírito Santo. 2020. 151 p.

Introdução: O processo de enfermagem possibilita uma assistência sistematizada e qualificada. No entanto, os enfermeiros ainda possuem dificuldade no raciocínio diagnóstico e registro do processo de enfermagem. Dessa forma, buscando atender uma solicitação da instituição, propôs-se a organização de um material didático para a unidade de clínica cirúrgica para o cuidado ao paciente bariátrico. Objetivos: Identificar os diagnósticos e intervenções prevalentes em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica; elaborar o protocolo de diagnósticos e intervenções de enfermagem, e os estudos de casos que compõem o material instrucional; e avaliar o conteúdo do material instrucional. Método: Pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico, que seguiu três etapas: revisão integrativa; elaboração dos estudos de casos; e do material instrucional. A revisão de literatura foi direcionada pela questão: Quais os diagnósticos e intervenções/cuidados de enfermagem relacionados ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica? Nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores "cirurgia bariátrica" e "enfermagem"; e "bariatric surgery" and "nursing". Os critérios de inclusão: artigos originais publicados de 2013 a 2018, em português, inglês ou espanhol. Na elaboração dos estudos de casos utilizaram-se os dados da revisão de literatura e também os 10 estudos de casos reais, que foram coletados em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica no hospital de estudo. O material instrucional utilizou o sistema de categoria de Necessidades Humanas Básicas de Horta, a Classificação NANDA-l e a Classificação das Intervenções de Enfermagem. A avaliação do material foi realizada por 20 enfermeiros membros do corpo clínico de um hospital universitário do Sudeste do Brasil. A avaliação pelos juízes ocorreu no mês de março de 2020. E na análise dos dados se utilizou o índice de validade de conteúdo, teste Q de Cochran e alfa de Cronbach. Resultados: A revisão foi composta por sete artigos. O material instrucional é composto de 10 estudos de casos e um protocolo com diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem. O material foi avaliado como adequado, com confiabilidade quase perfeita

(Cronbach α=92), está escrito claramente e representa situações típicas de pacientes, tendo mais de 80% de concordância entre os juízes. **Produto:** O material instrucional contendo estudos de casos e um protocolo com diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem baseado em evidências clínicas e nas classificações padronizadas possibilita ao enfermeiro treinar o seu raciocínio diagnóstico para ter acurácia no seu julgamento clínico e tomar decisões de forma segura, bem como contribui no planejamento da uma melhor assistência ao paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica e documentação do processo de enfermagem. **Conclusão:** O material instrucional pode contribuir na qualificação profissional, melhoria na segurança do paciente e consolidação do processo de enfermagem na instituição. O material pode também ser utilizado pelos estudantes de graduação que fazem aulas práticas, estágios curriculares e extracurriculares na clínica cirúrgica e atendem pacientes pós cirurgia bariátrica. O protocolo foi incorporado ao sistema eletrônico de registro e o material instrucional disponibilizado para todos os enfermeiros da instituição.

Descritores: Processo de Enfermagem; Cirurgia bariátrica; Diagnósticos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

CHAVES, Elisangela Ribeiro. **Nursing Process for Patients in the Bariatric Surgery Process: Instructional Material Preparation.** Dissertation [Masters]. Professional Master's Degree in Nursing. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2020. 151p.

Introduction: The Nursing Process enables a systematized and qualified assistance. However, Nurses still have difficulties in using the diagnosis reasoning and in registering the Nursing Process. Hence, in attending to a request of the institution, the organization of a didactic material was proposed for the surgical clinic unit for the care of the bariatric patient. Objectives: To identify the Nursing diagnoses and interventions most prevalent in bariatric post-surgical patients; To prepare the protocol of Nursing diagnoses and interventions, and the case studies that are part of the instructional material; To evaluate the content of the instructional material. **Method:** This is a Technological Development Applied Research that followed three stages: Integrative Review; Case Studies Preparation; and Instructional Material preparation. Literature review was directed by the question: What are the Nursing diagnoses and Interventions/Care related to the bariatric surgery post-surgical patient? In the data bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), with descriptors "cirurgia bariátrica" and "enfermagem"; "bariatric surgery" and "nursing". The inclusion criteria were: original papers published from 2013 to 2018, in Portuguese, English or Spanish. For the preparation of Case Studies, the literature review data was used, as well as 10 real case studies, which were collected in patients in bariatric post-surgery at the study hospital. The instructional material used the category system of the Basic Human Needs of Horta, the NANDA-I Classification and the Nursing Interventions Classification. The material was evaluated by 20 nurses, members of the clinical body of a university hospital in the Southwest of Brazil. The evaluation by judges was done in March 2020. The data analysis used the content validity index, the Q test of Cochran, and alfa of Cronbach. **Results:** The review was comprised of seven papers. The instructional material was comprised of 10 case studies and one protocol with Nursing diagnoses, interventions and activities. The material was evaluated as adequate, with nearly perfect reliability (Cronbach α =92), it is clearly written, and it represents typical patient situations, having received more than 80% of judges' agreement. Product: The instructional material containing case studies and a protocol with Nursing diagnoses, interventions

and activities, based in clinical evidence, and in the standardized classifications enables the Nurse to train the diagnosis reasoning for accuracy in clinical judgement, and to make decisions in a reliable manner, as well as contributing in planning a better assistance to the patient at bariatric post-surgery, as well as in documenting the Nursing process. **Conclusion:** The instructional material may contribute in the professional education, in patient safety, and in consolidating the nursing process in the institution. The material may also be used by undergraduate students that have practical classes, curricular and extra-curricular internships at the surgical clinic, and those who assist bariatric post-surgery. The protocol was included in the electronic registry system, and the instructional material was made available for all Nurses at the institution.

Descriptors: Nursing Process; Bariatric Surgery; Nursing Diagnoses; Nursing Care; Educational Technology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Avaliação dos indicadores clínicos e do conjunto de diagnósticos de enfermagem referente a cada estudo de caso. Vitória, ES	37
Tabela 2	Distribuição da representatividade dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica dos juízes. Vitória, ES	39
Tabela 3	Avaliação dos estudos de casos conforme objetivos propostos. Vitória, ES	40
Artigo		
Tabela 1	Avaliação dos indicadores clínicos e do conjunto de diagnósticos de enfermagem referente a cada estudo de caso. Vitória, ES	47
Tabela 2	Distribuição da representatividade dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica dos juízes. Vitória, ES	50
Tabela 3	Avaliação dos estudos de casos conforme objetivos propostos. Vitória, ES	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AGHU Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

BVS Biblioteca Virtual de Saúde

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CID-10 Classificação Internacional de Doenças 10^a revisão

COMISAE Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

IVC Índice de Validade de Conteúdo

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NANDA-I NANDA Internacional

NIC Nursing Intervention Classification

NOC Nursing Outcomes Classification

OMS Organização Mundial da Saúde

PPGENF Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES Universidade Federal do Espírito Santo

Vigitel Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INDRODUÇÃO	11
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	11
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
2	OBJETIVOS	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1	O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OBESO EM PÓS- OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	17
3.1.1	A cirurgia bariátrica	17
3.1.2	O Processo de Enfermagem	20
3.1.3	A tecnologia no contexto do cuidado de enfermagem	23
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE PESQUISA	26
4.2	LOCAL DO ESTUDO	26
4.3	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	27
4.3.1	Primeira etapa: revisão integrativa	27
4.3.2	Segunda etapa: elaboração dos estudos de casos	28
4.3.3	Terceira etapa: avaliação do conteúdo	30
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	32
5	RESULTADOS	33
5.1	PRODUÇÃO TÉCNICA	33
5.2	PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA - ARTIGO	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	62
	APÊNDICES	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Ao concluir a graduação no curso de Enfermagem em 2010, desenvolvi o trabalho de conclusão de curso em um hospital de ensino, referência no atendimento ao paciente adulto com obesidade. Desde 2014, após aprovação em concurso público na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atuo no hospital de ensino da Região Sudeste, inicialmente na unidade de terapia intensiva, e, a partir de março de 2015, como enfermeira da unidade de cirurgia geral. Atualmente, estou na função de responsável técnica da equipe de enfermagem dessa unidade e componho a Comissão de Implantação do Processo de Enfermagem da instituição.

Desde 2015 foi instituído no Hospital uma Comissão de Processo de Enfermagem, composta por enfermeiros de diversos setores e professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo para organizar a implantação do processo na instituição. A comissão inicialmente estudou acerca do referencial teórico que iria embasar o processo. Após reuniões de estudo, decidiu-se pelo uso do referencial de Wanda de Aguiar Horta: Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). O interesse em aprofundar minhas habilidades de raciocínio clínico e diagnóstico no processo de enfermagem e sua aplicação na unidade de atendimento ao paciente cirúrgico teve início com as participações em 2016 nas reuniões representando a unidade de cirurgia geral.

Após a definição da teoria, a comissão organizou os instrumentos para coleta de dados e possíveis diagnósticos de enfermagem orientados pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Neste período os instrumentos para coleta de dados e diagnósticos de enfermagem eram registrados em papel, pois ainda não existia um sistema informatizado.

Para definição da taxonomia de enfermagem a ser utilizada, os instrumentos para identificação dos diagnósticos foram organizados com a classificação NANDA Internacional (NANDA-I), devido à incorporação do hospital universitário à EBSERH e à adoção do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) como sistema informatizado de padronização das práticas assistenciais e administrativas, que inclui módulos para registro de pacientes e prescrição de enfermagem. Nos

últimos anos, a comissão avançou no projeto de implementação do processo de enfermagem e realizou capacitações sobre exame físico, raciocínio diagnóstico e uso do Sistema AGHU.

Com meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e como membro do Laboratório de Tecnologias em Saúde - CuidarTech® da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), alinhado com a vivência no hospital universitário no atendimento ao paciente submetido à cirurgia bariátrica, observo a necessidade do serviço de elaborar uma tecnologia para auxiliar os enfermeiros da unidade de cirurgia geral na realização e registro do processo de enfermagem para o paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A obesidade é compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo desde questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas; motivo pelo qual se constitui um desafio às práticas dos profissionais de saúde e vem sendo considerada um problema de saúde pública (BRASIL, 2018). No mundo, a obesidade é reflexo das alterações que ocorreram na dinâmica da vida das pessoas e está associada a comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão e doenças articulares (SILVA et al.,2013).

A obesidade tem atingido níveis epidêmicos, e a cirurgia bariátrica configura-se como intervenção cada vez mais prevalente. As projeções mostram que até o ano de 2030 aproximadamente 90% (86,3%) de todos os adultos americanos ficariam com sobrepeso ou obesidade, e 51,5% dos adultos seriam obesos, atingindo 100% de obesidade em 2102 (WANG *et al.*, 2008).

A enorme necessidade de tratamentos eficientes e duradouros para redução de peso provocou um grande entusiasmo em relação às cirurgias, o que gerou um aumento considerável de procedimentos cirúrgicos deste porte nos últimos anos. Em 2013, estima-se que mais de 460 mil cirurgias bariátricas foram realizadas no mundo. Deste total, presume-se que mais de 150 mil foram nos Estados Unidos e Canadá. Neste mesmo período, no Brasil, realizaram-se mais de 86 mil procedimentos (PENNA, et al., 2017).

O paciente de redução de peso no seu período pós-operatório demanda de cuidados como um ser total, com necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA,1979). Identificar as necessidades básicas afetadas desse paciente constitui uma das metas da enfermagem, já que a qualidade da assistência tem sido uma preocupação constante do enfermeiro, e sendo necessário que o profissional conheça a realidade dos pacientes que serão atendidos pelo serviço, com objetivo de planejar e executar ações com enfoque principal na segurança do paciente (OLIVEIRA et al.,2013).

O planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem no pós-operatório do paciente bariátrico é pautado nas necessidades humanas básicas, com base em diagnósticos de enfermagem, embasados em teorias e protocolos construídos na perspectiva de garantir a esses pacientes cuidados de qualidade, com o mínimo de complicações possíveis, e tem também como desafio capacitar os profissionais que atuam junto a esses pacientes.

Neste sentido, a assistência de enfermagem no pós-operatório desse paciente exige profissionais capacitados, usando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base nos diagnósticos de enfermagem dos pacientes, conforme a NANDA-I e o planejamento das intervenções, por meio do Nursing Intervention Classification (NIC), a fim de assegurar um cuidado de enfermagem de qualidade, com o menor potencial de risco, que contribuirá para o processo de recuperação pós-operatória desse paciente, de forma segura e eficaz.

Dessa forma, emergiu neste estudo a seguinte questão norteadora: Quais conteúdos devem compor um material instrucional que auxilie a execução e registro do processo de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica? Com a finalidade de contribuir para a assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica atendidos na unidade de cirurgia geral, esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de enfermagem.

2 OBJETIVOS

- Identificar os diagnósticos e intervenções prevalentes em pacientes em pósoperatório de cirurgia bariátrica;
- Elaborar o protocolo de diagnósticos e intervenções de enfermagem e os estudos de casos que compõem o conteúdo do material instrucional; e
- Avaliar o conteúdo do material instrucional.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OBESO EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

3.1.1 A cirurgia bariátrica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde. É categorizada, na 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a obesidade é abordada como fator de risco e como doença, com enfoques individualizados e socioambientais, visando a alterar práticas alimentares e de atividade física (DIAS et al., 2017).

No Brasil segue-se a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), e a concebem simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, também, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional. Destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes, sendo fatores condicionantes da obesidade. O tratamento da obesidade envolve desde a mudança no estilo de vida, com a inserção da prática de exercícios físicos e a readequação alimentar, ao uso de medicamentos, e se necessário a cirurgia (EDUARDO et al., 2017; SILVA et al., 2013; DIAS et al., 2017).

A Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizada em 2018 pelo Ministério da Saúde aponta que a prevalência da obesidade volta a crescer no Brasil. Houve aumento de 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. O Brasil, nos últimos três anos, apresentava taxas estáveis da doença. Desde 2015, a prevalência de obesidade se manteve em 18,9%. Os dados também apontaram que o crescimento da obesidade foi maior entre os adultos de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos, com 84,2% e 81,1%, respectivamente. Apesar de o excesso de peso ser mais

comum entre os homens, em 2018, as mulheres apresentaram obesidade ligeiramente maior, com 20,7%, em relação aos homens,18,7%. O Vigitel também registrou crescimento considerável de excesso de peso entre a população brasileira. No Brasil, mais da metade da população, 55,7%, tem excesso de peso. Um aumento de 30,8% quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006. O aumento da prevalência foi maior entre as faixas etárias de 18 a 24 anos, com 55,7%. Quando verificado o sexo, os homens apresentam crescimento de 21,7%, e as mulheres 40% (BRASIL, 2019).

De acordo com Pesquisa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2018), foram realizadas 105.642 mil cirurgias no ano de 2017 no país, ou seja, 5,6% a mais do que em 2016, quando 100 mil pessoas fizeram o procedimento no setor privado. O Brasil é considerado o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas realizadas, e as mulheres representam 76% dos pacientes. Pelo SUS, o número de bariátricas tem aumentado. Entre os anos de 2008 e 2017, as cirurgias cresceram 215%. O crescimento anual médio é de 13,5%, sendo os números crescentes: em 2015 foram realizadas 93,5 mil cirurgias; em 2014, o número foi de 88 mil procedimentos; em 2013, 80 mil cirurgias; e, em 2012, 72 mil cirurgias. A pesquisa utilizou dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e de Sistemas de Informações Hospitalares.

Neste contexto, a cirurgia bariátrica é um procedimento invasivo com grande avanço tecnológico, considerada uma alternativa de tratamento para a obesidade. No Brasil, são aprovadas quatro técnicas diferentes de cirurgias bariátricas (By-pass gástrico, banda gástrica ajustável, cirurgia de Sleeve ou gastrectomia vertical e a técnica duodenal Switch), sendo estas classificadas como: restritivas, disabsortivas ou mistas (PENNA et al., 2017).

Estudo realizado em instituição de referência em cirurgia bariátrica no Brasil enfatiza que a obesidade associa-se a alterações da função cardiovascular e pulmonar, o que justifica os cuidados especiais no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, uma vez que a condição de obeso, associada às comorbidades, faz desses pacientes candidatos a alto risco cirúrgico, demandando identificação adequada e oportuna dos problemas pelo enfermeiro, a fim de que medidas necessárias para sua solução sejam instituídas precocemente. Dentre as principais

complicações mais graves estão: tromboembolismo pulmonar, atelectasias e trombose venosa profunda (MOREIRA *et al.*, 2013).

É de fundamental importância a implementação do processo de enfermagem para identificação dos diagnósticos de enfermagem e elaboração do plano de cuidado. Os cuidados de enfermagem são essenciais durante o período pós-operatório, visto que é o primeiro momento de adaptação do paciente ao novo estilo de vida.

Observa-se que, superados os desafios do período pós-cirurgia bariátrica, ocorre um aumento da percepção dos indivíduos sobre o seu estado de bem-estar e a melhora da qualidade de vida. As mudanças observadas na qualidade de vida, são, por exemplo, o aumento da autoestima com relação direta na melhora da vaidade e da autopercepção; a prática de atividade física, a qual contribui para a perda de peso; o melhor desempenho no trabalho; a vida social mais ativa devido ao bem-estar vivenciado pelos pacientes; o aumento do interesse sexual com contribuição para a melhora dos relacionamentos pessoais; e o comportamento alimentar mais saudável (BARROS et al., 2015).

Já as complicações no pós-operatório são inúmeras, como dificuldade de intubação, aspiração, hipoxemia, infarto do miocárdio, hiperglicemia, insuficiência renal aguda, hemorragia, infecção da ferida operatória, deiscência, lesão do nervo, infecção do trato urinário, trombose venosa profunda, embolia pulmonar e insuficiência respiratória. O enfermeiro, neste contexto, deve utilizar o raciocínio clínico, priorizando os diagnósticos e intervenções de enfermagem para o manejo do paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica (MOREIRA et al., 2013).

Com o levantamento dos sinais ou sintomas ou indicadores clínicos no pósoperatório de cirurgia bariátrica, é possível identificar os principais diagnósticos de enfermagem dessa classe, permitindo a organização da assistência de enfermagem objetiva e individualizada às reais necessidades dessa população, com ferramentas necessárias à obtenção de resultados satisfatórios por meio dos cuidados prioritários, pois irá direcionar os enfermeiros à investigação de condições clínicas e ao controle dos riscos, demonstrando a possibilidade de unir organização, padronização de linguagem científica e avaliação da prática de enfermagem.

3.1.2 O Processo de Enfermagem

O cuidado de enfermagem aos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica é realizado pelo enfermeiro a partir do processo de enfermagem. De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, o processo é definido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática, organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados ou histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

As etapas do processo de enfermagem são definidas como:

- I Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- II Diagnóstico de Enfermagem processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- III Planejamento de Enfermagem determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- IV Implementação realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- V Avaliação de Enfermagem processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

O processo deve ser realizado de modo sistemático em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional, incluindo hospitais, serviços ambulatoriais, escolas e domicílio (COFEN, 2009).

Para realizar o processo faz-se necessário um referencial teórico, como preconiza a Resolução COFEN 358/2009. O hospital de ensino envolvido no estudo já possui instituídas como referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas de Wanda

de Aguiar Horta (HORTA, 1979). Horta descreve o processo como a "dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano" e caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo.

A teoria de Wanda de Aguiar Horta é o modelo teórico mais utilizado no Brasil e descreve as Necessidades Humanas Básicas conforme a denominação de João Mohana: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Horta enfatiza que, sendo a enfermagem uma ciência aplicada, transitando da fase empírica para a científica, tornar-se-ia independente por meio da sistematização de seus saberes, pela pesquisa e teorias, desenvolvendo-se como ciência própria. Nesse sentido, formulou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas com vistas a explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia científica (HORTA, 1979).

É importante que o enfermeiro faça uso de uma linguagem padronizada na enfermagem, e, para isso, esse estudo utiliza a classificação da NANDA-I e da Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification, NIC).

No início da década de 1970 nos Estados Unidos, os enfermeiros, de modo independente, diagnosticavam, tratavam e documentavam achados relacionados aos pacientes e suas famílias que eram diferentes dos diagnósticos médicos. Essa descoberta permitiu desenvolver a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e a criação da organização profissional atualmente conhecida como NANDA International (NANDA-I). Portanto, como os médicos utilizam "diagnósticos médicos, os enfermeiros devem ter 'algo' para documentar uma prática holística abrangente", permitindo aos enfermeiros a coleta e a análise de dados, aperfeiçoando assim a disciplina de enfermagem. Há mais de 40 anos o conceito de diagnóstico de enfermagem inspira e encoraja os enfermeiros de todo o mundo a buscarem uma prática independente, fundamentada em conhecimentos profissionais (NANDA-I, 2018).

A avaliação clínica realizada pelos enfermeiros proporciona o ponto de partida para a determinação dos diagnósticos de enfermagem, e o enfermeiro, por meio da ciência da enfermagem, realiza a avaliação do paciente (dados subjetivos e objetivos) e o julgamento clínico para formular hipóteses. A base de um diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico. O diagnóstico de enfermagem é um

julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (NANDA-I, 2018).

O diagnóstico de enfermagem pode ser composto por duas partes: descritor ou modificador e foco do diagnóstico ou conceito-chave. Exemplo: padrão respiratório (foco do diagnóstico) [ineficaz] (modificador). Cada diagnóstico possui um título e uma definição clara, além de indicadores diagnósticos que são informações usadas para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro, esses incluem características definidoras (inferências observáveis/sinais e sintomas) e fatores relacionados (causa, fator contribuinte) (NANDA-I, 2018).

As intervenções de enfermagem sempre que possível devem voltar-se aos fatores etiológicos (fatores relacionados) para a remoção da causa subjacente do diagnóstico de enfermagem. Para identificar os cuidados prioritários e planejar a sequência de intervenções de enfermagem específicas, faz-se necessário priorizar os diagnósticos de enfermagem, e para isso a taxonomia possibilita ao enfermeiro uma linguagem padronizada de comunicação entre a categoria. A intervenção de enfermagem pode ser definida como qualquer tratamento com base no conhecimento e julgamento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente. Neste sentido há a taxonomia conhecida como NIC, na qual enfermeiros os realizam as intervenções, tanto independentes quanto interdisciplinares, por tratar-se de uma linguagem padronizada abrangente que descreve os tratamentos executados por enfermeiros/equipe de enfermagem (NANDA-I, 2018; NIC, 2016).

Na NIC, cada intervenção possui um título, uma definição, uma lista de atividades que o enfermeiro pode efetuar em ordem lógica, podendo ser selecionadas ou modificadas conforme necessário para atender às necessidades específicas da clientela. Muitas intervenções requerem formação especializada, e outras podem ser delegadas pelo grau de complexidade à equipe técnica/auxiliar, por isso devem ser avaliadas e planejadas por enfermeiros. Essa classificação permite ao enfermeiro comunicar um significado comum em diferentes áreas e ainda fornecer uma maneira individualizada de cuidado (NIC, 2016).

O uso da taxonomia NIC permite que pesquisadores examinem a eficácia e o custo dos cuidados de enfermagem, além de auxiliar administradores no planejamento de

pessoal, demonstrar o impacto que os enfermeiros têm para o serviço de saúde na prestação de cuidados, facilitar o uso de sistemas de informação de enfermagem, documentar a prática e contribuir para o avanço do conhecimento de enfermagem por meio de ensaios clínicos de intervenções de enfermagem (NIC, 2016).

A NIC (NIC, 2016) é organizada em sete domínios (fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistemas de saúde e comunidade) e em 30 classes (representadas por letras do alfabeto) ou grupos de intervenções relacionadas (cada uma com código diferente de quatro dígitos), que estão no terceiro nível da taxonomia. Já as atividades de enfermagem não são codificadas e se resumem ao nível concreto da ação, pois são as condutas ou ações específicas tomadas para implementar uma intervenção e que auxiliam os pacientes a progredir em direção ao resultado desejado.

As etapas de coleta de dados, diagnósticos de enfermagem e planejamento de enfermagem (intervenções) serão prioritariamente abordadas neste estudo, para desenvolver e auxiliar o raciocínio clínico e diagnóstico junto aos enfermeiros, acerca do processo de enfermagem sobre os principais diagnósticos de enfermagem e cuidados prioritários para o paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

3.1.3 A tecnologia no contexto do cuidado de enfermagem

O uso de tecnologias nos serviços de enfermagem aprimorou a prática assistencial, tanto em atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas como nas relações interpessoais formadas entre os sujeitos envolvidos, transcendendo a sua aplicação na qualidade de máquina/equipamento, mas também se constituindo num conjunto de conhecimentos que inovam a prática cotidiana de enfermagem em seus eixos de atuação: gerência, assistência, ensino, pesquisa e extensão (NIETSCHE et al., 2012).

As tecnologias podem ser classificadas em educacionais, assistenciais e gerenciais. As tecnologias educacionais estão relacionadas ao processo de aprender e ensinar, englobando diversos processos de educação. As tecnologias gerenciais são usadas nos processos de gestão por profissionais da área da saúde, de forma sistematizada, com as ações voltadas para o planejamento, a execução e a avaliação, além de serem fundamentais para o gerenciamento da assistência e dos

serviços de saúde, tendo como finalidade a melhoria da qualidade da prática profissional. Já as tecnologias assistenciais compreendem as ações do cuidado. Os profissionais e clientes são envolvidos nos diferentes níveis de atenção e, através de pesquisas, da aplicação de teorias e da experiência cotidiana com essa população, contribuem com o desenvolvimento técnico-científico, com ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano (NIETSCHE, 2005).

A concepção de tecnologia educativa no contexto do cuidado incluiu os processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Elas podem ser veiculadas como artefatos ou como saberes e conhecimentos, sistematizados e com controle de cada passo do processo. Portanto, a tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a tornála uma abordagem científica. Essa tecnologia apresenta uma proposição ou explicação de um modo de fazer enfermagem (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000).

Nesse contexto, o fazer técnico e científico do enfermeiro está voltado para tecnologias cuidativo-educacionais, com fundamentos filosóficos visando o desenvolvimento do indivíduo. Essa construção tecnológica é caracterizada por novas teorias, conceitos e fundamentos teóricos, tanto da enfermagem como da educação, que possibilitam a inovação na abordagem do conhecimento, facilitando o aprendizado e contribuindo para o avanço de uma prática da enfermagem cuidativo-educacional (NIETSCHE et al., 2005; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2017).

A criação de tecnologia de produto ou de processos, construídos a partir dos desafios e inquietações do mundo da prática profissional, à luz de referenciais teóricos e metodológicos, visa promover mudanças, qualificar serviços e compartilhar conhecimentos. São esses produtos representados por programas de ensino, manuais, cartilhas, revistas em quadrinhos, fôlderes, protocolos de cuidados, instrumentos de avaliação de atividade ou de cuidados de enfermagem, *games*, *softwares*, vídeos, *storyboard*, dentre outros, e expressam as preocupações dos profissionais com os cuidados de enfermagem no seu cotidiano de trabalho (PINTO *et al.*, 2016; VESCOVI *et al.*, 2017; DINIZ *et al.*, 2019).

As tecnologias educacionais são importantes dispositivos para a avaliação de métodos de ensinar e aprender entre educadores e educandos, em diversos processos de educação formal-acadêmica e formal continuada para os profissionais (TEIXEIRA, 2010; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Observa-se que toda essa tecnologia produzida, tendo como proposta humanizar e democratizar o cuidado à pessoa sadia ou doente, vai necessitar de um processo de mediação da educação, através das teorias que a embasam, assim como das ferramentas da didática mediante o uso de estratégias pedagógicas de ensino-aprendizagem. Essa tecnologia que utiliza saberes e conhecimentos e todos os recursos que instrumentalizam e permitem enriquecer a arte de cuidar, é considerada, por vezes, tecnologia dura, e pode ser transformada em leve-dura na classificação de Merhy (2002).

O aprendizado moderno proporcionado pelas tecnologias educacionais avançadas enfatiza a necessidade de empoderar um educador cada vez mais articulado, que consiga proporcionar um ensino em saúde embasado na problematização da prática clínica, articulando a teoria à prática e estimulando a autonomia do estudante no processo de aprendizagem. Para tanto, a valorização das expectativas individuais e coletivas do educando e as peculiaridades de cada comunidade, grupo ou ciclo social envolvido no processo de ensino-aprendizagem, podem ser um influenciador positivo ou negativo na geração e absorção do conhecimento (FREIRE, 2016).

Assim, a proposição de construção de uma tecnologia educacional, mediante a construção de material instrucional, como embasamento à tomada de decisão do enfermeiro usando o raciocínio clínico, usando referenciais teóricos e metodológicos da enfermagem no cuidado ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, permitirá a esse paciente ser cuidado de forma individual, humana e científica.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico. A pesquisa aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos (GIL, 2017). Esta pesquisa seguiu três etapas: revisão integrativa, elaboração dos estudos de casos e do material instrucional.

O material instrucional utilizou como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979) e para a organização dos diagnósticos e intervenções a serem aplicados no processo de enfermagem utilizou as classificações NANDA-I e NIC (BULECHEK et al., 2016; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O hospital de ensino da Região Sudeste, referência em muitos programas específicos de prevenção, diagnóstico e tratamento, incluindo as cirurgias bariátricas de pacientes do Espírito Santo, situado no município de Vitória. Possui 277 leitos. É um hospital de ensino que integra o SUS, sendo administrado pela EBSERH (EBSERH, 2019). Atende nos níveis de atenção ambulatorial básica, de média e alta complexidade, e o atendimento está ligado aos pacientes referenciados dos municípios, dos programas de saúde, ou ainda à demanda espontânea.

A unidade de cirurgia geral representa 38 leitos, sendo 15 leitos femininos, 18 leitos masculinos e 5 leitos para atendimentos de alta complexidade e semi-intensivos. Na unidade de cirurgia geral ocorre o atendimento das seguintes especialidades: cirurgia geral; cabeça e pescoço; cirurgia plástica e reparadora; cirurgia vascular; cirurgia do aparelho digestivo; cirurgia torácica; otorrinolaringologia e bucomaxilar.

A equipe multiprofissional da unidade é composta por cirurgiões, residentes em cirurgia geral e do aparelho digestivo, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais. A equipe de enfermagem é composta por 18 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem.

4.3 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida em três etapas.

- 1) Revisão integrativa sobre os indicadores clínicos, diagnósticos e intervenções de enfermagem no pós-operatório do paciente bariátrico.
- 2) Elaboração dos estudos de casos para construção de um material instrucional com os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem.
- Avaliação do conteúdo do material instrucional.

4.3.1 Primeira etapa: revisão integrativa

A revisão integrativa "é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática", composta por seis fases: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para identificar os principais sinais e sintomas, diagnósticos e intervenções de enfermagem, foi realizada uma revisão a partir de periódicos nacionais e internacionais disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), indexadas nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores "cirurgia bariátrica" e "enfermagem"; "bariatric surgery" and "nursing". Os artigos devem estar relacionados à temática da pergunta norteadora contendo diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem/cuidados de enfermagem e processo de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Para a escolha das publicações, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo originais, ter sido publicado no período de 2013 a 2018, estar escrito em português, inglês ou espanhol, ter disponibilizado acesso completo via *online*. Foram considerados os estudos no período de cinco anos devido à necessidade de utilizar artigos que revelem a atualidade dos conhecimentos produzidos acerca da temática.

Para organização dos dados utilizou-se uma planilha previamente elaborada pela pesquisadora, contendo: o título do artigo, ano de publicação, país de origem, objetivos do estudo, metodologia, dimensão da amostra e principais achados.

Na busca foram encontrados, com o cruzamento dos descritores "cirurgia bariátrica" e "enfermagem"; "bariatric surgery" and "nursing", o total de 567 artigos, com a aplicação dos critérios de inclusão; 108 títulos de publicações foram analisados, sendo necessária a leitura dos resumos e, quando necessário, dos resultados, com o intuito de atender à pergunta norteadora.

Os dados foram organizados em uma figura e um quadro; o primeiro organiza a revisão em diagrama de PRISMA (APÊNDICE A), e o segundo reúne os artigos de revisão de 2013 a 2018, após atender aos critérios de inclusão (APÊNDICE B).

4.3.2 Segunda etapa: elaboração dos estudos de casos

Esta etapa dividiu-se em 2 fases. A primeira fase, Fase 1, foi a de coleta de dados para os estudos de casos e a Fase 2 a de elaboração do material instrucional.

Foram realizadas coletas de dados (histórico de enfermagem e exame físico de enfermagem) em 10 pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica pela pesquisadora com uma acadêmica de enfermagem do último período, entre os meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019 (APÊNDICE C). Para subsidiar a coleta de dados foram utilizados os instrumentos padronizados na instituição: formulário do processo de enfermagem/admissão (ANEXO A) e formulário do processo de enfermagem/avaliação diária (ANEXO B). Após essa coleta de dados, procedeu-se a elaboração dos estudos de casos.

Na etapa de elaboração dos estudos de casos foram considerados os sinais e sintomas e diagnósticos de enfermagem encontrados na revisão da literatura e também os identificados nos estudos de casos reais coletados nos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Optou-se pela junção destas ações a fim de ampliar a consistência dos dados.

Com o intuito de assegurar que nenhum dado fosse omitido, os estudos de casos foram construídos de acordo com Galdeano, Rossi e Zago (2003) pela realização de sete etapas, como descrito a seguir.

- (I) Estabelecimento de questões norteadoras relevantes para o estudo de caso.
- (II) Identificação do local ou pessoa em estudo: esta etapa compreende a coleta de informações que deve ser realizada através de várias fontes, como entrevista, observação, exame físico, prontuário do paciente e familiares. É utilizado instrumento de coleta de dados para servir de guia de orientação, proporcionando o direcionamento dos registros das observações. Este instrumento deve ser baseado em um referencial teórico e deve avaliar o indivíduo integralmente.
- (III) Resumo dos problemas ou alterações identificadas: consiste em analisar e categorizar os problemas de enfermagem de acordo com a teoria de enfermagem escolhida.
- (IV) Fundamentação teórica: nesta etapa realiza-se pesquisa na literatura para fundamentar a justificativa das alterações encontradas nas fisiopatologias.
- (V) Alternativas ou propostas: nesta etapa realiza-se uma busca na literatura de estratégias de resolução dos problemas encontrados.
- (VI) Ações implementadas ou recomendadas: nesta etapa apresenta-se a alternativa escolhida para resolução ou amenização dos problemas encontrados, bem como de suas justificativas.
- (VII) Discussão: avaliação do caso com outros profissionais, para impulsionar o processo de pensamento e a troca de experiências, resultando em processo de decisão e avaliação.

Para elaboração do material instrucional foram utilizados a revisão integrativa e os 10 estudos de casos coletados nos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, a fim de ampliar o conhecimento sobre os sinais e sintomas (indicadores clínicos) encontrados nesse grupo de pacientes, que evidenciassem as Necessidades Humanas Básicas afetadas de acordo com o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979), assim como os principais diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) (HERDMAN; KAMISURU, 2018) e intervenções de enfermagem (NIC) (BULECHEK et al., 2016) (APÊNDICE D).

A etapa de planejamento no processo de enfermagem visa a determinação das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas do indivíduo identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem. Então, foram selecionadas as intervenções de enfermagem para as necessidades humanas alteradas identificadas por meio dos diagnósticos de enfermagem. Utilizaram-se

nessa etapa a experiência clínica das pesquisadoras, as classificações NIC e as ligações entre NANDA, NIC e desfechos (Nursing Outcomes Classification, NOC) (JOHNSON et al., 2012; BULECHEK et al., 2016).

Uma das estratégias para efetivar as ações foi nortear escolhas de intervenções e atividades de enfermagem direcionadas à prática cotidiana dos enfermeiros.

4.3.3 Terceira etapa: avaliação do conteúdo

Refere-se à avaliação dos diagnósticos de enfermagem, indicadores clínicos e estudos de casos que compõe o material instrucional. Para avaliação do conteúdo e buscando o envolvimento ativo dos enfermeiros com o material instrucional previamente elaborado pela pesquisadora, ocorreu o processo de avaliação do conteúdo por consenso pelos enfermeiros juízes.

Na literatura, não há um padrão estabelecido em relação aos critérios para a definição de um juiz, especialista ou *expert*, e estes são usados como sinônimos, mas aponta-se a importância da seleção de enfermeiros que possuam experiência clínica e conhecimento teórico no assunto estudado (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Assim, os critérios de inclusão dos juízes se constituem neste trabalho por ser enfermeiro com, no mínimo, dois anos de atuação na assistência a paciente bariátrico e/ou por ter *expertise* na área de processo de enfermagem. Os juízes foram os enfermeiros assistenciais da unidade de cirurgia geral e demais enfermeiros que prestam atendimento ao paciente bariátrico no pós-operatório imediato, mediato e tardio durante a internação hospitalar, que atenderam aos critérios de inclusão.

O contato com os juízes selecionados ocorreu por meio eletrônico, e a avaliação do conteúdo foi realizada via *online* por meio do formulário Google Forms. Os juízes receberam via e-mail uma carta convite (APÊNDICE E), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) e os instrumentos com as seguintes informações: Caracterização dos juízes; Avaliação dos indicadores clínicos; Avaliação da representatividade dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I e Avaliação dos estudos de casos (APÊNDICE G).

Para a caracterização dos juízes, foram solicitadas as seguintes informações: sexo; idade; instituição em que atua; titulação; tempo de graduação; tempo de prática; utiliza ou utilizou os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em sua prática clínica; e utiliza ou utilizou as intervenções de enfermagem da NIC em sua prática clínica (APÊNDICE G).

Para a avaliação dos indicadores clínicos, foi solicitado que o juiz informasse se os indicadores clínicos foram pertinentes para a identificação do diagnóstico de enfermagem encontrado, assinalando com concordo ou discordo, e também poderiam sugerir outros indicadores clínicos (APÊNDICE G).

Na avaliação da representatividade dos diagnósticos de enfermagem solicitou-se ao juiz que assinalasse a frequência com que utiliza ou poderia utilizar os diagnósticos de enfermagem durante a assistência no pós-operatório do paciente bariátrico, assinalando com um X, na escala: Sempre; Muitas vezes; Raramente; Nunca (APÊNDICE G).

Na avaliação dos estudos de casos, o juiz avaliou se cada estudo atendia aos três objetivos: 1 - O estudo de caso representou situação típica de pacientes que os enfermeiros diagnosticam e gerenciam em situações clínicas cirúrgicas; 2 - O estudo de caso foi escrito claramente; e 3 - O estudo de caso refletiu situações dos pacientes em ocorrências cirúrgicas. Cada objetivo foi avaliado para cada um dos dez estudos de casos com os critérios **atende ou não atende** e solicitou-se que utilizassem o espaço indicado para justificativa e sugestões de modificações nos itens que não atendessem ao objetivo do estudo de caso (APÊNDICE G). O prazo para resposta do formulário via *online* foi de 10 dias.

Para avaliação do grau de concordância entre os juízes, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). As questões foram pontuadas de acordo com a escala *Likert*, considerando o grau de importância para composição do conteúdo do material instrucional (1 - concordo/atende; 2 - discordo/não atende).

Quanto ao cálculo de IVC, foi utilizada a seguinte fórmula:

IVC =
$$\sum$$
 respostas "1" / \sum respostas "1" + "2".

Para a análise dos dados foi utilizado os programas IBM SPSS *Statistics version* 24 e o R versão 3.6.1 para realizar as estatísticas. A caracterização dos instrumentos foi apresentada na forma de frequência observada e a porcentagem.

O teste multinomial exato foi utilizado para comparar as categorias dos diagnósticos de enfermagem conforme a escala *Likert* Sempre; Muitas vezes; Raramente; Nunca.

Para avaliar o grau de concordância dos enfermeiros (as) juízes (as) entre instrumento de indicadores clínicos e os estudos de caso foram utilizados a estatística Kappa de Fleiss (valores de referência abaixo) e o índice de validade de conteúdo (IVC) onde segundo Cubas e Nóbrega (2015), na abrangência de seis ou mais juízes, os itens avaliados devem possuir IVC maior a 0,79. Foram considerados adequados os itens com IVC igual ou acima de 0,80. A avaliação pelos juízes ocorreu no mês de março de 2020.

O Kappa de Fleiss avalia quanto os juízes concordam em relação aos diagnósticos de enfermagem NANDA-I e os indicadores clínicos em cada estudo de caso. O valor Kappa menor que 0,21 aponta pequena concordância; de 0,21 a 0,40 razoável; de 0,41 a 0,60 moderada; de 0,61 a 0,80 substancial e maior que 0,80 quase perfeita. O nível alfa de significância utilizado foi de 5% (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, sob o número de parecer **3.056.914**, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número **03115218.4.0000.5071** (ANEXO C). Assim, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de acordo com as Normas de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional e foram organizados em produção técnica e bibliográfica.

5.1 PRODUÇÃO TÉCNICA

Descrição do produto: O material instrucional é composto de duas partes, a primeira uma coletânea de 10 estudos de casos para o ensino em serviço acerca do processo de enfermagem, possibilitando que os enfermeiros aprimorem o raciocínio diagnóstico e a identificação dos diagnósticos de enfermagem correlacionando-os às principais intervenções e atividades de enfermagem na prática clínica. E a segunda parte é constituída de um protocolo clínico com a lista de diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem para assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica, que tem como finalidade contribuir com o registro e documentação do processo de enfermagem nas unidades de internação que prestam assistência a este paciente.

- A) TÍTULO: Coletânea de estudos de casos para ensino da assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica (APÊNDICE D).
- **B) EQUIPE TÉCNICA**: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestranda Elisangela Ribeiro sob a orientação das Prof^a. Dr^a. Maria Edla de Oliveira Bringuente e Prof^a. Dr^a. Cândida Caniçali Primo.

Descrição do produto: Trata-se de uma coletânea de estudos de casos para auxiliar o enfermeiro a praticar o raciocínio diagnóstico a partir de casos clínicos relativos a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Tipo de produção técnica: Desenvolvimento de material didático e institucional.

Natureza: Estudo de caso.

Finalidade: aprimorar o raciocínio diagnóstico e a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

34

A) TÍTULO: Protocolo com os diagnósticos, intervenções e atividades de

enfermagem para assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica

(APÊNDICE H).

B) EQUIPE TÉCNICA: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestranda

Elisangela Ribeiro sob a orientação das Prof.ª Dra. Maria Edla de Oliveira Bringuente

e Prof.ª Dra. Cândida Caniçali Primo.

Descrição do produto: Trata-se de um protocolo assistencial para auxiliar o

enfermeiro na realização do processo de enfermagem no que concerne à seleção de

diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem ao paciente em pós-

operatório de cirurgia bariátrica.

Tipo de produção técnica: Processos ou Técnicas.

Natureza: Educacional.

Finalidade: Contribuir com o registro e documentação do processo de enfermagem.

Elaboração do conteúdo do material instrucional

Na primeira etapa, revisão de literatura, o resultado do processo de identificação e

inclusão dos estudos foi organizado em fluxograma PRISMA, o qual apresenta as

fases de identificação, análise, elegibilidade e inclusão dos estudos (APÊNDICE A).

Na revisão integrativa foram identificados nas bases de dados 567 artigos; sendo 27

duplicados e 432 que não atendiam aos critérios de inclusão; 108 atendiam aos

critérios, e foram analisados seus resumos. Destes, 82 foram excluídos por não

atenderem à questão norteadora. Foram lidos na íntegra 17 artigos, e 10 foram

excluídos por não contemplar os critérios; por último, sete artigos atenderam aos

critérios de inclusão.

O resultado dos sete estudos incluídos na revisão foi organizado em um quadro

contendo título do artigo, ano de publicação, objetivo do estudo, desenho do estudo

e principais conclusões, que estão no APÊNDICE B.

A partir da revisão de literatura, identificou-se que os principais diagnósticos de

enfermagem relacionados ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica

foram: débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz, resposta disfuncional

ao desmame ventilatório, perfusão tissular periférica ineficaz, intolerância à atividade, perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de perfusão renal ineficaz, risco de desequilíbrio de volume de líquidos, dor aguda, risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, risco de infecção, risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, integridade tissular prejudicada, risco de perfusão gastrintestinal ineficaz, risco de intolerância à atividade, risco de choque, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de perfusão tissular cerebral ineficaz e ventilação espontânea prejudicada.

Quanto aos cuidados de enfermagem, a revisão trouxe alguns apontamentos, como: os cuidados de enfermagem são essenciais na recuperação pós-operatória. A escolha das intervenções adequadas diminui o tempo de internação e consequentemente as complicações cardiopulmonares no pós-operatório. Previne ou trata complicações, previne a dor, reduz o tempo de internação e reduz gastos, melhora a autoestima, a qualidade de vida e a imagem corporal. Outros estudos apontaram que os cuidados de enfermagem mais utilizados foram: usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente, registrar a dor como quinto sinal vital, verificar sinais vitais, mobilidade no leito, deambulação em 12 horas, tromboembolítica meio de dispositivos profilaxia por de compressão, antibioticoprofilaxia, cuidados com drenos, cateteres e curativos e ensino do paciente sobre preparo pré e pós-operatório.

Com a revisão integrativa, foi possível realizar o levantamento dos principais diagnósticos e cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica, e assim avançar para a etapa seguinte, que foi a coleta dos 10 estudos de casos reais em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, que estão descritos no APÊNDICE C.

Dessa forma, na elaboração do material instrucional, foram utilizadas a revisão integrativa e os 10 estudos de casos reais, a fim de ampliar o conhecimento sobre esse grupo de pacientes. O material instrucional apresenta 10 estudos de casos com os indicadores clínicos, as necessidades humanas básicas afetadas de acordo com o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979), os diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) (HERDMAN; KAMISURU, 2018) e as intervenções e atividades de enfermagem (NIC) (BULECHEK *et al.*, 2016) (APÊNDICE D).

Na terceira etapa deste estudo, foi realizada a avaliação do material instrucional por 20 juízes que atenderam aos critérios de inclusão, sendo eles enfermeiros assistenciais da unidade de cirurgia geral, membros da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE) e demais enfermeiros que prestam atendimento ao paciente bariátrico no pós-operatório imediato, mediato e tardio durante a internação hospitalar.

Em relação à caracterização dos 20 juízes enfermeiros, 75% – 15 eram do sexo feminino, e a média de idade apresentada foi de 35 anos (valor real 35,05). Em relação ao grau de titulação, 70% eram especialistas, 15% possuíam mestrado e 15% eram graduados. A média de tempo de formação foi de 9,95 anos, enquanto a média do tempo de atuação em assistência ao paciente bariátrico foi de 4,65 anos. A maior parte dos juízes (65%) pertencia à unidade de cirurgia geral. Também participaram 02 (10%) da Divisão de Enfermagem e 01 (5%) enfermeiro de cada uma das seguintes unidades: onco-hematologia (hospital-dia), urgência e emergência, terapia intensiva, gestão de transplantes e gestão de risco. Quanto à utilização de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I na prática clínica, 100% dos enfermeiros afirmaram utilizar cotidianamente no seu exercício profissional, e 85% referiu empregar as intervenções de enfermagem da NIC na sua prática clínica.

Em relação à avaliação dos indicadores clínicos relacionados aos diagnósticos de enfermagem, em cada um dos 10 estudos de casos, todos os indicadores clínicos para os diagnósticos de enfermagem apresentaram maiores prevalências de respostas "concordo", onde cada IVC por indicadores e diagnósticos apresentaram valores acima de 79%, ou seja, houve concordância aceitável em todos os diagnósticos. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,80 em todas as avaliações, portanto a concordância foi considerada quase perfeita em todos os casos, com exceção daqueles que não puderam ser avaliados (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação dos indicadores clínicos e do conjunto de diagnósticos de enfermagem referente a cada estudo de caso. Vitória, ES.

0		Diagnóstico	Con	cordo	Disc	cordo	IVC por	IVC	_
Casi	Indicadores clínicos	de enfermagem	n	%	n	%	diagnóstico (%)	por caso (%)	Карра
as	Desconforto respiratório ao esforço,	Intolerância à atividade	18	90,0	2	10,0	90,0	90,0	_

	fadiga, dispneia e fraqueza Dispneia, fadiga e obesidade. Tempo de enchimento	Padrão respiratório ineficaz	17	85,0	3	15,0	85,0		0,90
	capilar > 3 segundos, pulsos periféricos diminuídos e parestesia (dormência em mãos). Controle insuficiente do	Perfusão tissular periférica ineficaz	19	95,0	1	5,0	95,0		
	diabetes, ingestão alimentar insuficiente e alteração no estado mental.	Risco de glicemia instável	18	90,0	2	10,0	90,0		
so 2	Ferida operatória (dano tecidual), dor aguda e procedimento cirúrgico. Dor à palpação	Integridade tissular prejudicada	20	100,0	0	0,0	100,0	97,5	0,97
Caso	abdominal superficial, comportamento expressivo e expressão facial de dor.	Dor aguda	19	95,0	1	5,0	95,0	0.,0	
	Dor abdominal, náusea, ausência de flatos e distensão abdominal.	Motilidade gastrintestinal disfuncional	16	80,0	4	20,0	80,0		
Caso 3	Ânsia de vômito, salivação aumentada e sabor amargo. Estilo de vida	Náusea	17	85,0	3	15,0	85,0	88,3	0,93
	sedentário, repouso no leito (imobilidade) e história de intolerância à atividade (cansaço e dor).	Risco de intolerância à atividade	20	100,0	0	0,0	100,0		
4	Dependência para o autocuidado, dor, fraqueza em MID e paresia em MMII.	Déficit no autocuidado para alimentação	18	90,0	2	10,0	90,0		0,97
Caso 4	Expressão facial de dor e relato.	Dor aguda	19	95,0	1	5,0	95,0	91,7	0,97
	Tecido destruído (lesão por pressão).	Integridade tissular prejudicada	18	90,0	2	10,0	90,0		
Caso 5	Equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.	Risco de quedas	20	100,0	0	0,0	100,0	97,5	0,97
	Ânsia de vômito e salivação aumentada.	Náusea	19	95,0	1	5,0	95,0		
Caso 6	Padrão respiratório anormal, fadiga e dispneia.	Padrão respiratório ineficaz	19	95,0	1	5,0	95,0	90,0	*
Cas o 7	Ferida operatória, acesso venoso periférico e alteração	Risco de infecção	18	90,0	2	10,0	90,0	91,7	0,95

	na integridade da pele. Autorrelato da intensidade da dor usando escala.	Dor aguda	18	90,0	2	10,0	90,0		
	Alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.	Volume líquido deficiente	19	95,0	1	5,0	95,0		
Caso 8	Batimento de asa de nariz, uso da musculatura acessória e dispneia.	Padrão respiratório ineficaz	18	90,0	2	10,0	90,0	90,0	*
Caso 9	Pós-operatório de cirurgia importante, tempo total de anestesia > 90 minutos, mobilidade prejudicada (dor) e obesidade.	Risco de tromboelismo venoso	18	90,0	2	10,0	90,0	90,0	*
S Caso 10	Taquicardia, ansiedade e inquietação, distensão de veia jugular e tempo de preenchimento capilar prolongado.	Débito cardíaco diminuído	20	100,0	0	0,0	100,0	100,0	*

IVC - Índice de validade de conteúdo; (*) Estatística Kappa de Fleiss - Não computado porque não há um par de diagnósticos.

Houve associação significativa (p<0,050) para os diagnósticos de enfermagem NANDA-I de déficit no autocuidado para banho, integridade tissular prejudicada, motilidade gastrintestinal disfuncional, náusea, padrão respiratório ineficaz, perfusão tissular periférica ineficaz, risco de infecção e no total. Assim, os diagnósticos de integridade tissular prejudicada (85,0%) e risco de infecção (95,0%) obtiveram maiores prevalências para a resposta sempre, enquanto os diagnósticos de déficit no autocuidado para banho (70,0%), motilidade gastrintestinal disfuncional (70,0%), padrão respiratório ineficaz (75,0%) e perfusão tissular periférica ineficaz (65,0%) alcançaram maiores prevalências para a resposta muitas vezes. Já a náusea houve semelhança para as categorias de respostas muitas vezes (55,0%) e sempre (40,0%), e a mesma afirmação pôde ser dita para o total com respostas muitas vezes (47,9%) e sempre (38,2%).

Tabela 2 – Distribuição da representatividade dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica dos juízes. Vitória, ES.

Diagnóstico NANDA-I	Nunca/R	aramente	Muitas	vezes	Sen	npre	Valor p*
Diagnostico NANDA-i	n	%	n	%	n	%	valor p

Débito cardíaco diminuído	10	50,0	10	50,0	0	0,0	0,999
Déficit no autocuidado para alimentação	9	45,0	9	45,0	2	10,0	0,077
Déficit no autocuidado para banho	2a	10,0	14b	70,0	4a	20,0	0,004
Dor Aguda	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0,115
Integridade tissular prejudicada	0	0,0	3a	15,0	17b	85,0	0,003
Intolerância à atividade	3	15,0	11	55,0	6	30,0	0,081
Mobilidade física prejudicada	2	10,0	10	50,0	8	40,0	0,064
Motilidade gastrintestinal disfuncional	2a	10,0	14b	70,0	4a	20,0	0,004
Náusea	1a	5,0	11b	55,0	8b	40,0	0,018
Padrão respiratório ineficaz	2a	10,0	15b	75,0	3a	15,0	< 0,001
Perfusão tissular periférica ineficaz	5a	25,0	13b	65,0	2a	10,0	0,006
Risco de glicemia instável	0	0,0	7	35,0	13	65,0	0,188
Risco de infecção	0	0,0	1a	5,0	19b	95,0	< 0,001
Risco de intolerância à atividade	3	15,0	10	50,0	7	35,0	0,152
Risco de queda	0	0,0	8	40,0	12	60,0	0,503
Risco de tromboembolismo venoso	3	15,0	11	55,0	6	30,0	0,081
Volume de líquido deficiente	5	25,0	10	50,0	5	25,0	0,317
Total	47	13,8	163b	47,9	130b	38,2	< 0,001

^(*) Teste multinomial exato; abc - Letras diferentes indicam diferenças entre as proporções (teste binomial exato); Estatisticamente significativo se p<0,050

Na avaliação dos juízes, os estudos de casos refletem a realidade do cotidiano de prática do enfermeiro no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica, e quanto ao objetivo que representa situação típica de pacientes que os enfermeiros diagnosticam e gerenciam em situações clínicas cirúrgicas dos 10 estudos de caso e também no total obtiveram valores de IVC acima de 79,0%, portanto, este objetivo obteve concordância muito boa no total e também em cada caso. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,8, portanto a uma concordância quase perfeita entre os 10 casos. Já o objetivo que pergunta se está escrito claramente alcançou valores de IVC acima de 79,0%, portanto, este objetivo obteve concordância muito boa no total e também em cada caso. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,8, portanto a uma concordância quase perfeita entre os 10 casos e o objetivo se refere a pergunta se reflete situações dos pacientes em ocorrências cirúrgicas alcançou valores de IVC de acima de 79,0%, portanto, este objetivo obteve concordância muito boa no total e também em cada caso. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,8, portanto a uma concordância quase perfeita entre os 10 casos (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação dos estudos de casos conforme objetivos propostos. Vitória, ES.

	Objetivos do estudo de caso Representa situação típica de																	
Estudo de caso	pa dia	cientes agnosti	s qu car s c	ie os n e g	ção típi enferm erencia s cirúr	neiros ım em		Ées		o clai	rament	e	Reflete situações em ocorrências Atende			ncias	-	
	Ate	ende	-	ende	IVC	Карра	At	ende		ende	IVC	Kappa	At	ende		ende	IVC	Kappa
	n	%	n	%		шрра	N	%	n	%			n	%	N	%		
1	20	100,0	0	0,0	100,0		19	95,0	1	5,0	95,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
2	20	100,0	0	0,0	100,0		19	95,0	1	5,0	95,0		19	95,0	1	5,0	95,0	
3	20	100,0	0	0,0	100,0		19	95,0	1	5,0	95,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
4	20	100,0	0	0,0	100,0		18	90,0	2	10,0	90,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
5	20	100,0	0	0,0	100,0	0.00	20	100,0	0	0,0	100,0	0.00	20	100,0	0	0,0	100,0	0.00
6	20	100,0	0	0,0	100,0	0,99	20	100,0	0	0,0	100,0	0,98	20	100,0	0	0,0	100,0	0,98
7	20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
8	20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
9	19	95,0	1	5,0	95,0		20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
10	20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0		20	100,0	0	0,0	100,0	
Total	199	99,5	1	0,5	99,5		195	97,5	5	2,5	97,5		199	99,5	1	0,5	99,5	

IVC - Índice de validade de conteúdo; Estatística Kappa de Fleiss.

Todas as sugestões de inclusão de indicadores clínicos, alteração nos diagnósticos e ajustes nos estudos de casos foram realizados.

Conforme descrito, o material instrucional elaborado e avaliado foi reorganizado em duas partes, a primeira uma coletânea de 10 estudos de casos para o ensino em serviço acerca do processo de enfermagem (APÊNDICE D). E a segunda parte, um protocolo clínico com a lista de diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem para assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica (APÊNDICE H).

5.2 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA - ARTIGO

TECNOLOGIA INSTRUCIONAL PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

RESUMO

Objetivo: Elaborar e avaliar uma tecnologia instrucional para assistência ao paciente em pósoperatório de cirurgia bariátrica. Método: pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico realizada em três etapas: revisão da literatura; elaboração e avaliação do material instrucional por 20 enfermeiros com experiências no atendimento a paciente bariátrico. Resultados: O material instrucional é composto de 10 estudos de casos e um protocolo com diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem. O material foi avaliado como adequado, com concordância quase perfeita (Kappa≥0,80; IVC≥0,80), está escrito claramente e representa situações típicas de pacientes. Conclusões: Os estudos de casos foram avaliados como importante estratégia pedagógica na capacitação de enfermeiro, e o protocolo é um recurso tecnológico instrucional relevante para a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Descritores: Enfermagem; Cirurgia bariátrica; Diagnósticos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Tecnologia Educacional.

INTRODUÇÃO

A obesidade é conhecida como uma doença crônica determinada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que em geral conduz a um aumento de peso a ponto de comprometer a saúde do indivíduo. No Brasil, mais da metade da população, 55,7%, tem excesso de peso. O aumento da prevalência foi maior entre as faixas etárias de 18 a 24 anos, com 55,7%. Quando verificado o sexo, os homens apresentam crescimento de 21,7% e as mulheres de 40% (BRASIL, 2019).

O tratamento da obesidade envolve desde a mudança no estilo de vida, com a inserção da prática de exercícios físicos e a readequação alimentar, ao uso de medicamentos, e se necessário a cirurgia bariátrica (SILVA *et al.*, 2013; EDUARDO *et al.*, 2017). O Brasil é considerado o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas realizadas, e as mulheres representam 76% dos pacientes (BRASIL, 2019).

O paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica demanda cuidados de natureza complexa e necessita que o enfermeiro utilize na sua tomada de decisão o raciocínio clínico e o embasamento teórico e metodológico no desenvolvimento do cuidado, com o menor potencial de risco, visando o processo de recuperação pós-operatória de forma segura e eficaz (VIEIRA et al., 2016).

Para isto, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem e os sistemas de classificações na prática assistencial que lhe permitem pensar criticamente e realizar um julgamento clínico estabelecendo diagnósticos de enfermagem acurados e intervenções apropriadas, com vistas a resultados positivos (STEYER *et al.*, 2016).

Para tanto, têm sido desenvolvidas tecnologias de produto ou de processos, construídas a partir dos desafíos e inquietações do mundo da prática profissional, à luz de referenciais da enfermagem e da educação que visam promover mudanças, qualificar serviços e compartilhar conhecimentos. E, sobretudo, promover educação permanente, possibilitar reflexões e diálogos e qualificar os profissionais para o cuidado aos pacientes (TEIXEIRA, 2017). Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo: elaborar e avaliar uma tecnologia instrucional para assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico, que seguiu três etapas: revisão integrativa; elaboração e avaliação do material instrucional.

A revisão de literatura foi direcionada pela questão norteadora: Quais os diagnósticos e intervenções/cuidados de enfermagem relacionados ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica? Foi realizada uma busca nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores "cirurgia bariátrica" e "enfermagem"; "bariatric surgery" and "nursing". Os critérios de inclusão foram: artigo originais publicados no período de 2013 a 2018; em português, inglês ou espanhol; apresentar, em seus resultados, diagnósticos e intervenções/cuidados de enfermagem; e ter resumos disponíveis nas bases de dados.

Na busca foram encontrados 567 artigos. Após retirada das duplicações e artigos que não atendiam aos critérios de inclusão, permaneceram 108 títulos que foram analisados. Após a leitura dos resumos, 07 artigos responderam à pergunta norteadora.

O material instrucional é composto por estudo de casos e protocolos de diagnósticos e intervenções. Para elaboração dos estudos de caso utilizou-se os dados da revisão de literatura e também os sinais e sintomas (indicadores clínicos) e diagnósticos de enfermagem identificados em 10 estudos de casos reais, que foram coletados em pacientes em pósoperatório de cirurgia bariátrica em um hospital universitário na Região Sudeste do Brasil.

O material instrucional utilizou o sistema de categoria de Necessidades Humanas Básicas Horta. para a organização diagnósticos conforme proposto por e, dos intervenções/atividades a serem aplicados no processo de enfermagem, utilizou a Classificação NANDA International (NANDA-I) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification, NIC). Para subsidiar a relação entre os diagnósticos e intervenções, empregou-se literatura relacionando NANDA, NIC e desfechos (Nursing Outcomes Classificatino, NOC) e a experiência clínica das pesquisadoras (HORTA, 1979; JOHNSON et al., 2012).

A avaliação do material foi realizada por um grupo de enfermeiros membros do corpo clínico de um hospital universitário do Sudeste do Brasil que atendiam ao critério de inclusão: possuir, no mínimo, dois anos de atuação na assistência ao paciente bariátrico. Os juízes receberam via e-mail uma carta convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos com as seguintes informações: caracterização dos juízes; avaliação dos indicadores clínicos; avaliação da representatividade dos diagnósticos de enfermagem NANDA-I e avaliação dos estudos de casos, compilados em um formulário Google Forms.

Para a avaliação dos indicadores clínicos foi solicitado que o juiz informe se os indicadores foram pertinentes para a identificação do diagnóstico de enfermagem encontrado, assinalando com concordo ou discordo, e também poderiam sugerir outros indicadores clínicos.

Na avaliação da representatividade dos diagnósticos de enfermagem, solicitou-se ao juiz que assinalasse a frequência com que utiliza ou poderia utilizar os diagnósticos de enfermagem durante a assistência no pós-operatório do paciente bariátrico, assinalando com um X, na escala: Sempre; Muitas vezes; Raramente; Nunca.

Na avaliação dos estudos de casos, o juiz avaliou se cada estudo de caso atendia aos três objetivos: 1- O estudo de caso representou situação típica de pacientes que os enfermeiros

diagnosticam e gerenciam em situações clínicas cirúrgicas; 2- O estudo de caso foi escrito claramente; e 3- O estudo de caso refletiu situações dos pacientes em ocorrências cirúrgicas. Cada objetivo foi avaliado para cada um dos dez estudos de casos com os critérios atende ou não atende e solicitou-se que utilizassem o espaço indicado para justificativa e sugestões de modificações nos itens que não atendessem ao objetivo do estudo de caso. O prazo para resposta do formulário via *online* foi de 10 dias.

As questões foram pontuadas de acordo com a escala tipo *Likert*, considerando o grau de importância para composição do conteúdo do material instrucional (1-Concordo/Atende; 2-Discordo/Não atende). Para avaliação do grau de concordância entre os juízes, foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), sendo aceitável uma taxa de concordância de 80% entre os juízes.

Para a análise dos dados foi utilizado os programas IBM SPSS *Statistics version* 24 e o R versão 3.6.1 para realizar as estatísticas. A caracterização dos instrumentos foi apresentada na forma de frequência observada e a porcentagem.

O teste multinomial exato foi utilizado para comparar as categorias dos diagnósticos de enfermagem conforme a escala *Likert* Sempre; Muitas vezes; Raramente; Nunca.

Para avaliar o grau de concordância dos enfermeiros (as) juízes (as) entre instrumento de indicadores clínicos e os estudos de caso foram utilizados a estatística Kappa de Fleiss (valores de referência abaixo) e o índice de validade de conteúdo (IVC) onde segundo Cubas e Nóbrega (2015), na abrangência de seis ou mais juízes, os itens avaliados devem possuir IVC maior a 0,79. Foram considerados adequados os itens com IVC igual ou acima de 0,80. A avaliação pelos juízes ocorreu no mês de março de 2020.

O Kappa de Fleiss avalia quanto os juízes concordam em relação aos diagnósticos de enfermagem NANDA-I e os indicadores clínicos em cada estudo de caso. O valor Kappa menor que 0,21 aponta pequena concordância; de 0,21 a 0,40 razoável; de 0,41 a 0,60 moderada; de 0,61 a 0,80 substancial e maior que 0,80 quase perfeita. O nível alfa de significância utilizado foi de 5% (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número de parecer 3.056.914, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 03115218.4.0000.5071

RESULTADOS

Na revisão integrativa foram identificados nas bases de dados 567 artigos; sendo 27 duplicados e 432 não atendiam aos critérios de inclusão; 108 foram analisados os resumos. Destes, 92 foram excluídos por não atender a questão norteadora. Portanto, sete artigos compõem a presente revisão.

A partir da revisão de literatura, identificou-se que os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica foram: débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz, resposta disfuncional ao desmame ventilatório, perfusão tissular periférica ineficaz, intolerância à atividade, perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de perfusão renal ineficaz, risco de desequilíbrio de volume de líquidos, dor aguda, risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, risco de infecção, risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, integridade tissular prejudicada, risco de perfusão gastrintestinal ineficaz, risco de intolerância à atividade, risco de choque, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de perfusão tissular cerebral ineficaz e ventilação espontânea prejudicada.

Quanto aos cuidados de enfermagem, a revisão trouxe alguns apontamentos, como: os cuidados de enfermagem são essenciais na recuperação pós-operatória. A escolha das intervenções adequadas diminui o tempo de internação e consequentemente as complicações cardiopulmonares no pós-operatório. Previne ou trata complicações, previne a dor, reduz o tempo de internação e os gastos, e melhora a autoestima, a qualidade de vida e a imagem corporal. Outros estudos apontaram que os cuidados de enfermagem mais utilizados foram: usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente, registrar a dor como quinto sinal vital, verificar sinais vitais, mobilidade no leito, deambulação em 12 horas, profilaxia tromboembolítica por meio de dispositivos de compressão, antibioticoprofilaxia, cuidados com drenos, cateteres e curativos e ensino do paciente sobre preparo pré e pósoperatório.

Com a revisão integrativa foi possível realizar o levantamento dos principais diagnósticos e cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica, e assim avançar para a etapa seguinte, que foi a coleta dos 10 estudos de casos reais em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Dessa forma, na elaboração do material instrucional foram utilizados a revisão integrativa e os 10 estudos de casos reais, a fim de ampliar o conhecimento sobre esse grupo de pacientes. O

material instrucional apresenta 10 estudos de casos com os indicadores clínicos, as necessidades humanas básicas afetadas de acordo com o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta, os diagnósticos de enfermagem NANDA-I e as intervenções e atividades de enfermagem (HORTA, 1979; JOHNSON *et al.*, 2012).

Na terceira etapa deste estudo, foi realizada a avaliação do material instrucional por 20 juízes que atenderam aos critérios de inclusão, sendo eles enfermeiros assistenciais da Unidade de Cirurgia Geral, membros da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem e demais enfermeiros que prestam atendimento ao paciente bariátrico no pós-operatório imediato, mediato e tardio durante a internação hospitalar.

Em relação à caracterização dos 20 juízes enfermeiros, 75% – 15 eram do sexo feminino, a média de idade apresentada foi de 35 anos (valor real 35,05). Em relação ao grau de titulação, 70% eram especialistas, 15% possuíam mestrado e 15% eram graduados. A média de tempo de formação foi de 9,95 anos, enquanto a média do tempo de atuação em assistência ao paciente bariátrico foi de 4,65 anos. A maior parte dos juízes (65%) pertenciam à Unidade de Cirurgia Geral. Também, participaram 02 (10%) da divisão de enfermagem e 01 (5%) enfermeiro de cada uma das seguintes unidades: onco-hematologia (hospital-dia), urgência e emergência, terapia intensiva, gestão de transplantes e gestão de risco. Quanto à utilização de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I na prática clínica, 100% dos enfermeiros afirmaram utilizar cotidianamente no seu exercício profissional, e 85% referiu empregar as intervenções de enfermagem da NIC na sua prática clínica.

Em relação à avaliação dos indicadores clínicos relacionados aos diagnósticos de enfermagem, em cada um dos 10 estudos de casos, todos os indicadores clínicos para os diagnósticos de enfermagem apresentaram maiores prevalências de respostas "concordo", onde cada IVC por indicadores e diagnósticos apresentaram valores acima de 79%, ou seja, houve concordância aceitável em todos os diagnósticos. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,80 em todas as avaliações, portanto a concordância foi considerada quase perfeita em todos os casos, com exceção daqueles que não puderam ser avaliados (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação dos indicadores clínicos e do conjunto de diagnósticos de enfermagem referente a cada estudo de caso. Vitória, ES.

Caso	Indicadores clínicos	Diagnóstico	Con	cordo	Disc	cordo	IVC por	IVC por	
Cas	indicadores chineos	de enfermagem	n	%	n	%	diagnóstico (%)	caso (%)	Kappa
Caso 1	Desconforto respiratório ao esforço, fadiga, dispneia e fraqueza	Intolerância à atividade	18	90,0	2	10,0	90,0	90,0	

	Dispneia, fadiga e obesidade.	Padrão respiratório ineficaz	17	85,0	3	15,0	85,0		
	Tempo de enchimento capilar > 3 segundos, pulsos periféricos diminuídos e parestesia (dormência em mãos).	Perfusão tissular periférica ineficaz	19	95,0	1	5,0	95,0		0,90
	Controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente e alteração no estado mental.	Risco de glicemia instável	18	90,0	2	10,0	90,0		
2	Ferida operatória (dano tecidual), dor aguda e procedimento cirúrgico.	Integridade tissular prejudicada	20	100,0	0	0,0	100,0		
Caso 2	Dor à palpação abdominal superficial, comportamento expressivo e expressão facial de dor.	Dor aguda	19	95,0	1	5,0	95,0	97,5	0,97
	Dor abdominal, náusea, ausência de flatos e distensão abdominal.	Motilidade gastrintestinal disfuncional	16	80,0	4	20,0	80,0		
Caso 3	Ânsia de vômito, salivação aumentada e sabor amargo. Estilo de vida sedentário,	Náusea	17	85,0	3	15,0	85,0	88,3	0,93
J	repouso no leito (imobilidade) e história de intolerância à atividade (cansaço e dor).	Risco de intolerância à atividade	20	100,0	0	0,0	100,0		
4	Dependência para o autocuidado, dor, fraqueza em MID e paresia em MMII.	Déficit no autocuidado para alimentação	18	90,0	2	10,0	90,0		
Caso 4	Expressão facial de dor e relato.	Dor aguda	19	95,0	1	5,0	95,0	91,7	0,97
	Tecido destruído (lesão por pressão).	Integridade tissular prejudicada	18	90,0	2	10,0	90,0		
Caso 5	Equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.	Risco de quedas	20	100,0	0	0,0	100,0	97,5	0,97
	Ânsia de vômito e salivação aumentada.	Náusea	19	95,0	1	5,0	95,0		
Caso 6	Padrão respiratório anormal, fadiga e dispneia.	Padrão respiratório ineficaz	19	95,0	1	5,0	95,0	90,0	*
Caso 7	Ferida operatória, acesso venoso periférico e alteração na integridade da pele.	Risco de infecção	18	90,0	2	10,0	90,0	91,7	0,95
C	Autorrelato da intensidade da dor usando escala.	Dor aguda	18	90,0	2	10,0	90,0		

	Alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.	Volume líquido deficiente	19	95,0	1	5,0	95,0		
Caso 8	Batimento de asa de nariz, uso da musculatura acessória e dispneia.	Padrão respiratório ineficaz	18	90,0	2	10,0	90,0	90,0	*
Caso 9	Pós-operatório de cirurgia importante, tempo total de anestesia > 90 minutos, mobilidade prejudicada (dor) e obesidade.	Risco de tromboelismo venoso	18	90,0	2	10,0	90,0	90,0	*
Caso 10	Taquicardia, ansiedade e inquietação, distensão de veia jugular e tempo de preenchimento capilar prolongado.	Débito cardíaco diminuído	20	100,0	0	0,0	100,0	100,0	*

IVC - Índice de validade de conteúdo; (*) Estatística Kappa de Fleiss - Não computado porque não há um par de diagnósticos.

Houve associação significativa (p<0,050) para os diagnósticos de enfermagem NANDA-I de déficit no autocuidado para banho, integridade tissular prejudicada, motilidade gastrintestinal disfuncional, náusea, padrão respiratório ineficaz, perfusão tissular periférica ineficaz, risco de infecção e no total. Assim, os diagnósticos de integridade tissular prejudicada (85,0%) e risco de infecção (95,0%) obtiveram maiores prevalências para a resposta sempre, enquanto os diagnósticos de déficit no autocuidado para banho (70,0%), motilidade gastrintestinal disfuncional (70,0%), padrão respiratório ineficaz (75,0%) e perfusão tissular periférica ineficaz (65,0%) alcançaram maiores prevalências para a resposta muitas vezes. Já a náusea houve semelhança para as categorias de respostas muitas vezes (55,0%) e sempre (40,0%), e a mesma afirmação pôde ser dita para o total com respostas muitas vezes (47,9%) e sempre (38,2%).

Tabela 2 – Distribuição da representatividade dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica dos juízes. Vitória, ES.

Diagnástica NANDA I	Nunca/I	Raramente	Muita	s vezes	Sen	ipre	Valor n*	
Diagnóstico NANDA-I	n	%	n	%	n	%	Valor p*	
Débito cardíaco diminuído	10	50,0	10	50,0	0	0,0	0,999	
Déficit no autocuidado para alimentação	9	45,0	9	45,0	2	10,0	0,077	
Déficit no autocuidado para banho	2a	10,0	14b	70,0	4a	20,0	0,004	
Dor Aguda	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0,115	
Integridade tissular prejudicada	0	0,0	3a	15,0	17b	85,0	0,003	
Intolerância à atividade	3	15,0	11	55,0	6	30,0	0,081	
Mobilidade física prejudicada	2	10,0	10	50,0	8	40,0	0,064	

Motilidade gastrintestinal disfuncional	2a	10,0	14b	70,0	4a	20,0	0,004
Náusea	1a	5,0	11b	55,0	8b	40,0	0,018
Padrão respiratório ineficaz	2a	10,0	15b	75,0	3a	15,0	< 0,001
Perfusão tissular periférica ineficaz	5a	25,0	13b	65,0	2a	10,0	0,006
Risco de glicemia instável	0	0,0	7	35,0	13	65,0	0,188
Risco de infecção	0	0,0	1a	5,0	19b	95,0	< 0,001
Risco de intolerância à atividade	3	15,0	10	50,0	7	35,0	0,152
Risco de queda	0	0,0	8	40,0	12	60,0	0,503
Risco de tromboembolismo venoso	3	15,0	11	55,0	6	30,0	0,081
Volume de líquido deficiente	5	25,0	10	50,0	5	25,0	0,317
Total	47	13,8	163b	47,9	130b	38,2	< 0,001

^(*) Teste multinomial exato; abc - Letras diferentes indicam diferenças entre as proporções (teste binomial exato); Estatisticamente significativo se p < 0.050

Na avaliação dos juízes, os estudos de casos refletem a realidade do cotidiano de prática do enfermeiro no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica, e quanto ao objetivo que representa situação típica de pacientes que os enfermeiros diagnosticam e gerenciam em situações clínicas cirúrgicas dos 10 estudos de caso e também no total obtiveram valores de IVC acima de 79,0%, portanto, este objetivo obteve concordância muito boa no total e também em cada caso. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,8, portanto a uma concordância quase perfeita entre os 10 casos. Já o objetivo que pergunta se está escrito claramente alcançou valores de IVC acima de 79,0%, portanto, este objetivo obteve concordância muito boa no total e também em cada caso. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,8, portanto a uma concordância quase perfeita entre os 10 casos e o objetivo se refere a pergunta se reflete situações dos pacientes em ocorrências cirúrgicas alcançou valores de IVC de acima de 79,0%, portanto, este objetivo obteve concordância muito boa no total e também em cada caso. A estatística Kappa de Fleiss foi maior que 0,8, portanto a uma concordância quase perfeita entre os 10 casos (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação dos estudos de casos conforme objetivos propostos. Vitória, ES.

	_						Ob	jetivo	s d	o est	udo d	le caso						
Estudo de caso	p di	Representa situação típica de pacientes que os enfermeiros diagnosticam e gerenciam em situações clínicas cirúrgicas					É escrito claramente						Ref		•		s pacie irúrgic	ntes em as
caso	Atende Não		Não atende _{IVC} Ka		Kappa	At	ende		Não ende	IVC	Kappa	At	ende		Vão ende	IVC	Kappa	
	n	%	n	%			N	%	n	%			n	%	N	%		
1	20	100,0	0	0,0	100,0	0,99	19	95,0	1	5,0	95,0	0,98	20	100,0	0	0,0	100,0	0,98

2	20	100,0	0	0,0	100,0	19	95,0	1	5,0	95,0	19	95,0	1	5,0	95,0
3	20	100,0	0	0,0	100,0	19	95,0	1	5,0	95,0	20	100,0	0	0,0	100,0
4	20	100,0	0	0,0	100,0	18	90,0	2	10,0	90,0	20	100,0	0	0,0	100,0
5	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0
6	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0
7	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0
8	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0
9	19	95,0	1	5,0	95,0	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0
10	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0	20	100,0	0	0,0	100,0
Total	199	99,5	1	0,5	99,5	195	97,5	5	2,5	97,5	199	99,5	1	0,5	99,5

IVC - Índice de validade de conteúdo; Estatística Kappa de Fleiss.

Todas as sugestões de inclusão de indicadores clínicos, alteração nos diagnósticos e ajustes nos estudos de casos foram realizados.

DISCUSSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem fornece subsídios à administração e gerenciamento em enfermagem para ordenação de recursos humanos, seleção de métodos de trabalho e instrumentos para subsidiar o planejamento da assistência. Dentre estes instrumentos, tem-se o processo de enfermagem, que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009; BENEDET *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2016).

O quadro de obesidade e as comorbidades do paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica o predispõe a fatores de risco, necessitando do profissional um embasamento clínico preparado, para usar com segurança as etapas do processo de enfermagem. Com isso, esses profissionais necessitam do processo de educação permanente, com uso de protocolos que os orientem nas condutas de enfermagem a serem tomadas junto a esses pacientes, contribuindo para a padronização da linguagem na construção dos diagnósticos, resultados e registros (VIEIRA *et al.*, 2016).

Apesar de extremamente importante para a documentação da prática do enfermeiro, utilizar diagnósticos de enfermagem não é uma tarefa simples. O processo está sujeito a riscos, pois é uma atividade humana. Para reduzir os erros de interpretação, os enfermeiros devem possuir competências e habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas. Sendo assim, exige-se conhecimento e raciocínio rápido e lógico, para que se obtenha a associação dos sinais e

sintomas com suas possíveis causas (GÓES *et al.*, 2014; CARVALHO; OLIVEIRA; MORAIS, 2017).

Deve-se considerar que o processo de raciocínio diagnóstico é apreendido, sendo um trabalho desafiador ensinar a pensar sobre ele. Conhecimento específico (sobre a pessoa foco do cuidado, sobre teoria de enfermagem e sobre o processo de enfermagem), experiência profissional, competência e atitude são essenciais para a aplicação do raciocínio clínico e diagnóstico (JERÔNIMO *et al.*, 2018). O uso de estudos de casos simulados mostra-se uma estratégia eficiente para o treinamento do raciocínio por meio da análise crítica e reflexiva empregada para a resolução das situações problema (CARVALHO; OLIVEIRA; MORAIS, 2017).

Nessa perspectiva, o material instrucional proposto é uma ferramenta inovadora que contém uma coletânea de estudos de casos para a capacitação e treinamento do raciocínio diagnósticos e um protocolo com um conjunto de diagnóstico, intervenções e atividades de enfermagem voltados ao cuidado do paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica, contribuindo para o registro do processo de enfermagem na prática cotidiana.

Para o cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica, devido à sua complexidade, o enfermeiro necessita de acurácia, de utilizar-se do raciocínio clínico na sua tomada de decisão, usando referencial teórico e metodológico, priorizando os diagnósticos e intervenções de enfermagem na orientação de suas ações visando um processo de recuperação cirúrgica com o menor risco de possíveis complicações (MOREIRA *et al.*, 2013; MORALES *et al.*, 2013; STEYER *et al.*, 2016).

O protocolo proposto congrega um conjunto de diagnósticos de enfermagem que também foi identificado em outros estudos. Chama-se atenção para os diagnósticos débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz, riscos do tromboembolismo venoso, integridade tissular prejudicada e risco de infecção, determinados por diversos fatores, dentre eles: imunossupressão e alterações endócrino-metabólica, causadas pelo estresse do trauma cirúrgico agravado pela fisiopatologia da obesidade, desenvolvendo processos catabólicos, que podem fazer o paciente desenvolver um quadro severo de adinamia e apatia, contribuindo para o aparecimento de diagnósticos de déficit no autocuidado para o banho e justificando outros diagnósticos de enfermagem como mobilidade física prejudicada e risco de intolerância a atividade, que levam o paciente a depender totalmente das ações de enfermagem

(MORALES et al., 2013; LÓPEZ-MORALES et al., 2014; BARROS et al., 2015; STEYER et al., 2016).

Mesmo havendo um alto potencial de riscos, complicações e até de morte destes pacientes no pós-operatório imediato e tardio, estudos também demonstram que, quando estes pacientes são bem conduzidos no perioperatório, usando protocolos visando cuidados sistematizados durante todo processo, esses pacientes são capazes de apresentar o mínimo de complicações possíveis e referem satisfação com os cuidados recebidos. É recomendado o uso de protocolos que facilitem o cuidado do paciente, em especial, na sua recuperação cirúrgica (MORALES *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Nesse contexto, as tecnologias instrucionais construídas com base em evidências clínicas e indicadores clínicos tomando a realidade prática colocam-se como uma poderosa ferramenta, conferindo acurácia aos cuidados a estes pacientes em um momento relevante para o seu processo de recuperação com o mínimo de complicações possíveis (BARROS *et al.* 2015).

CONCLUSÕES

O material instrucional, contendo 10 estudos de casos e um protocolo com diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem, baseado em evidências clínicas e nas classificações padronizadas, possibilita ao enfermeiro treinar o seu raciocínio diagnóstico para ter acurácia no seu julgamento clínico e tomar decisões de forma segura, bem como contribui no planejamento de uma melhor assistência ao paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica e documentação do processo de enfermagem. O material foi avaliado como adequado, com concordância quase perfeita (Kappa≥0,80; IVC≥0,80), está escrito claramente e representa situações típicas de pacientes, tendo mais de 80% de concordância entre os juízes.

A construção e avaliação dos estudos de casos com a participação de juízes com *expertises* no cuidado a esse paciente permitiu a elaboração de uma tecnologia instrucional que reflete situações clínicas do cotidiano de trabalho, com o propósito de promover educação permanente, que é uma estratégia potencializadora para a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, transformam as práticas em serviço e possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho.

O desenvolvimento do processo de enfermagem é fundamental a fim de prevenir complicações, promover a segurança do paciente e qualificar o cuidado no pós-operatório de cirurgia bariátrica, visto que esse período é o primeiro momento de adaptação do paciente ao novo estilo de vida.

Considera-se como limitação

REFERÊNCIAS

- 1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf. Acesso em: 28 de jul. de 2019.
- 2. Eduardo CA, Silva AA, Viana GCP *et al.* Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2017;7:1173. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1173/1713>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- 3. Silva EG, Oliveira ZS, Maruyama SAT, Costa ALRC. O cuidado de enfermagem à pessoa que se submete à cirurgia para redução de peso. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 out/dez;15(4):886-96. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a05.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- 4. Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA, Nóbrega MML. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. Rev enferm UFPE on line, Recife, 10(12):4517-23, dez., 2016 DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED101220161021
- 5. 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):e 50170. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.5017
- 6. Teixeira E. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais.1 ed. Porto Alegre: Moriá; 2017, 262p.
- 7. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
- 8. Johnson M, Moorhead S, Bulecheck G, Butcher H, Maar M, Swanson E. Ligações NANDA NOC NIC: Condições Clínicas: Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- 9. Cunha CM, Neto OPA, Stackfleth R. Principais Métodos de Avaliação Psicométrica da Validade de Instrumentos de Medida. Rev. Aten. Saúde.14 (47):75-83, jan./mar., 2016. Disponível em: doi: 10.13037/rbcs.vol14n47.3391 ISSN 2359-4330
- 10. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Rio de Janeiro, COFEN; 2009. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. [citado 2009 outubro 15]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
- 11. Benedet SA *et al.* Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2016; 8(3):4780–4788.
- 12. Soeares MI *et al.* Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. Enfermería Global, v. 15, n. 2, p. 341–75, 2016.
- 13. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCRV. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(3):662-8. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509

- 14. Góes FSN *et al.* Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 44–51, 2014.
- 15. Jerônimo IRL, Campos JF, Peixoto MAP, Brandão MAG. Uso da simulação clínica para aprimorar o raciocínio diagnóstico na enfermagem. Revista Escola de Enfermagem Anna Nery, 2018; 22(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170442.pdf. Acessado em: 20 out. 2018.
- 16. 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 www.ee.usp.br/reeusp/
- 17. López-Morales AB, Barrera-Cruz A, Herrera-Villalba B, Salgado-Gómez M, Arontes-Jiménez R, Molina-Ayala MA, Rodríguez-González AA, Andrade-García RM. Implementación del plan de cuidados de enfermería al paciente con cirugía bariátrica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2014;22(1):33-4034
- 18. Barros LM, Moreira RA, Frota NM, Caetano JA. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Aquichan. 2015; 15 (2): 200-209. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.4
- 19. Gonçalves RV, Moreira HMAS, Faria MG, Fonseca JOP, Machado CJ. A obesidade como fator associado ao óbito causado por complicações tardias a procedimentos cirúrgicos. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(3):155-62. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i3a7

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O material instrucional contendo 10 estudos de casos e um protocolo com diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem baseado em evidências clínicas e nas classificações padronizadas possibilita ao enfermeiro treinar o seu raciocínio diagnóstico para ter acurácia no seu julgamento clínico e tomar decisões de forma segura, bem como contribui no planejamento de uma melhor assistência ao paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica e documentação do processo de enfermagem. O material foi avaliado como adequado, com concordância quase perfeita (Kappa≥0,80; IVC≥0,80), está escrito claramente e representa situações típicas de pacientes, tendo mais de 80% de concordância entre os juízes.

A construção e avaliação dos estudos de casos, com a participação de juízes com expertises no cuidado a esse paciente, permitiu a elaboração de uma tecnologia instrucional que reflete situações clínicas do cotidiano de trabalho, com o propósito de promover educação permanente, que é uma estratégia potencializadora para a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, transformam as práticas em serviço e possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho.

O desenvolvimento do processo de enfermagem é fundamental a fim de prevenir complicações, promover a segurança do paciente e qualificar o cuidado no pósoperatório de cirurgia bariátrica, visto que esse período é o primeiro momento de adaptação do paciente ao novo estilo de vida.

O material desenvolvido também pode ser utilizado pelos estudantes de graduação em enfermagem, que realizam aulas práticas e estágios curriculares e extracurriculares na clínica cirúrgica e atendem pacientes após a cirurgia bariátrica. O protocolo com diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem será incorporado ao sistema eletrônico de registro e o material instrucional disponibilizado para todos os enfermeiros da instituição.

Considera-se como limitação a necessidade de avaliação dos impactos do uso do material junto aos enfermeiros das unidades de cirurgia, assim, futuramente, propõese desenvolver um estudo de implementação e acompanhamento da tecnologia elaborada.

REFERÊNCIAS

BARROS L.M.; MOREIRA R.A.; FROTA, N.M.; CAETANO, J.A. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Aquichan**. Vol. 15, n. 2, p. 200-209, 2015. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.4

BARROS, L.M.; MOREIRA, R.A.; FROTA, N.M.; CAETANO, J.A. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Aquichan** [online]. 2015, vol.15, n.2, pp.200-209. ISSN 1657-5997. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n2/v15n2a04.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

BARROS, L.M.; MOREIRA, R.A.N.; FROTA, N.M.; ARAÚJO, T.M.de; CAETANO, J.A. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2015 abr./jun.;17(2):312-21. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27367>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BENEDET SA et al. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2016; 8(3):4780–4788.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 nov. 2018.

Ministério da Saúde. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos
últimos treze anos. Disponível em: < http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-
saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-
anos>. Acesso em: 28 de jul. de 2019.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 28 de jul. de 2019.

CARVALHO, E.C.; OLIVEIRA-KUMAKURA, A.R.S.; MORAIS, S.C.R.V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Vol. 70, n. 3, p. 662-8, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Brasília, 15 out, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009 4384.html>. Acesso em: 30 nov. 2017.

CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde:** diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CUNHA, C.M.; NETO, O.P.A.; STACKFLETH R. Principais Métodos de Avaliação Psicométrica da Validade de Instrumentos de Medida. **Rev. Aten. Saúde**. Vol. 14, n. 47, pp. 75-83, jan./mar., 2016. Disponível em: doi: 10.13037/rbcs.vol14n47.3391 ISSN 2359-4330

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIA, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 225-230, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a11v25n2.pdf. Acesso em: 27 jun. 2019.

EBSERH. **Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes**. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hucam-ufes>. Acesso em: 05 ago. 2019.

EDUARDO, C.A.; SILVA, A.A.; VIANA, G.C.P. et al. Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2017;7:1173. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1173/1713. Acesso em: 19 nov. 2018.

FERREIRA, M. B. G.; FELIX, M. M.dos S.; GALVÃO, C. M. Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Rene**. V.15, n. 4, 2014. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4922. Acesso em: 07 ago. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 62ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 371–375, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2018.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GÓES, F.S.N.; et al. Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 44–51, 2014.

GONÇALVES, R.V. et al. A obesidade como fator associado ao óbito causado por complicações tardias a procedimentos cirúrgicos. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**. Vol. 20, n. 3, p. 155-62, 2018. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i3a7

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Processo de enfermagem . São Paulo: EPU, 197

HUCAN. Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Infraestrutura, 2018. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hucam-ufes/infraestrutura. Acesso: 07 nov. 2018.

JERÔNIMO I.R.L.; CAMPOS J.F.; PEIXOTO M.A.P.; BRANDÃO M.A.G.; Uso da simulação clínica para aprimorar o raciocínio diagnóstico na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170442.pdf>. Acessado em: 20 out. 2018.

JOHNSON, Marion et al. **Ligações NANDA - NOC - NIC**: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. OLIVEIRA, Soraya Imon et al. (Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LESSA, R. de C. **Uma tecnologia educacional sobre o uso do relaxamento para gestantes de alto risco**. 2015. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, 2015.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de Enfermagem: desafios e alternativas. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 649-655, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/02.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

LÓPEZ-MORALES, A.B. et al. Implementación del plan de cuidados de enfermería al paciente con cirugía bariátrica. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.** Vol. 22, n, 1, p, 33-40, 2014. Disponível em:

http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/152/241. Acesso em: 07 ago. 2019.

LÓPEZ-MORALES, A.B. et al. Implementación del plan de cuidados de enfermería al paciente con cirugía bariátrica. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc** vol. 22, n. 1, p. 33-4034, 2014

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (eds.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. **The Prisma Group** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. 2009. Doi:10.1371/jornal. pmed1000097. Disponível: http://www.prismastatement.org/PRISMAStatement/PRISMAStatement>. Acesso em: 21 jul.2019.

- MORAES, de S. L.M.; TABELO, M.B. D.; AFIO, C.J.; LAVINAS, S.M.C.; SANTOS, A. M.D. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**. 2016; 16(2): 230-239. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf>. Acesso em: 07 jul.2019.
- MOREIRA, R. A. N.; CAETANO, J. A.; BARROS, L. M.; GALVÃO, M.T.G. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Esc Enferm USP** vol. 47, n. 1, p. 168-75, 2013. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 05 nov. 2018.
- NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- NIC. Classificação das Intervenções em enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a09.pdf>. Acesso em: 21 jun.2019.
- NIETSCHE, E. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**. v.2, n.1, p.182-189, abr. 2012. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591. Acesso em: 20 fev. 2018. Disponível em: https://dx.doi.org/10.5902/217976923591. Acesso em: 20 fev. 2018.
- OLIVEIRA, M.S.de; LIMA, E. de F. A.; LEITE, F.M.C.; PRIMO, C. C. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. **Cogitare Enferm.** 2013 Jan/Mar; 18(1):90-4. Disponível em:
- https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31312/20019. Acesso em: 19 nov. 2018.
- PENNA, G.L. de A.; VAZ, I.P.; FONSECA, EC.; KALICHSZTEIN, M.; NOBRE, G.F. Pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em unidade intensiva versus unidade de internação. Estudo retrospectivo com 828 pacientes. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2017;29(3):325-330. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n3/0103-507X-rbti-29-03-0325.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. Disponível em: https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>. Acesso em: 09 ago. 2019.
- SILVA, E.G.; OLIVEIRA, Z.S.; MARUYAMA, S.A.T.; COSTA, A.L.R.C. O cuidado de enfermagem à pessoa que se submete à cirurgia para redução de peso. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. 2013 out/dez;15(4):886-96. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a05.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SOARES, M. I. et al. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermería Global**, v. 15, n. 2, p. 341–75, 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo) [online]. 2010, vol.8, n.1, pp.102-106. ISSN 1679-4508. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

STEYER, N.H.; OLIVEIRA, M.C.; GOUVÊA, M.R.F.; ECHER, I.C.; LUCENA, A.F. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pósoperatório de cirurgia bariátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016 mar;37(1):e50170. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160150170.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

TEIXEIRA, Elizabeth (Org.). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2017.

WANG, Y.; BEYDOUN, M.A.; LIANG. L.; CABALLERO, B.; KUMANYIKA, S.K. Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. **Obesity**. 2008;16(10):2323-30. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.351. Acesso em:19 jun.2019.

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM/ADMISSÃO

Nome: . Nome Social: .								
Sexo:.	DATA DE NASCIMENTO: .	Prontuário:	. 1	ENFERMARIA: .	LEITO:.			
	DATA DE MASCINIENTO.	TROITIOANIO.	•	EN ENVANA.	ELITO			
	PROCESSO DE ENFER		/ / HISTÓRICO Geral Adulto	DE ENFERMAGEM				
. ENTREVI	STA							
Queixa princip	pal/Motivo da internação: .							
			E INFECÇÃO					
Precaução: □ P	adrão Contato Gotículas Aeros		m de Vieilênnie /m/					
☐ Proveniente	de outra instituição de saúde com internaç		m de Vigilância (TV) Proveniente de ou	tra instituição em uso de cat	eteres/sondas.			
ou igual a 24 h.	montaryuo de saude com internay			ostomia e/ou outros ostomia				
☐ Internação h mais de 24 h.	ospitalar nos últimos 30 dias (HUCAM ou	outros) por		toneal ou hemodiálise				
	ferida relacionada à assistência à saúde (le	são por	☐ Realizou cirurgia nos últimos 90 dias. ☐ Internação domiciliar e/ou hospital-dia nos últimos 30 dias ou e					
	itras feridas crônicas).		privação de liberdade.					
Coletado Swab i	Retal? □SIM □NÃO □ SEM CRITÉRIO □	ata da coleta	i:/					
Condições na ch	egada:							
Antecedentes:								
1. 2.								
2.								
Vícios: ☐ Não ☐	Sim - Especificar:				_			
Alergias: □ Não	☐ Sim - Especificar:				_			
Tosse: ☐ Não ☐	Sim - Há quanto tempo (em semanas)? _							
Hábitos de vida:								
1 2								
2								
	Condições sociais:							
Condições socia	is:							
Condições socia	is:							
	is: urgias anteriores:							
Internações/ciru								
Internações/ciru	urgias anteriores:							
Internações/ciru . Uso de medicam .	urgias anteriores: nentos domiciliar:							
Internações/ciru	urgias anteriores: nentos domiciliar:							

Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem-COMISAE – HUCAM/UFES/EBSERH – versão 2019...

II.	GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS ☐ Risco para flebite ☐ Risco para lesão por pressão ☐ Risco de queda.								
III.	CLASIFICAÇÃO DO PACIENTE: ☐ Mínimo ☐ internediário ☐ Alta dependência ☐ Semi-intensivo ☐ Intensivo								
IV.	ESCALA DE BRADEN:								
٧.	ESCALA DE MORSE:								
	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO)								
Peso:	. Altura: . ESTADO GERAL E QUEIXAS:.								
II.	REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:.								
III.	PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DO SENTIDO:.								
IV.	OXIGENAÇÃO:.								
V.	REGULAÇÃO VASCULAR:.								
VI.	I. REGULAÇÃO TÉRMICA:.								
VII.	II. REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA, METABÓLICA, HORMINAL E ELETROLÍTICA:.								
VIII.	HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÃO VESICAL:.								
IX.	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO INTESTINAL:.								
X.	SONO E REPOUSO:.								
XI.	CUIDADO CORPORAL E INTEGRIDADE FÍSICA:.								
XII.	MECÂNICA CORPORAL, EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA:.								
XIII.	OUTROS: .								
XIV.	CONDUTA:								
Data _	Assinatura e carimbo do Enfermeiro								

ANEXO B – FORMULÁRIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

UFFE L	Hospital Universitário	TÁDIO 0400	IANO ANTÔNIO	DE MODAEO	EBSERH				
NOME:	HOSPITAL UNIVERSI	TARIO CASS	NOME SOCIAL:.	DE MORAES	HOSPITAIS UNIVERSITĀRIOS FEDERAIS				
SEXO:.	DATA DE NASCIMENTO: .	Prontuário:.		ENFERMARIA:	LEITO:.				
PROCESSO DE ENFERMAGEM / AVALIAÇÃO DIÁRIA DO ENFERMEIRO Setor de Internação Adulto									
MOTIVO DE INTERNAÇÃO:									
CLASSIFICAÇÂ	ÃO DO PACIENTE:□ Mínimo □Intermedia	ário □Semi-intensi	vo □Intensivo □Alta d	lependência					
	□Padrão □Contato □Gotícula □ Aero	ssóis 🗆 Triagem d	e vigilância						
ALEKGIAS: L	lNão □Sim Quais: .								
Pontuação:	o: >18	11 pontos)		Im pouco Tem ainda mais der	Ten der maksima				
EVAME EÍSICO	/EVOLUÇÃO/AVALIAÇÃO								
	al e Queixas: .								
II. Regulação	Neurológica:.								
III. Percepção	dos órgãos do sentido:.								
IV. Oxigenaçã	io:.								
V. Regulação	Vascular:.								
VI. Regulação	Térmica:.								
	o Imunológica, Metabólica, Hormonal e E	letrolítica:.							
	ão e Eliminação Vesical:.								
	ão e eliminação intestinal: .								
X. Sono e Rep									
XI. Cuidado corporal : . XII. Integridade Física: .									
XIII. Mecânica Corporal, Exercício e Atividade Física:.									
XIV. Outros:.									
XV. Conduta:	XV. Conduta: .								

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tífulo da Pecquica: PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA

BARIÁTRICA: ELABORAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Pesquisador: Elisangela Ribeiro Chaves

Área Temática:

CAAE: 03115218.4.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patroolnador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.056.914

Apresentação do Projeto:

O estudo versa sobre o PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA, REPORTANDO A ELABORAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar uma tecnología educacional do tipo material didático instrucional contendo os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. Realizar uma capacitação para enfermeiros, para o cuidado do paciente pós cirurgia bariátrica, fundamentada nos referenciais teóricos de Horta (1979) e de Paulo Freire (1986).

Availação dos Riscos e Beneficios:

O pesquisador relata que esta pesquisa possul riscos mínimos, no entanto, devido ao envolvimento de participantes, poderá haver desconforto na exposição de ideias perante o grupo. O conteúdo discutido nos encontros terá caráter siglioso, sem obrigatoriedade de manifestação do participante com a garantia de participação até o término da pesquisa. O autor ainda reforça que todo o estudo seguirá os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, bem como apenas será aplicada mediante aprovação no Comitê de Ética.

Ainda assim, infere que os riscos e desconfortos serão minimizados assegurando a recusa de

Enderago: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont GEP: 29.0434900 Municipio: VITORIA

Telefone: (27)3335-7326 E-mail: cep@hucam.edu.br

UFES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 3.056.914

participação, o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejutzo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo pertinente para a categoria profissional da enfermagem, relevante tendo em vista os beneficios que poderão ser alcançados, seja para o paciente sujeito deste cuidado de enfermagem, seja para o profissional que presta a assistência por favorecer a atualização científica de sua prática junto ao paciente pós cirurgia bariátrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE bem elaborado, com redação de fácil compreensão pelo participante e contempla todas as informações pertinentes e indispensáveis. Sendo dispensávei a apresentação da Carta convite ao participante do estudo.

A pesquisadora apresenta o formulário de pesquisas no HUCAM devidamente preenchido e assinado por todas as instâncias autorizativas, ainda assim apresenta um Termo de Anuência, que pode ser suprimido, sem prejutzo.

Recomendações:

Entendo que o processo e aplicação do TCLE seja o suficiente para submissão do participante ao estudo, sem necessidade da carta convite.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a oritério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Stuação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_897428.pdf	20/11/2018 01:31:58		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf		Elisangela Ribeiro Chaves	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoplataforma.pdf		Elisangela Ribeiro Chaves	Acelto
Folha de Rosto	folha.pdf	20/11/2018	Elisangela Ribeiro	Acelto

Endersoo: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Sentos Dumont
UF: ES Municipio: VITORIA

Telefone: (27)3335-7326

E-mail: cep@hucam.edu.br

CEP: 29.043-900

Página C2 de C3

UFES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 3.056.914

Folha de Rosto	folha.pdf	01:12:42	Chaves	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 04 de Dezembro de 2018

Assinado por: Claudio Piras (Coordenador(a))

Endersgo: Averide Marechal Campos, 1355 Bairro: Sentos Dumont UF: ES Municipio: VITORIA

CEP: 29.043-900

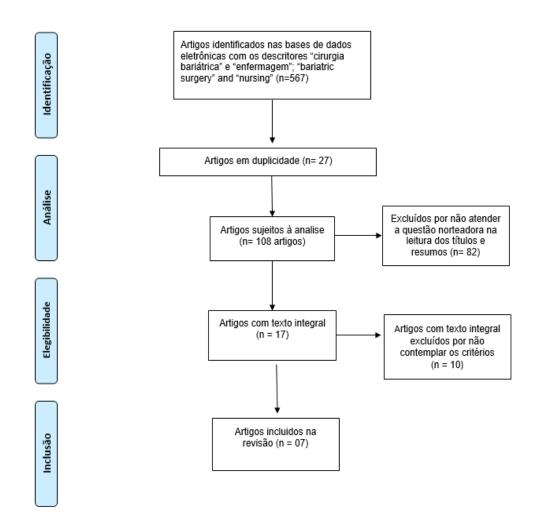
Telefone: (27)3335-7326 E-mail: cep@hucam.edu.br

Págira Cil de Cil

APÊNDICES

APÊNDICE A - FLUXOGRAMA PRISMA

O resultado do processo de identificação e inclusão dos estudos a partir da revisão integrativa da literatura foi organizado em fluxograma PRISMA (MOHER, 2009).



Fonte: As autoras.

APÊNDICE B – APRESENTAÇÃO DO QUADRO RESUMO DOS ARTIGOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Artigo	Ano	Objetivo do estudo	Desenhos	Principais conclusões
Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no PO de bariátrica.	2013	Identificar os principais DE e os fatores relacionados e de risco, segundo a NANDA, versão 2009-2011, da classe resposta cardiovascular / pulmonar de PO de bariátrica.	Estudo de série de caso, descritivo.	Débito cardíaco diminuído (75%), padrão respiratório ineficaz (65%), resposta disfuncional ao desmame ventilatório (55%) e perfusão tissular periférica ineficaz (75%), dos quais 14 eram fatores relacionados e cinco, de risco.
Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica.	2013	Identificar os diagnósticos de enfermagem da classe respostas cardiovasculares / pulmonares pertencentes ao domínio atividade/repouso, segundo NANDA-I no pós-operatório imediato de bariátrica e propor intervenção e avaliação usando NIC NOC	Estudo exploratório e transversal.	Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, Débito Cardíaco Diminuído, Intolerância à Atividade, Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída e Risco de Perfusão Renal Ineficaz. Implementação da NIC e NOC diminui o tempo de internação, complicações cardiopulmonares no pós-operatório. Contribuiu para padronização da linguagem na construção dos diagnósticos e resultados e registro de enfermagem.
Implementación del plan de cuidados de enfermería al paciente con cirugía bariátrica.	2014	Descrever o processo de implementação do plano de cuidados à atenção do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica em unidade médica do terceiro nível de atenção.	Estudo descritivo.	Risco de desequilíbrio de volume de líquidos; dor aguda relacionada a agente biológico lesivo, químico, físico e evidenciado por diaforese, Comportamento expressivo, postura defensiva para evitar dor; Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional; Risco de infecção.
Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.	2014	Objetivou-se analisar evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados de Enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.	Revisão integrativa.	Os principais cuidados identificados foram mobilidade no leito, deambulação em 12 horas, profilaxia tromboembolítica por meio de dispositivos de compressão, antibioticoprofilaxia, cuidados com drenos, cateteres e curativos e ensino do paciente sobre preparo pré e pós-operatório.
Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós- operatório de bariátrica.	2016	Analisar o perfil clínico, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos para pacientes em pósoperatório de cirurgia bariátrica.	Estudo transversal.	Dor aguda (99,3%), Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório (98,6%) e Integridade tissular prejudicada (93%). Cuidados prescritos: usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente, registrar a dor como 5° sinal vital.
Cirurgia bariátrica: a	2017	A percepção dos pacientes frente à	Pesq. de campo,	Os cuidados de prevenir ou tratar complicações, prevenir a dor,

percepção do paciente ao impacto físico, psicológico e social		realização da cirurgia bariátrica; identificar o impacto físico, psicológico e social após cirurgia.	descritiva exploratória e qualitativa.	reduzir o tempo de internação e reduzir gastos. Melhorar a autoestima, melhor qualidade de vida, melhorar a imagem corporal.
Identificação dos DE da classe de respostas cardiovasculare s/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica	2017	Identificar as respostas humanas apresentadas por pacientes no pósoperatório de bariátrica que se configurem como DE - enfermagem da classe - respostas cardiovasculares/pulmo nares.	Estudo observacional de caráter transversal.	Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz (87,9%) e intolerância à atividade (70,7%), perfusão tissular periférica ineficaz (67,2%), risco de choque (63,8%), débito cardíaco diminuído (60,3%), risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (58,6%), intolerância à atividade (51,7%), risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (48,3%), ventilação espontânea prejudicada (46,5%), risco de perfusão renal ineficaz (43,1%), padrão respiratório ineficaz (37,9%) e resposta disfuncional ao desmame ventilatório (36,2%).

APÊNDICE C - DESCRIÇÃO DOS 10 ESTUDOS DE CASOS REAIS

Foram organizados 10 estudos de casos com base na coleta de dados (histórico de enfermagem e exame físico) realizados nos 10 pacientes da Unidade de Cirurgia Geral.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 1

E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES, em casa própria. Nega alergias. Internada para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório de obesidade, emagreceu 13 kg, peso atual 102,300 kg e altura 1,51 m. Hipertensa, diabética, refere artrite, artrose e hérnia de disco, faz uso diário de losartana, anlodipino, furosemida, sinvastatina, amitriptilina, clonazepam, omeprazol, sany D (colecalciferol), insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Relata não ter nenhum tipo de vício. Mãe com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Relata que já realizou histerectomia parcial há 17 anos, 1 cirurgia renal (não soube especificar), 2 cirurgias abdominais (não soube especificar), 1 cirurgia em joelho direito para reparar tendão e 1 cirurgia em joelho esquerdo para reparação de tendão. No domicílio come de tudo, faz 4 refeições por dia, ingere cerca de 1 litro de água por dia, tem dificuldades para evacuar e em muitas ocasiões toma medicamento laxativo. Relata que não pratica atividade física devido a dores constates que sente nos joelhos e nas costas, deambula com o auxílio de muleta. Em casa só dorme bem quando faz uso de medicamentos. Atualmente, tem como lazer visitar os parentes.

Ao exame físico: Proveniente do centro cirúrgico. Apresenta-se sonolenta, lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã e à noite; relata ter passado bem a noite, pois faz uso de medicações para dormir. Expansão pulmonar simétrica, em uso de cateter nasal em 1L/min de O2, FR: 18 incursões por minuto, saturando 99%, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, sem ruídos adventícios, nega tosse. Pulso periférico regular e rítmico, FC: 98 bpm, PA:148x87

mmHg. À ausculta cardíaca bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax: 36,4 °C. Hiperglicêmica 224 mg/dl. Diurese por sonda vesical de demora débito de 300ml em 3 horas. Abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, dor difusa à palpação superficial, presença de ferida operatória em região abdominal com aproximadamente 12 cm, não visualizada devido a curativo oclusivo. Evacuação ausente há 01 dia. Em dieta oral zero no momento. Mobiliza-se com dificuldade no leito devido ao pós-operatório imediato, pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação queixou-se de náuseas, dor em local de incisão cirúrgica e nas costas. Medicações prescritas: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40mg 12/12 horas, soro ringer simples frasco 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas com ipratrópio brometo solução 20 gotas e 5 ml de SF a 0,9 de 4/4 horas.

Estudo de caso 1:

E E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES. Hipertensa, faz uso de anti-hipertensivos, e diabética em uso de insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 44,86), peso atual 102,300kg e altura 1,51m. Realizou gastroplastia com derivação intestinal. No dia seguinte à cirurgia a paciente apresentava ingestão alimentar restrita a líquidos em pequena quantidade, variações na glicemia capilar, alteração no estado mental demonstrando-se ansiosa sobre seu estado de saúde, desconforto respiratório aos esforços referido por fadiga, frequência respiratória de 30 respirações por minuto e tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Pulsos periféricos diminuídos e relato de dormência em mãos. Refere não conseguir sair do leito para realizar banho, devido a fraqueza no corpo.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 2

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Bahia, aposentada, frequenta a Igreja Católica, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Viana, ES. Encaminhada pelo serviço ambulatorial para realização de gastroplastia com gastroenteroanastomose. Realizou cirurgia para colocação de prótese no joelho há 10 anos e colecistectomia há 14 anos. Faz acompanhamento no ambulatório há cerca de 01 ano, durante esse período não conseguiu emagrecer. Relata que sente dor na coluna diariamente. Hipertensa, asmática, diabética, artrose em MIE. Faz uso diário de losartana potássica 2 comprimidos de 50 mg a cada 12 horas, 2 comprimidos de anlodipino de 5 mg a cada 12 horas, 1 comprimido de furosemida, 1 comprimido de metformina antes do café da manhã, almoço e jantar, 1 comprimido de glibenclamida após café da manhã, almoço e jantar, 1 comprimido de clonazepam a noite, 3 comprimidos de 25 mg de amitriptilina a noite, 14 unidades de insulina NPH à noite, omeprazol em jejum, quando dor forte em coluna utiliza tramal. Ex-tabagista, parou de fumar há cerca de 1 mês, ex-etilista, parou de beber há 1 Irmã com histórico de diabetes mellitus. Relata não gostar de praticar atividades físicas e que leva uma vida sedentária. Ingere bastante água, porém não quantifica. Relacionado a alimentação, refere preferir ingerir pães, biscoitos, macarrão, arroz, faz duas refeições: almoco e janta. Dorme bem em casa. Informa baixa autoestima devido ao excesso de peso, como lazer assiste televisão. Já fez tratamento para depressão. Refere ter realizado 1 exame citopatológico do colo do útero durante a vida e uma mamografia. Proveniente da Unidade de Terapia Intensiva, admitida na clínica cirúrgica masculina.

Ao exame físico: Proveniente da Unidade de Terapia Intensiva, admitida na clínica cirúrgica masculina pela manhã. Paciente em obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Apresenta-se lúcida, acordada, orientada, tranquila, comunicativa e colaborativa. Mostra-se alegre. Acuidade visual diminuída, faz uso de óculos, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã e à noite; relata ter passado bem a noite, aparentemente descansada. Expansão pulmonar simétrica, respirando espontaneamente, FR: 20 incursões por minuto; ausculta pulmonar com discretos sibilos em bases; pulso periférico regular e rítmico FC:96bpm, PA:125/85mmHg, normotensa; afebril

Tax:36,8 °C. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos hipoativos, flácido. À palpação apresenta dor difusa, presença de ferida operatória em região supra umbilical, ausência de sinais flogísticos, evacuação ausente há 3 dias. Alimenta-se por via oral, dieta bariátrica 2° dia com boa aceitação da mesma, nega náuseas e vômitos. Eliminação vesical espontânea em média quantidade de coloração amarelo citrino. Boa mobilidade no leito, deambula com auxílio de muleta. Pele apresenta-se hidratada, turgor e elasticidade preservados, presença de edema em MMII 1+/4+. Boa higiene corporal e oral, unhas bem higienizadas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo do dia 05/12/2018 ausência de sinais flogísticos. Medicações prescritas: omeprazol frasco de 40 mg de 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml 12/12 horas, enoxaparina seringa de 0,4 ml 40 mg 1 vez ao dia, clonazepam comprimido 2 mg 1 comprimido à noite, nebulização com 5 gotas de fenoterol e ipratrópio solução inalante 30 gotas em 5 ml de soro fisiológico 0,9%.

Estudo de caso 2:

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, aposentada, católica, sedentária, natural da Bahia, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Viana, ES. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Em 2º dia de pós-operatório de gastroplastia com gastroenteroanastomose, apresentando ferida operatória em região supra umbilical, refere dor à palpação abdominal superficial, aplicado escala de intensidade da dor de 0 a 10, com resposta 9, apresenta comportamento expressivo, expressão facial de dor, deambula com auxílio de muletas devido a artrose em membro inferior esquerdo (MIE), observada alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular do MIE.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 3

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, casada, natural de Linhares, trabalha com vendas, ensino médio completo, frequenta Igreja Católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Nega alergias. Internada para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório há 3 anos, durante esse período emagreceu 2 kg. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Portadora de HAS, artrose e labirintite, faz uso diário

de losartana, hidroclorotiazida, labirin e medicamentos para dor esporadicamente. Relata não ter vício. Mãe com histórico de cardiopatia. Informa que já realizou 3 cesarianas, sendo a última há 23 anos. No domicílio come de tudo e faz refeições com intervalos de 3 horas, ingere cerca de 2 litros de água por dia, evacuações regulares todos os dias. Pratica caminhada. Em casa dorme bem, atualmente tem como lazer ir à igreja. Realizou o último exame citopatológico do colo do útero há dois anos e a última mamografia há três anos, nega qualquer sintoma relacionado à menopausa.

Ao exame físico: Proveniente do Centro Cirúrgico. Paciente apresenta-se acordada, lúcida, orientada e respostas claras e coerentes. Acuidade visual diminuída, faz uso de óculos, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas. Acuidade auditiva preservada; Dentição completa, higiene oral adequada. Relata ter passado bem a noite. Expansão pulmonar simétrica, FR: 17 incursões por minuto, saturando 94%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse. Pulso periférico regular e rítmico FC:89bpm, PA:110x62 mmHg, normotensa. Ausculta cardíaca bulhas normofonéticas em 2T, sem sopros. Afebril Tax:36,1 °C; hiperglicêmica 159 mg/dl. Diurese por SVD débito de 500ml em 6 horas. Abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, dor difusa à palpação superficial, presença de ferida operatória em região medial do abdome com aproximadamente 12 cm, não visualizada devido a curativo oclusivo. Evacuação ausente há 01 dia, em dieta oral zero no momento. Mobiliza-se com dificuldades no leito devido ao pós-operatório imediato. Pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação queixou-se de dor em local de incisão cirúrgica e nas costas. Medicações: Bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 8/8 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, nalbufina ampola 1 ml 10mg/ml 6/6 horas, omeprazol frasco 40mg 12/12 horas, ondansetrona ampola 4 ml 2 mg/ml 8/8 horas, soro ringer simples frasco 500 ml de 4/4 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, cloreto de sódio 20% ampola de 10 ml + cloreto de potássio 10% ampola 10 ml + soro glicosado 5% 500ml.

Estudo de caso 3:

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, natural de Linhares, vendedora, ensino médio completo, católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Refere hipertensão, artrose e labirintite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, encontra-se em repouso no leito. Às 22h refere dor abdominal, náusea, sensação de ânsia de vômito, aumento da salivação e sabor amargo na boca. Na avaliação pelo enfermeiro constatou distensão abdominal com som timpânico à percussão e ausência de eliminação de flatos.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 4

D.A.S, sexo masculino, acompanhado pela esposa e pelo pai, internado na Unidade de Cirurgia Geral, 33 anos, cor branca, casado, possui duas filhas, evangélico, natural de Ilhéus, BA, procedente da Serra, ES, profissão motorista, desempregado no momento, estudou até o primeiro ano do ensino médio. Queixa dificuldade em realizar movimentos dos MMII e MMSS. Refere que há 4 anos foi submetido a apendicectomia e permaneceu internado na UTI por 3 dias devido a infecção decorrente do apêndice supurado. Desde então, relata ganho de peso ponderal, quadro de hipertensão arterial sistêmica e com dor de forte intensidade nos joelhos, fazendo uso contínuo de medicamentos, como tramadol. Faz uso de antihipertensivo e diurético. Consequentemente, não retornou ao trabalho de motorista de ônibus, devido à contraindicação médica. Paciente com peso inicial de 200,4 kg e IMC=68,53, iniciou há um ano acompanhamento no serviço de atendimento para obesidade mórbida do HUCAM. Implantado balão intragástrico, o qual permaneceu por seis meses. Refere que, no início do procedimento com o balão, a dieta era restrita e depois já se alimentava normalmente. Na internação atual submetido à gastrectomia vertical videolaparoscópica. Peso pré-cirúrgico de 149,2 kg e IMC=51,02 (obesidade grau III). Durante a cirurgia, apresentou parada cardiorrespiratória, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de internação na UTI, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Realizou Ecodoppler venoso de membros inferiores com presença de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo. Aquardando eletroneuromiografia para verificar o grau de comprometimento do sistema nervoso periférico. Refere ser hipertenso. Mãe hipertensa, diabética e cardiopata (já submetida a um cateterismo cardíaco e angioplastia). Nega história familiar de câncer gástrico. Ex-tabagista (15 maços/ano, cessou há 5 anos). Etilismo social. Informa alergia a Dipirona.

Ao exame físico: às 17:10h acordado, orientado, lúcido. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Acuidade visual e auditiva preservadas. Glasgow 15. Expressão facial de dor durante o exame. Paresia dos MMII e MSD. Reflexo hipoativo em MSD. Hiperestesia na mão direita e em região plantar D. Ventilação espontânea, eupneico (FR=20irpm), expansibilidade simétrica do tórax, tosse ausente, respiração ofegante durante a conversa por tempo prolongado. Murmúrios vesiculares fisiológicos diminuídos à direita, sem ruídos adventícios. Pele hidratada (4+/4+). Turgor e elasticidade diminuídos. Edema em MMSS 2+/4+ e em MMII 3+/4+. Mucosas hipocoradas (2+/4+) e hidratadas. Lesão renal aguda dialítica revertida. Refere que sua alimentação não era feita de forma saudável. Dieta oral líquida com suplemento hiperproteico (dieta da 4ª semana da bariátrica). Relata boa aceitação da dieta, sentindo náuseas apenas quando se alimenta em excesso ou rapidamente. Nega vômitos. Relata eliminações intestinais ausentes há 4 dias. Abdome globoso, flácido, com ruídos hidroaéreos hipoativos e indolor à palpação superficial e profunda, não identificado massas ou visceromegalias. Micção espontânea, com débito urinário de 1500 ml nas últimas 12 horas. Urina concentrada, de coloração turva, conforme visualizado no frasco de coleta 24h. Relata sono e repouso preservado. Uso de clonazepam para dormir. Realiza atividades com acompanhamento fisioterapeuta. Não deambula, desde a parada cardiorrespiratória apresenta diminuição da movimentação e força do MSD e MID, referindo muita dor e queimação em MID. Genitália sem anormalidades. Relata não ter hábito de banho diário. Apresenta dependência de grau parcial no autocuidado para o banho, ir ao banheiro e movimentação. Encaminhado para a higiene corporal em cadeira de banho. Higiene oral sem auxílio. Classificado como alta dependência (26 pontos) segundo a escala de Fugulin. Pele prejudicada, aquecida, sudoreica. Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, de aproximadamente 14 cm de diâmetro, 7 cm de profundidade em borda descolada, presença de túnel, tecido desvitalizado no leito e secreção purulenta, com odor. Realizada limpeza com soro

fisiológico em jato, utilizadas como cobertura primária duas placas de alginato de cálcio no túnel e no leito duas placas de hidrofibra, como cobertura secundária e 4 compressas cirúrgicas, aplicado protetor spray em bordas e oclusão com filme transparente. Regulação vascular: PA=140/90mmHg, FC=69bpm, ritmo cardíaco regular, com bulhas normofonéticas em 2 tempos. Extremidades quentes. Pulso radial regular, cheio, simétrico. Turgência jugular ausente. AVP na fossa cubital do MSE. Presença de flebite na fossa cubital do MSD. Relata dor em queimação em MID. Informa estar confiante sobre sua recuperação e espera retornar às atividades diárias de forma melhor do que antes da cirurgia.

Estudo de caso 4:

D.A.S., sexo masculino, 33 anos, cor branca, casado, evangélico, profissão motorista, natural de Ilhéus, BA, procedente da Serra, ES, ensino médio incompleto. Obesidade grau III (IMC: 50,30), peso atual 124,00 kg, altura 1.57 m. Em pósoperatório de gastrectomia vertical videolaparoscópica, apresentou parada cardiorrespiratória no intraoperatório, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Durante o exame físico a enfermeira observou fraqueza e dor intensa ao realizar movimento no membro inferior direito (MID) e paresia em membros inferiores (MMII). Apresenta dependência para o autocuidado, necessita de auxílio para banho em cadeira, higiene oral e alimentação, alta dependência de cuidados pela classificação Fugulin (pontuação 26). Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, realizado desbridamento cirúrgico no leito da lesão, mantendo curativo primário de alginato de cálcio com prata.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 5

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES, em casa própria, frequenta a Igreja Católica. Nega alergias. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Internado para realização de gastroplastia videolaparoscópica. Faz acompanhamento no ambulatório há cerca de 01 ano, durante esse período

emagreceu 24 kg, peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m (IMC: 50), obesidade grau III. Portador de HAS, apneia e hérnia de disco, gastrite crônica moderada, faz uso diário de losartana, atenolol, hidroclorotiazida, omeprazol, passiflora. Mãe com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 e pai cardiopata. Relata que já ficou internado por 20 dias devido a um AVC hemorrágico cerebelar de tronco há 12 anos e teve sequela motora (déficit de equilíbrio e impotência). No domicílio come de tudo, faz 6 refeições por dia, ingere cerca de 2,5 litros de água por dia, evacua regularmente todos os dias, pratica natação 02 vezes por semana, tem dores diariamente nas costas e nas articulações. Refere dormir bem e tem como lazer ir em bares e viajar.

Ao exame físico: às 15:30 horas, pós-operatório tardio. Apresenta-se acordado, lúcido, orientado, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea. pupilas fotorreagentes. mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, boa higiene oral; relata ter passado bem a noite; expansão pulmonar simétrica, FR: 20 incursões por minuto, saturando 97%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:68bpm, PA:121x61 mmHg, níveis pressóricos dentro dos padrões da normalidade; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:35,9 °C; normoglicêmico 96 mg/dl; diurese espontânea, 2117 ml em 24 horas de coloração amarelo citrino; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos ativos, timpânico, indolor a palpação superficial, ausência de massas à palpação, presença de pontos videolaparoscópicos em região abdominal, evacuação ausente há 05 dias, em dieta bariátrica 2° dia, apresenta náuseas e vômitos; mobiliza todos os seguimentos corporais, pele apresenta-se hidratada, normocoradas, turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. Presença de abscesso em regressão em região axilar esquerda. No momento da avaliação não relatou nenhuma queixa. Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, omeprazol frasco 40mg 1x ao dia, soro ringer simples 500 ml de 12/12 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, dimeticona emulsão oral 40 gotas de 6/6 horas, losartana comprimido 50 mg 1x ao dia, atenolol comprimido 50mg 1x ao dia.

Estudo de caso 5:

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES, em casa própria, católico. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 50), peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Há 12 anos teve um acidente vascular encefálico hemorrágico. Realizada cirurgia de gastroplastia videolaparoscópica. À avaliação pelo enfermeiro o paciente encontra-se em dieta zero, refere ânsia de vômitos, apresentou 01 episódio de vômito de aspecto bilioso nas últimas 6 horas e salivação aumentada. Ao levantar-se do leito, observado equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 6

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Vila Pavão, ES, desempregada, ensino médio incompleto, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias. Nega tabagismo e etilismo. Internada, paciente vindo encaminhado da casa 3 para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório desde de agosto de 2017, durante esse período engordou 2 kg, peso atual de 121 kg, altura 1.56 m, obesidade grau III (IMC: 49,72). Portadora de asma. No domicílio faz uso de prednisona e aerolin. Mãe com histórico de diabetes mellitus tipo 2. Relata que já realizou histerectomia parcial há 10 anos, 2 cesarianas e ligadura tubária há 12 anos. No domicílio come de tudo, se alimenta de 3 em 3 horas, ingere cerca de 1 litro de água por dia, tem dificuldades em evacuar e em muitas ocasiões toma medicamento (lactopurga). Relata que não pratica atividade física. Em casa dorme bem. E que atualmente seu lazer é visitar os parentes.

Ao exame físico: às 17:10h. Paciente apresenta-se sonolenta, lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata não ter dormido muito bem devido à internação, FR: 18 incursões por minuto; saturando 98%, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, sem ruídos

adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:97bpm, PA:160x87 mmHg, hipertensa; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36,4 °C; diurese por sonda vesical de demora débito de 100ml em 2 horas de coloração amarelo citrino; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, indolor à palpação superficial e profunda, presença de ferida operatória em região medial do abdome com aproximadamente 12 cm, não visualizada devido a curativo; evacuação ausente há 01 dia, em dieta oral zero no momento; mobiliza-se com dificuldades no leito devido ao POI, pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+) turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação queixou-se de náuseas. Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9 de 4/4 horas.

Estudo de caso 6:

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, católica, desempregada, ensino médio incompleto, natural da Vila Pavão, ES, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias a medicamentos, afirma ser asmática em uso de broncodilatador. Obesidade grau III (IMC: 49,72), peso atual 121,00 kg, altura 1.56 m. Em pós-operatório de gastroplastia com derivação intestinal, mantendo repouso no leito. Na avaliação do enfermeiro observado à ausculta pulmonar, diminuição de murmúrios vesiculares em base e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória, dispneia, refere fadiga. Em imagem de raio-x de tórax observada diminuição da expansibilidade pulmonar.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 7

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, trabalha com transporte escolar, ensino médio completo, reside atualmente em Serra, ES, com a mãe em casa própria, frequenta a Igreja Católica. Alérgica a diclofenaco. Nega

tabagismo e etilismo. Internada, paciente vindo encaminhado do ambulatório para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório há 02 anos, durante esse período emagreceu 4 kg, peso atual de 135,400 kg, altura 1.58 m, obesidade grau III (IMC: 54,23). Portadora HAS e hipotireoidismo. No domicílio faz uso de losartana, anticoncepcional oral e levotiroxina. Mãe com histórico de HAS. No domicílio come de tudo, faz 4 refeições por dia, ingere carboidratos em excesso, ingere cerca de 2 litros de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Não pratica atividades físicas. Em casa dorme bem. E que atualmente seu lazer é ir em bares com a as amigas e ao cinema.

Ao exame físico: às 14:10h. Paciente em POI, apresenta-se lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido muito bem na noite anterior. FR: 16 incursões por minuto; saturando 98%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:88bpm, PA:130x80 mmHg, normotensa; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36,7 °C; diurese espontânea, volume moderado de coloração amarelo ouro; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação em região de hipocôndrio direito, presença de ferida operatória em região medial do abdome com aproximadamente 11 cm, limpa e seca; evacuação ausente há 02 dias em dieta líquida restrita no momento com boa aceitação da mesma, nega náuseas e vômitos; mobiliza-se com dificuldades no leito devido ao pós-operatório e ao peso, pele apresenta-se hidratada, normocorada, turgor e elasticidade compatíveis com a idade, presença de edema em MMII 1+/4+. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo do dia 26/12/18, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas. Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0.9 de 4/4 horas.

Estudo de caso 7:

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, auxiliar em transporte escolar, católica, ensino médio completo. Alérgica a diclofenaco. Obesidade grau III (IMC: 54,23), peso atual 135,400 kg, altura 1.58 m. Realizada a cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal. Refere ser hipertensa e ter hipotireoidismo. Admitida na clínica cirúrgica em pós-operatório imediato. Lúcida, orientada, hipocorada, apresenta-se taquipneica 25 ipm, hipotensa 80x50 mmHg, taquicárdica 130 bpm, acesso venoso periférico em MSE, turgor diminuído. Diurese em baixo débito em sonda vesical de demora. Queixa dor intensa em abdome, escala de dor 9, região de ferida operatória com aproximadamente 11 cm, mantendo curativo limpo. Em dieta oral zero, refere sede.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 8

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Vitória, ES, trabalha como professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, frequenta a Igreja Assembleia de Deus. Nega alergias. Nega tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Internada, paciente vindo encaminhado do ambulatório para realização de bypass com y de roux - videolaparoscópica. Faz acompanhamento no ambulatório desde de abril de 2017, durante esse período emagreceu 6,700 kg, peso atual de 146,300 kg, altura 1,61 m, obesidade grau III (IMC: 56,44). Prédiabética, no domicílio faz uso de metformina 850 mg 2 x ao dia. Mãe com histórico de HAS e pai com histórico de DM. No domicílio come de tudo, faz refeições de 3 em 3 horas, ingere cerca de 2 litros de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Relata que não pratica atividade física devido a dores em articulações do quadril, joelhos e pés. Em casa dorme bem. E que atualmente seu lazer é sair com a as amigas, ir ao cinema e viajar.

Ao exame físico: às 14:00 paciente em POI, apresenta-se lúcida, orientada em relação ao tempo e espaço, com respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares hipocoradas 1+/4+; acuidade auditiva preservada; Dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido bem na noite anterior FR: 19 incursões por minuto; saturando 97%, murmúrios vesiculares reduzidos em bases, sem ruídos

adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:92bpm, PA:120x60 mmHg, normotensa; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:37 °C; diurese espontânea, volume moderado de coloração amarelo citrino; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação profunda em região de hipocôndrio direito, presença de pontos videolaparoscópicos limpos e secos, evacuação ausente há 03 dias em dieta líquida restrita no momento com boa aceitação da mesma, nega náuseas e vômitos; boa mobilidade no leito; pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edemas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9% de 4/4 horas.

Estudo de caso 8:

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, evangélica. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Obesidade grau III (IMC: 56,44), peso atual 146,300 kg, altura 1.61 m. Realizou cirurgia de bypass com y de roux – videolaparoscópica. No período noturno do pós-operatório imediato a paciente relata transtorno de ansiedade e fazer uso de medicação em domicílio. Dispneica, mantendo oxigenioterapia em cateter nasal 4L/min., ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, batimento de asa de nariz, em uso da musculatura acessória.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 9

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, trabalha como caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, ES, freguenta a Igreja Católica. Nega alergias. Nega tabagismo e etilismo. Relata uma

cirurgia anterior devido a fratura no braço esquerdo. Internado, paciente vindo do ambulatório realização de encaminhado para gastroplastia. Faz acompanhamento no ambulatório desde de maio 2017, durante esse período engordou 10 kg, peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m, obesidade grau III (IMC: 50,78). Pré-diabético, hipertenso, no domicílio faz uso de metformina, ramipril e anlodipino. Mãe com histórico de HAS e pai com histórico de infarto. No domicílio come de tudo, faz refeições de 3 em 3 horas, ingere cerca de 2 litros de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Relata que não pratica atividade física devido em articulações do quadril, joelhos e pés e na coluna. Em casa não dorme bem e relata ter apneia do sono. E que atualmente seu lazer é pescar com os amigos.

Ao exame físico: às 13:00h. Paciente em POI, apresenta-se lúcido, orientado, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares hipocoradas 1+/4+; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido bem na noite anterior. FR: 19 incursões por minuto; saturando 98%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:94bpm, PA:120x80 mmHg, normotenso; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36 °C; diurese em sonda vesical de demora, volume moderado de coloração amarelo ouro; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação profunda em região de hipocôndrio direito, presença de ferida operatória em região mesogástrica do abdome de aproximadamente 12 cm, pontos limpos e secos, evacuação ausente há 04 dias, em dieta zero no momento, nega náuseas e vômitos; boa mobilidade no leito; pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edemas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml

60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9% de 4/4 horas.

Estudo de caso 9:

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, profissão caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, católico. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Pré-diabético e hipertenso. Obesidade grau III (IMC: 50,78), peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m. Realizou gastroplastia. No 2º dia de pós-operatório durante a avaliação diária pelo enfermeiro na enfermaria de cirurgia geral, foram observadas em membros inferiores veias varicosas, mobilidade prejudicada e queixa de dor à palpação em panturrilha direita, referiu história de pai ter tido trombose venosa profunda (TVP), considerando o pós-operatório de cirurgia importante e tempo total de anestesia maior que 90 minutos, o enfermeiro ficou alerta e fez orientações prioritárias.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 10

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES, frequenta a Igreja Católica. Nega alergias. Ex-etilista, cessou o uso há pouco tempo, nega tabagismo. Nega cirurgias anteriores. Internada, paciente vindo encaminhada do ambulatório para realização de gastroplastia. Faz acompanhamento no ambulatório há 3 anos, durante esse período emagreceu 6 kg, peso atual de 104 kg, altura 1.56 m, obesidade grau III (IMC: 42,73). Hipertensa, no domicílio faz uso de anlodipino, losartana, furosemida e aldactone. Mãe com histórico de HAS, pai com histórico de infarto e irmão renal crônico. No domicílio come de tudo, faz refeições de 3 em 3 horas, ingere cerca de 1 litro de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Relata que não pratica atividade física, devido a dor em articulações do quadril, joelhos e pés. Em casa não dorme bem e relata acordar de 3 a 4 vezes por noite. Como lazer vai à igreja e sai com as amigas.

Ao exame físico: às 12:00h. Paciente em 3° PO, apresenta-se lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas, acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter

dormido bem na noite anterior. FR: 19 incursões por minuto; 89% de saturação, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, com ruídos adventícios. Relata tosse produtiva e dispneia a grandes esforços; pulso periférico regular e rítmico FC:94bpm, PA:124x80 mmHg, normotenso: ausculta cardíaca: normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36 °C; diurese espontânea com baixo volume de coloração amarelo ouro; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação superficial em região mesogástrica, presença de ferida operatória em região mesogástrica do abdome de aproximadamente 12 cm, pontos limpos e secos, evacuação ausente há 05 dias, nega náuseas e vômitos; boa mobilidade no leito; pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edemas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Estudo de caso 10:

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES. Afirma ser hipertensa. Mãe com histórico de hipertensão arterial, pai com histórico de infarto e irmão renal crônico. Obesidade grau III (IMC: 42,73), peso atual de 104 kg, altura 1.56 m. No 3º dia de pós-operatório de gastroplastia, às 17 horas, na enfermaria de cirurgia geral, a enfermeira foi chamada ao quarto 227, durante a avaliação a paciente apresentava comportamento de ansiedade e inquietação, taquicardia, distensão da veia jugular, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, 80% de saturação em oximetria de pulso, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, tempo de preenchimento capilar prolongado. Presença de ferida operatória em região mesogástrica medindo aproximadamente 12 cm, mantendo curativo limpo.

APÊNDICE D – COLETÂNEA DE ESTUDOS DE CASO PARA ENSINO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

CASO 1:

E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES. Hipertensa, faz uso de anti-hipertensivos, e diabética em uso de insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 44,86), peso atual 102,300 kg e altura 1,51 m. Realizou gastroplastia com derivação intestinal. No dia seguinte à cirurgia a paciente apresentava ingestão alimentar restrita a líquidos em pequena quantidade, variações na glicemia capilar, alteração no estado mental, demonstrando-se ansiosa sobre seu estado de saúde, desconforto respiratório aos esforços referido por fadiga, frequência respiratória de 30 respirações por minuto e tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Pulsos periféricos diminuídos e relato de dormência em mãos. Refere não conseguir sair do leito para realizar banho, devido a fraqueza no corpo.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Desconforto	Atividade física e	Domínio:	Intolerância à atividade
respiratório ao	exercício.	Atividade/repouso.	relacionada ao
esforço, fadiga,		Classe: Respostas	desequilíbrio entre a
taquipneia,		Cardiovasculares	oferta e a demanda de
fraqueza, tempo		/pulmonares.	oxigênio e imobilidade,
de enchimento			evidenciado por
capilar > 3			desconforto aos
segundos.			esforços e fadiga.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da atividade e do exercício. Intervenção: Controle de energia. Definição: Regulação do gasto de energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções (NIC, 2016, p. 164).

Atividades:

- 1. Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (taquicardia, outras disritmias, dispneia, sudorese, palidez, pressões hemodinâmicas, frequência respiratória).
- 2. Auxiliar nas atividades físicas regulares (deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), se necessário.
- 3. Monitorar a resposta do oxigênio do paciente (frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.
- 4. Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Taquipneia, hiperventilação, ansiedade, fadiga e obesidade.	Oxigenação.	Domínio: Atividade/repous o. Classe: Respostas Cardiovasculares / pulmonares.	Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga e obesidade, evidenciado por taquipneia.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle respiratório. Intervenção: assistência ventilatória. Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões (NIC, 2016, p.106).

- 1. Posicionar paciente visando minimizar os esforços respiratórios (por exemplo elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar).
- 2. Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir;
- 3. Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.
- 4. Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.
- 5. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.
- 6. Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Tempo de	Regulação	Domínio:	Perfusão tissular
enchimento	vascular e	Atividade/	periférica ineficaz
capilar > 3	Integridade física	repouso	evidenciada por tempo de
segundos,		Classe:	enchimento capilar > 3
pulsos		Respostas	segundos, parestesia e

periféricos	Cardiovasculares	pulsos periféricos
diminuídos e	/ pulmonares	diminuídos, relacionados
parestesia		a diabetes mellitus,
(dormência em		hipertensão e/ou
mãos).		procedimento cirúrgico.
~		

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle da perfusão tissular. Intervenção: Controle do choque. Definição: Facilitação da distribuição de oxigênio e nutrientes aos tecidos sistêmicos, com remoção dos produtos de excreção celulares em paciente com alteração grave da perfusão tecidual (NIC, 2016, p.176).

Atividades:

- 1. Monitorar os sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária.
- 2. Monitorar a oximetria de pulsos conforme apropriado.
- 3. Monitorar eletrocardiograma conforme apropriado.
- 4. Monitorar o aparecimento de sintomas de falência respiratória (por exemplo, níveis baixos de PaO2, níveis elevados de PaCO2, fadiga de músculos respiratórios).

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Controle insuficiente do	Regulação metabólica e	Domínio: Nutrição Classe:	Risco de glicemia instável evidenciado
diabetes, ingestão alimentar insuficiente, alteração no estado mental.	eletrolítica / hormonal.	Metabolismo	por controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente e alteração no estado mental.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle eletrolítico e ácido básico. Intervenções: Controle da hiperglicemia: Prevenção e tratamento de níveis de glicose no sangue acima do normal (NIC, 2016, p. 132).

Definição controle da hipoglicemia: Prevenção e tratamento de níveis baixos de glicose sanguínea (NIC, 2016, p. 133).

Definição controle hidroeletrolítico: Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos (NIC, 2016, p.192).

- 1. Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme apropriado.
- 2. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento visual ou cefaleia.
- 3. Administrar insulina conforme prescrição.
- 4. Orientar o paciente e familiares sobre o tratamento do diabetes durante a doença, inclusive uso de insulina e/ou agentes orais, monitoramento da ingestão

de líquidos, reposição de carboidratos e o momento de buscar ajuda profissional, conforme apropriado.

- 5. Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de retenção de líquidos.
- 6. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hipoglicemia (por exemplo, falta de firmeza, tremores, transpiração, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, umidade na pele, delírio, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, tontura, fraqueza, calor, vertigem, desmaio, visão embaçada, pesadelos, choro durante o sono, parestesias, dificuldade para falar, falta de coordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsão).
- 7. Administrar glicose intravenosa se indicado.

CASO 2:

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, aposentada, católica, sedentária, natural da Bahia, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Viana, ES. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Em 2º dia de pós-operatório de gastroplastia com gastroenteroanastomose, apresentando ferida operatória em região supraumbilical, refere dor à palpação abdominal superficial, aplicada escala de intensidade da dor de 0 a 10, com resposta 9, apresenta comportamento expressivo, expressão facial de dor, deambula com auxílio de muletas devido a artrose em membro inferior esquerdo (MIE), observada alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular do MIE.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ferida operatória (dano tecidual), dor aguda, procedimento cirúrgico.	Integridade física.	Domínio: Segurança e proteção Classe: Lesão Física	Integridade tissular prejudicada relacionado a procedimento cirúrgico, evidenciada por tecido destruído e/ou dano tecidual.
INTERVENÇÕES DI	CHECONA CENA (NI	10)	

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle da pele/lesões. Intervenção: Cuidados com lesões. Definição: Prevenção de complicações e promoção de

cicatrização de lesões (NIC, 2016, p. 209).

Atividades:

- 1. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.
- 2. Medir o leito da lesão, conforme apropriado.
- 3. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.
- 4. Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado.
- 5. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.
- 6. Orientar o paciente e a família sobre armazenagem e descarte de curativos e materiais.
- 7. Orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão.
- 8. Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção.
- 9. Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dor à palpação	Percepção dos	Domínio: Conforto	Dor aguda relacionada a
abdominal	órgãos dos sentidos	Classe: Conforto	agente físico lesivo,
superficial,	(dolorosa).	físico	evidenciado por
comportamento			autorrelato da
expressivo,			intensidade usando
expressão			escala padronizada de
facial de dor,			dor, expressão facial de
autorrelato da			dor.
intensidade			
usando escala			
padronizada de			
dor.			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: básico. Classe: Promoção do conforto físico. Intervenção: Controle da dor. Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente (NIC, 2016, p. 130).

- Fazer avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.
- 2. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
- 3. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Alteração na	Exercício e atividade	Domínio:	Mobilidade física
marcha, força	física.	Atividade/Repouso	prejudicada relacionada
muscular		Classe:	a falta de

diminuída e	Atividade/Exercício	condicionamento físico,
rigidez articular		estilo de vida sedentário
		e alteração na
		integridade de
		estruturas ósseas
		(artrose), evidenciada
		por redução das
		habilidades motoras
		grossas.

Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da atividade e do exercício. Intervenções: Terapia com exercício: deambulação. Definição: Promoção e assistência na deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias durante o tratamento e recuperação da doença ou lesão (NIC, 2016, p. 400). Terapia com exercício: Mobilidade articular. Definição: Uso de movimento corporal ativo e passivo para manter o restaurar a flevibilidade da articulação (NIC, 2016, p.

Terapia com exercício: Mobilidade articular. Definição: Uso de movimento corporal ativo e passivo para manter e restaurar a flexibilidade da articulação (NIC, 2016, p. 401).

- 1. Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado.
- 2. Auxiliar o paciente na deambulação e fornecer dispositivo de auxílio (bengala, muletas, andador).
- 3. Auxiliar o paciente a posicionar-se de maneira ideal para o movimento passivo/ativo da articulação.
- 4. Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

CASO 3:

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, natural de Linhares, vendedora, ensino médio completo, católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Refere hipertensão, artrose e labirintite. Não realiza atividade física, refere dor nas articulações, indisposição e cansaço. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, encontra-se em repouso no leito. Às 22h refere dor abdominal, náusea, sensação de ânsia de vômito, aumento da salivação e sabor amargo na boca. Na avaliação pelo enfermeiro constatou distensão abdominal com som timpânico à percussão e ausência de eliminação de flatos.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dor abdominal,	Alimentação	Domínio:	Motilidade gastrintestinal
náusea,	(nutrição) e	Eliminação e troca.	disfuncional relacionada a
ausência de	eliminação	Classe: Função	imobilidade e regime de
flatos e		gastrintestinal	tratamento, evidenciada
distensão			pela náusea, dor,
abdominal.			distensão abdominal e
			ausência da eliminação de
			flatos.

Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da Eliminação. Intervenção: Redução da flatulência. Definição: Prevenção de formação de flatos e facilitação da passagem de excesso de gases (NIC, 2016, p. 376).

Atividades:

- 1. Ensinar ao paciente como são produzidos os flatos e os métodos de alívio.
- 2. Ensinar ao paciente como evitar situações que o façam engolir ar em excesso.
- 3. Monitorar os ruídos intestinais.
- 4. Proporcionar exercícios adequados.
- 5. Oferecer medicamento de ação antiflatulenta, se prescrito.
- 6. Limitar ingesta oral se o sistema gastrointestinal inferior estiver inativo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ânsia de vômito,	Alimentação	Domínio: Conforto	Náusea relacionada ao
salivação	(nutrição) e	Classe: conforto	regime de tratamento,
aumentada e	eliminação	físico	distensão gástrica,
sabor amargo,			evidenciada pela ânsia de
regime de			vômito, salivação
tratamento.			excessiva e sabor amargo
			na boca.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: básico. Classe: Promoção do Conforto Físico. Intervenção: Controle da Náusea. Definição: Prevenção e alívio de náuseas (NIC, 2016, p.135).

- 1. Realizar avaliação das náuseas, incluindo frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes.
- 2. Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas, quando possível.
- 3. Reduzir ou eliminar fatores individuais que precipitam ou aumentam a náusea (ansiedade, medo, fadiga e falta de conhecimento).
- 4. Incentivar a alimentação com pequenas quantidades de alimentos.

- 5. Monitorar o registro do conteúdo nutricional e as calorias ingeridas.
- 6. Pesar regularmente.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADE S HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Estilo de vida sedentário, repouso no leito (imobilidade), história de intolerância à atividade (cansaço e dor),	Exercício e atividade física.	Domínio: Atividade/repouso Classe: Respostas cardiovasculares/pu Imonares	Risco de intolerância à atividade evidenciado por imobilidade e estilo de vida sedentário.
falta de condicionamento físico.			

Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da Atividade e do Exercício.

Intervenções: Promoção do Exercício. Definição: Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico e de saúde (NIC, 2016, p. 367).

Terapia com exercício: deambulação. Definição: Promoção e assistência na deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias durante o tratamento e recuperação da doença ou lesão (NIC, 2016, p. 400).

Terapia com exercício: Mobilidade articular. Definição: Uso de movimento corporal ativo e passivo para manter e restaurar a flexibilidade da articulação (NIC, 2016, p. 401).

Atividades:

- Estimular a pessoa a começar o exercício e orientar sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos.
- 2. Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado.
- 3. Auxiliar o paciente na deambulação e fornecer dispositivo de auxílio (bengala, muletas, andador).
- 4. Auxiliar o paciente a posicionar-se de maneira ideal para o movimento passivo/ativo da articulação.
- Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

CASO 4:

D.A.S, sexo masculino, 33 anos, cor branca, casado, evangélico, profissão motorista, natural de Ilhéus, BA, procedente da Serra, ES, ensino médio incompleto.

Obesidade grau III (IMC: 50,30), peso atual 124,00 kg, altura 1.57 m. Em pósoperatório de gastrectomia vertical videolaparoscópica, apresentou parada cardiorrespiratória no intraoperatório, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Durante o exame físico a enfermeira observou fraqueza, expressão facial e relato de dor intensa (em escala de dor de 0 a 10, relato de 09) ao realizar movimento no membro superior direito (MSD) e paresia em membros inferiores (MMII). Apresenta dependência para o autocuidado, necessita de auxílio para banho em cadeira, higiene oral e alimentação, alta dependência de cuidados pela classificação Fugulin (pontuação 26). Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, realizado desbridamento cirúrgico no leito da lesão, mantendo curativo primário de alginato de cálcio com prata.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES	NECESSIDADES	TAXONOMIA	DIAGNÓSTICOS DE
CLÍNICOS	HUMANAS	NANDA (DOMÍNIO E	ENFERMAGEM
	BÁSICAS	CLASSE)	LIVI LIVIAGLIVI
Dependência	Alimentação.	Domínio:	Déficit no autocuidado
para o	Cuidado Corporal.	Atividade/Repouso	para alimentação
autocuidado,		Classe: Autocuidado	relacionado a dor e
dor, fraqueza			fraqueza, evidenciado
em MSD e			por capacidade
paresia em			prejudicada de
MMII.			manusear os utensílios
			e prejuízo
			neuromuscular.
			Déficit no autocuidado
			para banho relacionado
			a dor e fraqueza,
			evidenciado por
			capacidade prejudicada
			de acessar o banheiro,
			lavar o corpo e secar.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Básico. Classe: Facilitação do Autocuidado. Intervenções: Assistência no autocuidado: Alimentação. Definição: Assistência à pessoa na alimentação (NIC, 2016, p. 99).

Assistência no autocuidado: Banho/Higiene. Definição: Assistência ao paciente na realização de higiene pessoal (NIC, 2016, p. 100).

Atividades:

- 1. Monitorar a capacidade de deglutição do paciente.
- 2. Garantir um posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição.
- 3. Fornecer assistência física, conforme necessário.
- 4. Proporcionar alívio adequado da dor antes das refeições, conforme prescrição.
- 5. Fornecer dispositivos adaptativos para facilitar a autoalimentação, estimular e supervisionar frequentemente.
- 6. Facilitar o ato de tomar banho sozinho pelo paciente, conforme apropriado.
- 7. Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária, fornecendo assistência até o paciente conseguir assumir totalmente o autocuidado.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Expressão	Percepção dos	Domínio: Conforto	Dor aguda relacionada a
facial de dor e	órgãos e	Classe: Conforto	agente físico e biológico
relato conforme	sentidos.	físico	lesivos (intercorrências
escala de 0 a			do intra e pós-
10 (dor 09).			operatório) evidenciada
			por expressão facial de
			dor, autorrelato da
			intensidade usando
			escala da dor.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Básico. Classe: Promoção do Conforto físico. Intervenção: Controle da dor. Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente (NIC, 2016, p.130).

- 1. Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.
- 2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.
- 3. Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.
- 4. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência de dor.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDAD ES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Tecido	Integridade	Domínio:	Integridade tissular
destruído	cutâneo-	Segurança/Proteção	prejudicada relacionada a
(lesão por	mucosa	Classe: Lesão Física	mobilidade prejudicada,
pressão),			evidenciada por tecido
mobilidade			destruído (lesão por
prejudicada.			pressão) na região sacral.

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da pele/lesões. Intervenções: Controle da pressão. Definição: Minimização da pressão sobre partes corporais (NIC, 2016, p.137).

Cuidados com úlceras por pressão (lesões por pressão, NPUAP, 2017). Definição: Facilitação da cicatrização das úlceras de pressão (NIC, 2016, p.218).

Atividades:

Controle da pressão:

- 1. Colocar em colchão terapêutico adequado.
- 2. Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada.
- 3. Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão.
- 4. Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente.
- 5. Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente (por exemplo, Escala de Braden).

Cuidados com Lesão por Pressão:

- Descrever as características da lesão a intervalos regulares, incluindo tamanho (comp. X largura x profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exsudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização.
- 2. Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele ao redor.
- 3. Desbridar a lesão, se necessário.
- 4. Aplicar curativos, conforme apropriado.
- 5. Posicionar a cada uma a duas horas para evitar pressão prolongada.
- 6. Monitorar o estado nutricional.

CASO 5:

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES em casa própria, católico. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 50), peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Há 12 anos teve um acidente vascular encefálico hemorrágico. Realizada cirurgia de gastroplastia videolaparoscópica. À avaliação pelo enfermeiro, o paciente encontra-se em dieta zero, refere ânsia de vômitos, apresentou 01 episódio de vômito de aspecto bilioso nas últimas 6 horas e salivação aumentada. Ao levantar-se do leito, observado equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Equilíbrio	Segurança física.	Domínio:	Risco de queda
prejudicado,		Segurança/proteção	evidenciado pelo período
dificuldade na		Classe: Lesão	de recuperação pós-
marcha,		Física.	operatória, dificuldade na
mobilidade			marcha e redução na
prejudicada e			força, equilíbrio
redução da			prejudicado e idade 66
força em			anos.
membros			
inferiores.			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio: Segurança. Classe: Controle de riscos. Intervenção: Prevenção contra quedas. Definição: Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido a queda (NIC, 2016, p.353).

- 1. Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico.
- 2. Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível de da fadiga ao caminhar.
- 3. Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme indicado.
- 4. Fornecer e orientar quanto ao uso de dispositivos de auxílio (bengala e andador) para a caminhada estável.

- 5. Manter as grades laterais da cama elevadas.
- 6. Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes e programados.
- 7. Realizar orientações aos cuidadores sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir esses riscos.
- 8. Aplicar escala de Morse.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ânsia de	Nutrição.	Domínio: Conforto.	Náusea relacionado ao
vômito,		Classe: Conforto	regime de tratamento,
salivação		físico.	evidenciada por ânsia de
aumentada,			vômito e salivação
regime de			aumentada.
tratamento.			

Domínio fisiológico: Básico. Classe: Promoção do conforto físico. Intervenções: Controle de náusea. Definição: Prevenção e alivio de náuseas (NIC, 2016, p.135). Controle do vômito. Definição: Prevenção e alívio de episódios de vômitos (NIC, 2016, p.191).

Atividades:

Controle de náusea e Controle do Vômito.

- 1. Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes.
- 2. Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas.
- 3. Avaliar a êmese em relação a cor, consistência, presença de sangue, horário e força utilizada.
- 4. Mensurar ou estimar o volume da êmese.
- 5. Identificar os fatores (medicamentos e procedimentos) que possam causar ou contribuir para os episódios de vômitos.
- 6. Posicionar o paciente para prevenir aspiração.
- 7. Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenir vômitos.
- 8. Monitorar dano esofágico e da faringe posterior se os vômitos e a náusea forem prolongados.
- 9. Fornecer medidas de conforto durante o episódio de vômito, realizar higiene oral e do nariz.

CASO 6:

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, católica, desempregada, ensino médio incompleto, natural da Vila Pavão, ES, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias a medicamentos, afirma ser asmática em uso de broncodilatador. Obesidade grau III (IMC: 49,72), peso atual 121,00 kg, altura 1.56 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, mantendo repouso no leito. Na avaliação do enfermeiro observado à ausculta pulmonar, diminuição de murmúrios vesiculares em base e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória, dispneia, refere fadiga. Em imagem de raio-x de tórax observada diminuição da expansibilidade pulmonar.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Padrão	Oxigenação.	Domínio: Atividade	Padrão respiratório
respiratório		e repouso.	ineficaz relacionado a
anormal,		Classe: Respostas	obesidade e fadiga,
fadiga, dispneia		cardiovasculares/pu	evidenciado por dispneia
e presença de		Imonares	e capacidade vital
sibilos em			diminuída, associado a
ápice, uso da			síndrome da
musculatura			hipoventilação.
respiratória.			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle respiratório. Intervenções: Assistência ventilatória. Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões (NIC, 2016, p. 106).

Monitoração respiratória. Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada (NIC, 2016, p. 321).

- 1. Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações.
- Monitorar padrões respiratórios (taquipneia, bradipneia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respirações de Cheyne-Stokes, apneia, respirações de Biot, padrões atáxicos).
- 3. Posicionar paciente para aliviar dispneia, elevar a cabeça em relação ao leito e

- fornecer um apoio para o paciente se inclinar.
- 4. Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão (bom pulmão para baixo).
- 5. Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse.
- 6. Auxiliar com o espirômetro de incentivo.
- 7. Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzidas ou ausentes e a presença de sons adventícios.
- 8. Monitorar quanto a sinais de fadiga da musculatura respiratória.
- 9. Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito.
- 10. Administrar medicamentos apropriados para a dor a fim de prevenir hipoventilação.
- 11. Administrar medicamentos (broncodilatadores e inaladores) que promovam a perviedade das vias aéreas e a troca de gases.

CASO 7:

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, auxiliar em transporte escolar, católica, ensino médio completo. Alérgica a diclofenaco. Obesidade grau III (IMC: 54,23), peso atual 135,400 kg, altura 1.58 m. Realizada a cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal. Refere ser hipertensa e ter hipotireoidismo. Admitida na clínica cirúrgica em pós-operatório imediato. Lúcida, orientada, hipocorada, apresenta-se taquipneica 25 ipm, hipotensa 80x50 mmHg, taquicárdica 130 bpm, acesso venoso periférico em MSE, turgor diminuído. Diurese em baixo débito em sonda vesical de demora. Queixa de dor intensa em abdome, escala de dor 9, região de ferida operatória com aproximadamente 11 cm, mantendo curativo limpo. Em dieta oral zero, refere sede. Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ferida operatória, acesso venoso periférico, alteração na integridade da pele, uso de sonda vesical de	Segurança Física.	Domínio: Segurança/ proteção Classe: Infecção	Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele, associado aos procedimentos invasivos (sonda vesical de demora e ferida operatória).

demora		
(procedimento		
invasivo).		

Domínio: Segurança. Classe: Controle de riscos. Intervenção: Proteção contra infecção. Definição: Prevenção e detecção da infecção em um paciente em risco (NIC, 2016, p. 369).

Atividades:

- 1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção.
- 2. Manter a assepsia para o paciente em risco.
- 3. Inspecionar a pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo e drenagem.
- 4. Inspecionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida.
- 5. Ensinar e orientar paciente e familiares sobre sinais e sintomas da infecção.
- 6. Monitorar exames laboratoriais (contagem de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais).

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Autorrelato da	Percepção dos	Domínio: Conforto	Dor aguda relacionada a
intensidade da	órgãos e sentidos.	Classe: Conforto	agente físico lesivo
dor usando		físico	(procedimento
escala, alteração			cirúrgico), evidenciada
no parâmetro			por relato de dor e
fisiológico			alteração no parâmetro
(taquicardia).			fisiológico (taquicardia).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Básico. Classe: Promoção do conforto físico. Intervenção: Controle da dor. Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente (NIC, 2016, p.130).

- Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.
- 2. Aplicar escala da dor.
- 3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
- 4. Proporcionar o alívio ideal da dor do paciente com o uso dos analgésicos.
- 5. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

INDICADORES	NECESSIDADES	TAXONOMIA	
CLÍNICOS	HUMANAS	NANDA	DIAGNÓSTICOS DE
	BÁSICAS	(DOMÍNIO E	ENFERMAGEM
		CLASSE)	

Alteração no	Hidratação.	Domínio:	Volume de líquido
turgor da pele,		Nutrição.	deficiente relacionado a
aumento da		Classe:	ingestão de líquidos
frequência		Hidratação.	insuficiente, evidenciado
cardíaca,			por alteração no turgor da
diminuição do			pele, aumento da
débito urinário,			frequência cardíaca,
diminuição da			diminuição do débito
pressão arterial			urinário, diminuição da
e sede.			pressão arterial e sede.

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da Perfusão Tissular. Intervenções: Controle Hídrico. Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos (NIC, 2016, p. 191).

Monitoração Hídrica. Definição: Coleta e análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de líquidos (NIC, 2016, p. 318).

Controle da Hipovolemia. Definição: Expansão do volume de fluido intravascular em um paciente cujo volume está diminuído. NIC, 2016, p. 134).

Atividades:

Controle Hídrico:

- 1. Manter um registro preciso de ingestão e eliminação, conforme apropriado.
- 2. Monitorar o estado de hidratação (por exemplo, umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial ortostática), conforme apropriado.
- 3. Monitorar resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos (ureia aumentada, hematócrito diminuído e osmolaridade urinária aumentada).
- 4. Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo pressão venosa central (PVC), pressão arterial média.
- 5. Monitorar sinais vitais.
- 6. Administrar terapia EV, conforme prescrito.
- 7. Distribuir a ingestão de líquidos durante 24 horas, conforme apropriado.

Monitoração Hídrica:

- Estabelecer os possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos (por exemplo, má nutrição, condição de perda de albumina, infecção, estado pósoperatório, poliúrica, vômitos, diarreia, dentre outros).
- 2. Estabelecer se o paciente está com sede ou tem sintomas de alterações de líquidos (p. ex., tontura, alteração da consciência, delírio, apreensão, irritabilidade, náusea, contrações musculares).
- 3. Examinar o tempo de preenchimento capilar.
- 4. Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.
- 5. Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede.
- 6. Monitorar quanto às veias distendidas no pescoço, ruídos nos pulmões, edema periférico e ganho de peso.

Controle da Hipovolemia:

- 1. Pesar diariamente em períodos consistentes (p. ex., após micção, antes do café da manhã) e monitorar tendências.
- 2. Monitorar evidências de desidratação (p. ex., turgor de pele deficiente, preenchimento capilar retardado, pulso fraco/tênue, sede severa, membranas mucosas ressecadas de diminuição da eliminação urinária).
- 3. Monitorar as perdas de fluidos (p. ex., sangramento, vômitos, diarreia, transpiração excessiva e taquipneia).
- 4. Usar uma bomba endovenosa para manter uma taxa de fluxo de infusão constante.

CASO 8:

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, evangélica. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Obesidade grau III (IMC: 56,44), peso atual 146,300 kg, altura 1.61 m. Realizou cirurgia de bypass com y de roux – videolaparoscópica. No período noturno do pós-operatório imediato a paciente relata transtorno de ansiedade e fazer uso de medicação em domicílio. Dispneica, mantendo oxigenioterapia em cateter nasal 4L/min., ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, batimento de asa de nariz, em uso da musculatura acessória.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Batimento de asa de nariz, presença de estertores no hemitórax esquerdo, uso da musculatura acessória e dispneia.	Oxigenação.	Domínio: Atividade/repouso. Classe: Respostas Cardiovasculares/pulm onares.	Padrão respiratório ineficaz relacionado a hiperventilação, ansiedade e obesidade, evidenciado por batimento de asa de nariz, uso da musculatura acessória e dispneia.

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle respiratório. Intervenção: assistência ventilatória. Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões (NIC, 2016, p. 106).

Atividades:

- 1. Posicionar paciente visando minimizar os esforços respiratórios (por exemplo elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar).
- 2. Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir.
- 3. Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.
- 4. Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.
- 5. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.
- 6. Manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

CASO 9:

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, profissão caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, católico. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Pré-diabético e hipertenso. Obesidade grau III (IMC: 50,78), peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m. Realizou gastroplastia. No 2º dia de pós-operatório durante a avaliação diária pelo enfermeiro na enfermaria de cirurgia geral, foram observadas em membros inferiores veias varicosas, mobilidade prejudicada e queixa de dor à palpação em panturrilha direita, referiu história de pai ter tido trombose venosa profunda (TVP), considerando o pós-operatório de cirurgia importante e tempo total de anestesia maior que 90 minutos. O enfermeiro ficou alerta e fez orientações prioritárias. Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Pós-operatório de	Regulação	Domínio:	Risco de
cirurgia	vascular.	Segurança	tromboembolismo
importante, tempo		/proteção.	venoso evidenciado
total de anestesia		Classe: Lesão	por mobilidade
> 90 minutos,		física.	prejudicada e
mobilidade			obesidade, associado
prejudicada (dor),			à cirurgia e tempo total
obesidade, veias			de anestesia > 90
varicosas.			minutos e história
			familiar (pai).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da Perfusão Tissular. Intervenção: Precauções contra a embolia. Definição: Redução do risco de embolia em pacientes com trombos ou risco de formação de trombos (NIC, 2016, p. 341).

Atividades:

- 1. Obter um histórico detalhado da saúde do paciente a fim de determinar os fatores de risco (p. ex., cirurgias recentes, fraturas ósseas, imobilidade, histórico de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda, obesidade).
- 2. Avaliar a presença da Tríade de Virchow: estase venosa, hipercoagulabilidade e traumatismo resultante de dano intimal.
- 3. Avaliar relato de sibilos, hemoptise, ou dor à inspiração; no peito, ombros, costas ou pleurítica; dispneia, taquipneia, taquicardia, síncope.
- 4. Iniciar o regime apropriado de tromboprofilaxia em pacientes de risco imediatamente de acordo com a política e protocolo organizacional.
- 5. Elevar qualquer membro que se suponha estar afetado 20° ou mais acima do nível do coração para aumentar o retorno venoso.
- 6. Aplicar meia elástica de compressão gradual.
- 7. Encorajar a movimentação ou deambulação precoce de acordo com o que tolerar.
- 8. Orientar o paciente que ele não pode cruzar as pernas e deve evitar ficar sentado por longos períodos de tempo com as pernas pendentes.
- Orientar o paciente a evitar atividades que resultem em manobra de Valsalva (p.
 ex., esforço durante a evacuação) e administrar emoliente de fezes e antieméticos,
 conforme apropriado.
- 10. Orientar o paciente a relatar sangramentos excessivos (p. ex., sangramentos nasais, hematêmese, sangue na urina, dentre outros).

CASO 10:

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES. Afirma ser hipertensa. Mãe com histórico de hipertensão arterial, pai com histórico de infarto e

irmão renal crônico. Obesidade grau III (IMC: 42,73), peso atual de 104 kg, altura 1.56 m. No 3º dia de pós-operatório de gastroplastia, às 17 horas, na enfermaria de cirurgia geral, a enfermeira foi chamada ao quarto 227, durante a avaliação a paciente apresentava comportamento de ansiedade e inquietação, taquicardia, distensão da veia jugular, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, 80% de saturação em oximetria de pulso, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, tempo de preenchimento capilar prolongado. Presença de ferida operatória em região mesogástrica medindo aproximadamente 12 cm, mantendo curativo limpo. Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Taquicardia,	Regulação	Domínio:	Débito cardíaco
ansiedade e	vascular.	Atividade/repouso.	diminuído evidenciado
inquietação,		Classe: Respostas	por taquicardia (alteração
distensão de veia		cardiovasculares/p	do ritmo cardíaco),
jugular e tempo de		ulmonares.	ansiedade e inquietação
preenchimento			(emocionais), distensão
capilar			de veia jugular (alteração
prolongado.			da pré-carga), tempo de
			preenchimento capilar
			prolongado e dispneia
			(alteração da pós-carga).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da Perfusão Tissular. Intervenção: Cuidados Cardíacos. Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada (NIC, 2016, p. 196).

Atividades:

- 1. Monitorar o paciente física e psicologicamente de modo rotineiro, de acordo com a instituição.
- 2. Certificar-se do nível de atividade que não compromete o débito cardíaco ou provoca eventos cardíacos.
- 3. Avaliar quaisquer episódios de dor no peito (p. ex., intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio).
- 4. Monitorar eletrocardiograma quanto a alterações de ST.
- 5. Monitorar os sinais vitais com frequência.

- 6. Observar sinais e sintomas de redução do débito cardíaco.
- 7. Monitorar o abdome quanto a indicações de perfusão diminuída.
- 8. Monitorar equilíbrio hídrico (ingestão, eliminação e peso diário).
- 9. Monitorar o estado respiratório quanto a sintomas de insuficiência cardíaca.
- 10. Avaliar o paciente quanto a ansiedade e depressão, encorajando o tratamento com antidepressivos adequados, terapias de relaxamento e técnicas efetivas de redução do estresse, conforme indicado.

APÊNDICE E - CARTA CONVITE

CARTA-CONVITE

Eu, Elisangela Ribeiro Chaves, Enfermeira, discente do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo sob orientação das Professoras Dras. Maria Edla Bringuente e Cândida Caniçali Primo, estou desenvolvendo um estudo intitulado "PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PÓS-OPERATÓRIO **PACIENTES** EM DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL", no qual uma das etapas referese à avaliação de conteúdo por juízes. Trata-se da minha dissertação, que tem como objetivos: Identificar os diagnósticos e intervenções prevalentes em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica; Avaliar os diagnósticos de enfermagem, estudos de caso e os indicadores clínicos que irão compor o conteúdo do material instrucional; e Elaborar um material instrucional sobre processo de enfermagem no pós-operatório do paciente bariátrico.

Considerando sua área de atuação profissional, gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, tendo em vista que seus conhecimentos relacionados à temática são relevantes para a avaliação dos conteúdos desenvolvidos em relação a assistência ao paciente bariátrico. Após sua aceitação em participar, gentileza assinalar no formulário online com "sim" no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Peço que envie a sua avaliação no prazo recomendado (até 5 dias). Em retribuição enviaremos **um certificado** de parecer técnico da sua participação no estudo.

Agradeço desde já a sua participação.

Atenciosamente,

Elisangela Ribeiro Chaves

Mestranda em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFES

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Venho por meio deste convidar-lhe a participar, de forma voluntária, no estudo denominado: "PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL", que possui como objetivos: Identificar os diagnósticos e intervenções prevalentes em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica; Avaliar os diagnósticos de enfermagem, estudos de caso e os indicadores clínicos que irão compor o conteúdo do material instrucional; e Elaborar um material instrucional sobre processo de enfermagem no pós-operatório do paciente bariátrico.

PROCEDIMENTOS: A sua participação como juiz se dará pelo aceite com sim no formulário online Google Forms que será enviado por e-mail e/ou por meio do link para acesso no celular. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos são mínimos e pouco prováveis, podendo estar relacionados apenas ao desconforto em participar na qualidade de especialista da pesquisa. Os riscos e desconfortos serão minimizados assegurando sua recusa em participar, o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejuízo. BENEFÍCIOS: Este estudo poderá trazer benefícios a partir do processo de enfermagem sobre paciente submetido a cirurgia bariátrica para os enfermeiros que atuam diretamente com esse grupo, através do raciocínio clínico e diagnóstico, proporcionado pela tecnologia educacional do tipo material instrucional, a ser elaborada e contribuir para a qualidade da assistência à saúde da população e organização do serviço de enfermagem no hospital de ensino. GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA: O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores. GARANTIA DE MANUTEÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Cada participante será identificado apenas por um número de participação, conhecido apenas pelos pesquisadores. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da não identificação do participante. Os dados coletados serão lançados nos resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pelo pesquisador, para uso dessas informações no

trabalho, podendo ser utilizados na divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Caso a pesquisa seja publicada, toda e qualquer identidade permanecerá confidencial. GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO E/OU INDENIZAÇÃO: A nenhum custo ou quaisquer compensações ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar a pesquisadora Elisangela Ribeiro Chaves, no telefone (27) 999584790 ou no email elisangela.chaves@ebserh.gov.br. Caso não consiga contatar a pesquisadora ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do HUCAM/UFES pelo telefone (27) 3335-7326, e-mail cephucam@gmail.com ou correio, através do seguinte endereço: Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1355 - Maruípe, CEP 29043-260, Vitória - ES, Brasil. Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora e rubricada em todas as páginas.

Vitória,						
PARTICIPANTE DA PESQUISA						
Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "Processo de Enfermagem para						
pacientes em pós-operatório de Cirurgia Bariátrica: Elaboração de materia						
instrucional" eu, Elisangela Ribeiro Chaves, declaro ter cumprido as exigências do item						
IV.3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de						
pesquisas envolvendo seres humanos.						
PESQUISADOR						

APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO MATERIAL INSTRUCIONAL

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO MATERIAL INSTRUCIONAL

Prezado(a),

Contamos com sua participação para responder os instrumentos desta pesquisa, que tem como objetivo avaliar os diagnósticos de enfermagem prioritários no pósoperatório de cirurgia bariátrica, os indicadores clínicos e os estudos de caso. Os instrumentos estão divididos em quatro partes, e esses conteúdos irão compor um material instrucional após essa avaliação pelos enfermeiros participantes da pesquisa:

- 1) Caracterização do enfermeiro(a) juiz;
- Avaliação dos indicadores clínicos;
- 3) Avaliação da representatividade dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I; e
- 4) Avaliação dos estudos de caso.

Solicitamos o preenchimento dos instrumentos em um prazo de no máximo 5 dias. Agradecemos a sua contribuição e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome completo: Sexo: () Feminino () Masculino Idade (anos completos): Lotação: Titulação máxima: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () PósDoutorado Tempo de graduação (anos completos): Tempo de assistência ao paciente bariátrico (em anos): Utiliza ou utilizou os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em sua prática clínica? () Sim () Não Utiliza ou utilizou as intervenções de enfermagem da NIC em sua prática

2) Instrumento de Avaliação dos indicadores clínicos:

Prezado(a),

clínica?

() Sim () Não

Após a leitura atenta de cada estudo de caso, solicitamos que avalie com base na seguinte pergunta:

Os indicadores clínicos presentes no estudo de caso são suficientes para identificação do diagnóstico de enfermagem em questão?

Assinale com um X na opção: Concordo ou Discordo.

Deixamos uma coluna para você fazer sugestões de outros indicadores clínicos que achar pertinente para a identificação desse diagnóstico de enfermagem.

CASO 1:

E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES. Hipertensa, faz uso de anti-hipertensivos, e diabética em uso de insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 44,86), peso atual 102,300 kg e altura 1.51 m. Realizou gastroplastia com derivação intestinal. No dia seguinte à cirurgia a paciente apresentava ingestão alimentar restrita a líquidos em pequena quantidade, variações na glicemia capilar, alteração no estado mental, demonstrando-se ansiosa sobre seu estado de saúde, desconforto respiratório aos esforços referido por fadiga, frequência respiratória de 30 respirações por minuto e tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Pulsos periféricos diminuídos e relato de dormência em mãos. Refere não conseguir sair do leito para realizar banho, devido a fraqueza no corpo.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de
clínicos	enfermagem			outro indicador
				clínico
Desconforto	Intolerância à			
respiratório ao	atividade relacionada			
esforço, fadiga,	ao desequilíbrio entre			
dispneia,	a oferta e a demanda			
fraqueza	de oxigênio e			
	imobilidade,			
	evidenciado por			
	desconforto aos			
	esforços e fadiga.			
Diameter feeting	D- 4-2			
Dispneia, fadiga	Padrão respiratório			
e obesidade.	ineficaz relacionado a			
	fadiga e obesidade,			

	evidenciado por
	dispneia.
Tempo de	Perfusão tissular
enchimento	periférica ineficaz
	•
capilar > 3	evidenciada por tempo
segundos,	de enchimento capilar
pulsos	> 3 segundos,
periféricos	parestesia e pulsos
diminuídos e	periféricos diminuídos,
parestesia	relacionados a
(dormência em	diabetes mellitus,
mãos).	hipertensão e/ou
	trauma (procedimento
	cirúrgico).
Controle	Risco de glicemia
insuficiente do	instável evidenciado
diabetes,	por controle
ingestão	insuficiente do
alimentar	diabetes.
insuficiente,	diabetes.
alteração no	
estado mental.	

CASO 2:

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, aposentada, católica, sedentária, natural da Bahia, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Viana, ES. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Em 2º dia de pós-operatório de gastroplastia com gastroenteroanastomose, apresentando ferida operatória em região supraumbilical, refere dor à palpação abdominal superficial, aplicada escala de intensidade da dor de 0 a 10, com resposta 9, apresenta comportamento expressivo, expressão facial de dor, deambula com auxílio de muletas devido a artrose em membro inferior

esquerdo (MIE), observadas alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular do MIE.

Indicadores	Indicadores Diagnósticos de		Discordo	Sugestão de
clínicos enfermagem				outro indicador
				clínico
Ferida operatória	Integridade tissular			
•	_			
(dano tecidual),	prejudicada relacionada a			
dor aguda,				
procedimento	procedimento cirúrgico,			
cirúrgico.	evidenciada por tecido			
	destruído e/ou dano			
	tecidual.			
Dor à palpação	Dor aguda relacionada			
abdominal	a agente físico lesivo,			
superficial,	evidenciada por			
comportamento	autorrelato da			
expressivo,	intensidade usando			
expressão facial	escala padronizada de			
de dor.	dor, expressão facial de			
	dor.			
Alteração na	Mobilidade física			
marcha, força	prejudicada			
muscular	relacionada a falta de			
diminuída e	condicionamento físico,			
rigidez articular	estilo de vida			
no MIE.	sedentário e alteração			
	na integridade de			
	estruturas ósseas			
	(artrose), evidenciada			
	por redução das			
	habilidades motoras			
	grossas.			

CASO 3:

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, natural de Linhares, vendedora, ensino médio completo, católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Refere hipertensão, artrose e labirintite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, encontra-se em repouso no leito. Às 22h refere dor abdominal, náusea, sensação de ânsia de vômito, aumento da salivação e sabor amargo na boca. Na avaliação pelo enfermeiro constatou distensão abdominal com som timpânico à percussão e ausência de eliminação de flatos.

Indicadores clínicos	Diagnósticos de enfermagem	Concordo	Discordo	Sugestão de outro indicador clínico
Dor abdominal,	Motilidade			
náusea,	gastrintestinal			
ausência de	disfuncional			
flatos e	relacionada a dor			
distensão	abdominal, náusea,			
abdominal.	abdome distendido e			
	ausência de eliminação			
	de flatos, evidenciada			
	por estressores (dor),			
	imobilidade e regime de tratamento.			
	tratamento.			
Ânsia de	Náusea relacionada a			
vômito,	ânsia de vômito e sabor			
salivação	amargo na boca,			
aumentada e	evidenciada por			
sabor amargo.	distensão gástrica e			
	regime de tratamento.			
Estilo de vida	Risco de intolerância à			
sedentário,	atividade evidenciado			
repouso no leito	por imobilidade e estilo			
(imobilidade),	de vida sedentário.			
história de				
intolerância à atividade				
(cansaço e dor).				

CASO 4:

D.A.S., sexo masculino, 33 anos, cor branca, casado, evangélico, profissão motorista, natural de Ilhéus-BA, procedente da Serra, ES, ensino médio incompleto. Obesidade grau III (IMC: 50,30), peso atual 124,00 kg, altura 1.57 m. Em pósoperatório de gastrectomia vertical videolaparoscópica, apresentou parada cardiorrespiratória no intraoperatório, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Durante o exame físico a enfermeira observou fraqueza e dor intensa ao realizar movimento no membro inferior direito (MID) e paresia em membros inferiores (MMII). Apresenta dependência para o autocuidado, necessita de auxílio para banho em cadeira, higiene oral e alimentação, alta dependência de cuidados pela classificação Fugulin (pontuação 26). Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, realizado desbridamento cirúrgico no leito da lesão, mantendo curativo primário de alginato de cálcio com prata.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de
clínicos	enfermagem			outro indicador
				clínico
Dependência	Déficit no autocuidado			
para o	para alimentação			
autocuidado,	relacionado a dor e			
dor, fraqueza	fraqueza, evidenciado por			
em MID e	capacidade prejudicada de			
paresia em	manusear os utensílios e			
MMII.	prejuízo neuromuscular.			
	Déficit no autocuidado			
	para banho relacionado a			
	dor e fraqueza, evidenciado			
	por capacidade prejudicada			
	de acessar o banheiro,			
	lavar o corpo e secar.			
Expressão	Dor aguda relacionada a			
facial de dor e	agente lesivo físico			
relato.	(procedimento cirúrgico)			
	evidenciada por expressão			

	facial de dor.		
Tecido	Integridade tissular		
destruído (lesão	prejudicada relacionada a		
por pressão).	procedimento cirúrgico		
	evidenciado por tecido		
	destruído na região sacral,		
	associado a mobilidade		
	prejudicada.		

CASO 5:

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES, em casa própria, católico. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 50), peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Há 12 anos teve um acidente vascular encefálico hemorrágico. Realizada cirurgia de gastroplastia videolaparoscópica. À avaliação pelo enfermeiro o paciente encontra-se em dieta zero, refere ânsia de vômitos, apresentou 01 episódio de vômito de aspecto bilioso nas últimas 6 horas e salivação aumentada. Ao levantar-se do leito, observados equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de outro
clínicos	enfermagem			indicador clínico
Equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e	Risco de quedas evidenciado pelo período de recuperação pós- operatória, dificuldade na			
redução da força em membros inferiores.	marcha, redução na força, equilíbrio prejudicado e idade 66 anos.			

Ânsia de	Náusea		
vômito,	relacionada ao		
salivação	regime de		
aumentada.	tratamento		
	evidenciada por		
	ânsia de vômito e		
	salivação		
	aumentada.		

CASO 6:

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, católica, desempregada, ensino médio incompleto, natural da Vila Pavão, ES, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias a medicamentos, afirma ser asmática em uso de broncodilatador. Obesidade grau III (IMC: 49,72), peso atual 121,00 kg, altura 1.56 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, mantendo repouso no leito. Na avaliação do enfermeiro observado à ausculta pulmonar, diminuição de murmúrios vesiculares em base e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória, dispneia, refere fadiga. Em imagem de raio-x de tórax observada diminuição da expansibilidade pulmonar.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de outro
clínicos	enfermagem			indicador clínico
Padrão	Padrão respiratório			
respiratório	ineficaz relacionado			
anormal,	a obesidade e fadiga,			
fadiga,	evidenciado por			
dispneia.	dispneia e			
	capacidade vital			
	diminuída, associado			
	a síndrome da			
	hipoventilação.			

CASO 7:

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, auxiliar em transporte escolar, católica, ensino médio completo. Alérgica a diclofenaco. Obesidade grau III (IMC: 54,23), peso atual 135,400 kg, altura 1.58 m. Realizada a

cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal. Refere ser hipertensa e ter hipotireoidismo. Admitida na clínica cirúrgica em pós-operatório imediato. Lúcida, orientada, hipocorada, apresenta-se taquipneica 25 ipm, hipotensa 80x50 mmHg, taquicárdica 130 bpm, acesso venoso periférico em MSE, turgor diminuído. Diurese em baixo débito em sonda vesical de demora. Queixa dor intensa em abdome, escala de dor 9, região de ferida operatória com aproximadamente 11 cm, mantendo curativo limpo. Em dieta oral zero, refere sede.

enfermagem co de infecção denciado por			indicador clínico
_			
_			
denciado por			
~ .			
_			
asivo (cirurgia).			
r aguda			
acionada a agente			
co lesivo			
ocedimento			
irgico),			
denciada por			
ato de dor.			
lume de líquido			
iciente			
acionado a			
estão de líquidos			
uficiente,			
denciado por			
eração no turgor			
pele, aumento da			
quência cardíaca,			
ninuição do débito			
nário, diminuição			
pressão arterial e			
le.			
	cionada a agente co lesivo ocedimento rgico), denciada por to de dor. ume de líquido iciente cionado a estão de líquidos uficiente, denciado por ração no turgor ração no turgor oele, aumento da juência cardíaca, inuição do débito ário, diminuição oressão arterial e	gridade da pele, ociado ao cedimento asivo (cirurgia). r aguda cionada a agente co lesivo ocedimento rgico), denciada por to de dor. ume de líquido iciente cionado a estão de líquidos uficiente, denciado por ração no turgor oele, aumento da quência cardíaca, inuição do débito ário, diminuição oressão arterial e	gridade da pele, ociado ao cedimento asivo (cirurgia). raguda cionada a agente co lesivo ocedimento rgico), denciada por to de dor. ume de líquido iciente cionado a estão de líquidos uficiente, denciado por ração no turgor ocele, aumento da quência cardíaca, inuição do débito ário, diminuição ocressão arterial e

CASO 8:

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, evangélica. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Obesidade grau III (IMC: 56,44), peso atual 146,300 kg, altura 1.61 m. Realizou cirurgia de bypass com y de roux – videolaparoscópica. No período noturno do pós-operatório imediato a paciente relata transtorno de ansiedade e fazer uso de medicação em domicílio. Dispneica, mantendo oxigenioterapia em cateter nasal 4L/min., ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, batimento de asa de nariz, em uso da musculatura acessória.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de outro
clínicos	enfermagem			indicador clínico
Batimento de asa	Padrão respiratório			
de nariz, uso da	ineficaz relacionado a			
musculatura	ansiedade e			
acessória e	obesidade,			
dispneia.	evidenciado por			
	batimento de asa de			
	nariz, uso da			
	musculatura			
	acessória e dispneia.			

CASO 9:

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, profissão caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, católico. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Pré-diabético e hipertenso. Obesidade grau III (IMC: 50,78), peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m. Realizou gastroplastia. No 2º dia de pós-operatório durante a avaliação diária pelo enfermeiro na enfermaria de cirurgia geral, foram observadas em membros inferiores veias varicosas, mobilidade prejudicada e queixa de dor à palpação em panturrilha direita, referiu história de pai ter tido trombose venosa profunda (TVP), considerando o pós-operatório de cirurgia importante e tempo total de anestesia maior que 90 minutos, o enfermeiro ficou alerta e fez orientações prioritárias.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de
clínicos	enfermagem			outro indicador
				clínico
D' ''	D: .			
Pós-operatório	Risco de			
de cirurgia	tromboembolismo			
importante,	venoso evidenciado por			
tempo total de	mobilidade prejudicada e			
anestesia > 90	obesidade, associado à			
minutos,	cirurgia e tempo total de			
mobilidade	anestesia > 90 minutos e			
prejudicada (dor),	história familiar (pai).			
obesidade.				

CASO 10:

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES. Afirma ser hipertensa. Mãe com histórico de hipertensão arterial, pai com histórico de infarto e irmão renal crônico. Obesidade grau III (IMC: 42,73), peso atual de 104 kg, altura 1.56 m. No 3º dia de pós-operatório de gastroplastia, às 17 horas, na enfermaria de cirurgia geral, a enfermeira foi chamada ao quarto 227, durante a avaliação a paciente apresentava comportamento de ansiedade e inquietação, taquicardia, distensão da veia jugular, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, 80% de saturação em oximetria de pulso, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, tempo de preenchimento capilar prolongado. Presença de ferida operatória em região mesogástrica medindo aproximadamente 12 cm, mantendo curativo limpo.

Indicadores	Diagnósticos de	Concordo	Discordo	Sugestão de
clínicos	enfermagem			outro
				indicador
				clínico
Taquicardia,	Débito cardíaco			
ansiedade e	diminuído evidenciado			
inquietação,	por taquicardia (alteração			
distensão de veia	do ritmo cardíaco),			
jugular e tempo de	ansiedade e inquietação			
preenchimento	(emocionais), distensão			
capilar prolongado.	de veia jugular (alteração			
	da pré-carga), tempo de			
	preenchimento capilar			
	prolongado e dispneia			
	(alteração da pós-carga).			

3) Instrumento de Avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem

Prezado(a),

Após a leitura atenta de todo conteúdo do quadro abaixo, solicitamos que avalie com base na seguinte pergunta:

Com que frequência você utiliza ou poderia utilizar esses **diagnósticos** durante a assistência no pós-operatório do paciente bariátrico?

Assinale com um X, na escala: Sempre; Muitas vezes; Raramente; Nunca.

Título Diagnóstico NANDA-I	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca
Débito cardíaco diminuído				
Déficit no autocuidado				
para alimentação				
Déficit no autocuidado				
para banho				
Dor aguda				
Integridade tissular				

prejudicada		
Intolerância à atividade		
Mobilidade física		
prejudicada		
Motilidade gastrintestinal		
disfuncional		
Náusea		
Padrão respiratório		
ineficaz		
Perfusão tissular		
periférica ineficaz		
Risco de glicemia instável		
Risco de infecção		
Risco de intolerância à		
atividade		
Risco de queda		
Risco de		
tromboembolismo venoso		
Volume de líquido		
deficiente		

4) Instrumento para avaliação dos estudos de caso:

Após a leitura atenta dos dez estudos de casos, solicitamos que avalie cada item de acordo com as seguintes opções: **atende** ou **não atende**.

Utilize o espaço indicado para justificativa e sugestões de modificações nos itens que não atenderem ao objetivo do estudo de caso.

A seguir, são apresentados 3 objetivos que devem estar presentes na elaboração de estudos de caso. Avalie cada objetivo para cada um dos dez estudos de caso:

Utilize a numeração:

- (1-) não atende.
- (1+) atende.

Objetivo do estudo de caso	Número do estudo de caso									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1- O estudo de caso representa										
situação típica de pacientes que										
os enfermeiros diagnosticam e										
gerenciam em situações clínicas										
cirúrgicas.										
2- O estudo de caso é escrito										
claramente.										
3- O estudo de caso reflete										
situações dos pacientes em										
ocorrências cirúrgicas.										

Sugestões:			
_			

APÊNDICE H - PROTOCOLO COM OS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Indicadores clínicos: Desconforto respiratório ao esforço, fadiga, taquipneia, fraqueza, tempo de enchimento capilar > 3 segundos.

Diagnóstico de enfermagem: Intolerância à atividade relacionada ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e imobilidade, evidenciada por desconforto aos esforços e fadiga.

Intervenções/atividades:

- 1. Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (taquicardia, outras disritmias, dispneia, sudorese, palidez, pressões hemodinâmicas, frequência respiratória).
- 2. Auxiliar nas atividades físicas regulares (deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), se necessário.
- 3. Monitorar a resposta do oxigênio do paciente (frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.
- 4. Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado.

Indicadores clínicos: Taquipneia, hiperventilação, ansiedade, fadiga e obesidade.

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga e obesidade, evidenciado por taquipneia.

- 1. Posicionar paciente visando minimizar os esforços respiratórios (por exemplo elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar).
- 2. Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir.
- 3. Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.
- 4. Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.
- 5. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.

6. Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

Indicadores clínicos: Tempo de enchimento capilar > 3 segundos, pulsos periféricos diminuídos e parestesia (dormência em mãos).

Diagnóstico de enfermagem: Perfusão tissular periférica ineficaz evidenciada por tempo de enchimento capilar > 3 segundos, parestesia e pulsos periféricos diminuídos, relacionados a diabetes melittus, hipertensão e/ou procedimento cirúrgico.

Intervenções/atividades:

- 1. Monitorar os sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária.
- 2. Monitorar a oximetria de pulsos conforme apropriado.
- 3. Monitorar ECG conforme apropriado.
- 4. Monitorar o aparecimento de sintomas de falência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO2, níveis elevados de PaCO2, fadiga de músculos respiratórios).

Indicadores clínicos: Controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente, alteração no estado mental.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de glicemia instável evidenciado por controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente e alteração no estado mental.

- 1. Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme apropriado.
- 2. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento visual ou cefaleia;
- 3. Administrar insulina conforme prescrição.
- 4. Orientar o paciente e familiares sobre o tratamento do diabetes durante a doença, inclusive uso de insulina e/ou agentes orais, monitoramento da ingestão de líquidos, reposição de carboidratos e o momento de buscar ajuda profissional, conforme apropriado.
- 5. Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de retenção de líquidos.
- 6. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hipoglicemia (p. ex., falta de firmeza, tremores, transpiração, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, umidade na pele, delírio, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, tontura, fraqueza, calor, vertigem,

desmaio, visão embaçada, pesadelos, choro durante o sono, parestesias, dificuldade para falar, falta de coordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsão).

7. Administrar glicose intravenosa se indicado.

Indicadores clínicos: Ferida operatória (dano tecidual), dor aguda, procedimento cirúrgico.

Diagnóstico de enfermagem: Integridade tissular prejudicada relacionada a procedimento cirúrgico, evidenciada por tecido destruído e/ou dano tecidual.

Intervenções/atividades:

- 1. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.
- 2. Medir o leito da lesão, conforme apropriado.
- 3. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.
- 4. Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado.
- 5. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.
- 6. Orientar o paciente e a família sobre armazenagem e descarte de curativos e materiais.
- 7. Orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão.
- 8. Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção.
- 9. Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

Indicadores clínicos: Dor à palpação abdominal superficial, comportamento expressivo, expressão facial de dor, autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor.

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada a agente físico lesivo, evidenciada por autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor, expressão facial de dor.

- 1. Fazer avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.
- 2. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
- 3. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

Indicadores clínicos: Alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular.

Diagnóstico de enfermagem: Mobilidade física prejudicada relacionada a falta de condicionamento físico, estilo de vida sedentário e alteração na integridade de estruturas ósseas (artrose), evidenciada por redução das habilidades motoras grossas.

Intervenções/atividades:

- 1. Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado.
- Auxiliar o paciente na deambulação e fornecer dispositivo de auxílio (bengala, muletas, andador).
- 3. Auxiliar o paciente a posicionar-se de maneira ideal para o movimento passivo/ativo da articulação.
- 4. Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

Indicadores clínicos: Dor abdominal, náusea, ausência de flatos e distensão abdominal.

Diagnóstico de enfermagem: Motilidade gastrintestinal disfuncional relacionada a imobilidade e regime de tratamento, evidenciada pela náusea, dor, distensão abdominal e ausência da eliminação de flatos.

Intervenções/atividades:

- 1. Ensinar ao paciente como são produzidos os flatos e os métodos de alívio.
- 2. Ensinar ao paciente como evitar situações que o façam engolir ar em excesso.
- 3. Monitorar os ruídos intestinais.
- 4. Proporcionar exercícios adequados.
- 5. Oferecer medicamento de ação antiflatulenta, se prescrito.
- 6. Limitar ingesta oral se o sistema gastrointestinal inferior estiver inativo.

Indicadores clínicos: Ânsia de vômito, salivação aumentada e sabor amargo, regime de tratamento.

Diagnóstico de enfermagem: Náusea relacionada ao regime de tratamento, distensão gástrica, evidenciada pela ânsia de vômito, salivação excessiva e sabor amargo na boca.

Intervenções/atividades:

- Realizar avaliação das náuseas, incluindo frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes.
- 2. Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas, quando possível.
- 3. Reduzir ou eliminar fatores individuais que precipitam ou aumentam a náusea (ansiedade, medo, fadiga e falta de conhecimento).
- 4. Incentivar a alimentação com pequenas quantidades de alimentos.
- 5. Monitorar o registro do conteúdo nutricional e as calorias ingeridas.
- 6. Pesar regularmente.

Indicadores clínicos: Estilo de vida sedentário, repouso no leito (imobilidade), história de intolerância à atividade (cansaço e dor), falta de condicionamento físico.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de intolerância à atividade evidenciado por imobilidade e estilo de vida sedentário.

Intervenções/atividades:

- 1. Estimular a pessoa a começar o exercício e orientar sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos.
- 2. Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado.
- Auxiliar o paciente na deambulação e fornecer dispositivo de auxílio (bengala, muletas, andador).
- 4. Auxiliar o paciente a posicionar-se de maneira ideal para o movimento passivo/ativo da articulação.
- 5. Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

Indicadores clínicos: Dependência para o autocuidado, dor, fraqueza em MSD e paresia em MMII.

Diagnóstico de enfermagem: Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a dor e fraqueza, evidenciado por capacidade prejudicada de manusear os utensílios e prejuízo neuromuscular.

Déficit no autocuidado para banho relacionado a dor e fraqueza, evidenciado por capacidade prejudicada de acessar o banheiro, lavar o corpo e secar.

Intervenções/atividades:

- 1. Monitorar a capacidade de deglutição do paciente.
- Garantir um posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição.
- 3. Fornecer assistência física, conforme necessário.
- 4. Proporcionar alívio adequado da dor antes das refeições, conforme prescrição.
- 5. Fornecer dispositivos adaptativos para facilitar a autoalimentação, estimular e supervisionar frequentemente.
- 6. Facilitar o ato de tomar banho sozinho pelo paciente, conforme apropriado.
- 7. Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária, fornecendo assistência até o paciente conseguir assumir totalmente o autocuidado.

Indicadores clínicos: Expressão facial de dor e relato conforme escala de 0 a 10 (dor 09).

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada a agente físico e biológico lesivos (intercorrências do intra e pós-operatório) evidenciada por expressão facial de dor, autorrelato da intensidade usando escala da dor.

Intervenções/atividades:

- Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.
- 2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.
- 3. Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.
- 4. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência de dor.

Indicadores clínicos: Tecido destruído (lesão por pressão), mobilidade prejudicada.

Diagnóstico de enfermagem: Integridade tissular prejudicada relacionada a mobilidade prejudicada, evidenciada por tecido destruído (lesão por pressão) na região sacral.

Intervenções/atividades:

Controle da pressão:

- Colocar em colchão terapêutico adequado.
- 2. Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada.

- 3. Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão.
- 4. Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente.
- 5. Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente (p. ex. Escala de Braden).

Cuidados com Lesão por Pressão:

- 1. Descrever as características da lesão a intervalos regulares, incluindo tamanho (comp. x largura x profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exsudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização.
- 2. Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele ao redor.
- 3. Desbridar a lesão, se necessário.
- 4. Aplicar curativos, conforme apropriado.
- 5. Posicionar a cada uma a duas horas para evitar pressão prolongada.
- 6. Monitorar o estado nutricional.

Indicadores clínicos: Equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de queda evidenciado pelo período de recuperação pós-operatória, dificuldade na marcha e redução na força, equilíbrio prejudicado e idade 66 anos.

- 1. Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico.
- 2. Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível de fadiga ao caminhar.
- 3. Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme indicado.
- 4. Fornecer e orientar quanto ao uso de dispositivos de auxílio (bengala e andador) para a caminhada estável.
- 5. Manter as grades laterais da cama elevadas.
- 6. Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes e programados.
- 7. Realizar orientações aos cuidadores sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir esses riscos.
- 8. Aplicar escala de Morse.

Indicadores clínicos: Ânsia de vômito, salivação aumentada, regime de tratamento.

Diagnóstico de enfermagem: Náusea relacionada ao regime de tratamento, evidenciado por ânsia de vômito e salivação aumentada.

Intervenções/atividades:

Controle de náusea e Controle do Vômito

- Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes.
- Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas.
- 3. Avaliar a êmese em relação a cor, consistência, presença de sangue, horário e força utilizada.
- 4. Mensurar ou estimar o volume da êmese.
- 5. Identificar os fatores (medicamentos e procedimentos) que possam causar ou contribuir para os episódios de vômitos.
- 6. Posicionar o paciente para prevenir aspiração.
- 7. Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenir vômitos.
- 8. Monitorar dano esofágico e da faringe posterior se os vômitos e a náusea forem prolongados.
- Fornecer medidas de conforto durante o episódio de vômito, realizar higiene oral e do nariz.

Indicadores clínicos: Padrão respiratório anormal, fadiga, dispneia e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória.

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado a obesidade e fadiga, evidenciado por dispneia e capacidade vital diminuída, associado a síndrome da hipoventilação.

- 1. Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações.
- Monitorar padrões respiratórios (taquipneia, bradipneia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respirações de Cheyne-Stokes, apneia, respirações de Biot, padrões atáxicos).
- 3. Posicionar paciente para aliviar dispneia, elevar a cabeça em relação ao leito e

fornecer um apoio para o paciente se inclinar.

- 4. Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão (bom pulmão para baixo).
- 5. Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse.
- 6. Auxiliar com o espirômetro de incentivo.
- 7. Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente e a presença de sons adventícios.
- 8. Monitorar quanto a sinais de fadiga da musculatura respiratória.
- 9. Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito.
- 10. Administrar medicamentos apropriados para a dor a fim de prevenir hipoventilação.
- 11. Administrar medicamentos (broncodilatadores e inaladores) que promovam a perviedade das vias aéreas e a troca de gases.

Indicadores clínicos: Ferida operatória, acesso venoso periférico, alteração na integridade da pele, uso de sonda vesical de demora (procedimento invasivo).

Diagnóstico de enfermagem: Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele, associado aos procedimentos invasivos (sonda vesical de demora e ferida operatória).

Intervenções/atividades:

- 1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção.
- 2. Manter a assepsia para o paciente em risco.
- Inspecionar a pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo e drenagem.
- 4. Inspecionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida.
- 5. Ensinar e orientar paciente e familiares sobre sinais e sintomas da infecção.
- 6. Monitorar exames laboratoriais (contagem de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais).

Indicadores clínicos: Autorrelato da intensidade da dor usando escala, alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia).

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada a agente físico lesivo (procedimento cirúrgico), evidenciada por relato de dor e alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia).

Intervenções/atividades:

1. Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização,

características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.

- 2. Aplicar escala da dor.
- 3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
- 4. Proporcionar o alívio ideal da dor do paciente com o uso dos analgésicos.
- 5. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

Indicadores clínicos: Alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.

Diagnóstico de enfermagem: Volume de líquido deficiente relacionado a ingestão de líquidos insuficiente, evidenciado por alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.

Intervenções/atividades:

Controle Hídrico:

- 1. Manter um registro preciso de ingestão e eliminação, conforme apropriado.
- 2. Monitorar o estado de hidratação (p. ex., umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial ortostática), conforme apropriado.
- 3. Monitorar resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos (ureia aumentada, hematócrito diminuído e osmolaridade urinária aumentada).
- 4. Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo pressão venosa central (PVC), pressão arterial média.
- 5. Monitorar sinais vitais.
- 6. Administrar terapia EV, conforme prescrito.
- 7. Distribuir a ingestão de líquidos durante 24 horas, conforme apropriado.

Monitoração Hídrica:

- 1. Estabelecer os possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos (p. ex., má nutrição, condição de perda de albumina, infecção, estado pós-operatório, poliúrica, vômitos, diarreia, dentre outros).
- 2. Estabelecer se o paciente está com sede ou tem sintomas de alterações de líquidos (p. ex., tontura, alteração da consciência, delírio, apreensão, irritabilidade, náusea, contrações musculares).
- 3. Examinar o tempo de preenchimento capilar.
- 4. Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.

- 5. Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede.
- 6. Monitorar quanto às veias distendidas no pescoço, ruídos nos pulmões, edema periférico e ganho de peso.

Controle da Hipovolemia:

- 1. Pesar diariamente em períodos consistentes (p. ex., após micção, antes do café da manhã) e monitorar tendências.
- 2. Monitorar evidências de desidratação (p. ex., turgor de pele deficiente, preenchimento capilar retardado, pulso fraco/tênue, sede severa, membranas mucosas ressecadas de diminuição da eliminação urinária).
- 3. Monitorar as perdas de fluidos (p. ex., sangramento, vômitos, diarreia, transpiração excessiva e taquipneia).
- 4. Usar uma bomba endovenosa para manter uma taxa de fluxo de infusão constante.

Indicadores clínicos: Batimento de asa de nariz, presença de estertores no hemitórax esquerdo, uso da musculatura acessória e dispneia.

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado à hiperventilação, ansiedade e obesidade, evidenciado por batimento de asa de nariz, uso da musculatura acessória e dispneia.

Intervenções/atividades:

- Posicionar paciente visando minimizar os esforços respiratórios (por exemplo elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar).
- 2. Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir.
- 3. Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.
- 4. Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.
- 5. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.
- 6. Manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

Indicadores clínicos: Pós-operatório de cirurgia importante, tempo total de anestesia > 90 minutos, mobilidade prejudicada (dor), obesidade, veias varicosas.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de tromboembolismo venoso evidenciado por mobilidade prejudicada e obesidade, associado à cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos e história familiar (pai).

Intervenções/atividades:

- Obter um histórico detalhado da saúde do paciente a fim de determinar os fatores de risco (p. ex., cirurgias recentes, fraturas ósseas, imobilidade, histórico de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda, obesidade).
- 2. Avaliar a presença da Tríade de Virchow: estase venosa, hipercoagulabilidade e traumatismo resultante de dano intimal.
- 3. Avaliar relato de sibilos, hemoptise ou dor à inspiração; no peito, ombros, costas ou pleurítica; dispneia, taquipneia, taquicardia, síncope.
- 4. Iniciar o regime apropriado de tromboprofilaxia em pacientes de risco imediatamente, de acordo com a política e protocolo organizacional.
- 5. Elevar qualquer membro que se suponha estar afetado 20º ou mais acima do nível do coração para aumentar o retorno venoso.
- 6. Aplicar meia elástica de compressão gradual.
- Encorajar a movimentação ou deambulação precoce de acordo com o que tolerar.
- 8. Orientar o paciente que ele não pode cruzar as pernas e evitar ficar sentado por longos períodos de tempo com as pernas pendentes.
- Orientar o paciente a evitar atividades que resultem em manobra de Valsalva (p. ex., esforço durante a evacuação) e administrar emoliente de fezes e antieméticos, conforme apropriado.
- 10. Orientar o paciente a relatar sangramentos excessivos (p. ex., sangramentos nasais, hematêmese, sangue na urina, dentre outros).

Indicadores clínicos: Taquicardia, ansiedade e inquietação, distensão de veia jugular e tempo de preenchimento capilar prolongado.

Diagnóstico de enfermagem: Débito cardíaco diminuído evidenciado por taquicardia (alteração do ritmo cardíaco), ansiedade e inquietação (emocionais), distensão de veia jugular (alteração da pré-carga), tempo de preenchimento capilar prolongado e dispneia (alteração da pós-carga).

- 1. Monitorar o paciente física e psicologicamente de modo rotineiro, de acordo com a instituição.
- 2. Certificar-se do nível de atividade que não compromete o débito cardíaco ou provoca eventos cardíacos.

- 3. Avaliar quaisquer episódios de dor no peito (p. ex., intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio).
- 4. Monitorar eletrocardiograma quanto a alterações de ST.
- 5. Monitorar os sinais vitais com frequência.
- 6. Observar sinais e sintomas de redução do débito cardíaco.
- 7. Monitorar o abdome quanto a indicações de perfusão diminuída.
- 8. Monitorar equilíbrio hídrico (ingestão, eliminação e peso diário).
- 9. Monitorar o estado respiratório quanto a sintomas de insuficiência cardíaca.
- 10. Avaliar o paciente quanto a ansiedade e depressão, encorajando o tratamento com antidepressivos adequados, terapias de relaxamento e técnicas efetivas de redução do estresse, conforme indicado.