

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

NATHALIA HELENE STEYER

**DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-
OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Porto Alegre

2012

NATHALIA HELENE STEYER

**DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-
OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização dessa conquista: meus pais, meu irmão, meu namorado e meus avós.
Sem o apoio de todos vocês, eu não chegaria até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pois nada é possível, se não for pela vontade Dele. Acredito que tive sorte grande em ser criada e educada por uma família que acredita na fé e no bem que Deus faz por nós.

Em segundo lugar, tenho o dever de agradecer a minha mãe. Mãe, a tua força e ajuda foram imprescindíveis para o meu crescimento e amadurecimento. Obrigado por me educar e me mostrar o valor das coisas, sem nunca desistir dos meus objetivos e ideais. Te amo.

Quero agradecer também ao meu pai e irmão. Eles sempre estiveram junto comigo nos momentos difíceis, sem nunca me cobrarem nada por isso.

Ainda, agradeço a minha vó, não pela força, mas sim pelo grande exemplo de vida que ela é para mim e para toda a minha família. Uma mulher que acredita e luta pela vida com uma fé que, nos dias de hoje, poucos tem. Que, com todas as adversidades que a vida lhe impôs, continuou seguindo em frente e lutando, sem nunca deixar de acreditar. Espero um dia poder ter pelo menos um terço, dessa fé, força e bondade que tu tens no coração.

Aos demais familiares, agradeço pelo carinho e amor que sei que tem por mim.

Agradeço ainda, ao meu namorado que esteve comigo durante toda essa caminhada, me ouvindo reclamar e lamentar, sem nunca me reprimir por isso, mas sim, dando força e incentivando a seguir em frente. Agradeço também, a família dele que esteve participando, mesmo que só nos fins de semana.

Agradeço à minha grande orientadora, prof^a Fátima. Ela soube, me guiar como ninguém. Sem ela me ajudando, não conseguiria.

Por último, mas não menos importantes, agradeço à minhas colegas de faculdade que se tornaram grandes amigas. Sem elas por perto, com certeza, a faculdade não seria a mesma coisa. Graças a elas foram possíveis os momentos de alegria, divertimento e muitas risadas. Gurias, espero nunca perder o contato com vocês, adoro todas.

RESUMO

Estudo transversal retrospectivo que tem como finalidade contribuir com o aprofundamento do conhecimento na área pós-cirúrgica da enfermagem, principalmente no que se refere à descrição de diagnósticos e cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Os objetivos foram: Identificar o perfil clínico e os diagnósticos e cuidados de enfermagem estabelecidos para os pacientes em pós-operatório (PO) mediato de cirurgia bariátrica; associar o perfil clínico às principais co-morbidades apresentadas pelos pacientes e relacionar essas co-morbidades aos diagnósticos de enfermagem (DEs) prevalentes. Foram analisados 143 prontuários de pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica e ficaram internados em unidade cirúrgica no período de novembro de 2008 a dezembro de 2011. Os dados foram coletados retrospectivamente em prontuário eletrônico e em banco de dados da instituição e analisados estatisticamente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo número 11-0613. Os resultados apontaram que a maioria dos pacientes operados são mulheres (83,9), com idade média de 39,97 anos e com um tempo médio de internação de 6,3 dias. Em relação ao peso, 7 tiveram IMC considerado saudável, 6, sobrepeso, 45, obesidade grau I e II e 85, obesos mórbidos. As co-morbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica, os distúrbios osteoarticulares e a ansiedade e/ou depressão. Não houve associação significativa estatisticamente do IMC com as co-morbidades. Contudo, houve relação da idade com a hipertensão, diabetes, ansiedade e/ou depressão e dislipidemia. Identificou-se, também que os fumantes apresentam mais distúrbios ventilatórios que os não fumantes e ex-fumantes. Foram identificados 35 diferentes DEs, dentre os mais freqüentes se encontram a Dor aguda (99,3%), Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório (98,6%) e Integridade tissular prejudicada (93%). Em relação aos cuidados de enfermagem, foram prescritos 199 cuidados diferentes para os DE estabelecidos. Não houve relação dos DEs com as principais co-morbidades apresentadas pelos pacientes, contudo os mesmos estão relacionados com os cuidados e com o procedimento cirúrgico. Constatou-se que estudos na área de enfermagem no período PO de cirurgia bariátrica são escassos, principalmente na parte de DEs.

Portanto, é necessário continuar investigando essa área de estudo, para que, dessa forma, seja possível aprofundar os conhecimentos dos profissionais, aprimorando suas habilidades e formas de cuidar. Além disso, mais estudos que abordem esse tema possibilitariam novas implicações na prática clínica dos enfermeiros, contribuindo assim, para a qualidade assistencial aos pacientes.

Descritores: Cirurgia bariátrica; diagnóstico de enfermagem; cuidados de enfermagem.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Derivação biliopancreática tipo duodenal Switch LIBANORI, 2006	16
Tabela 1	Características de pacientes em PO de cirurgia bariátrica	23
Gráfico 1	Co-morbidades em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica	24
Tabela 2	Co-morbidades de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica associadas ao IMC, idade e status tabágico	25
Tabela 3	Diagnósticos de enfermagem e suas etiologias para pacientes em PO de cirurgia bariátrica	26
Tabela 4	Cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica para os DEs reais	27
Tabela 5	Cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica para os DEs de risco	29
Tabela 6	Frequência dos DEs estabelecidos para os pacientes que apresentaram as principais co-morbidades	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO GERAL	12
2.1 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Obesidade.....	13
3.2 Cirurgia bariátrica.....	15
3.3 Processo de enfermagem	17
4 MÉTODOS	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Campo	20
4.3 População e amostra	21
4.4 Coleta dos dados	21
4.5 Análise dos dados.....	22
4.6 Aspectos éticos	22
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXO A – Termo de Comprometimento para Utilização de Dados	46
ANEXO B – Aprovação COMPESQ – Escola de Enfermagem	47
ANEXO C – Aprovação Comitê de Ética do HCPA	48

1 INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida é considerada uma doença crônica, multifatorial e que está associada a fatores genéticos, no que diz respeito ao acúmulo de gordura corporal. Além disso, ela está diretamente ligada a co-morbidades médicas e a fatores sociais, psicológicos e econômicos. A cirurgia bariátrica tem se mostrado eficaz na profilaxia das complicações decorrentes da obesidade mórbida e no tratamento dessa doença (FERRAZ *et al.*, 2003). Ela é realizada, a rigor, quando outras técnicas não cirúrgicas para a redução de peso não foram bem sucedidas.

O paciente candidato ao procedimento deve estar incluído dentro de alguns critérios, que são: Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40Kg/m², ou acima de 35Kg/m² com co-morbidades graves envolvidas e, ainda, os pacientes que, avaliados por médicos especializados em tratamento da obesidade, não obtiveram sucesso com técnicas não cirúrgicas (BRANCO-FILHO *et al.*, 2011).

Existem diversas técnicas de cirurgias bariátricas disponíveis, contudo o objetivo do procedimento, basicamente, é o de diminuir o índice volumétrico estomacal, permitindo, assim, um reservatório menor (em torno de 150 a 200 ml) no estômago (BRANCO-FILHO *et al.*, 2011). A técnica que vem sendo adotada e que tem maior sucesso é a gastroplastia vertical em *Y de Roux*, visto que ela associa a restrição gástrica com a má absorção (COSTA *et al.*, 2010).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a cirurgia bariátrica iniciou em novembro de 2008 e até dezembro de 2011 foram realizados 143 procedimentos. Nesta instituição o paciente candidato à cirurgia é avaliado e triado no ambulatório do hospital por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas. Após a avaliação, onde é verificada a indicação para a cirurgia, ele é encaminhado para o grupo de pacientes pré-cirúrgicos. Este grupo, que é coordenado por uma enfermeira, reúne-se uma vez por semana e nele são sanadas dúvidas e fornecidas orientações sobre o procedimento cirúrgico, sobre o pré e sobre pós-operatório (PO). Após o procedimento, o paciente segue em acompanhamento no ambulatório por dois anos.

O PO mediato inicia-se nas 24 horas pós-cirurgia e termina, a rigor, na alta hospitalar (MORAES, PENICHE, 2003). No HCPA, o paciente em PO mediato de

cirurgia bariátrica permanece internado na unidade cirúrgica 8º sul até a alta hospitalar, desde que não ocorram complicações. Neste período, o paciente exige cuidados e atenção peculiares, visto que passou por um procedimento delicado e que acarretará diversas mudanças no seu estilo de vida. O papel da enfermeira, nesse momento, é fundamental para uma recuperação efetiva do paciente.

Para isso, ela necessita ter conhecimento e habilidades que permitam estabelecer diagnósticos acurados e intervenções apropriadas a cada caso, com vistas a resultados positivos. É importante que a enfermeira utilize um método de trabalho como o processo de enfermagem (PE), que envolve diversas atividades inter-relacionadas. Esse método compreende a adoção de determinado modo de pensar e fazer, embasado em um sistema de crenças e valores morais e, ainda, em um conhecimento técnico-científico da área, que mais recentemente engloba o uso de sistemas de classificações (GARCIA, NÓBREGA, 2009).

No HCPA o PE é utilizado nas suas cinco etapas: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico, planejamento (prescrição de cuidados), implementação e avaliação (evolução de enfermagem). Para a sua operacionalização no hospital é utilizado o modelo de Wanda Horta associado à terminologia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-International (NANDA-I, 2010; PRUINELLI, *et al.*; 2011).

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem prescritos, os profissionais de enfermagem do HCPA seguem a literatura da área, além da terminologia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Para avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem existe a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), contudo este sistema ainda está em processo de pesquisa e estruturação, para posterior utilização na instituição (PRUINELLI, *et al.*; 2011).

Entende-se que o cuidado de enfermagem ao paciente em PO de cirurgia bariátrica, cenário ainda pouco investigado na instituição devido ao seu início recente, é tema relevante para estudos. Isto, associado ao fato de ter vivenciado a experiência como estagiária na unidade de internação cirúrgica destes pacientes, motivou a proposta deste estudo. A finalidade do mesmo é contribuir com o aprofundamento do conhecimento nesta área da enfermagem, principalmente no que se refere à descrição de diagnósticos e cuidados de enfermagem a esses pacientes.

Para tanto, as questões norteadoras desse estudo são: qual o perfil clínico dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, quais os diagnósticos de enfermagem (DEs) prevalentes e os cuidados prescritos para eles no PO mediato?

2 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil clínico e os diagnósticos e cuidados de enfermagem estabelecidos para os pacientes em PO mediato de cirurgia bariátrica.

2.1 Objetivos específicos

Associar o perfil clínico às principais co-morbidades apresentadas pelos pacientes.

Relacionar as principais co-morbidades apresentadas pelos pacientes aos DEs prevalentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desse estudo será dividida em três assuntos: obesidade, cirurgia bariátrica e processo de enfermagem.

3.1 Obesidade

A obesidade ocorre quando o consumo alimentar é maior do que o gasto energético, acarretando em depósito e excesso de gordura no organismo. Esse desequilíbrio é influenciado por fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade e raça) e ao sedentarismo. Além disso, existe uma influência genética associada à obesidade (PUGLIA, 2004; SICHIERI, 1998).

Dados publicados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostram que nos últimos anos a obesidade vem crescendo no Brasil, passando de 11,4% da população, em 2006, para 15% em 2010. Além disso, o número de brasileiros com sobrepeso é relevante, sendo 48,1% da população. Em 2008, 35% dos adultos, acima de 20 anos, foram diagnosticados com sobrepeso no mundo, segundo dados da World Health Organization, e 10% dos homens e 14% das mulheres tinham o IMC maior do que 30 Kg/m² (WHO, 2008; BRASIL, 2011).

Para facilitar o diagnóstico dessa doença utiliza-se o IMC, que é calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado da pessoa. Um IMC acima de 25 Kg/m² é definido como sobrepeso, segundo a Organização Mundial da Saúde. Já a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica considera um IMC dito como normal, ou eutrófico até 25 Kg/m²; entre 25 e 30 como sobrepeso; entre 30 e 35 como obesidade grau I; entre 35 e 40 como obesidade grau II e acima de 40 Kg/m² como obesidade grau III, ou obesidade mórbida (BALSIGER, *et al.*, 2000).

A definição de obesidade mórbida deve estar obrigatoriamente associada a pacientes que tenham co-morbidades graves associadas (BALSIGER, *et al.*, 2000).

Essas podem ser separadas em endócrinas metabólicas, cardiovasculares, respiratórias, gastrintestinais, músculo-esqueléticas, ginecológicas/genito-urinárias e câncer (FERRARO, 2003; WHO, 2008; GUH, *et al.*, 2009).

- Endócrinas metabólicas: síndrome metabólica, resistência à insulina, intolerância à glicose, diabetes mellitus (DM) tipo 2, dislipidemia e síndrome de ovários policísticos.
- Cardiovasculares: hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e congestiva, disritmias, hipertensão pulmonar, estase venosa, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar.
- Respiratórias: função pulmonar anormal, apnéia obstrutiva do sono e síndrome da hypoventilação pulmonar da obesidade.
- Gastrintestinais: refluxo gastroesofágico, colelitíase, pancreatites, hérnias abdominais, esteatoses e cirrose hepática.
- Musculoesqueléticas: osteoartrite, gota e dor lombar.
- Ginecológicas/genito-urinárias: menstruação irregular, infertilidade e incontinência urinária.
- Câncer: esôfago, cólon, vesícula biliar, próstata e útero.

Além disso, o risco para essas co-morbidades aumenta em pacientes com IMC maior do que 30 Kg/m². O risco para o desenvolvimento de diabetes tipo II, por exemplo, aumenta em 93 vezes, em mulheres, e em 42 vezes, em homens, para indivíduos com IMC acima de 35 Kg/m² (FRANCISCHI, *et al.*, 2000).

No que diz respeito ao tratamento, é possível, antes de optar pelo procedimento cirúrgico, tentar algumas técnicas, já conhecidas. A restrição dietética, a atividade física, as modificações comportamentais, os medicamentos e o suporte psicológico são opções utilizadas para a redução do peso. Quando essas alternativas não são bem sucedidas, por relutância de o indivíduo tentar essas opções e se o paciente estiver dentro dos critérios, é indicado o tratamento cirúrgico (BRANCO-FILHO, *et al.*, 2011; COSTA, *et al.*, 2010).

3.2 Cirurgia bariátrica

A técnica cirúrgica para redução de peso vem sendo considerada a melhor alternativa para pacientes com obesidade moderada ou severa (BRANCO-FILHO, *et al.*, 2011). Além disso, o tratamento cirúrgico possibilita o controle ponderal do peso em longo prazo. É possível uma perda sustentável de 67% do peso em excesso durante os 16 anos subseqüentes à cirurgia (CHRISTOU, *et al.*, 2004; BENOTTI, *et al.*, 2004).

Existem três tipos de técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade: procedimentos restritivos, que limitam o volume do estômago; os disabsortivos, que excluem parte do intestino, causando má absorção; e os combinados (restrição e disabsorção), cada um deles tem resultados específicos e índices de complicações PO (BENOTTI, *et al.*, 2004; BRANCO-FILHO, *et al.*, 2011). Esses tipos de procedimentos cirúrgicos são realizados de acordo com as necessidades do paciente, a capacitação da equipe de cirurgiões e as condições disponíveis nas instituições. No HCPA, o método mais utilizado é a gastroplastia vertical em *By-pass*.

O *sleeve* gástrico ou gastrectomia vertical é um procedimento puramente restritivo e envolve a retirada de extensa curvatura do estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico. O antigo reservatório é transformado em um tubo alongado com um volume de, aproximadamente 200 ml. Quando comparado a outros tipos de técnicas, o *sleeve* gástrico é um procedimento simples, sem anastomoses e com menor risco de complicações (PICOT, *et al.*, 2009).

Outra técnica cirúrgica é o da banda gástrica ajustável, que se constitui em um método restritivo do estômago. O objetivo desse procedimento é a redução da ingestão alimentar a partir da divisão do estômago em duas câmaras, sem seccioná-lo: uma pequena para receber a refeição e outra, o restante do estômago, para digerir o que foi recebido. A partir dessa divisão o paciente estaria saciado precocemente. Por se tratar de uma técnica restritiva é a que mais depende da adesão à dieta no PO pelo paciente. Para tanto, pacientes que gostam de comer doces, beliscar e aqueles que têm tendência à depressão correm o risco de

apresentar resultados menos satisfatórios (PAJECKI, *et al.*, 2010; O'BRIEN, DIXON, 2003).

Em relação às técnicas disabsortivas, a derivação biliopancreática tipo duodenal (*Switch*) é a mais conhecida. Essa técnica é realizada por laparoscopia ou por laparotomia e consiste na secção do duodeno. Parte dele é anastomosada ao ceco (figura 1). O volume gástrico fica restrito a 150 ml e o piloro é mantido. Esse método, contudo, é de pouca escolha, quando comparado com outras técnicas, visto que é de alta complexidade (LIBANORI, 2006).

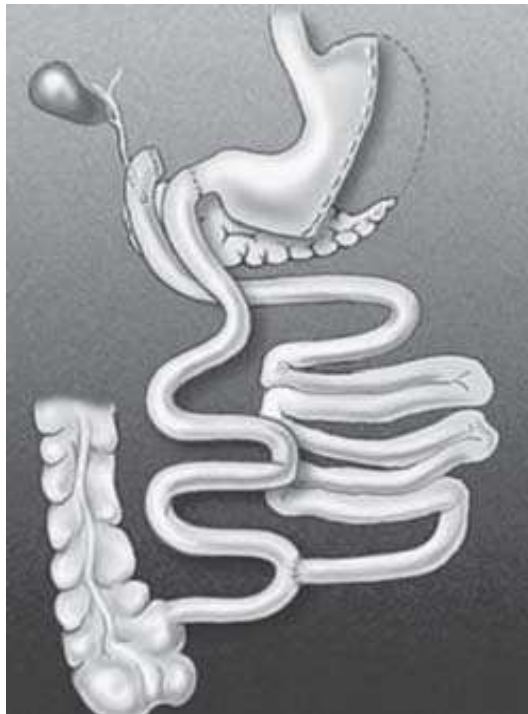


Figura 1: derivação biliopancreática tipo duodenal Switch
Fonte: LIBANORI, 2006

Os procedimentos combinados envolvem as duas técnicas anteriormente citadas. A gastroplastia vertical em Y de *Roux* ou em *By-pass* é considerada padrão ouro para que o paciente consiga uma perda de peso sustentável. A técnica cirúrgica envolve a conexão da primeira parte do estômago com a parte final do intestino delgado, tendo como objetivo reduzir o estômago a um tamanho que comporte um volume de 20 a 50 ml por refeição. Além disso, ocorre a derivação ou desvio do alimento ingerido para o jejuno, evitando a passagem para o duodeno (COSTA, *et al.*, 2010; VALEZI, *et al.*, 2004).

Seja qual for a técnica de escolha, é necessário atentar para a especificidade da cirurgia, como a anestesia, o estresse do paciente, as respostas neuroendócrinas decorrentes do trauma anestésico cirúrgico, a paramentação cirúrgica, o preparo pré-operatório da pele e a degermação pré-cirúrgica. É importante considerar esses fatores, visto que o índice de morbimortalidade é elevado para obesos expostos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, quando comparado a não obesos (BAGATINI, *et al.*, 2006).

Após o procedimento cirúrgico inicia-se um momento importante, o PO. Esse período exige cuidados específicos e uma terapêutica especial. Desta forma, a equipe responsável pelo paciente deve ter conhecimento suficiente para assisti-lo. Ressalta-se a importância da organização e qualificação do cuidado de enfermagem, os quais são fundamentais para uma boa recuperação do paciente. Por isto, a adoção de um método de trabalho eficiente, como o PE, pode favorecer melhores condições na prática clínica.

3.3 Processo de enfermagem

O processo de enfermagem se constitui em um método de trabalho da enfermagem que envolve diversas atividades inter-relacionadas. Compreende a adoção de determinado modo de pensar e fazer, embasado em um sistema de crenças e valores morais e, ainda, em conhecimento técnico-científico da área. O objetivo deste método é o de organizar as condições necessárias para que o cuidado aconteça (GARCIA, NÓBREGA, 2009), o que qualifica o cuidado aos pacientes.

No caso da assistência aos pacientes em PO de cirurgia bariátrica, a equipe de enfermagem necessita também estar capacitada e ser conhecedora das especificidades deste tipo de paciente. Uma vez habilitada, haverá possibilidade de investigar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar os resultados do paciente de forma criteriosa.

O PE tem cinco etapas: anamnese e exame físico, ou ainda, levantamento ou coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento da intervenção ou plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; implementação ou execução da

intervenção e avaliação do resultado ou evolução de enfermagem (PRUINELLI, *et al.*; 2011; LEFEVRE; 2010). Para auxiliar e qualificar a execução do PE são utilizados os sistemas de classificações de enfermagem, tais como as taxonomias da NANDA-I, NIC e NOC.

No desenvolvimento das etapas do PE, o profissional pode utilizar diversas técnicas e métodos de obtenção de dados. Para que ocorra uma interpretação correta desses dados é necessária a identificação de uma evidência clínica e o emprego correto do arsenal disponível para a obtenção do registro dos dados. Isso resultará em interpretações diagnósticas com acurácia, que servirão de base para a implementação do cuidado mais apropriado para se obter os resultados desejados (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009).

Para a operacionalização do PE no HCPA é utilizado o modelo teórico de Wanda Horta, o qual se baseia nas necessidades humanas básicas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A partir dessas necessidades, é elencado um diagnóstico, utilizando a terminologia da NANDA-I (PRUINELLI, *et al.*; 2011).

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do PE, realizado com base nos dados coletados. É definido como “interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação” (NANDA-I, 2011, p. 30). Para a aplicação do DE é necessária a análise e síntese dos dados coletados e, posteriormente, o estabelecimento do enunciado do mesmo a partir de uma taxonomia existente, como por exemplo, a NANDA-I. Esse processo requer habilidades cognitivas e perceptivas do enfermeiro, além de experiência e conhecimento científico (PRUINELLI, *et al.*; 2011).

Para compor um DE é preciso investigar e coletar informações sobre a história do indivíduo, identificando-se os sinais e sintomas, que são as características definidoras, ou os fatores de risco dos DEs. As influências ou variáveis dos DEs são os fatores relacionados, que combinados com as características definidoras o compõem. Esses fatores relacionados possibilitam a eleição de intervenções de enfermagem, para prevenir ou diminuir o impacto dos mesmos (NANDA-I, 2011).

O planejamento (prescrição) e a implementação das intervenções de enfermagem são as próximas etapas do PE. As intervenções de enfermagem podem ser definidas como “qualquer tratamento baseado no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente” (DOCHTERMAN,

BULECHEK, 2008, p. 29). As mesmas fazem parte do plano de cuidados que tem quatro componentes principais: resultados esperados, problemas reais e potenciais, intervenções específicas e avaliação/anotações do progresso. Esses componentes ajudam a compreender as finalidades do plano de cuidados, que são as de direcionar o cuidado e a documentação, promover a comunicação entre os cuidadores, além de registrar aspectos que podem ser usados para a avaliação, pesquisa e razões legais (LEFEVRE; 2010).

No HCPA, os cuidados de enfermagem prescritos estão elencados em um sistema informatizado de prescrição de enfermagem. O sistema é organizado com base na literatura, na experiência clínica das enfermeiras da instituição e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Para avaliar os resultados do paciente em resposta às intervenções de enfermagem, pode-se também utilizar um sistema de classificações como a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Assim, a quinta e última etapa do PE é completada. Todavia, esta última etapa, com o uso da NOC, ainda não é utilizada no HCPA, estando em fase de estudos para implementação.

A obesidade vem crescendo no Brasil, como já demonstrado anteriormente, e cada vez mais a cirurgia bariátrica é o tratamento de escolha para a população obesa. Sendo assim, os profissionais da saúde necessitam familiarizar-se e aprender sobre essa doença para aprimorar o cuidado junto a esses pacientes. Para isso necessitam de um método de trabalho, como o PE, adequado para essa população de pacientes.

4 MÉTODOS

A seguir serão apresentados os métodos para a realização da pesquisa proposta.

4.1 Tipo de estudo

O trabalho será de caráter quantitativo, transversal, retrospectivo. Estudos transversais permitem a coleta dos dados em um determinado ponto no tempo, e os fenômenos de investigação são obtidos durante período da coleta de dados. Estudos retrospectivos são, na maioria das vezes, transversais. Nesses tipos de estudos, a variável independente geralmente inclui eventos ocorridos no passado (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2 Campo

O estudo será desenvolvido no HCPA, com dados referentes às internações de pacientes na unidade 8º sul, que faz parte do Serviço de Enfermagem Cirúrgico (SEC). Esta unidade de internação possui 34 leitos, dos quais quatro são destinados ao cuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, que ocorre semanalmente. Os demais 30 leitos cirúrgicos são dedicados, preferencialmente, para internação de pacientes transplantados (renal, pulmonar, hepático ou cardíaco); dois leitos são exclusivos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), onde internam pacientes que necessitam de isolamento e um leito é reservado para pacientes que estão no programa PROTIG.

4.3 População e amostra

Neste estudo foi incluída a totalidade dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no HCPA no período de novembro de 2008 a dezembro de 2011, ou seja, 143 pacientes. Para fins de cálculo estatístico foi utilizado um N de 143, com um intervalo de confiança (IC) de 95% e uma margem de erro de 0,082. Não foi possível diminuir a margem de erro pois, no período do estudo, não houveram mais pacientes operados.

4.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi retrospectiva, em prontuário eletrônico e em banco de dados da instituição. O acesso ao prontuário eletrônico foi liberado após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa da instituição.

Para a coleta de dados em prontuário eletrônico foi construída uma planilha no *Excel for Windows*, a qual continha os seguintes itens: nome do paciente, número do prontuário, IMC, sexo e idade; data de internação hospitalar; data da alta, data da cirurgia, status tabágico e comorbidades.

Para a coleta de dados, referente aos diagnósticos e cuidados de enfermagem, foi solicitada uma *query* à Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI). Esta *query* também foi realizada em forma de planilha no Excel e continha o prontuário do paciente, nome, data da internação, data da alta hospitalar, os diagnósticos de enfermagem e seus fatores relacionados ou de risco e os cuidados de enfermagem prescritos para os mesmos. De posse dessas informações, as mesmas foram digitadas e codificadas em um banco de dados construído com o auxílio do *Excel for Windows*.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados através da estatística descritiva, com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 1,8. Esse tipo de estatística é usado para descrever e sintetizar os dados obtidos pelos cálculos de média, desvio padrão, frequência e percentual (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Para as variáveis contínuas foram utilizados testes de comparação de médias ou medianas (teste t ou *Mann-Whitney*) e para as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado.

4.6 Aspectos éticos

O projeto respeitou as questões éticas conforme resolução 196/1996 que regulamenta e normatiza a pesquisa com seres humanos. Ela apresenta os referenciais da bioética, no que diz respeito à autonomia, à não maleficência, à beneficência e à justiça. Assegura os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do Estado (BRASIL, 2005).

As pesquisadoras assinaram um termo de compromisso (ANEXO A) para utilização de dados da instituição. O projeto também foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e foi aprovado (ANEXO C), sob o protocolo 11-0613.

5 RESULTADOS

Analisaram-se 143 prontuários de pacientes internados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Essa totalidade representou 100% dos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica no período.

Desses 143, 120 (83,9) eram mulheres, com média de idade de 39,97 anos. Em relação ao peso, 7 (4,9) tinham IMC considerado saudável, porém já possuíam co-morbidades associadas; 6 (4,2) tinham sobrepeso, 45 (31,5) estavam na faixa de obesidade grau I e II e 85 (59,4) foram considerados obesos mórbidos.

No que diz respeito ao período de internação, a média de tempo de internação hospitalar dos pacientes foi de 6,3 dias. O tempo máximo foi de 18 dias e o mínimo de 5 dias. Dentre os 143 pacientes, constatou-se que 119 (83,2) eram não fumantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Características de pacientes em PO mediato de cirurgia bariátrica (PORTO ALEGRE, 2012).

CARACTERÍSTICAS	N = 143
Idade* (anos)	39,97 ± 10,11
Sexo** (feminino)	120 (83,9)
Índice de Massa Corporal**	
Peso saudável (< 24,9)	7 (4,9)
Sobrepeso (25 - 29,9)	6 (4,2)
Obesidade grau I e II (30 - 39,9)	45 (31,5)
Obesidade mórbida (> 40)	85 (59,4)
Status Tabágico**	
Fumante	13 (9,1)
Não-fumante	119 (83,2)
Fumantes em abstinência	11 (7,7)
Período de Internação* (em dias)	6,3 ± 1,6

* - representado por média ± desvio padrão.

** - representada por frequência absoluta (%).

Dentre as co-morbidades apresentadas pelos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a grande maioria era hipertensa, tinha distúrbios osteoarticulares ou ansiedade e/ou depressão (Gráfico 1).

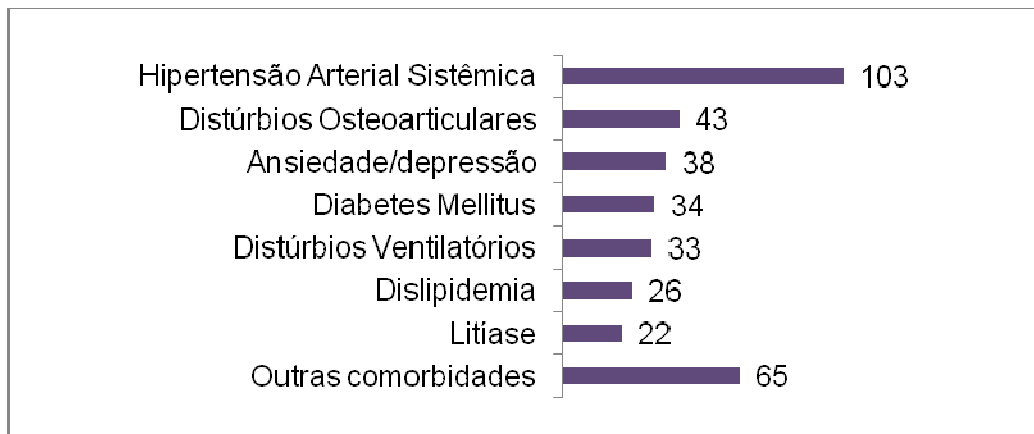


Gráfico 1 – Co-morbidades em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica (N=143) (PORTO ALEGRE, 2012).

Na associação do IMC, da idade e do status tabágico dos pacientes do estudo com as co-morbidades apresentadas por eles (Gráfico 1), constatou-se que o IMC não influencia na presença das co-morbidades estudadas ($p > 0,05$). (Tabela 2)

Na associação entre a idade com as co-morbidades, verificou-se que os pacientes com mais idade apresentavam hipertensão, diabetes, ansiedade/depressão e dislipidemia ($p < 0,05$). Ainda, constatou-se que os distúrbios osteoarticulares tem uma tendência a estarem relacionados com a idade ($p = 0,06$).

Em relação ao status tabágico foi identificado que os fumantes apresentam mais distúrbios ventilatórios quando comparados aos não-fumantes e fumantes em abstinência ($p < 0,05$). Além disso, verificou-se que há uma tendência do status tabágico estar relacionado com a ansiedade/depressão, visto que os fumantes apresentaram mais essa co-morbidade quando comparados aos não-fumantes e fumantes em abstinência ($p = 0,05$).

Todos esses dados referentes à associação entre as co-morbidades e as variáveis do estudo, descritas anteriormente, estão apresentadas de forma detalhada na tabela 2.

Tabela 2 – Co-morbidades de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica associadas ao IMC, idade e status tabágico (PORTO ALEGRE, 2012).

CO-MORBIDADES (N=143)	IMC*	P	IDADE*	P	STATUS TABÁGICO**			P
					Fumante	Não Fumante	Fumante em abstinência	
Hipertenso	42,64 ± 10,05	0,49	42,44 ± 9,55	0	12 (11,7)	83 (80,6)	8 (7,8)	0,23
Não hipertenso	44 ± 11,87		33,63 ± 8,74		1 (2,5)	36 (90)	3 (7,5)	
Diabético	40,98 ± 11,16	0,21	43,26 ± 8,49	0,02	4 (11,8)	27 (76,5)	4 (11,8)	0,49
Não diabético	43,59 ± 10,36		38,89 ± 10,42		9 (8,3)	92 (85,2)	7 (6,5)	
Ansioso/depressivo	41,26 ± 11,22	0,23	43,13 ± 10,26	0,02	2 (5,3)	36 (94,7)	0 (0,0)	0,05
Não ansioso/depressivo	43,66 ± 10,3		38,83 ± 9,86		11 (10,5)	83 (79,0)	11 (10,5)	
Com distúrbio Ventilatório	45,49 ± 9,66	0,12	39,82 ± 8,26	0,91	7 (21,2)	24 (72,7)	2 (6,1)	0,03
Sem distúrbio Ventilatório	42,28 ± 10,75		40,02 ± 10,64		6 (5,5)	95 (86,4)	9 (8,2)	
Com dislipidemia	43,33 ± 9,5	0,86	44,58 ± 8,66	0,01	4 (15,4)	20 (76,9)	2 (7,7)	0,41
Sem dislipidemia	42,95 ± 10,82		38,95 ± 10,16		9 (7,7)	99 (84,6)	9 (7,7)	
Com distúrbio Osteoarticular	41,54 ± 10,7	0,27	42,37 ± 8,99	0,06	2 (4,7)	35 (81,4)	6 (14,0)	0,11
Sem distúrbio Osteoarticular	43,66 ± 10,49		38,94 ± 10,43		11 (11,0)	84 (84,0)	5 (5,0)	
Com litíase	43,73 ± 13,04	0,74	38,67 ± 9,25	0,52	2 (9,5)	19 (90,5)	0 (0,0)	0,5
Sem litíase	42,9 ± 10,14		40,2 ± 10,27		11 (9,0)	100 (82,0)	11 (9,0)	

* - representada por média ± desvio padrão

** - representada por frequência absoluta (%)

Identificou-se 35 diferentes DEs com 48 diferentes etiologias. Os dez diagnósticos mais frequentes foram: Dor aguda, Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção, Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, Mobilidade física prejudicada, Conforto alterado, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos e Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene. Os quatro primeiros diagnósticos tiveram somente uma etiologia descrita, já o diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais que as

necessidades corporais teve alterações emocionais e/ou psiquiátrica e falta de conhecimento como etiologias descritas (Tabela 3).

Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem e suas etiologias para pacientes em PO de cirurgia bariátrica (PORTO ALEGRE, 2012).

DES	N	%	ETIOLOGIA	N	%
DOR AGUDA	142	99,3	Trauma	142	100
RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO	141	98,6	Vulnerabilidade situacional	141	100,0
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	133	93,0	Trauma mecânico	133	100,0
RISCO DE INFECÇÃO	127	88,8	Procedimento invasivo	127	100,0
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	87	60,8	Alterações emocionais e/ou psiquiátricas	85	97,7
			Falta de conhecimento	2	2,3
RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	85	59,4	Hábitos alimentares	85	100,0
			Obesidade	47	56,6
			Trauma	25	30,1
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	83	58,0	Dor	8	9,6
			Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	2	2,4
			Equipamentos externos	1	1,2
			Pós-operatório	48	64,0
CONFORTO ALTERADO	75	52,4	Peristalse diminuída	26	34,7
			Aerofagia	1	1,3
			Terapêutica medicamentosa	24	96,0
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS	25	17,5	Alteração do trato gastrointestinal	1	40,0
			Dor na ferida	11	55,0
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE	20	14,0	Trauma	6	30,0
			Terapias restritivas	2	10,0
			Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	1	5,0

Em relação aos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes em PO de cirurgia bariátrica, foram identificados 199 diferentes tipos de cuidados para a totalidade dos 35 DEs estabelecidos. Para os dez DEs mais frequentes, foram

encontrados um total de 51 cuidados prescritos para os DEs reais e um total de 31 para os DEs de risco. Os cuidados prescritos para os DEs do tipo real estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 – Cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica para os DEs reais (PORTO ALEGRE, 2012). (Continua)

DES	CUIDADOS PRESCRITOS	N	%
DOR AGUDA	Registrar a dor como 5º sinal vital	83	58,5
	Solicitar avaliação	26	18,3
	Tranquilizar paciente	20	14,1
	Verificar sinais vitais	10	7,0
	Solicitar presença de familiar	2	1,4
	Avaliar dor utilizando escala de intensidade	1	0,7
	INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas	65
Realizar curativos		22	16,5
Sentar paciente na cadeira		13	9,8
Proteger a pele das proeminências ósseas		7	5,3
Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar		7	5,3
Monitorar sangramentos		6	4,5
Observar pertuito e locais de inserção de catéteres		3	2,3
Manter colchão piramidal		2	1,5
Observar sinais de infecção		2	1,5
Realizar curativo compressivo		2	1,5
Implementar cuidados na punção venosa		1	0,8
Observar condições do períneo		1	0,8
Realizar mudança de decúbito		1	0,8
Verificar sinais vitais		1	0,8
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	Verificar sinais vitais	75	86,2
	Verificar peso do paciente	9	10,3
	Estimular deambulação	1	1,1
	Orientar paciente	1	1,1
	Realizar educação para saúde e encaminhamentos	1	1,1

Tabela 4 – Cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica para os DEs reais (PORTO ALEGRE, 2012). (Continuação)

DES	CUIDADOS PRESCRITOS	N	%
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	Sentar paciente na cadeira	20	24,1
	Estimular deambulação	18	21,7
	Manter colchão piramidal	8	9,6
	Verificar sinais vitais	7	8,4
	Estimular saída do leito	5	6,0
	Manter campainha ao alcance do paciente	5	6,0
	Manter cabeceira elevada	3	3,6
	Manter grades no leito	3	3,6
	Hidratar a pele	2	2,4
	Proporcionar posição confortável ao paciente	2	2,4
	Realizar mudança de decúbito	2	2,4
	Avaliar condições circulatórias	1	1,2
	Comunicar alterações nas extremidades	1	1,2
	Estimular movimentos ativos	1	1,2
	Medicar para dor antes dos procedimentos	1	1,2
	Orientar paciente e família sobre mudança no estilo de vida	1	1,2
	Realizar higiene corporal no chuveiro	1	1,2
	Registrar a dor como 5º sinal vital	1	1,2
Tranqüilizar paciente	1	1,2	
CONFORTO ALTERADO	Medir circunferência abdominal	23	30,7
	Promover segurança e conforto	18	24,0
	Comunicar se distensão abdominal	17	22,7
	Manter campainha ao alcance do paciente	10	13,3
	Proporcionar posição confortável ao paciente	3	4,0
	Estimular exercícios respiratórios	2	2,7
	Estimular higiene oral	4	20,0
	Realizar higiene corporal no chuveiro	3	15,0
	Levar paciente ao chuveiro	2	10,0
	Medicar para dor antes dos procedimentos	2	10,0
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE	Realizar higiene oral	2	10,0
	Auxiliar no banho de chuveiro	1	5,0
	Auxiliar paciente a realizar higiene oral	1	5,0
	Estimular autocuidado	1	5,0
	Manter períneo limpo e seco	1	5,0
	Pentear o cabelo	1	5,0
	Realizar banho de leito	1	5,0
	Verificar sinais vitais	1	5,0

Os 31 cuidados prescritos para os DEs de risco estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 – Cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, para os DEs de risco (PORTO ALEGRE, 2012). (Continua)

DES	CUIDADOS PRESCRITOS	N	%
RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO	Usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente	115	81,6
	Utilizar bota protetora do maléolo e do calcâneo	19	13,5
	Usar coxins de segurança e faixas de proteção no posicionamento cirúrgico	6	4,3
	Remover excesso de líquido degermante	1	0,7
RISCO DE INFECÇÃO	Verificar sinais vitais	28	22,0
	Realizar curativos	21	16,5
	Observar sinais de infecção	17	13,4
	Implementar cuidados na punção venosa	16	12,6
	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da CCIH	15	11,8
	Implementar cuidados com soroterapia	8	6,3
	Orientar importância da higiene corporal	5	3,9
	Orientar para autocuidado	3	2,4
	Implementar cuidados com sondagem vesical de demora	2	1,6
	Observar pertuito e locais de inserção de catéteres	2	1,6
	Registrar aspecto da lesão	2	1,6
	Implementar cuidados com administração de medicamentos	1	0,8
	Implementar cuidados com dreno	1	0,8
	Implementar cuidados na troca de curativos de cateter venoso central	1	0,8
	Implementar cuidados no manuseio de cateter venoso central	1	0,8
	Observar condições de suturas	1	0,8
	Orientar paciente/ família	1	0,8
Realizar curativo médio	1	0,8	
Tranqüilizar paciente	1	0,8	

Tabela 5 – Cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, para os DEs de risco (PORTO ALEGRE, 2012). (Continuação)

DES	CUIDADOS PRESCRITOS	N	%
RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	Verificar sinais vitais	75	86,2
	Verificar peso do paciente	9	10,3
	Estimular deambulação	1	1,1
	Orientar paciente	1	1,1
	Realizar educação para saúde e encaminhamentos	1	1,1
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS	Medir diurese	7	28,0
	Verificar sinais vitais	5	20,0
	Implementar cuidados com soroterapia	4	16,0
	Controlar gotejo de infusões endovenosas em bomba de infusão	3	12,0
	Realizar balanço hídrico total	3	12,0
	Monitorar sangramentos	2	8,0
	Verificar peso do paciente	1	4,0

Relacionaram-se os dez DEs mais frequentes com as principais comorbidades dos pacientes. Com isso, constatou-se que os DEs Dor aguda, Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção e Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório foram estabelecidos para todos os pacientes com as seguintes co-morbidades: HAS, Diabetes, Ansiedade/depressão, Distúrbios ventilatórios, Dislipidemia, Distúrbios osteoarticulares e Litíase (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência dos DEs estabelecidos para os pacientes que apresentaram as principais co-morbidades (PORTO ALEGRE, 2012). (Continua)

COMORBIDADES	DES	f	%
HAS (n=103)	Dor aguda	102	99
	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	101	98
	Integridade tissular prejudicada	98	95,1
	Risco de infecção	90	87,3
	Mobilidade física prejudicada	62	60,1
Diabete (n=35)	Dor aguda	35	100
	Integridade tissular prejudicada	35	100
	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	34	97,1
	Risco de infecção	29	82,8
	Conforto alterado	22	62,8

Tabela 6 – Frequência dos DEs estabelecidos para os pacientes que apresentaram as principais co-morbidades (PORTO ALEGRE, 2012). (Continuação)

COMORBIDADES	DES	f	%
Ansiedade/depressão (n=38)	Dor aguda	37	97,3
	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	37	97,3
	Integridade tissular prejudicada	36	94,7
	Risco de infecção	31	81,5
	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	26	68,4
Distúrbios ventilatórios (n=33)	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	33	100
	Dor aguda	32	96
	Integridade tissular prejudicada	32	96
	Risco de infecção	30	90,9
	Mobilidade física prejudicada	21	63,6
Dislipidemia (n=26)	Dor aguda	26	100
	Integridade tissular prejudicada	26	100
	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	26	100
	Risco de infecção	24	92,3
	Mobilidade física prejudicada	16	61,5
Distúrbios osteoarticulares (n=43)	Dor aguda	43	100
	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	43	100
	Integridade tissular prejudicada	39	90,6
	Risco de infecção	38	88,3
	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	27	62,7
Litíase (n=21)	Dor aguda	21	100
	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	21	100
	Integridade tissular prejudicada	20	95,2
	Risco de infecção	17	80,9
	Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	11	52,3

6 DISCUSSÃO

O perfil clínico da amostra do estudo foi predominantemente composto por mulheres, com IMC médio de 43 Kg/m², adultos jovens com idade média de 39,47 anos e com co-morbidades associadas à obesidade. A co-morbidade identificada em 72% dos pacientes foi a HAS, seguida dos distúrbios osteoarticulares (30%). Da mesma forma, um estudo realizado em um Hospital Universitário de Londrina, com pacientes em PO de cirurgia bariátrica, encontrou 77,3% de sua amostra preenchida DE mulheres, com idade média de 41,13 anos e com IMC médio de 49,28Kg/m² (NETO, JUNIOR, JACOB, 2010). Em outro estudo realizado em um Hospital Universitário do Paraná, identificou-se as osteoartrites como primeira co-morbidade associada à obesidade, 25,2% dos casos, e a HAS como segunda, 20,8% dos casos (VALEZI, *et al.*, 2004).

Essa alta taxa de mulheres na amostra foi identificada, também, em estudos realizados na Austrália e nos Estados Unidos. Em um trabalho realizado concomitantemente nesses dois países, foi identificado um percentual de 70% de pessoas do sexo feminino em uma amostra de 469 pacientes que realizaram a cirurgia de banda gástrica ajustável (LIVINGSTON, CLIFFORD, 2004). Além disso, em um estudo feito na Austrália com 208 pacientes (177 mulheres e 31 homens), realizado com o objetivo de avaliar a motivação dos pacientes para realizar a cirurgia bariátrica, encontrou-se que os homens são mais propensos do que as mulheres a estarem mais motivados pelos benefícios clínicos do que pelos benefícios estéticos. Também foi interessante, que nesse mesmo estudo, somente um homem listou a aparência/estética como maior motivador para a realização da cirurgia (LIBETON, *et al.*, 2004).

Em relação ao IMC, destaca-se que, dos 143 pacientes do estudo, 35 apresentaram esse índice abaixo de 35Kg/m². Somente uma paciente, do total de 35, não apresentava co-morbidade. Foi encontrada uma revisão de literatura que pesquisou os efeitos metabólicos da cirurgia bariátrica na diabetes do tipo 2 em pacientes com IMC menor do que 35Kg/m², revelando então, a opção cirúrgica também, para pacientes obesos, não-mórbidos (LI, *et al.*, 2012). É importante salientar que não foi investigado neste estudo, em prontuário, maiores detalhes sobre a causa cirúrgica dos pacientes, visto que não era o objetivo do mesmo.

Em relação ao período de internação hospitalar dos pacientes foi encontrada uma média de 6,3 dias, sendo que o tempo máximo foi de 18 e o mínimo de 5 dias. Em buscas feitas na literatura, destacam-se dois estudos considerados relevantes: um realizado em Curitiba, com pacientes em PO de gastrectomia por *sleeve* gástrico e outro realizado em São Paulo, com pacientes submetidos à colocação de banda gástrica ajustável. No primeiro estudo, o período de internação hospitalar foi de três dias, sendo que poucos pacientes precisaram de mais tempo para recuperação (máximo de 48 horas) (BRANCO-FILHO, *et al.*; 2011). Já no segundo estudo, o tempo de internação hospitalar variou de 1 a 10 dias (PAJECKI, *et al.*; 2010). A média de tempo para este estudo, portanto, condiz com o encontrado na literatura brasileira.

A associação do IMC com as co-morbidades apresentadas pelos pacientes, não revelou dado significativo estatisticamente. Todavia, é importante ressaltar que se avaliou um grupo de pacientes que possuía IMC elevado e com pelo menos uma co-morbidade. A literatura corrobora o fato de que quanto mais elevado o IMC, maior o índice de co-morbidades, principalmente, a elevação da pressão arterial (SARNO, MONTEIRO, 2007; FEIJÃO, *et al.*; 2005).

Já a associação das co-morbidades com a idade foi significativa estatisticamente quando associada à HAS, à diabetes, à ansiedade/depressão e à dislipidemia. Esses resultados já eram esperados, visto que no decorrer da idade, as doenças aparecem com mais freqüência. Também se obtiveram dados significativos quando foi feita a associação das co-morbidades com o status tabágico. Observou-se que a percentagem de fumantes com distúrbio ventilatório é maior do que a de fumantes sem esse distúrbio. Nos distúrbios ventilatórios estão inclusos a asma, a bronquite e a Síndrome da Apnéia e Hipoapnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS). Um estudo realizado em São Paulo identificou que a prevalência da exposição à fumaça é alta entre a população de asmáticos (DIAS-JUNIOR, *et al.*, 2009). Revelando, portanto, a relação do cigarro com os distúrbios ventilatórios. Ainda constatou-se que existe uma tendência para a associação do status tabágico com a ansiedade e/ou depressão.

No que diz respeito aos DEs, foram encontrados 35 DEs estabelecidos. Contudo, foram analisados detalhadamente os dez mais frequentes, sendo que os oito primeiros apresentaram prevalência maior que 50%.

O DE mais prevalente, estabelecido para 99,3% dos pacientes, foi Dor aguda. Este DE trata-se de um diagnóstico do tipo real e é definido como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (NANDA – I, 2011).

De maneira específica não foi encontrado nenhum estudo sobre pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que abordasse os DEs. Todavia, encontrou-se estudo realizado em um hospital de Fortaleza que identificou que 59,1% dos pacientes em PO de cirurgia cardíaca apresentaram o DE Dor aguda. Outro estudo realizado com 48 pacientes em PO, em um hospital de São Paulo, com o objetivo de identificar as estimativas médias de 20 descritores de dor para descrever a dor no período PO, demonstrou que os descritores de maior atribuição foram aqueles que expressaram elevada magnitude de dor como, terrível, forte, insuportável e intensa (PEREIRA, SOUSA, 2007; ROCHA, MAIA, SILVA, 2006).

Sabe-se que a dor tem sido objeto de estudos e fator de preocupação entre os enfermeiros na assistência de seus pacientes. No caso de PO, esta situação é bastante frequente, o que corrobora o dado encontrado no presente estudo, apresentando esse DE como o mais prevalente. Cabe à enfermeira, portanto, identificar esta situação clínica, diagnosticá-la e, posteriormente, realizar as intervenções necessárias para amenizá-la.

Um dos cuidados prescritos e o mais prevalente para o DE Dor aguda é o registro da dor como 5º sinal vital. Esse cuidado exige atenção da equipe de enfermagem, pois além de perguntar ao paciente se o mesmo está com dor, é possível identificá-la através da face, dos movimentos e da posição do indivíduo. Além desse cuidado, é importante verificar os outros sinais vitais, visto que a presença de dor altera a frequência cardíaca, o ritmo respiratório e a pressão arterial sistêmica. Por isso, a dor deve ser verificada como o 5º sinal vital (RIGOTTI, FERREIRA, 2005).

O segundo DE mais encontrado no estudo foi o de Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, que conforme a sua definição está indicado aos casos de pacientes que realizam algum tipo de procedimento cirúrgico. Tanto é que as intervenções para amenizá-lo estão indicadas para serem realizadas no momento em que o paciente está em sala cirúrgica. No caso dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, é importante lembrar que os mesmos possuem dimensões corpóreas aumentadas e que assim, estão mais propensos aos fatores de dano

relacionado ao procedimento, bem como aos riscos cirúrgicos e anestésicos (TANAKA, PENICHE, 2009). Foi identificado no estudo que, para esse DE, são utilizados os seguintes cuidados: utilizar bota protetora do maléolo e do calcâneo, para evitar flictenas; usar coxins de segurança e faixas protetoras; remover o excesso de líquido degermante antes do início da cirurgia, para evitar queimaduras; entre outros. Fica claro, portanto, que o papel da enfermeira na sala cirúrgica é importante para realizar esse cuidado.

Integridade tissular prejudicada e Risco de infecção estão na terceira e quarta posição de frequência dos DEs estabelecidos para esse grupo de pacientes. Estes DEs, também foram apontados como frequentes em estudos realizados com pacientes em PO de cirurgias em geral (ROCHA, MAIA, SILVA, 2006; DALRI, ROSSI, DALRI, 2006).

No que diz respeito ao DE Integridade tissular prejudicada, percebe-se que no estudo ele está fortemente relacionado ao fator trauma cirúrgico sofrido pelo paciente. Dentre os cuidados para o mesmo se evidenciou os envolvidos com o monitoramento de sangramentos, a troca de curativos e a observação dos sinais de infecção, etc.

O quinto DE mais frequente foi estabelecido para 60,8% dos pacientes operados, sendo o de Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais. Esse DE é definido como: “ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas” (NANDA-I, 2011). Dentre as características definidoras encontra-se o peso 20% acima do ideal para a altura e compleição. Percebe-se que esse DE não foi o mais prevalente, mesmo com a indicação da realização da cirurgia bariátrica e motivo da internação dos pacientes do estudo. Como causas para esta baixa frequência, pode-se inferir que talvez tenha havido dificuldade de estabelecê-lo pelo fato de que ele não estava disponível no sistema do hospital nos primeiros anos de realização do procedimento.

Além disso, ainda existe um questionamento a cerca deste DE. Alguns profissionais acreditam que o paciente não precisaria dele, já que no PO ele não receberia mais nutrição do que suas necessidades corporais. No entanto, se formos considerar o período anterior à cirurgia, esse indivíduo tem sim esse DE, visto que tem uma nutrição desequilibrada. E, já que o paciente não irá mudar o seu estilo de vida imediatamente, ele ainda tem uma nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais.

Com relação aos cuidados prescritos para esse DE, o mais importante, se considerado o período de PO, é a verificação do peso do paciente e a estimulação da deambulação. Após a cirurgia é importante o controle do peso, e, mais ainda a deambulação para uma recuperação mais efetiva.

Outro DE evidenciado nesta linha, foi o de Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, foi estabelecido para 59,4% dos pacientes do estudo. Não foram encontrados estudos que associassem esses dois DEs com a cirurgia bariátrica, contudo em um trabalho realizado em Ribeirão Preto com 15 pacientes em PO de colecistectomia laparoscópica, apresentou 5 (33,3%) deles com o DE Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, visto que a obesidade era o principal problema de saúde antes da realização da cirurgia (DALRI, 2005). Sobre esse DE também existe um questionamento, pois, sendo ele um DE de risco, não caberia a um paciente obeso mórbido que já tem, obviamente, sua nutrição desequilibrada. Entretanto, mesmo ele já tendo realizado a cirurgia, existe o risco de se alimentar de forma inadequada após a realização da mesma.

Os cuidados prescritos para esse DE envolvem, principalmente, a educação para a saúde, já que é um DE de risco. Cabe à enfermeira educar o paciente e orientar quanto ao seu novo estilo de vida e nova forma de se alimentar adequadamente, com o objetivo de complementar o procedimento cirúrgico para uma maior satisfação e, conseqüentemente, melhora de sua saúde.

Mobilidade física prejudicada foi o DE estabelecido para 83 pacientes (58%) da amostra. É definido pela NANDA-I (2011) como: "Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades". Para os pacientes obesos mórbidos, esse DE é muito bem estabelecido, pois eles tem dificuldade em fazer os movimentos rotineiros e realizar as atividades que exigem a mobilidade dos membros, já que o excesso de gordura corporal impossibilita tal prática.

Esse DE também pode ter como etiologia o Trauma, como foi estabelecido para 25 pacientes (30,1), dos 83 que receberam o DE. Nesse caso, foi considerado o trauma cirúrgico sofrido por eles como fator mais importante. Como já é sabido, o procedimento cirúrgico dificulta ainda mais a locomoção e mobilidade dos indivíduos obesos, no período de PO.

O DE Conforto alterado foi o oitavo mais prevalente e estabelecido para 75 pacientes (52,4%). Esse DE é muito utilizado para os pacientes internados no

hospital, visto que ele abrange as necessidades no momento que o indivíduo está fora do seu ambiente cotidiano. Na NANDA-I (2011) esse DE recebe o nome de Conforto prejudicado e é definido como: “Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social”. A etiologia mais utilizada para esse DE, no estudo, foi Pós-operatório (64%) e dentre os cuidados mais utilizados estão: medir circunferência abdominal (30,7%) e promover segurança e conforto (24%). Percebe-se que esse DE está relacionado com o período pós-operatório, principalmente no que diz respeito aos cuidados.

O ambiente hospitalar por si só já promove sentimentos de medo e insegurança, além de trazer também a proximidade com a doença. Os pacientes pós-cirúrgicos, como quaisquer outros, carregam consigo esses pensamentos. Diante disto, a equipe de enfermagem necessita tranquilizá-los para amenizar essas questões. É importante, portanto, a enfermeira promover conforto ao paciente, para que esse período seja menos doloroso, tanto física, como psicologicamente.

Posto isto, verificou-se que, neste estudo, foram encontrados 199 cuidados diferentes prescritos aos pacientes em PO de cirurgia bariátrica, para os 35 DEs estabelecidos. Identificou-se que o cuidado Verificar sinais vitais foi o mais freqüente, sendo repetido, inclusive, em mais de um DE e sendo também, o mais prescrito para o DE Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais e Risco de infecção. Já outros cuidados importantes, como a Estimulação da deambulação e Verificação de peso, não foram prescritos para todos os pacientes que receberam o seu diagnóstico (Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais).

Quando realizada a relação entre a frequência das co-morbidades com a frequência dos DEs dos pacientes operados, verificou-se que todos os pacientes que apresentavam alguma das co-morbidades principais estudadas (HAS, DM, ansiedade/depressão, distúrbios ventilatórios, dislipidemia, distúrbios osteoarticulares e litíase), apresentavam também os DEs mais freqüentes, ou seja, Dor aguda, Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, Integridade tissular prejudicada e Risco de infecção. Isso já era esperado, já que a maioria dos pacientes estudados apresentava alguma co-morbidade. Todavia, isso nos remete a pensar na dimensão dos cuidados de enfermagem a essa população, que devem abranger todas as necessidades dos mesmos.

Portanto, fica claro que o paciente em PO de cirurgia bariátrica é complexo. A obesidade, como doença cada vez mais prevalente na população, interfere de forma psicológica, física e espiritual na vida do indivíduo. O paciente internado no hospital com o objetivo de “curar” essa doença espera que seja cuidado integralmente, para que esse momento importante transcorra sem intercorrências. Para isso, a enfermagem, que está mais próxima do paciente, precisa estar preparada com métodos de trabalho e conhecimento suficiente para suprir todas as suas necessidades.

7 CONCLUSÕES

Constatou-se que quem realiza a cirurgia bariátrica são, em sua grande maioria, mulheres e adultas jovens. No que diz respeito às co-morbidades associadas à obesidade, verificou-se que a HAS acomete mais de 50% dos pacientes, o que evidencia a correlação dessa doença com a obesidade.

Evidenciou-se que não houve associação significativa do IMC com as co-morbidades apresentadas pelos pacientes. Provavelmente porque todo o grupo de pacientes do estudo tinha o IMC elevado. Contudo verificou-se que, quanto maior a idade dos pacientes, maior é a incidência de HAS, diabetes e ansiedade e/ou depressão.

Além disso, pacientes fumantes apresentaram mais distúrbios ventilatórios, quando comparados aos não-fumantes ou fumantes em abstinência. Também se verificou que existe uma tendência ao status tabágico estar relacionado à ansiedade e/ou depressão.

Foram identificados 35 DEs estabelecidos para os 143 pacientes da amostra. Os dez mais prevalentes, entre os reais, foram : Dor aguda e Integridade tissular prejudicada. Entre os de risco, foram encontrados em primeiro lugar Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório, seguido de Risco de infecção.

Em relação aos cuidados de enfermagem prescritos, foram identificados 199 cuidados para os 35 DEs, sendo que o cuidado Verificar sinais vitais foi o mais frequente. Para os DEs reais, entre os dez mais freqüentes, foram encontrados 51 cuidados prescritos, sendo que o registro da dor como 5º sinal vital foi o mais prevalente, seguido da verificação de sinais vitais. Já para os DEs de risco, foram encontrados 31 cuidados prescritos, sendo que o uso de mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico foi o mais frequente.

Foi constatada também, a escassez de estudos na área de enfermagem no período de PO de cirurgia bariátrica e, principalmente, no que diz respeito aos DEs. Essa é uma área relativamente nova no Brasil e, mais ainda, na instituição campo de estudo deste trabalho. O início da cirurgia bariátrica no HCPA foi somente em novembro de 2008. Destaca-se esse fato como fator limitante para o estudo, visto que em decorrência disso o número amostral não pode ser maior.

Posto isso, é necessário continuar investigando essa área de estudo, para que, dessa forma, seja possível aprofundar os conhecimentos dos profissionais, aprimorando suas habilidades e formas de cuidar. Além disso, mais estudos que abordem esse tema possibilitariam novas implicações na prática clínica dos enfermeiros, contribuindo assim, para a qualidade assistencial aos pacientes.

REFERÊNCIAS

BAGATINI, A., et al. Anestesia para cirurgia bariátrica: avaliação retrospectiva e revisão da literatura. **Rev Bras Anesthesiol**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 205-22, 2006.

BALSIGER, B. M. , et al. Ten and more years after vertical banded gastroplasty as primary operation for morbid obesity. **J Gastrointest Surg**, Rochester, v. 4, n. 6, p. 598-605, 2000.

BENOTTI, P., et al. Obesity. **Arch surg**, v. 139, n. 4, p. 406-414, 2004.

BRANCO-FILHO, A. J. et al. Tratamento da obesidade mórbida com gastrectomia vertical. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig**, Curitiba, v. 24, n.1, p. 52-54, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 22 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2010**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>. Acesso em: 27 set. 2011.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. Especial Nefrologia p. 554-7, 2009.

CHRISTOU, N. V, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in mobidly obese patients. **Ann Surg**. Montreal, v. 240, n. 3, pp. 416-423, 2004.

COSTA, L. D., et al. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. **Rev. Col. Bras. Cir.** Londrina, v. 37, n. 2, p. 096-101, 2010.

DALRI, C. C., ROSSI, L. A., DALRI, M. C. B. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v.14, n.3, p. 389-396, 2006.

DALRI, C. C. *Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica.* Ribeirão Preto, 2005. 198 f. Tese (mestrado) – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2005.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011
/ NANDA International. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DIAS-JUNIOR, S. A., et al. Prevalência de tabagismo ativo e passivo em uma população de asmáticos. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 261-265, 2009.

DOCHTERMAN, J. M., BULECHEK, G. M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FEIJÃO A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq Bras Card**, Fortaleza, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005.

FERRARO, D. R. Laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. **AORN J**, Nova Iorque, 2003, v. 77, n. 5, pp. 923-940, 2003.

FERRAZ, E. M. et al. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. **Rev. Col. Bras. Cir**, Pernambuco, v. 30, n. 2, p. 98-105, 2003.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.13, n.1, p. 17-28, 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery. Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GUH. D. P., et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, Vancouver, v. 9, n. 88., 2009.

LIBANORI, H. T., Derivação biliopancreática com gastrectomia longitudinal e preservação pilórica ("Duodenal Switch"). **Einstein**. São Paulo, supl 1: S91-S96, 2006.

LI, Q., et al. Metabolic effects of bariatric surgery in type 2 diabetic patients with body mass index < 35 kg/m². **Diabetes, obesity and metabolism**, Shanghai, v. 14, n.3, p. 262-270, 2012.

LIBETON M.,et al. Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. **Obes. Surg**, Melbourne, v. 14, p. 392–398, 2004.

LIVINGSTON, E. H., CLIFFORD, K. Y. Socioeconomic characteristics of the population eligible for obesity surgery. **Surgery**, Dallas, v. 135, n. 3 p. 288–296, 2004.

LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem – uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MORAES, L. O; PENICHE, A. C. G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34-42, 2003.

NETO, L. J; JUNIOR, A. G. L; JACOB, C. E. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 266-269, 2010.

O'BRIEN, P. E., DIXON, J. B. Lap-band: outcomes and results. **J Laparoendosc Adv Surg Tech A.**, v.13, n. 4 pp. 265-70, 2003.

PAJECKI, D., et al. Abordagem multidisciplinar de pacientes obesos mórbidos submetidos a tratamento cirúrgico pelo método da banda gástrica ajustável. **Rev. Col. Bras. Cir.**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 328-332, 2010.

PEREIRA, L. V., SOUSA, F. A. E. F. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.3, p. 474-479, 2007.

PICOT, J., et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. **Health Technol Asses**, Southampton, UK, v. 13, n. 41, p. 1-190, 2009.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRUINELLI, L. et al. Operacionalização do processo de enfermagem no HCPA. In: ALMEIDA, M. de A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUGLIA, C. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 109-26, 2004

RIGOTTI, M. A., FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciênc. Saúde.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005.

ROCHA, L. A., MAIA, T. F., SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Fortaleza, v. 59, n. 3, p. 321-326, 2006.

SARNO, F., MONTEIRO, C. A. Importancia Relativa do do Índice de Massa Corporal e da Circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5. p. 788-796, 2007.

SICHIERI, R. **Epidemiologia da Obesidade**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
<http://www.oms.org/> acesso em 11/10.

TANAKA, D. S., PENICHE, A. C. G. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta. Paul. Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 618-623, 2009.

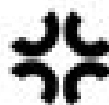
VALEZI, A. C., et al. Gastroplastia vertical com bandagem em y-de-roux: análise de resultados. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Londrina, 2004, v. 31, n. 1, pp. 49-56, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Disponível em:
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 30 set. 2011.

ANEXO A – Termo de Comprometimento para Utilização de Dados

24

ANEXO A – Termo de Comprometimento para Utilização dos Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto:

Diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório mediato de cirurgia bariátrica	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Amália de Fátima Lucena	 Prof. Amália de Fátima Lucena Assinante do Serviço de Endoscopia Colônica COBEM-03 (1985)
Nathalia Helene Steyer	

ANEXO B – Aprovação COMPESQ – Escola de Enfermagem

-----Mensagem original-----

De: cppg@enf.ufrgs.br [mailto:cppg@enf.ufrgs.br]

Enviada em: quarta-feira, 7 de dezembro de 2011 10:01

Para: afatimalucena@gmail.com

Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Prezado Pesquisador AMÁLIA DE FATIMA LUCENA, Informamos que o projeto de pesquisa DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA encaminhado para análise em 23/11/2011 foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer: Projeto de abordagem quantitativa em banco de dados eletrônico(prontuário). Título claro.Introdução e justificativa adequadas. Objetivo geral e específicos adequados com o Método proposto. Cronograma e Orçamento adequados. Rever normas da ABNT nas referências.Será encaminhado para o Comitê de Ética do HCPA. Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO C – Aprovação Comitê de Ética do HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110613

Data da Versão do Projeto: 27/01/2012

Pesquisadores:

NATHALIA HELENE STEYER
AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

Título: DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 07 de março de 2012.


Profª Nadine Clauseil
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA