

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LIDIANY GALDINO FELIX

**PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

JOÃO PESSOA - PB

2009

LIDIANY GALDINO FELIX

**PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Inserida na linha de pesquisa ***Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem***, tendo como área de concentração: **Enfermagem na Atenção à Saúde.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Júlia Guimarães O. Soares

JOÃO PESSOA - PB

2009

LIDIANY GALDINO FELIX

**PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Aprovada em: 17/12/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares - UFPB
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Zuíla Maria Figueiredo Carvalho – UFC
Membro

Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega - UFPB
Membro

Prof^a. Dr^a. Wilma Dias de Fontes - UFPB
Membro

*Dedico este trabalho a todos os **participantes da pesquisa**, que aguardam ansiosamente a realização da cirurgia bariátrica e àqueles que já realizaram-na. Muito obrigado por dividirem comigo suas experiências de vida e pela valiosa contribuição para a realização dessa conquista.*

*Ao meu esposo **Luiz Antônio**, à minha filha **Maria Luíza**, à minha **mãe** e à minha grande amiga e incentivadora **Julieta**, por terem acreditado em mim, mesmo quando eu não mais acreditava. **Muito obrigado por todo o apoio e carinho.***

AMO VOCÊS.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, graças te dou Senhor, pelas bênçãos derramadas em minha vida, por ter me fortalecido durante todos os momentos de dificuldades e, principalmente, por ter permitido chegar até aqui.

A todos os **obesos e ex-obesos** que aceitaram participar da pesquisa e colaboraram para a realização deste trabalho.

A minha **família** por todo carinho, incentivo e confiança oferecidos a mim.

Ao meu marido **Luiz Antônio**, por todo o amor incondicional, dedicação, incentivo e apoio durante essa caminhada, pela compreensão e paciência nos momentos de ausência e, principalmente, por estar ao meu lado em mais essa conquista da minha vida.

A minha amada filha **Maria Luíza**, minha companheira fiel em todas as mudanças que aconteceram em nossas vidas desde que fui aprovada no mestrado. E que apesar de tão pequena, soube compreender as escolhas que tive que fazer para realizar esse sonho, os momentos de ausência. Obrigado pelo seu sorriso nas horas tristes e principalmente por ter iluminado a minha vida, saiba que não teria conseguido se você não estivesse ao meu lado.

A minha grande amiga **Julieta**, que apesar de não ser minha irmã de sangue, é minha irmã de alma, por sua amizade incondicional e por ter me ajudado durante todo o primeiro ano do mestrado.

A Profa. Dra. **Maria Júlia**, minha orientadora, por ter atendido meu telefonema e aceitado me orientar mesmo sem nunca ter me visto. Por ter confiado em meu trabalho e direcionado meu caminho sempre com paciência e sabedoria.

A Profa. Dra. **Maria Miriam Lima da Nóbrega**, minha querida professora, pela disponibilidade e colaboração valiosa durante a elaboração dessa pesquisa, pelo carinho e incentivo e pelos ensinamentos e parceria nos trabalhos realizados durante o mestrado. Um grande abraço.

A Profa. Dra. **Wilma Dias de Fontes**, por sua valiosa contribuição em todos os momentos da pesquisa.

A Profa. Dra. **Zuila Maria de Figueiredo Carvalho**, pela disponibilidade em participar da banca examinadora deste trabalho, contribuindo com sua experiência pessoal e profissional.

Ao **Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba**, por todo apoio e compreensão, indispensáveis para a concretização deste estudo.

Às colegas de mestrado e companheiras de estrada: **Gicélia, Gisele e Anthoniany**, pela amizade e por terem tornado essa caminhada mais alegre.

*A todos os demais colegas do mestrado e em especial a **Lina, Ângela e Vânia**, pela disponibilidade e amizade construída nesse período.*

Aos funcionários do Programa de pós-graduação em Enfermagem, Sra. Luzinete Candea de Lima, Raquel e o Sr. Ivan Ramiro, pela disposição em ajudar-me, sempre que solicitados.

MUITO OBRIGADA!

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

(Cora Carolina)

RESUMO

FELIX, Lidiany Galdino. **Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro**. 2009. 128 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Atualmente a Cirurgia Bariátrica vem sendo considerada o tratamento mais eficaz para o controle da obesidade mórbida. Diante do aumento do número de cirurgias realizadas no país e da complexidade do cuidado do paciente obeso, o presente estudo teve por objetivo principal construir um Protocolo de Orientação para o autocuidado de clientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado de Orem. Para o alcance desse objetivo, realizou-se uma pesquisa do tipo metodológica, constituída por quatro etapas: primeira fase: identificação dos indicadores empíricos para a demanda terapêutica de Autocuidado – realizada por meio de uma revisão sistemática da literatura sobre os cuidados de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica, a qual resultou na estruturação do formulário de coleta de dados, adaptado a Teoria do Autocuidado de Orem; segunda fase: determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC) – realizada através de um estudo exploratório e descritivo de abordagem quanti-qualitativa, com 31 clientes, sendo 26 candidatos à cirurgia bariátrica e 06 pacientes que estavam em pós-operatório, inscritos no Grupo de Cirurgia Bariátrica de um hospital de ensino, na cidade de João Pessoa-PB, no período de abril a junho de 2009. A coleta de dados possibilitou a identificação dos déficits de autocuidado e, conseqüentemente, dos diagnósticos de enfermagem, baseados na Taxonomia II da NANDA-I; terceira fase: desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem para os DAC identificados - foi elaborado o planejamento da assistência de enfermagem, com a determinação das metas, objetivos, método de ajuda, tipo de sistema e intervenções de enfermagem; quarta fase: estruturação do Protocolo de assistência de enfermagem e do Manual de orientação para o autocuidado do paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica – construído a partir das demandas de autocuidado identificadas. Demonstrou-se a importância que a educação e o preparo do paciente para o autocuidado representam para a recuperação do paciente e para o alcance do sucesso da cirurgia. Espera-se que o presente estudo contribua para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente bariátrico e sirva como parâmetro para que outras instituições de saúde desenvolvam seus próprios protocolos assistenciais

Palavras-chave: enfermagem; autocuidado; cirurgia bariátrica; Protocolos de Enfermagem;

ABSTRACT

FELIX, Lidiany Galdino. **Protocol for self-care of patients undergoing Bariatric Surgery: nurse's role**. 2009. 128p. Dissertation (Masters in Nursing) – Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Bariatric Surgery is currently being considered more effective treatment of morbid obesity. In the face of increased the number of surgeries performed in the country and the complexity of patient care, this study obeso was a main building guidance Protocol for the client self-care in the pre and post surgery Bariatric Surgery, substantiated in the General Theory of Orem self-care. The methodological kind of research was used and it is made up of four phases: first stage: identification of empirical indicators for therapy of self-care demand – carried out through a systematic review of the literature on nursing care to the patient undergoes Bariatric Surgery, which resulted in the structuring of the data collection form, adapted the theory of self-care of Orem; second stage: determination of deficits of self-care (DAC) – achieved through an exploratory study and descriptive qualitative approach, with the following-31 customers, being 26 Bariatric Surgery candidates and 06 patients wait were included in bariatric surgery group of a teaching hospital, in the city of João Pessoa – PB, during the period from April to June 2009. Data collection has led to the identification of gaps of self-care and consequently to nursing diagnoses based on taxonomy Nanda-I; third stage: Nursing systems development for DAC identified-the nursing care planning, with the determination of the goals, objectives, aid method, type of system and nursing interventions; fourth stage:structuring of nursing care protocol and guidance for self-care patient pre and post surgery Bariatric Surgery – constructed from self-care demands identified. Demonstrated the importance of education and the patient staging self-care represent for the recovery of the patient and the achievement of the success of surgery. It is hoped that this study will contribute to improving the quality of nursing care to the patient bariátrico and serves as a parameter to that other health institutions to develop their own assistive protocols.

Keywords: nursing; self-care; bariatric surgery; nursing protocols.

RESUMEN

FELIX, Lidiany Galdino. **Protocolo de Orientación el autocuidado de clientes en el pre y post-operatório de cirugía bariátrica: actuación de lo enfermera**. 2009. 128p. Disertación (Maestría en enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Actualmente la Cirugía bariátrica viene siendo considerado el tratamiento más eficaz para el control de la obesidad mórbida. Delante del aumentado del número de cirugías realizadas en el país y la complejidad de la atención del paciente obeso, el presente estudio tuvo por objetivo la construcción de un Protocolo de Orientación el autocuidado de clientes en el pre y post-operatório de cirugía bariátrica, fundamentado en la Teoría de General del Autocuidado de Oren. Para el alcance de ese objetivo, se realizó una investigación del tipo metodológico, constituida por cuatro etapas: primeira fase: identificación de los indicadores empíricas para la demanda terapéutica de Autocuidado – realizada por medio de una revisión sistemática de la literatura sobre los cuidados de enfermería al paciente sometido a la cirugía bariátrica, la cual resultó en la estructuración del formulario de colecta de datos, adaptado la Teoría del Autocuidado de Oren; segunda fase: determinación de los Déficits de autocuidado (DAC) – realizada a través de un estudio exploratório y descriptivo de abordaje quanti-cualitativa, con 31 clientes, siendo 26 candidatos a la cirugía bariátrica y 06 pacientes que estaban em post-opeartório, inscritos en el Grupo de Cirugía Bariátrica de un hospital de enseñanza, en la ciudad de João Pessoa-PB, en el periodo de abril a junio de 2009. La recogida de los datos llevó la identificación de los déficits de autocuidado y, consecuentemente, a los diagnósticos de enfermería, basados en la Taxonomía *Nanda-I*; tercera fase: desarrollo de los Sistemas de Enfermería para los DAC identificados – fue elaborado la planificación de la asistencia de enfermería, con la determinación de las metas, objetivos, método de ayuda, tipo de sistema y intervenciones de enfermería; quarta fase: estructuración del Protocolo de asistencia de enfermería e de un Manual de orientación para el autocuidado del paciente en pre y post-operatório de cirugía bariátrica – construido a partir de las demandas de autocuidado identificadas. Se demonstro la importancia que la educación y lo preparo del paciente para el autocuidado representan para la recuperación del paciente y para el alcance del éxito de la cirugía. Se espera que el presente estudio contribuya para la mejoría de la calidad de la aistencia de enfermería al paciente bariátrico y sirva como parámetro para otras instituciones de salud desarrollen sus propios protocolos asistenciales.

Palabras-Claves: enfermería; autocuidado; cirugía bariátrica; Protocolos de Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Cirurgia Fobi-capela com anel.....	27
FIGURA 2 - Gastroplastia com banda gástrica ajustável.....	28
FIGURA 3 - Cirurgia de derivação biliopancreática. Técnica de Scopinaro.....	29
FIGURA 4 - Modelo Esquemático sobre o percurso metodológico da pesquisa..	39
FIGURA 5 - Distribuição dos entrevistados segundo o IMC.....	64
FIGURA 6 - Fluxograma do atendimento do paciente bariátrico no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HULW e proposta de inserção e atuação do enfermeiro.....	98
Quadro 1 - Distribuição das demandas de autocuidado e os diagnósticos de enfermagem dos entrevistados, segundo sub-requisitos do autocuidado universal.....	83
Quadro 2 - Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica baseado na Teoria de Autocuidado de Orem.....	103
Quadro 3 - Manual de orientações para o autocuidado do paciente no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos entrevistados segundo as características socio-demográficas.....	65
Tabela 2 -	Distribuição dos entrevistados, conforme as demandas de autocuidado universal identificadas.....	67
Tabela 3 -	Distribuição das comorbidades associadas à obesidade relatadas pelos entrevistados.....	69
Tabela 4 -	Distribuição das demandas de autocuidado identificadas nos candidatos à cirurgia bariátrica, segundo os requisitos do autocuidado por desvio de saúde.....	91

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
3.1 Cirurgia bariátrica.....	25
3.2 Autocuidado e a Teoria de Orem.....	31
4. METODOLOGIA.....	37
4.1 PRIMEIRA FASE: identificação dos indicadores empíricos para a demanda terapêutica de Autocuidado.....	40
4.1.1 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS.....	41
4.1.1.1 A manutenção de suficiente ingestão de ar, água, alimentos.....	41
4.1.1.2 A provisão de cuidados associada a processos de eliminação e excreção.....	46
4.1.1.3 A manutenção de um equilíbrio entre a atividade e o repouso.....	47
4.1.1.4 A manutenção de um equilíbrio entre solidão e a interação social... bem estar.....	52
4.1.1.5 A prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar.....	53
4.1.1.6 Promoção da saúde.....	56
4.1.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO.....	58
4.1.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE.....	59
4.1.4 Estruturação do Instrumento para a Coleta de Dados.....	61
4.2 SEGUNDA E TERCEIRA FASES: Determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC) e desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem.....	62
4.2.1 Caracterização da Amostra.....	64
4.2.2 Identificação das demandas de autocuidado.....	66
4.2.3 Determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC) e desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem.....	80
4.2.3.1 Demanda de Autocuidado Universal.....	80
4.2.3.2 Demanda de Autocuidado de desenvolvimento.....	89
4.2.3.3 Demanda de Autocuidado nas alterações de Saúde.....	90
4.2.4 Estruturação do Protocolo.....	92
5. Protocolo de Orientação para assistência de Enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica.....	94
5.1 Apresentação.....	95
5.1 Operacionalização.....	95
5.1.1 Público Alvo.....	95
5.1.2 Acompanhamento.....	95
5.2 Atribuições do enfermeiro.....	96
5.2.1 Fase ambulatorial.....	96
5.2.2 Fase pré-operatória.....	96
5.2.3 Pós-operatória (imediato e tardio).....	97
5.3 Protocolo de orientação para a assistência de Enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica.....	99
6. Manual de orientações para o autocuidado do paciente no pré e pós- operatório de cirurgia bariátrica.....	104
6.1 Apresentação.....	105
6.2 Manual de orientações para o autocuidado do paciente no pré e pós- operatório de cirurgia bariátrica.....	106
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERENCIAS.....	114
APENDICES.....	123
ANEXOS.....	128



1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo. Está diretamente relacionada ao surgimento de doenças crônicas como diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, coronariopatias, doenças articulares, cálculos biliares, apneia do sono e muitos tipos de câncer (AORN, 2004). Pelos riscos associados, a obesidade vem sendo considerada um grande problema de saúde pública que afeta todas as idades e grupos socioeconômicos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, com implicações sociais e psicológicas representativas e de proporções epidêmicas (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2006, havia cerca de um bilhão de adultos com sobrepeso e pelo menos 300 milhões de obesos em todo o mundo (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

No Brasil, números levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 2007, 40% de toda a população e aproximadamente 72 milhões de brasileiros estavam com sobrepeso e outros 6% já eram considerados obesos. Por ano, mais de 80 mil óbitos são registrados em decorrência da obesidade no país (FORGERINI, 2007).

Dentre os critérios para classificação da obesidade, o Índice de Massa Corpórea (IMC), também conhecido como Índice de *Quelet*, é um dos mais indicados na literatura. Este, por sua vez, é obtido dividindo-se o peso do corpo em quilogramas pela altura em metros quadrados (kg/m^2). A OMS classifica a obesidade baseada no IMC e no risco de mortalidade. Assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de $30\text{Kg}/\text{m}^2$ (FANDIÑO *et al*, 2004).

Quanto à gravidade, a OMS, cujas preconizações também são adotadas pelo Conselho Latino Americano de Obesidade e Ministério da Saúde (LIMA, SAMPAIO, 2007), classifica a obesidade em três níveis: obesidade grau I, quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9\text{ Kg}/\text{m}^2$; obesidade grau II, com IMC entre 35 e $39,9\text{ Kg}/\text{m}^2$; e obesidade grau III ou obesidade mórbida, quando o IMC ultrapassa $40\text{ Kg}/\text{m}^2$ (AORN, 2004).

Frequentemente, a terapêutica da obesidade envolve várias abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade são os pilares principais do tratamento. Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até dois

anos (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica da obesidade mórbida, esta passou a ser reconhecida como uma condição grave e que se inclui na esfera cirúrgica, por implicar três consequências: piora da qualidade de vida, devido à alta frequência de comorbidades associadas; redução da expectativa de duração da vida; e altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores (GARRIDO JR, 2000).

Como alternativa para redução de peso e melhora das comorbidades associadas, surgiu a Cirurgia Bariátrica, que consiste em uma cirurgia gastrointestinal que altera o processo digestivo normal e que vem sendo considerada um dos principais tratamentos para a obesidade mórbida (IDE; FARBER; LAUTZ, 2008).

O número de cirurgias bariátricas vem aumentando consideravelmente em todo o mundo, devido aos vários estudos que demonstram a eficácia e a segurança da cirurgia para a perda de peso e reversão das doenças associadas à obesidade, como também pela popularização da cirurgia e divulgação dos seus efeitos pela mídia, enfatizando-a como o último recurso para a cura da obesidade.

Atualmente, são realizadas cerca de 25.000 cirurgias de redução de estômago no Brasil (nos Estados Unidos, foram feitas 180.000), o tempo de duração do procedimento caiu de quatro horas para menos de duas, os procedimentos se aprimoraram e os cirurgiões estão mais hábeis e experientes do que nos primórdios da técnica. Por isso, os riscos de complicações graves caíram para 2% e a taxa de mortalidade não ultrapassa 1% (JORGE, 2007).

Somente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), foram realizados cerca de 1.813 procedimentos, em 2003, cerca de 2.000, em 2004, e 2.266, em 2005. Na rede privada, o crescimento é ainda maior, colocando o Brasil como o segundo país do mundo na realização deste tipo de cirurgia, ficando atrás, apenas, dos Estados Unidos, conforme dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (HU REALIZA... 2009).

Contudo, as primeiras estatísticas de longo prazo feitas no Brasil mostram que a cirurgia bariátrica não é, infelizmente, uma solução mágica para o controle da obesidade. Segundo dados do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, sete anos após a cirurgia, um terço dos pacientes recuperou bem mais peso do que o esperado; destes, entre 5% e 10% voltaram a ser obesos mórbidos, demonstrando que, apesar de a cirurgia ser um artifício para controlar a obesidade, os mecanismos metabólicos, psicológicos e sociais envolvidos na etiologia da obesidade são muito

resistentes, fazendo com que o paciente necessite de acompanhamento pelo resto da vida (JORGE, 2007).

Nessa perspectiva, o paciente obeso mórbido que se submete ao ato cirúrgico requer cuidados específicos de enfermagem, principalmente pela dificuldade de adesão ao tratamento, bem como pelos riscos pré e pós-operatórios que o acompanham (NEGRAO, 2006).

Abir e Bell (2004) afirmam que o gerenciamento clínico do paciente requer um preparo meticuloso no pré, intra e pós-operatório. Para os autores, um histórico de enfermagem detalhado e a avaliação minuciosa pré-operatória do paciente, com checagens de exames pré-cirúrgicos e do risco cirúrgico, bem como orientação sobre as complicações pós-operatórias, são fundamentais nessa abordagem.

O enfermeiro que participa desse atendimento tem papel primordial dentro da equipe multidisciplinar. Ele é o responsável, 24 horas por dia, pela orientação, o cuidado e até o incentivo para que esse paciente consiga superar todas as etapas da internação hospitalar. Para tanto, ele deve conhecer as técnicas cirúrgicas, suas vantagens e desvantagens, e, assim, planejar e implementar estratégias que possibilitem a efetiva participação do paciente e sua família na promoção do sucesso da cirurgia (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

Nesse sentido, a equipe de enfermagem atua diretamente na prevenção e minimização do aparecimento de complicações pós-operatórias, promovendo a deambulação precoce, incentivando a respiração profunda, monitorando os sinais de infecção na ferida cirúrgica e em inserção de drenos e cateteres, no controle da dor e das queixas apresentadas pelo paciente.

Mas, apesar do tema pesquisado ser bastante atual e do interesse de vários países neste assunto, a atuação da Enfermagem nessa área ainda está voltada para as diretrizes médicas, haja vista o pequeno número de pesquisas realizadas em nosso país descrevendo a assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica (NEGRAO, 2006).

Karmanova *et al.* (2004), em estudo sobre os aspectos que contribuem para a segurança na alta do paciente bariátrico, sugerem que a atuação da equipe multidisciplinar e a educação intensiva para pacientes durante o pré e pós-operatório imediato influenciam nas habilidades e prontidão para aceitar uma curta internação hospitalar, sendo a equipe multidisciplinar muito importante para o sucesso da cirurgia, auxiliando na terapêutica e no desenvolvimento de aspectos psicológicos e comportamentais.

Garza (2003), afirma que a chave para os resultados bem-sucedidos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica é a educação. Dada a complexidade do procedimento cirúrgico, associado à natureza dos riscos e o compromisso a longo prazo necessário para que o paciente modifique o seu estilo de vida, é imperativo que os pacientes recebam uma educação abrangente em cada fase do processo.

As informações pré e pós-operatórias são fundamentais e têm como finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente, facilitando seu ajuste físico, emocional, social e familiar, esclarecendo dúvidas e temores, fornecendo informações e ajuda prática, assim como incentivando-os a procurar a equipe multiprofissional, sempre que necessário (RASERA JR.; SHIRAGA, 2003).

O interesse pela temática surgiu primeiramente da vivência profissional da pesquisadora como enfermeira assistencial de um hospital que realizava este tipo de procedimento cirúrgico na cidade de Campinas-SP. Nesse período, fui designada pela Coordenação de Enfermagem do referido hospital para ajudar a desenvolver um protocolo de orientação para a alta hospitalar, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica, e de padronizar as informações fornecidas pela equipe de enfermagem. A construção desse protocolo se deu a partir do seguinte questionamento: quais as orientações para a assistência de enfermagem ao paciente submetido a cirurgia bariátrica? Em busca de resposta para esse questionamento, foi realizado, inicialmente, um levantamento bibliográfico sobre o tema, onde se verificou a escassez de trabalhos, principalmente nacionais, relacionados à educação do paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

O protocolo foi construído a partir da consulta a diversos autores sobre o tema (GRINDEL; GRINDEL, 2006; NEGRÃO, 2006; FERRARO, 2004; ABIR; BELL, 2004; HARLER, 2002), como também de elementos identificados como importantes no processo assistencial vivenciado pela pesquisadora e equipe para esse tipo de cirurgia. A proposta de construção desse protocolo de orientação para alta hospitalar do paciente bariátrico resultou no trabalho monográfico da pesquisadora para obtenção do título de especialista em Enfermagem Clínica e Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo (FELIX, 2007).

Com o ingresso da pesquisadora no Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), surgiu a oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre a temática, bem como de estruturar um novo protocolo de orientação, culminando no meu objeto de estudo.

Durante o desenvolvimento das disciplinas Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem e Processo de Cuidar em Enfermagem, aprendi que o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem, deve desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar, e que, para direcionar sua prática, é preciso utilizar um referencial teórico e metodológico que possibilite operacionalizar a sistematização da assistência de enfermagem e configurar sua competência profissional para além das técnicas.

Assim, a Teoria que mais se adequava à construção de um protocolo para auxiliar o paciente bariátrico no seu autocuidado e na sua recuperação e, ao mesmo tempo, ajudá-lo nesse processo de adaptação, foi a Teoria Geral do Autocuidado de Orem.

O uso da Teoria de Orem como referencial teórico metodológico deste trabalho justifica-se pelo fato de a teoria ter demonstrado que o autocuidado constitui a base para o cuidado, produzindo a comunicação terapêutica entre o paciente e a Enfermagem, além de enfatizar a importância do engajamento do paciente para o autocuidado (SAMPAIO *et al.*, 2008).

A Teoria do Autocuidado visa desenvolver o potencial do indivíduo para identificar e resolver seus problemas de saúde. De acordo com essa teoria, a meta da Enfermagem é alcançar o autocuidado, entendido como um cuidado desempenhado pela própria pessoa, para si mesma. A saúde, dessa forma, poderá ser vista predominantemente como consequência das ações do próprio indivíduo (CAETANO; PAGLIUCA, 2006).

Como a educação para o autocuidado é um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica (CADE, 2001), a Teoria do Déficit de Autocuidado constitui um dos modelos que pode direcionar as ações assistenciais do enfermeiro e responder às necessidades de portadores de doenças crônicas como a obesidade.

Essa teoria nos lembra, ainda, que a pessoa deve se empenhar para desenvolver atitudes coerentes com a saúde e o bem-estar, individual e familiar, mediante a intervenção do enfermeiro (SANTOS; SILVA, 2006).

Dessa forma, considera-se o desenvolvimento do Protocolo proposto neste trabalho de dissertação como um recurso essencial para guiar o enfermeiro no planejamento da assistência e alta hospitalar, desde a fase ambulatorial até a internação do paciente bariátrico, além de ser um instrumento para a educação do paciente com relação às orientações pós-alta, podendo ser de extrema utilidade na

sua recuperação e no seu retorno às atividades cotidianas.

Isto porque, apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas e do tempo de internação hospitalar do paciente estar diminuindo, no preparo para a alta hospitalar, faz-se necessário que, além do tratamento farmacológico adequado, o paciente receba orientações de enfermagem específicas para o autocuidado, relacionadas a cuidados com drenos e ferida operatória, dietas, deambulação, sinais e sintomas que requeiram atenção.

Além disso, no período pós-operatório, o paciente submetido à cirurgia bariátrica pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual. Esta fase torna-se, muitas vezes, limitada e de difícil adaptação, em decorrência de vários fatores, como dor e desconforto devido à ferida cirúrgica e drenos, adaptação à nova dieta líquida, restrições alimentares e físicas, perda da autonomia naquele momento, expectativas, ansiedades, insegurança e emagrecimento ainda não visível (FRANQUES, 2003).

Para Agra (2008), todos esses fatores fazem com que o paciente dependa de uma rede de suporte para o enfrentamento dessa nova condição, sentindo a necessidade de se manter informado a respeito dos cuidados indispensáveis depois da cirurgia para, a seguir, tornar-se agente ativo no seu processo de adaptação aos novos hábitos.

Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) enfatizam, a relevante contribuição de tecnologias educativas escritas no contexto da educação em saúde e o papel desse recurso para promoção da saúde: prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia e confiança do paciente.

Como a realização de estudos sobre o uso de materiais educativos, a exemplo de manuais e protocolos, no processo de reabilitação pós-operatório, ainda são incipientes em nosso meio, conforme demonstrado pelos trabalhos realizados pelos autores supracitados, esta investigação pode ser entendida como um ponto de partida para outras de natureza semelhante.

Nesse sentido, ao promover a saúde mediante estratégias educativas principalmente numa base dialógica, a Enfermagem respeita os preceitos ético-legais e constitucionais de sua profissão, bem como da pessoa humana em sua dignidade, liberdade e autonomia, concorrendo, assim, para a observância e garantia dos direitos de cidadania, adquiridos através de lutas sociais históricas, e para a humanização dos espaços nos quais se desenvolvem os serviços de saúde prestados à população brasileira (SANTOS; SILVA, 2006).

A evolução técnica e operacional na realização das cirurgias bariátricas demanda não somente um esforço e investimento do paciente e seus familiares, mas também o suporte efetivo e de qualidade por parte da equipe multiprofissional para o alcance desse objetivo (NEGRÃO; BIANCHI, 2008).

Assim, a educação do paciente é de extrema importância no preparo para a alta hospitalar, visto que é uma forma efetiva de o paciente atuar na sua recuperação. As orientações devem ser fornecidas a todos os pacientes, com o objetivo de proporcionar conhecimentos acerca das possíveis alterações que possam ocorrer nesse período, através da adoção de medidas para prevenção de complicações a partir do reconhecimento da importância do autocuidado como estratégia para efetivamente obter o sucesso da cirurgia.



2. OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL:

- Construir um Protocolo de Orientação para o autocuidado de clientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado de Orem.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os indicadores empíricos para a demanda terapêutica de Autocuidado de clientes no pré e pós-operatórios de cirurgia bariátrica;
- Determinar os Déficits de Autocuidado;
- Desenvolver os Sistemas de Enfermagem para os Déficits de Autocuidado identificados;
- Estruturar o Protocolo de orientação para a assistência de Enfermagem ao paciente no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- Estruturar o Manual de Orientação para o autocuidado de clientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.



3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 - Cirurgia bariátrica

A cirurgia da obesidade mórbida, também conhecida como Bariátrica (do grego *baros* = peso, e *iatria* = tratamento médico), surgiu na década de 1950, como alternativa para o obeso mórbido. Com o passar dos anos, as técnicas foram sendo aperfeiçoadas e, hoje, é considerado o tratamento mais eficaz para o controle da obesidade mórbida (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008), demonstrando um bom resultado na perda de peso e aumento na qualidade de vida do paciente.

Em 1990, o aparecimento da cirurgia laparoscópica, ou minimamente invasiva, foi um grande avanço para a cirurgia bariátrica, visto que desenvolveu instrumentos especializados que substituíram a necessidade de uma incisão abdominal tradicional (AORN, 2004).

Dentre os relatos sobre a cirurgia bariátrica no Brasil, ressalta-se a primeira experiência do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que teve início em 1978, com as derivações jejuno-ileais, logo abandonadas por seus efeitos indesejáveis (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Na esfera pública, esse procedimento foi regulamentado através da Portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001. Os pontos centrais dessa portaria são as aprovações do Protocolo de indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica, além de relacionar os hospitais já cadastrados no SUS como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica (BRASIL, 2001).

Todos os procedimentos disponíveis atualmente, em graus variáveis, alteram a anatomia e a fisiologia do trato gastrintestinal. Este fato, juntamente com as alterações dietéticas pós-operatórias, torna esses pacientes vulneráveis a uma multiplicidade de complicações potenciais. Como mais e mais pacientes estão se submetendo a esse procedimento cirúrgico, um número crescente de pessoal capacitado está sendo solicitado para prestar cuidados de saúde aos mesmos. Assim, é imperativo que toda a equipe de saúde envolvida nessa assistência tenha uma compreensão geral dos procedimentos operacionais e dos problemas potenciais que essa nova clientela pode desenvolver (SHIKORA; KIM; TARNOFF, 2007).

Existem diversos benefícios que a perda de peso nos pacientes submetidos à

cirurgia bariátrica traz. Em acompanhamento a longo prazo, foram constatadas melhorias em nível cardiológico, respiratório, endócrino e psicológico, conforme demonstradas por Mango e Frishman (2006) e discutidas a seguir.

Dentre as alterações respiratórias relacionadas à cirurgia bariátrica, os autores destacam a redução de quase 90% dos casos de asma e apneia do sono. A redução dos casos de asma pode ser atribuída à diminuição do refluxo gastroesofágico após o emagrecimento. As alterações cardiovasculares referem-se à diminuição das pressões sistólica e diastólica com consequente diminuição do risco de hipertensão e infarto, além da diminuição acentuada do colesterol total, triglicérides, ácido úrico e aumento da fração HDL do colesterol.

Nos pacientes submetidos à gastroplastia com redução de peso, pode-se observar a diminuição importante das taxas de diabetes e do risco de aparecimento da doença nos pacientes não diabéticos. Quanto às alterações psiquiátricas, com a perda de peso, ocorre um aumento da autoestima, melhora do relacionamento social, diminuição da ansiedade e da depressão (MANGO; FRISHMAN, 2006).

A indicação desta intervenção e os critérios de seleção de pacientes foram estabelecidos pela Federação Internacional para a Cirurgia Bariátrica e são os seguintes: IMC maior que 40 kg/m² ou >35 kg/m² associado a comorbidades de difícil manejo clínico, presença de obesidade por no mínimo 05 anos, fracasso no tratamento conservador, ausência de história de alcoolismo ou problemas psiquiátricos graves, idade entre 18 e 55 anos e risco cirúrgico aceitável (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2002).

Alguns desses critérios já estão sendo flexibilizados com o estabelecimento de indicação cirúrgica a partir de IMC de 32 kg/m² para os pacientes que não possuem fatores de comorbidez, permitindo que cada vez mais jovens e adolescentes venham optando pela cirurgia com o intuito de perder peso e nunca mais engordar (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

As técnicas cirúrgicas podem ser divididas didaticamente em procedimentos que: limitam a capacidade gástrica (cirurgias restritivas); interferem na digestão (procedimentos mal-absortivos) e uma combinação de ambas as técnicas (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2002). As técnicas cirúrgicas mais usadas atualmente são: *by-pass* gástrico em *Y de Roux*, bandagem gástrica ajustável por via laparoscópica e *switch* duodenal (SANCHES *et al.*, 2008).

As técnicas do tipo Fobi-Capela ou *by-pass* gástrico em *Y de Roux* constituem o grupo de gastroplastias mais realizadas em todo o mundo e são consideradas

padrão ouro entre as cirurgias bariátricas (GRINDEL; GRINDEL, 2006). O procedimento consiste em dividir o estômago em duas partes, conforme demonstrado na Figura 1. A parte superior é transformada em um pequeno reservatório junto à cárdia com capacidade de aproximadamente 30ml. Todo o restante do estômago, assim como o duodeno e os primeiros 30 cm de jejuno, fica excluído do trânsito alimentar, mas ainda produzindo sucos gástricos que, em determinado momento, ajudam na digestão. O pequeno reservatório gástrico, que tem o tamanho aproximado de um polegar, é anastomosado a uma alça jejunal isolada em formato da letra Y (chamado de Y de Roux). Seu esvaziamento é limitado por um orifício menor que 1,3cm de diâmetro, o que dificulta a absorção dos nutrientes dos alimentos (GUARRIDO JR, 2000).

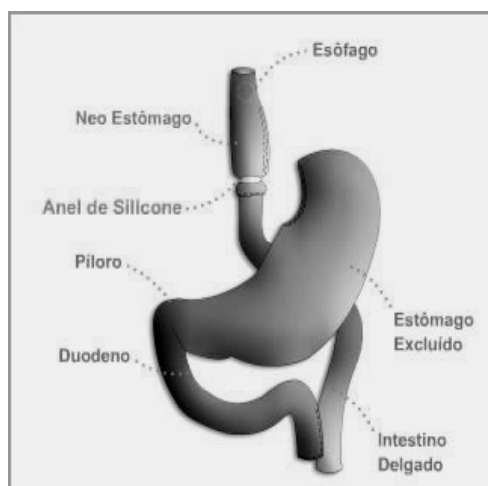


FIGURA 1 - Cirurgia Fobi-capela com anel.
FONTE: <http://www.gecom.med.br/03tecnicas03.htm>

É um procedimento cirúrgico seguro, com baixa morbidade e que mantém perdas médias de 35% a 40% do peso inicial em longo prazo (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Com este procedimento, a ingestão de carboidratos simples pode ocasionar a chamada síndrome de *dumping*, que é uma resposta fisiológica aos açúcares simples e que se caracteriza por tremor, sudorese, sensação de mal estar, taquicardia e, muitas vezes, intensa diarreia. Isso decorre do poder osmótico dos açúcares simples, além da liberação da insulina, levando a sintomas de hipoglicemia (SANCHES *et al.*, 2008). Esta síndrome desempenha importante papel na manutenção da perda de peso, porém tende a ser tempo-limitada.

A cirurgia de banda gástrica ajustável é uma técnica restritiva que consiste na

implantação videolaparoscópica de um anel de silicone colocado em volta do estômago, dividindo o órgão em dois (FIGURA 2). Este artefato fica conectado a um dispositivo sob a pele, permitindo ajuste volumétrico do reservatório criado (FANDIÑO *et al.*, 2004). Existem dois tipos de bandas gástricas, a *swedish*, ou banda sueca, e a *lap band*, ou banda americana.

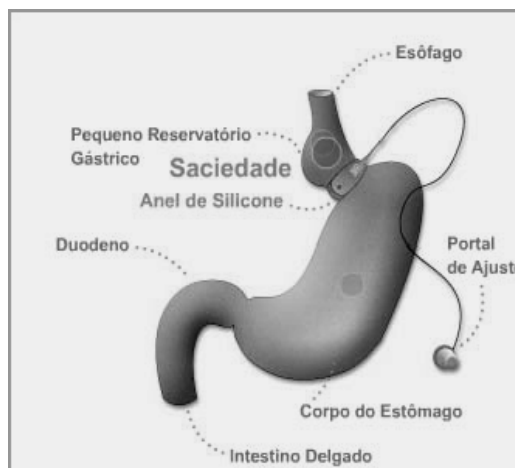


FIGURA 2 – gastroplastia com banda gástrica ajustável
 FONTE: <http://www.gecom.med.br/03tecnicas01.htm>

As derivações biliopancreáticas, como demonstra a Figura 3, são operações que combinam má digestão com má absorção e restrição gástrica. Consistem em gastrectomia parcial de 80% associada à anastomose em *Y de Roux* com alça jejunal longa (ZILBERSTEIN, 2002). Apesar de sua eficiência, a cirurgia induz a vários efeitos colaterais, como má absorção de vitaminas e minerais e deficiências nutricionais, principalmente de proteínas (GRINDEL, M; GRINDEL, C, 2006).

A mortalidade perioperatória está em torno de 0,3 a 1,6% (FANDIÑO *et al.*, 2004). Comparativamente, a mortalidade é de 0,5% a 1% para as cirurgias abertas versus 0,1% a 0,5% para as cirurgias laparoscópicas, respectivamente. A morbidade para ambas as cirurgias são semelhantes, em torno de 5%. Apenas 6% a 24% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica necessitam de mais de 24 horas de internação em UTI, número maior para cirurgias abertas (21%) quando comparado com a laparoscópica (7,6%) (SANCHES *et al.*, 2008).

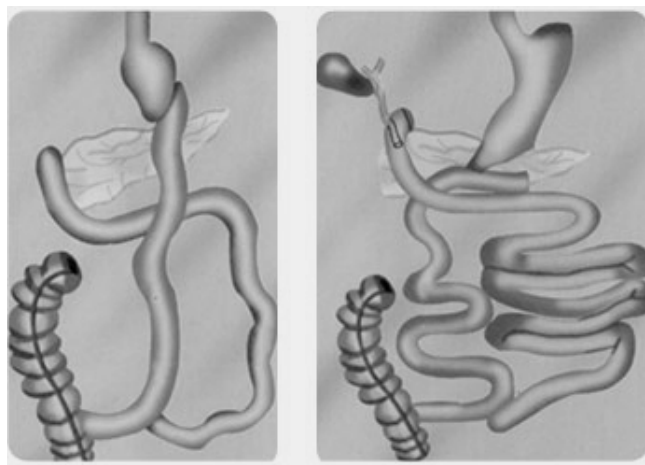


FIGURA 3 - Cirurgia de derivação biliopancreática. Técnica de Scopinaro.

FONTE: <http://www.gecom.med.br/03tecnicas02.htm>

As complicações do pós-operatório incluem infecção da ferida operatória, deiscência de sutura, fístulas, estenose de estoma, úlceras marginais, pneumopatias e tromboflebites, e situam-se em torno de 10%, sendo as complicações de maior mortalidade as fístulas e Trombose Venosa Profunda (TVP) (ZILBERSTEIN *et al*, 2002). A incidência de TVP e Tromboembolismo Pulmonar (TEP) no período pós-operatório de cirurgia bariátrica é de, respectivamente, 2,6% e 0,95% (ABIR; BELL, 2004).

Dentre as complicações pós-operatórias, destacam-se as do sistema respiratório, sendo importante o uso de técnica anestésica e de analgesia eficaz, que permita ao paciente a deambulação precoce, bem como a capacidade de respirar e tossir de forma adequada (BAGATINI *et al.*, 2006).

Para Pastoriza e Guimarães (2008), é fundamental o papel do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar que assiste ao paciente bariátrico. Para isso, ele deve estar constantemente atento às possíveis complicações e às intervenções de enfermagem que possam ser necessárias para evitar riscos potenciais e tardios.

Durante a internação hospitalar, alguns cuidados precisam ser observados em relação ao paciente com obesidade mórbida. Em primeiro lugar, são necessárias camisolas apropriadas para que ele se sinta confortável; as camas devem ser, preferencialmente, elétricas, com resistência para pessoas gordas, com 250kg a 300kg, e em colchões piramidais, que facilitem a movimentação dos indivíduos no pós-operatório, otimizando sua saída precoce da cama; as cadeiras têm de ser altas, retas e firmes, apresentando sustentação para o paciente; o vaso sanitário também deve ser reforçado, contendo acoplamentos laterais (SCHMITT, 2004).

A avaliação de enfermagem perioperatória deve envolver o paciente e seus familiares na investigação dos seguintes fatores de risco: IMC, aumento da gordura abdominal, problemas respiratórios potenciais, problemas circulatórios, integridade da pele, alterações na mobilidade, presença de comorbidades médicas associadas, como diabetes, hipertensão, apneia do sono, hipercolesterolemia, problemas emocionais e incontinência de *stress* (AOURN, 2004).

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório geral são semelhantes àqueles para um paciente que se recupera de uma ressecção gástrica, mas com atenção dirigida para os riscos de complicações associadas à obesidade mórbida (SMELTZER *et al.*, 2008). As complicações relacionadas à imobilidade do paciente obeso, como pneumonia, atelectasia, TVP, TEP e úlcera por pressão, podem ser minimizadas pelos cuidados de enfermagem prestados ao paciente cirúrgico (HARLER, 2002).

Segundo a *Association of Perioperative Registered Nurses* (AOURN, 2004), os principais diagnósticos de enfermagem encontrados no pós-operatório de cirurgia bariátrica são: déficit de conhecimento; intolerância a atividade; mobilidade física prejudicada; ansiedade; nutrição desequilibrada; risco para infecção; padrão respiratório ineficaz relacionado a obesidade mórbida e/ou comorbidades; risco para desequilíbrio no volume de líquidos; hipotermia e manejo ineficaz do regime terapêutico.

Negrão e Bianchi (2008) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de identificar os principais cuidados de enfermagem no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Após levantamento bibliográfico, as autoras destacaram a carência de estudos voltados especificamente para a assistência de enfermagem, e que, pela importância do tema, leva a se insistir cada vez mais na atuação baseada em evidências para assegurar a qualidade do cuidado prestado.

No preparo para a alta hospitalar, o enfermeiro deve atuar mostrando seus conhecimentos técnico-científicos, a fim de que possa fazer com que o paciente bariátrico absorva o maior número de informações específicas e para que estas informações possam ser revestidas em seu benefício e recuperação o mais breve possível. As orientações que devem ser explicadas ao paciente são descritas como preventivas e podem evitar problemas relacionados à cirurgia e contribuem para sua boa evolução pós-operatória (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

Nesse período, a comunicação é essencial para o relacionamento enfermeiro/paciente. O ensino do paciente cirúrgico para o autocuidado desenvolve

habilidades e favorece a sua reabilitação após a cirurgia como agente ativo indispensável no processo de educação em saúde (ZAGO; CASAGRANDE, 1997).

3.2 Autocuidado e a Teoria de Orem

A história nos mostra que a popularidade das práticas de autocuidado foi caracterizada por períodos de altos e baixos. Nos primeiros sistemas de cuidados de saúde, onde a prática do autocuidado era alta, os povos primitivos usavam a autoavaliação, o autodiagnóstico e o autotratamento para impedir e resolver os problemas de cuidado de saúde. Para eles, a doença estava diretamente relacionada a causas sobrenaturais, sendo a maioria dos cuidados de saúde de responsabilidade dos indivíduos ou de suas famílias. Descanso, música e relaxamento, tudo era utilizado e supervisionado pela família do doente para tratar a fadiga, febres e assim por diante. Os antigos registros sobre as práticas de saúde estão carregados de descrições de curas pela fé, medicina popular, mistificação e uso dos xamãs¹ (HILL; SMITH, 1990).

A Enfermagem, por ser uma profissão intimamente ligada ao cuidar, também tem se preocupado, historicamente, com o ensino do autocuidado para os clientes. Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem Moderna, promoveu o autocuidado quando ensinou os soldados na Guerra da Criméia, em 1854, a cuidar de seus próprios ferimentos. Ela viu o papel da medicina na remoção das partes doentes e o papel da Enfermagem em proporcionar ao cliente um ambiente que permitisse que a pessoa alcançasse a melhora da saúde (HILL; SMITH, 1990).

Na década de 1950, surgiram muitos questionamentos em torno do agir tecnicamente orientado, quando, então, as enfermeiras passaram a enfatizar a aplicação de princípios científicos nos seus procedimentos. A partir daí, aumentaram as reflexões sobre a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico que pudesse conferir identidade e autonomia à profissão (ANDRADE, 2007).

A partir de 1960, houve um aumento no interesse da sociedade pelo autocuidado impulsionado por várias questões econômicas, políticas e sociais. As pessoas começaram a prestar mais atenção para aprender e praticar habilidades

¹ ou *shaman*, é um termo de origem [tunguska](#) (povo nativo da [Sibéria](#)). A conceituação [antropológica](#) de xamã ainda não é consensual. Diz-se ser uma espécie de [sacerdote](#), [médico](#), curandeiro, conselheiro e [adivinho](#), com funções e poderes de natureza ritualística, [mágica](#) e [religiosa](#) que tem a capacidade de, por meio de êxtase, manter contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza.

básicas de autocuidado. A elevação continuada dos custos com o tratamento das doenças exerceu papel fundamental para este novo foco (HILL; SMITH, 1990).

Concomitantemente a esse período, iniciou-se uma grande busca no sentido de elaborar modelos conceituais e teorias de enfermagem, com o objetivo de descrever e caracterizar os componentes dos fenômenos que lhe são pertinentes e cuja finalidade seria explicar, esclarecer e interpretar, ou seja, dizer o significado e o porquê dos fatos e suas relações (ANDRADE, 2007).

Nessa época, Dorothea E. Orem, enfermeira e consultora de saúde, começou a trabalhar os conceitos de autocuidado, o que resultou na publicação de livro intitulado *Nursing: Concepts of Practice* e no desenvolvimento da Teoria do Autocuidado (FOSTER; JANSSENS, 1993), sendo uma das únicas teóricas da Enfermagem Moderna a focar formalmente o autocuidado (HILL; SMITH, 1990).

A Teoria de Orem enfatiza a importância do engajamento do paciente para o autocuidado. Para isso, é fundamental a compreensão do paciente para a reflexão e desenvolvimento de habilidades, a percepção de suas atitudes, sentimentos e emoções demonstradas nas mais diversas situações (SAMPAIO *et al.* 2008).

A Teoria do déficit de autocuidado de Orem é formada por três construtos teóricos inter-relacionados: a teoria do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem.

A **Teoria do autocuidado** descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar (BUB *et al.*, 2006). Para entendê-la, é necessário definir os conceitos relacionados, como os de autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado e requisitos para o autocuidado.

Segundo Orem (1995), o autocuidado é um processo aprendido, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma, pela qual o indivíduo deve ser livre para acertar, para aprender, para utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, para pedir ajuda, para obter informações sobre si mesmo e, se desejar, para deixar o hospital/instituição de saúde. Então, a essência do objetivo do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria de sua qualidade de vida.

Para Orem (1995), o autocuidado é a prática de atividades executadas pelos indivíduos, em próprio benefício, para manutenção da vida, saúde e bem-estar. O autocuidado é o cuidado que indivíduos requerem a cada dia para regularizar seus próprios funcionamento e desenvolvimento. A prática desse cuidado pelo cliente é

possibilitada pelo enfermeiro por intermédio da educação em saúde, que o conduz à aderência às condutas preventivas e terapêuticas, tornando-o agente de autocuidado (SANTOS; SILVA, 2006).

O termo agente de autocuidado implica o poder da pessoa em comprometer-se com o autocuidado, sendo utilizado como competência ou capacidade da pessoa para exercer o autocuidado, agenciá-lo. É uma ação deliberada, na qual o paciente precisa tomar uma decisão, fazer uma livre escolha entre cuidar-se ou permanecer como está (WINK, 2007).

A prática do autocuidado constitui uma habilidade, que é condicionada pela idade, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos terapêuticos. Essa habilidade é desenvolvida através da educação em saúde, que é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e prevenção de doença.

As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (SAMPAIO *et al.* 2008).

A demanda terapêutica de autocuidado é caracterizada a partir do levantamento dos requisitos de autocuidado ou requerimentos para a ação, e é definida como tudo aquilo necessário para a regularização do funcionamento e do desenvolvimento humanos (OREM, 1995).

Os requisitos para o autocuidado são agrupados em três categorias: universais, de desenvolvimento ou de alterações de saúde, e, geralmente, guardam relação entre si.

Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, necessários ao seu funcionamento e estão associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humanos. Os requisitos de desenvolvimento estão associados com o processo de desenvolvimento humano e com condições e eventos que ocorrem durante os vários estágios do ciclo vital (por exemplo, gravidez, prematuridade) e os eventos adversos que podem afetar o desenvolvimento. Os requisitos por desvio de saúde estão associados com condições de doença, defeitos genéticos e constitucionais na estrutura e funcionamento humano, ou podem ser consequência de medidas médicas, o que exige ações específicas para correção da condição de acordo com a situação que se encontram (OREM, 1995).

A Teoria dos déficits de autocuidado constitui a essência da teoria geral de

Orem por determinar quando há necessidade de intervenção necessária. Ocorre quando o ser humano não tem competência para executar seu autocuidado, necessitando, então, da ajuda da Enfermagem.

O postulado principal da Teoria do Déficit de Autocuidado é a incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir a sua saúde e/ou bem-estar, e esse déficit ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a demanda terapêutica de autocuidado (CADE, 2001).

Orem (1995) identificou cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova tanto o desenvolvimento pessoal quanto se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e 5) ensinar o outro.

A **Teoria dos sistemas de enfermagem** descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da Enfermagem (BUB *et al.* 2006) e baseia-se nas necessidades e capacidades dos pacientes para a execução de autocuidado, o que determina ou não a intervenção de profissionais de enfermagem.

O sistema de enfermagem pode ser *totalmente compensatório*, que é representado pelo indivíduo incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro, por meio de suas ações, vai atuar na ação limitada do paciente, conseguindo o autocuidado do mesmo, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado através do apoio e da proteção ao paciente.

O sistema de enfermagem *parcialmente compensatório* está representado por uma situação em que tanto o enfermeiro quanto o paciente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção. Através de sua ação, o enfermeiro efetiva algumas medidas de autocuidado pelo paciente, compensa suas limitações de autocuidado, atendendo-o conforme o exigido. O paciente realiza algumas medidas de autocuidado, regula suas atividades e aceita o atendimento e auxílio do enfermeiro (OREM, 1995).

O sistema de enfermagem de *apoio-educação* ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, para regular o exercício e o desenvolvimento de suas atividades de autocuidado. O enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar (OREM, 1995).

Nesse sistema de apoio-educação, Orem desenvolve uma prática educativa para a saúde, onde a relação enfermeira-cliente é sempre horizontal, pois se dispõe a mobilizar no cliente a prática do autocuidado, a tomada de decisão para as

mudanças necessárias para o autocuidado e a busca de novos conhecimentos/aprendizagens para o enfrentamento das situações de vida e saúde (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

A partir dessa perspectiva, a **Saúde** é um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões; é um estado de integridade e inteireza que os indivíduos avaliam constantemente. É a forma pela qual uma pessoa manifesta sua existência, seu processo de vir a ser (BUB *et al.* 2006). Orem sustenta a definição de saúde adotada pela OMS “como estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou da enfermidade”. A saúde tem por base a prevenção incluindo a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e prevenção de complicações (FOSTER; JANSSENS, 1993)

O conceito de enfermagem como provedora de autocuidado foi publicado pela primeira vez por Orem no ano de 1959. **Enfermagem** é o sistema de ajuda para o autocuidado, quando o indivíduo não tem condições de suprir seus próprios requerimentos. É um serviço, uma arte e uma tecnologia (FOSTER; JANSSENS, 1993).

A Enfermagem é um serviço de cuidado especializado, um método de ajuda, uma sequência de ações que, se implementadas, vão superar ou compensar limitações na saúde de pessoas engajadas em ações reguladoras funcionais e de desenvolvimento (BUB *et al.*, 2006).

O **Ser humano ou indivíduo** é o agente de autocuidado (*self-care agency*) e diferencia-se dos outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca; é um ser que se autocuida para manter seu bem estar (OREM, 1995).

O **Ambiente** são os fatores que influenciam as habilidades para o autocuidado e que podem ser físicos, biológicos, ambientais, genéticos, psicológicos e socioculturais. A partir da terceira edição do seu livro, Orem inclui as unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades) como elementos importantes para a provisão do autocuidado individual (OREM, 1995).

A importância de uma teoria está diretamente relacionada ao seu valor na prática cotidiana. A sistematização dos cuidados, com base em modelos teóricos, proporciona meios para organizar as informações e os dados dos clientes, para analisar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados do processo de cuidar (SOUZA, 2001).

Atualmente, a teoria de Orem vem sendo operacionalizada nos quatros continentes (América, Europa, Ásia, Oceania), sendo aplicada no âmbito institucional e comunitário, principalmente em estudos com grupos de adultos e idosos e que utilizam o método quantitativo de investigação para aplicação da teoria (DIAS; GAMBOA, 2006).

São vários os trabalhos realizados pela Enfermagem utilizando a Teoria do Autocuidado de Orem na assistência aos mais diversos pacientes, haja vista que este modelo teórico facilita o planejamento da assistência e mostra-se efetivo e eficaz, pois leva o paciente a engajar-se no autocuidado (FARIAS; NOBREGA, 2000).

No caso do conceito de autocuidado, ele se apresenta como sendo fonte de inspiração para a elaboração de trabalhos de pesquisa e de relatos de experiência baseados no pensamento da sua autora. Este pensamento está presente e serve como eixo norteador para uma vasta produção científica e orientação para a organização e práticas da Enfermagem em muitos e diferenciados tipos de intervenções (BUB *et al.* 2006; GONÇALVES; SCHIER, 2005). O aumento do número de trabalhos que utilizam a teoria de Orem demonstra a credibilidade da teoria, sendo útil principalmente para cuidar de pessoas nas várias fases da vida, nos âmbitos institucionais e comunitários (LEOPARDI, 1999).

Por tudo isso, o conceito de autocuidado de Orem possui uma aplicação pragmática na prática da Enfermagem. A teoria oferece, ainda, uma maneira singular de ver o fenômeno de enfermagem, contribuindo significativamente para o desenvolvimento das teorias de enfermagem, levando a resultados práticos favoráveis e assegurando a qualidade do cuidado.



4. METODOLOGIA

O estudo é do tipo metodológico e de tecnologia assistencial, visto que a construção do Protocolo de Orientação para o autocuidado de pacientes bariátricos, trata-se de uma proposta de inovação tecnológica.

Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa.

As Tecnologias Assistências são aquelas tecnologias que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões (NIETSCHE *et al.*, 2005).

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, no município de João Pessoa – PB. O referido hospital, através de uma parceria firmada junto à Secretaria Municipal de Saúde, vem realizando cerca de 04 cirurgias bariátricas por mês, desde agosto de 2008. Na cidade de João Pessoa, esse tipo de procedimento cirúrgico, para o tratamento da obesidade grave, ainda está em fase de regulamentação por parte do Ministério da Saúde, e os custos para a realização das cirurgias estão sendo cobertos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para operacionalização da pesquisa, o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HULW, cujo parecer favorável nº 003/2009 encontra-se anexado a este trabalho (ANEXO A), em obediência às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e de acordo com o que preconiza a Resolução COFEN 311/2007, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

O Estudo foi construído em quatro etapas: 1) identificação dos indicadores empíricos para a demanda terapêutica de Autocuidado na literatura pertinente e estruturação do Instrumento para a Coleta de Dados; 2) determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC); 3) desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem para os DAC identificados; 4) estruturação do Protocolo de orientação para a enfermagem e do Manual de orientação para o autocuidado de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. As etapas a serem percorridas em cada fase estão demonstradas na figura 4 e serão descritas a seguir.

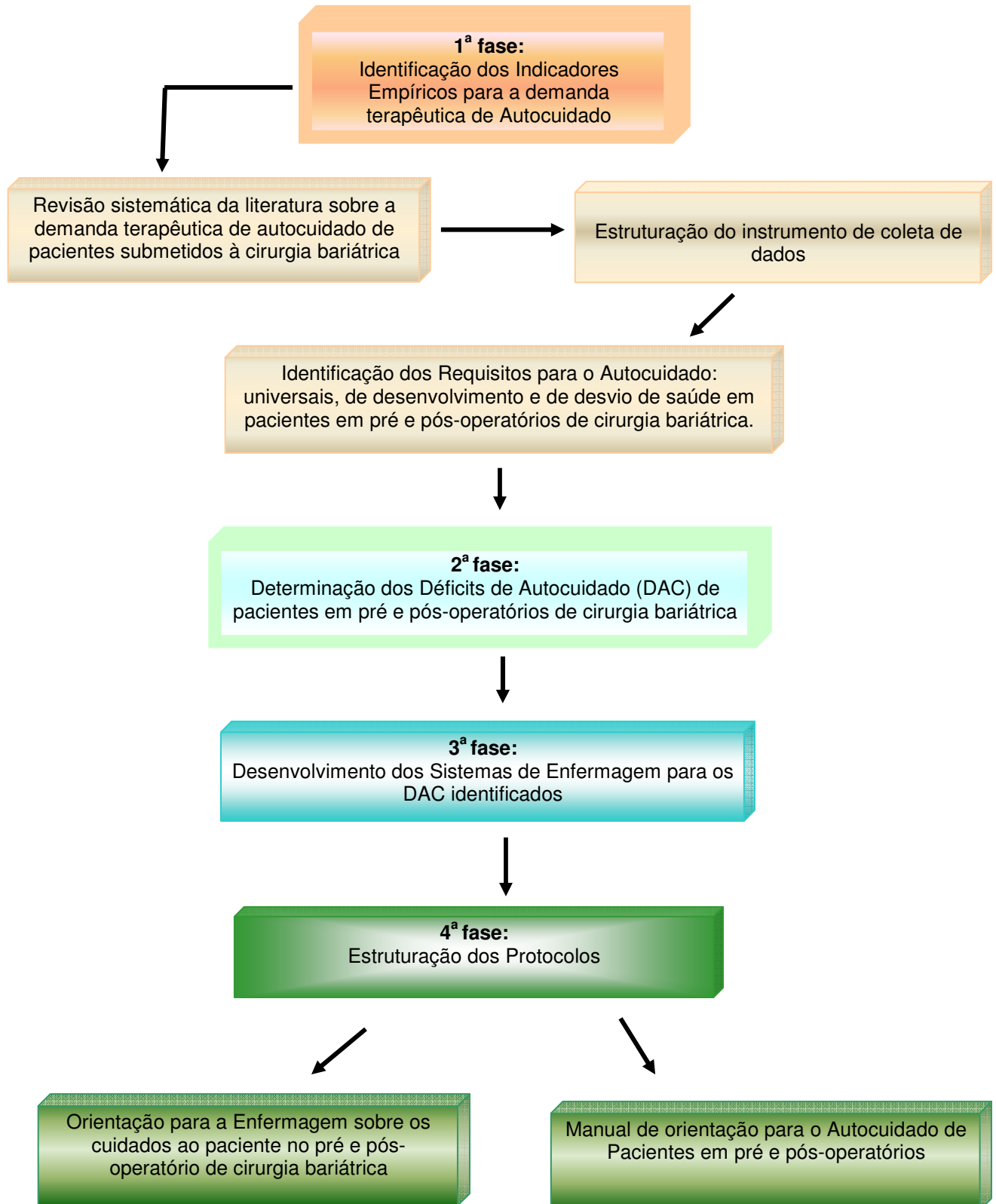


FIGURA 4 – Modelo Esquemático sobre o percurso metodológico da pesquisa

4.1. PRIMEIRA FASE: identificação dos indicadores empíricos para a demanda terapêutica de Autocuidado

Nesta primeira fase da pesquisa, foi realizada uma revisão sistemática de periódicos nacionais e internacionais disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), indexadas nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, com os descritores “cirurgia bariátrica”, “enfermagem” e “autocuidado”, além de edições impressas de livros e revistas sobre os cuidados de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica, e de trabalhos que associem a Teoria do autocuidado à assistência de enfermagem a essa clientela.

A revisão sistemática teve por objetivo identificar os indicadores empíricos para as Demandas Terapêuticas de Autocuidado e subsidiar a construção do instrumento para coleta de dados dos requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde) nos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.

“Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras” (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p. 84).

Para a escolha das publicações, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo bibliográfico ou de pesquisa, ter sido publicado no período de 1999 a 2008, estar escrito em português, inglês ou espanhol, ter disponibilizado acesso completo via *on line*.

A busca bibliográfica, segundo estratégia definida, resultou em 1.210 estudos, sendo 1.142 encontrados na MEDLINE, 42, no LILACS, e 26, no SciELO. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos, com a finalidade de identificar as referências que se adequassem aos critérios pre-estabelecidos. Dessa forma, foram descartados 1.128 estudos em decorrência das seguintes razões: conteúdo não relacionado com a questão da pesquisa; título incoerente com o objeto de estudo realizado, e os que se encontravam indexados em mais de uma base de dados, resultando num total de 82 estudos utilizados.

De posse dos 82 artigos selecionados, foi realizada uma leitura exploratória e analítica dos mesmos com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações neles contidas, sendo excluídos 56 artigos, resultando em um elenco de 26 artigos, de

forma que, a partir da sua leitura, foi possível identificar os indicadores empíricos para os requisitos de autocuidado presentes na literatura e construir o instrumento para coleta de dados dos requisitos para o autocuidado em pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Destaca-se, ainda, que, entre os periódicos nacionais selecionados, apenas 01 artigo (NEGRÃO; BIANCHI, 2008) estava voltado especificamente para a assistência de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. Para os autores, faz-se necessária a realização de estudos voltados para a prática baseada em evidências, para que seja assegurada a qualidade do cuidado prestado.

Os requisitos ou exigências para o autocuidado, objetivos dessa etapa inicial da pesquisa, encontram-se apresentados e descritos separadamente com base no referencial teórico de Orem, nos indicadores empíricos identificados nos relatos dos pacientes pesquisados e discutidos nos artigos consultados sobre o tema.

4.1.1 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Segundo a Teoria do Autocuidado (OREM 1995), os requisitos universais de autocuidado estão associados com as necessidades vitais do ser humano e à manutenção de seu funcionamento e integridade dessas funções, comum a todas as pessoas nos diversos estágios do ciclo vital: manutenção de suficiente ingestão de ar, água e alimentos; a provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e o repouso; manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar; e promoção da saúde.

4.1.1.1 A manutenção de suficiente ingestão de ar, água, alimentos

São os recursos vitais para a continuidade da vida, para o crescimento e desenvolvimento, reparo dos tecidos do corpo e para o funcionamento humano integrado. Os recursos essenciais relativos aos elementos ar, água e alimento para a ação do Autocuidado, segundo OREM (1995), são: estabelecer a quantidade de cada recurso solicitado para o funcionamento integral do organismo, ajustando os fatores internos e externos; preservar a integridade das estruturas anatômicas e psicológicas; apreciar as medidas agradáveis de respirar, comer e beber, porém sem abusos que levam a doença ou ausência de bem estar.

✓ **Manutenção da respiração**

A obesidade impõe profundas alterações no sistema respiratório e na demanda metabólica. Obesos apresentam consumo de oxigênio e produção de dióxido de carbono aumentadas, tanto em repouso quanto durante o exercício (AULER JÚNIOR; GIANNINI; SARAGIOTTO, 2003).

Os efeitos da obesidade sobre o aparelho respiratório são complexos e dependentes do grau e da distribuição da obesidade além da idade, e vão desde alteração dos volumes pulmonares até alterações funcionais pulmonares que levam a distúrbios da relação ventilação perfusão (V/Q), causando aumento da velocidade de equilíbrio das trocas gasosas (SOARES JÚNIOR *et al.*, 2006).

Pacientes obesos mórbidos são frequentemente hipoxêmicos (LIBANORI *et al.* 2006), provavelmente devido ao fechamento de pequenas vias aéreas observado neste tipo de doente, da posição anormal do diafragma e da necessidade de eliminar maior produção diária de dióxido de carbono (SILVA *et al.*, 2007).

A diminuição da capacidade residual funcional (CRF), por sua vez, pode ser agravada com as mudanças de decúbito para a posição supina (CHARLEBOIS; WILMOTH, 2004), e com uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC), que causam maior restrição do diafragma por deslocamento do conteúdo abdominal em direção ao tórax. De forma geral, quanto maior o IMC, maior o comprometimento respiratório e maior a ocorrência de comorbidades que complicam a obesidade mórbida, tais como a síndrome da apneia obstrutiva do sono e a síndrome da hipoventilação do obeso (SOARES JÚNIOR *et al.*, 2006).

Na prática profissional, observa-se que, quanto maior a extensão da incisão cirúrgica abdominal, maior a limitação da expansibilidade torácica em decorrência da dor, resultando em um padrão respiratório ineficaz.

As complicações respiratórias agudas pós-operatórias são duas vezes mais frequentes nos pacientes obesos do que nos não obesos (CENEVIVA *et al.*, 2006). A maior parte dessas complicações respiratórias decorre de causas pré-operatórias, como doença prévia pulmonar; gasometria arterial alterada; capacidades, volumes e fluxos alterados; e, no intra-operatório, pelas ventilações inadequadas, o tempo cirúrgico prolongado, abertura abdominal, aumento do tempo de ventilação mecânica, aumento do tempo de imobilização e outras. Observou-se uma melhora dos padrões respiratórios em pacientes submetidos à operação bariátrica com

alterações obstrutivas respiratórias após 180 dias de pós-operatório (SILVA *et al*, 2007).

Dentre as complicações respiratórias pós-operatórias, destacam-se as atelectasias, o tromboembolismo pulmonar, a febre e a tosse produtiva, as alterações quanto ao consumo de oxigênio na indução anestésica, predispondo a infecções pulmonares e à diminuição da capacidade residual funcional, sendo que a otimização do estado respiratório desses pacientes antes da operação, incluindo fisioterapia (mobilização precoce), broncodilatadores, profilaxia antibiótica e a orientação para cessar o tabagismo, podem diminuir os riscos pulmonares pós-operatórios (SILVA *et al*, 2007; BERENQUER *et al.*, 2007).

Burns *et al.* (1994), ao compararem o volume corrente e a frequência respiratória em diferentes posições em pacientes com obesidade, distensão abdominal e ascite, observaram que, a posição de Trendelenburg reverso a 45° resultou no aumento significativo do volume corrente e diminuição da velocidade respiratória quando comparada com elevação da cabeceira da cama a 90°.

Para Charlebois e Wilmoth (2004), como os pacientes com obesidade apresentam um risco elevado para refluxo gástrico e pneumonia por aspiração, eles devem ser colocados em posição de Trendelenburg reverso a 45° após sua estabilização hemodinâmica para diminuir a ocorrência de aspiração.

Assim, a avaliação das vias aéreas superiores e da função pulmonar é indispensável para orientar a prevenção de complicações durante a anestesia e no período pós-operatório (LIBANORI *et al.* 2006).

A dor pós-operatória, bem como o tipo de analgesia e a imobilização prolongada, influenciam para uma possível hipoxemia, sendo que, no pós-operatório imediato, existe o oferecimento maior de oxigênio ao paciente. Além da dor e do tipo de analgesia, o tipo de incisão, o tempo cirúrgico, a posição supina, a distensão abdominal, favoreceriam a paralisia diafragmática, elevação das cúpulas e o aparecimento de atelectasias, que reduziriam em muito o conforto do paciente e a fisioterapia efetiva.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: Hipoxemia, apneia, taquipneia, respiração artificial, atelectasia, dor, tromboembolismo pulmonar, tosse seca, dispneia aos pequenos esforços.

✓ **Manutenção da hidratação/nutrição**

Cada indivíduo tem exigências alimentares distintas, segundo a característica de seu organismo e a sua situação biológica. De acordo com os processos que ocorrem nas células, a nutrição, no organismo, não é uma função, mas é o resultado do conjunto de funções harmônicas e solidárias entre si que têm por objetivo manter a integridade normal da matéria e assegurar a vida (DOVERA, 2007).

A presença da obesidade é relacionada ao aumento de deposição de gordura corporal consequente a um balanço energético positivo resultante do aporte energético de origem alimentar maior que o gasto metabólico. A maior ou menor capacidade do organismo de aumentar seu estoque de gordura dependerá da resposta de cada indivíduo em relação ao meio ambiente, ingerindo maior quantidade de energia em função do seu gasto energético, geneticamente adaptado para a disponibilidade de alimentos do meio onde vive (LERARIO; LOTTENBERG, 2006).

Existem algumas hipóteses para a explicação da ascensão da obesidade no mundo, entre elas a mudança nos padrões alimentares, observadas pela diminuição no consumo de fibras, frutas, hortaliças e os tradicionais alimentos da mesa brasileira, o arroz e o feijão, bem como o aumento no consumo de produtos industrializados, ricos em gorduras, principalmente nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, e açúcares, que conferem à dieta maior aporte calórico. Associa-se a esta hipótese a diminuição do gasto energético dos indivíduos em decorrência da urbanização da vida moderna (VEDANA *et al.*, 2008).

Recentemente, tem sido observado que os maiores incrementos da obesidade têm ocorrido em populações de países em desenvolvimento que apresentaram uma transferência da população rural para grandes centros urbanos e adquiriram novos hábitos alimentares, aumentando a quantidade de alimentos, utilizando alimentos de maior densidade calórica e realizando menor esforço físico nas atividades diárias, por passar a dispor de maior facilidade em obter alimentos, o que anteriormente dependia das atividades de caça e cultivo braçal (LERARIO; LOTTENBERG, 2006).

Em decorrência das consequências provocadas pela obesidade mórbida, faz-se necessária a busca de uma intervenção mais eficaz na conduta clínica de obesos graves e, assim, a indicação das operações bariátricas vem crescendo.

Pacientes obesos são propensos à Doença de Refluxo de Gastresofágico. Além disso, a pressão abdominal aumenta o risco de vômito e pneumonia por aspiração (IDE; FARBER; LAUTZ, 2008).

A cirurgia de redução do estômago para obesos mórbidos limita a ingestão de alimentos pela formação de um pequeno reservatório gástrico. As mudanças na dieta alimentar dos pacientes bariátricos dizem respeito à quantidade e a velocidade de absorção do alimento ingerido (SANCHES *et al.*, 2008).

Após a cirurgia, os pacientes são obrigados a seguir uma dieta rigorosa, que é iniciada com a ingestão de líquidos. Uma a duas semanas após da cirurgia, podem-se iniciar alimentos pastosos e, após um mês, a dieta leve. Náuseas e vômitos são geralmente causados por superalimentação ou pela deglutição de fragmentos maiores de alimentos. A desidratação é muito comum após o procedimento cirúrgico, e é atribuída principalmente à baixa ingestão de líquidos, podendo ser exacerbada pela ocorrência de vômitos e diarreia (HIRSCHFEID; STOERNELL, 2004; SANCHES *et al.*, 2008)

Os nutrientes necessários por todos os pacientes incluem água, proteína, carboidratos, gorduras e vitaminas. Os fluidos ingeridos adequadamente são essenciais para qualquer sucesso no processo da perda de peso, contudo, beber e comer ao mesmo tempo pode aumentar a distensão gástrica, resultando em desconforto, vômitos e outros indícios de dilatação pilórica (NEGRÃO 2006).

A reeducação alimentar do paciente e a monitorização da perda de peso deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar. Este acompanhamento deverá ser realizado rotineiramente com a análise criteriosa dos seguintes fatores: monitorização da perda do excesso de peso, inclusive com avaliação da composição corpórea; presença de sinais clínicos associados a carências nutricionais específicas, com ênfase nas deficiências de micronutrientes; análises laboratoriais e acompanhamento da ingestão alimentar (SOARES; FALCÃO, 2007).

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, participar dessa avaliação, verificando a aceitação da dieta recomendada e estando alerta ao balanço hídrico do paciente e presença de sinais e sintomas como náuseas, vômitos, enjoos, tonturas, deficiências nutricionais, entre outros que podem caracterizar problemas nutricionais.

Alterações no paladar e nas preferências alimentares também ocorrem com frequência. Muitos pacientes têm dificuldade em comer certos tipos de alimentos, como carne vermelha, de consumo habitual antes da cirurgia. Algumas vezes, após a cirurgia, pode ocorrer a Síndrome de *Dumping*, que é uma das complicações pós-operatórias e consiste em uma resposta fisiológica aos açúcares simples, caracterizada por tremor, sudorese, sensação de mal estar, taquicardia e, muitas

vezes, intensa diarreia. Isso decorre do poder osmótico dos açúcares simples, além da liberação de insulina (HIRSCHFEID; STOERNELL,2004).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: peso, IMC, hábitos alimentares, intolerância alimentar, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, desidratação, perda de peso, restrição alimentar, deficiência nutricional, tremor, sudorese, sensação de mal estar, taquicardia, alteração no paladar, distensão abdominal.

4.1.1.2 A provisão de cuidados associada a processos de eliminação e excreção

Os processo de eliminação e excreção incluem urina, transpiração, excreções do aparelho respiratório, fezes, fluxo menstrual e líquido seminal. Para Orem, os recursos essenciais relativos à eliminação, para a ação de AC, são: ajuste de atividades e fornecimento de condições internas e externas para regular processos de eliminação; proteção das estruturas e mecanismos envolvidos na eliminação; cuidados higiênicos das superfícies e partes do corpo subseqüentes às eliminações; cuidado do meio conforme necessidade para manter condições saudáveis (DUPAS *et al.*, 1994).

A incontinência urinária e fecal é frequente em pacientes obesos mórbidos, pois o intestino e a bexiga são pressionados pelo abdome distendido e esta pressão pode causar incontinência. A mobilidade limitada do paciente também pode contribuir para incontinência (HARRINGTON, 2006).

O pneumoperitônio pode ser responsável pela oligúria transitória durante cirurgia resultante de pressão sobre o córtex renal e veia cava inferior (IDE; FARBER; LAUTZ, 2008). Em pacientes cirúrgicos, há uma difícil avaliação do volume urinário e um cateter de Foley pode ser implantado antes do início do procedimento cirúrgico (NEGRÃO, 2006).

A presença de urina na pele e a incapacidade do paciente para realizar uma adequada higiene perineal após as eliminações fisiológicas favorecem a ruptura da pele nesta área (HARRINGTON, 2006).

Devido aos vários fatores associados à obesidade, que também predispõem à falência renal, o cálculo da depuração de creatinina pela urina se torna importante. O aumento do tecido adiposo altera o volume de distribuição dos fármacos lipofílicos. O acúmulo desses fármacos no tecido adiposo faz com que se aumente a dose

necessária para atingir o mesmo efeito e prolonga sua meia-vida, diminuindo ou retardando a sua eliminação (SANCHES *et al.*, 2008).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: balanço hídrico, sons intestinais, ruídos hidroaéreos, vômitos, diarreia, constipação intestinal, incontinência urinária e fecal, sudorese.

4.1.1.3 A manutenção de um equilíbrio entre a atividade e o repouso

Para Orem, atividade é principalmente ação física e intelectual, e repouso é um processo associado com o descanso e restauração do funcionamento normal após atividades desgastantes. Os recursos essenciais relativos a atividade e repouso para a ação do AC são: conhecer e selecionar os processos metabólicos, energia física e psíquica, inter-relacionamentos sociais, para manutenção de equilíbrio; respeitar as necessidades e capacidades pessoais com relação à cultura do indivíduo para atividade e repouso (DUPAS *et al.*, 1994).

✓ *Manutenção da atividade*

Um dos maiores fatores responsáveis pela maior prevalência de excesso de peso e obesidade é, sem dúvida, o sedentarismo ou a insuficiente prática de atividade física regular. Nos fatores determinantes da obesidade, dois fatores estão claramente definidos na explicação de um balanço energético positivo: um aumento na ingestão de energia ou diminuição no gasto energético. Embora existam limitações nos dados disponíveis, as evidências sugerem que a diminuição no nível de atividade física é, provavelmente, a melhor explicação para o incremento da obesidade do que o aumento na ingestão energética. (MATSUDO; MATSUDO, 2006).

Os indivíduos que são ou permanecem inativos têm maior peso que os praticantes de alguma atividade física. O sedentarismo parece ter um papel de sinergismo com a dieta hipercalórica e rica em gorduras, além de ser maior a incidência de obesidade em crianças que gastam mais tempo com atividades como jogos de vídeo e assistem à televisão por mais horas ao dia (HIRSCHFEID; STOERNELL, 2004).

A atividade física pode ser determinada como sendo o conjunto de ações que o indivíduo ou grupo de pessoas pratica envolvendo gasto energético e alterações orgânicas, através de exercícios que envolvam movimento corporal, com aplicação de uma ou mais capacidades físicas associadas à atividade mental e também social (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

A incapacidade de movimentar-se devido ao excesso de peso é algo efetivo, independentemente da volição e disposição, quando se trata de obesos mórbidos. O excesso de peso dificulta a mobilidade corporal, interferindo nas atitudes diárias mais simples: andar ou caminhar apresentando dores nas articulações, exercer atividade laboral apresentando déficit no rendimento, realizar higiene corporal ou vestir-se, sobrecarregando o obeso com certo grau de dependência, o que compromete diretamente a autonomia do indivíduo, condição imprescindível para uma boa qualidade de vida (AGRA, 2008).

Durante o período pós-operatório, a deambulação precoce e o posicionamento correto do paciente no leito são muito importantes na profilaxia de complicações pulmonares, de trombose venosa profunda e desconforto gastrointestinal.

A deambulação precoce aumenta a ventilação e reduz a estase das secreções brônquicas nos pulmões. Também reduz a distensão abdominal pós-operatória ao aumentar o tônus do trato gastrointestinal e da parede abdominal e ao estimular a peristalse. Impede a estase do sangue ao aumentar a velocidade da circulação nos membros, em consequência disso, a tromboflebite ocorre com menos frequência (SMELTZER *et al.*, 2008).

Apesar das vantagens da deambulação precoce, esta pode ser difícil, sobretudo em pacientes muito obesos e nos portadores de limitações impostas por artropatias dos membros inferiores, sendo a fisioterapia, fundamental na assistência aos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica (CENEVIVA *et al.*, 2006).

A atividade física é de extrema importância para os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pois a perda de peso ocorrerá de forma muito rápida. Dessa maneira, a tendência do corpo é reter os acúmulos de gordura. Quando isso acontece, o corpo queima massa muscular e retém gordura. Para deter esse problema, é preciso que o exercício se dê de forma diária e regular a fim de que o metabolismo aumente e o corpo passe a queimar gordura e não massa muscular (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

A recomendação geral de atividade física para saúde é a de acumular pelo menos 30 minutos de atividades moderadas, no mínimo 05 dias na semana, de preferência todos os dias. Já no caso de objetivo de perda e controle de peso em indivíduos com excesso de peso e obesidade, o mínimo por dia passa a ser de 60 minutos, de preferência 90 minutos por dia, pelo menos 05 dias na semana, de forma contínua ou acumulada. A atividade física está associada a vários benefícios físicos, psicológicos e sociais que sustentam a importância da inclusão da mesma como estratégia fundamental da prevenção e tratamento dos casos de excesso de peso e obesidade em qualquer etapa da vida (MATSUDO, V.; MATSUDO, S., 2006).

A prática regular de atividades físicas proporciona uma série de benefícios, como, por exemplo: aumenta a autoestima e o bem estar, alivia o estresse, estimula o convívio social, melhora a força muscular, contribui para o fortalecimento dos ossos e para o pleno funcionamento do sistema imunológico. Além disso, é um importante fator de proteção contra a obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e alguns transtornos mentais. Portanto, promover a atividade física é uma ação prioritária na promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2006).

✓ ***Manutenção do repouso***

Atualmente, a diminuição do tempo de sono tem se tornado uma condição endêmica na sociedade moderna, e a literatura atual tem encontrado importantes associações epidemiológicas entre o prejuízo no padrão habitual do sono e a obesidade (CRISPIM *et al.*, 2007).

A necessidade diária de sono varia de acordo com a idade e de forma individual. A maioria dos adultos não se sente completamente refeita de sua necessidade de sono com menos de 7 horas por dia, embora as demandas socioculturais habitualmente os impinjam a dormir menos do que sua necessidade endógena. Pessoas com necessidade de sono muito reduzida, como 3 horas/dia, sem qualquer comprometimento físico, mental ou intelectual, são raras (FERNANDES, 2006).

Crispim *et al* (2007), em uma revisão de literatura sobre a relação entre o sono e obesidade, observaram que o encurtamento do tempo de sono, muito comum nas sociedades modernas, é um fator predisponente para o aparecimento da obesidade. A diminuição do tempo de dormir pode modificar o padrão endócrino que

sinaliza fome e saciedade por meio da diminuição dos níveis da leptina e aumento nos níveis da grelina, e até mesmo alterar as escolhas alimentares. Dessa forma, a modificação do padrão de sono pode levar a desajustes endócrinos que induzem ao aparecimento da obesidade.

Ainda segundo os autores, por se tratar de uma área de estudo relativamente recente, existe a necessidade da realização de mais estudos que esclareçam a real influência do sono nos diversos fatores responsáveis pelo controle da massa corporal. Dessa forma, um tempo adequado de sono parece ser essencial para a manutenção do estado nutricional e deve ser estimulado por profissionais da saúde.

O padrão do sono pode estar prejudicado também em decorrência do indivíduo obeso apresentar dificuldade respiratória devido à compressão diafragmática pelo aumento do tecido adiposo.

Além disso, a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é relativamente comum nessa população, sendo a obesidade, ao mesmo tempo, um importante fator causal e de risco para sua ocorrência (CHARLEBOIS; WILMOTH, 2004), podendo levar ao comprometido da qualidade do sono nesses pacientes.

A SAOS é uma condição caracterizada por repetidos episódios de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, usualmente associada à interrupção do mesmo e queda na saturação da oxi-hemoglobina. Os sintomas noturnos incluem roncos, pausas respiratórias, sono agitado com múltiplos despertares, noctúria e sudorese (DALTRO et al., 2006).

Dormir, para indivíduos com peso aumentado, passa a ser uma situação de risco, em que a fisiologia respiratória fica alterada, comprometendo a mecânica respiratória, o controle da respiração e, sobretudo, as trocas gasosas (FONTES, 2004).

A condução adequada dos pacientes obesos com apneia obstrutiva do sono requer uma avaliação pré-operatória rigorosa dos riscos anestésicos e operatórios. O período pós-operatório imediato constitui um desafio adicional, em virtude da alta prevalência de SAOS em pacientes obesos. O uso rotineiro da polissonografia antes da cirurgia bariátrica tem sido recomendado com o objetivo de identificar todos os portadores da síndrome (CENEVIVA et al., 2006).

No pós-operatório imediato, esses pacientes exigem cuidados especiais, com vigilância respiratória intensiva, uma vez que o efeito residual das drogas anestésicas e o uso de analgésicos potentes podem afetar profundamente a emergência dos períodos de apneia, tornando-os mais espaçados ou mesmo

suprimindo-os. Os portadores de SAOS podem, então, desenvolver prolongados períodos de apneia obstrutiva ou mesmo parada respiratória (SOARES JÚNIOR *et al.*, 2006).

Terminada a cirurgia bariátrica, os pacientes, sobretudo aqueles com SAOS, requerem atenção especial no centro de recuperação anestésica, com monitoramento e avaliação periódica das vias aéreas superiores. Os pacientes com SAOS devem permanecer, enquanto hospitalizados, principalmente no pós-operatório imediato, com a cabeça elevada em pelo menos 30º, com o objetivo de melhorar a estabilidade das vias aéreas (CENEVIVA *et al.*, 2006).

Como a maioria dos pacientes obesos são também hipertensos ou portadores de cardiopatias, é aconselhável que o cliente tenha tanto repouso físico como emocional. O repouso diminui o trabalho cardíaco, reduz a pressão arterial, o trabalho dos músculos respiratórios e a utilização de oxigênio (SMELTZER; BARE, 2008).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: sedentarismo, limitações físicas, atividades físicas, sono agitado, apneia, frequência respiratória durante o sono, roncos, sudorese e noctúria.

4.1.1.4 A manutenção de um equilíbrio entre solidão e a interação social

Os recursos essenciais relativos à solidão e interação pessoal para a ação do AC devem ser providos de qualidade e equilíbrio de experiências que: permitam o desenvolvimento das capacidades individuais para a interação social; estimulem o desenvolvimento e ajuste contínuo; previnam contra danos na personalidade (DUPAS *et al.*, 1994).

Um dos principais problemas gerados pela obesidade é o desequilíbrio emocional, que pode atingir cerca de 50% dos pacientes obesos mórbidos, assim como estar ligadas a maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais, levando ao isolamento social desses pacientes. Fatores estéticos, não raro, são os maiores motivadores na busca pela cirurgia bariátrica, reforçados por preconceitos de que pacientes obesos são mais frágeis e estigmatizados socialmente. O uso do alimento, muitas vezes, está ligado à fonte de ganhos psíquicos secundários (LEAL; BALDIN, 2007).

Para Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social e também com as características do seu comportamento alimentar. Pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade.

O preconceito e a discriminação social de que os obesos são alvos podem ser observados nas mais variadas e corriqueiras situações, demonstradas principalmente em programas de televisão, revistas e piadas (SEGAL; FANDIÑO, 2002), estando os obesos sujeitos a toda sorte de pilhérias, segregações e imagens irônicas (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

Além disso, são pessoas que possuem uma menor probabilidade de se casar, têm taxas de aceitação em escolas prestigiadas mais reduzidas e têm mais dificuldade em obter emprego, sendo este viés mais pronunciado nas mulheres que nos homens (BERENQUER *et al.*, 2007).

Para os autores, este preconceito pode ser visto também na população que presta serviços de Saúde: 80% dos pacientes de operação bariátrica relataram ter sido sempre ou quase sempre tratados desrespeitosamente pela classe médica devido ao excesso de peso, o que pode gerar um impacto negativo sobre os cuidados a esses pacientes (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

As cirurgias de redução de estômago surgiram como uma nova modalidade de tratamento para a obesidade, proporcionando mudanças nos hábitos de vida, promovendo saúde aos indivíduos (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

Após a cirurgia bariátrica, são igualmente notórias a melhoria da autoimagem corporal, em particular nos sujeitos cuja obesidade se iniciou na idade adulta, a melhoria das relações interpessoais e uma maior facilidade de aquisição de emprego, sendo estas usualmente as principais razões para a procura de tratamento cirúrgico (BERENQUER *et al.*, 2007).

Haddad *et al* (2003), em estudo realizado sobre qualidade de vida após gastroplastia, observaram que houve uma melhora de 100% da qualidade de vida, bem como uma redução da exclusão social em relação a um grupo de ex-obesos estudados pela pesquisa.

Enquanto o objetivo do emagrecimento vai sendo alcançado, outras atividades vão sendo incluídas no cotidiano do ex-obeso e sua vida social passa por modificações importantes. É preciso que a pessoa submetida à cirurgia bariátrica tenha consciência de que essa cirurgia não é milagrosa, mas serve como alternativa

para obesos mórbidos, oportunizando melhoria na qualidade de vida. Todas essas modificações devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, capaz de atender ao indivíduo na sua totalidade (PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: participação em atividades sociais, relacionamentos familiar e social, isolamento social, discriminação, preconceito, depressão, baixa autoestima, alteração da autoimagem, disfunção sexual.

4.1.1.5 A prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar.

Para o alcance desse requisito, Orem destaca que é necessário o autocontrole, o controle das condições ambientais, a assistência especializada para a prevenção e proteção dos riscos de vida e manutenção e recuperação do bem estar (DUPAS *et al.*, 1994).

Os fatores relacionados à obesidade podem ser divididos em demográficos (como idade, sexo e raça), socioculturais (renda familiar e nível de escolaridade, e estado civil), biológicos (como paridade e genética) e comportamentais, como tabagismo, etilismo, dieta, atividade física e sedentarismo (SEIDELL; FLEGAL, 1997).

Padula e Souza (2008) julgam como tópico importante a ser abordado pelo enfermeiro, no atendimento a esse requisito de autocuidado, a investigação sobre o tabagismo, pois o fumo diminui a resistência dos indivíduos às infecções, leva a alterações nas trocas gasosas e causa dependência pelo vício, o que pode prejudicar ainda mais o padrão respiratório do paciente obeso. Também deve ser investigada a ingestão de bebidas alcoólicas, que interage com as medicações utilizadas pelo paciente, para a hipertensão arterial ou depressão, por exemplo, podendo causar sérias consequências para a sua saúde.

Vedana *et al.* (2008) relataram o aumento de 2,5 vezes na prevalência de obesidade em indivíduos que referiram ter pai e mãe obesos. Em um estudo realizado em Pelotas-RS sobre a prevalência de obesidade em adultos, Gigante *et al.* (1997) observaram que o risco de obesidade entre as pessoas que referiram ter pai e mãe obesos é de quase duas vezes maior (80%) do que entre aqueles cujos pais não apresentavam tal característica, possivelmente indicando a influência de

fatores genéticos e ambientais e culturais responsáveis pelo desenvolvimento da obesidade.

Embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente uma pequena parcela dos casos de obesidade na atualidade possa ser atribuída a esses fatores (BRASIL, 2006).

A obesidade causa mudanças patológicas no organismo: aumento do tamanho ou produção de células adiposas hipertróficas, associadas às complicações clínicas, como: diabetes *mellitus* tipo 2, colelitíase; doenças cardiovasculares, tipo: coronariopatias, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, apneia do sono, osteoartrites articulares, hiperlipidemia; alguns tipos de câncer (pulmão, endométrio e cólon); aumento do risco de intervenções cirúrgicas e desordens psicológicas; ingestão alimentar compulsiva e depressão (AORN, 2004; COLTER, 2004).

Ao abordar as comorbidades de maior ocorrência num grupo de 252 pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, Costa *et al.* (2009) detectaram, respectivamente, por ordem decrescente, o predomínio de: hipertensão arterial, dispneia, varizes de MMII e depressão. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos que apontaram a hipertensão arterial como a comorbidade de maior ocorrência (CUNHA *et al.*, 2006; PORTO *et al.*, 2002).

Das doenças relacionadas à obesidade, a hipertensão arterial é a mais comum das comorbidades. Hipertensão arterial e IMC elevado estão fortemente associados em pessoas com idade inferior a 55 anos e aproximadamente 80% das pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2 são obesas (COSTA *et al.*, 2009).

Segundo a Câmara Técnica de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCB, 2009), o obeso mórbido não pode ser visto ou compreendido de forma fragmentada e sim de forma global, como um todo, e deve estar comprometido com o tratamento a curto, médio e longo prazo, pois apresentam doenças associadas à obesidade, com vários graus de gravidade, como hipertensão, diabetes, artropatias, distúrbios hormonais, dislipidemia, entre outras, além dos fatores psicológicos e sociais.

Estudos realizados nos Estados Unidos da América sugerem que cerca de 61% dos diagnósticos de *Diabetes Mellitus* tipo 2, 17% de hipertensão arterial e 17% da doença arterial coronariana possam ser atribuídos à presença da obesidade. Essas doenças, direta ou indiretamente, representam a principal causa de mortalidade das populações. Outras condições debilitantes também associadas à obesidade, como alterações musculoesqueléticas, dificuldades respiratórias e

infertilidade, reduzem a qualidade de vida, diminuem as chances de trabalho e produtividade, além de acarretar gastos significativos ao indivíduo e ao sistema de saúde (FERREIRA, 2006).

A compreensão das complicações específicas de pacientes com obesidade e das dificuldades particulares enfrentadas no manejo desses pacientes permite uma condução clínica mais segura e um tratamento mais eficiente. Essas complicações e dificuldades ocorrem desde o transporte até o serviço de atendimento de emergência, passando pela escassez de dados obtidos com as técnicas usualmente empregadas no exame físico, até os obstáculos e limitações físicas enfrentadas com os exames subsidiários (MANCINI, 2001).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: tabagismo, alcoolismo, uso de medicamentos, estresse, história familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, obesidade, diabetes *mellitus*, dislipidemias, índice de massa corporal.

4.1.1.6 Promoção da saúde

Significa a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial individual, limitações conhecidas e o desejo humano de ser normal. A normalidade refere-se ao que é basicamente humano e aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e os talentos específicos de cada pessoa (OREM 1995, p. 191).

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20 a 25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais, em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção (BUSS, 2000).

A promoção da saúde pode ser definida como o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver (BRASIL, 2006).

É de extrema importância a atenção à obesidade em todos os níveis do sistema de saúde. Assim, quanto à organização da assistência, cabe particularmente à atenção básica ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos (BRASIL, 2006).

Tendo em vista que o excesso de peso já está, historicamente, associado ao surgimento de doenças crônico-degenerativas, tal situação suscita a intervenção do enfermeiro centrada no engajamento do cliente para o autocuidado, objetivando a promoção de sua saúde e seu bem estar, principalmente pelo fato de o obeso mórbido ser portador de diversas doenças crônicas anteriormente mencionadas, bem como sua adesão às condutas terapêuticas e preventivas deve ser permanente e satisfatória.

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (BRASIL, 2006).

A fim de assegurar saúde ideal ao paciente, antes da realização da cirurgia, os pacientes devem ser solicitados a atualizar o seu cartão de vacinação e realizar exames para rastreamento de câncer, tais como mamografias e exames de prevenção de câncer de colo uterino (GARZA, 2003).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: exame anual para prevenção de câncer de mama e colo uterino e de próstata, avaliação odontológica semestral, hábitos alimentares, déficit de lazer, baixa autoestima.

Diante do cenário da crescente prevalência de excesso de peso e das consequências para a saúde das populações em todas as faixas etárias, nas

diversas regiões do mundo, medidas de prevenção contra a obesidade devem ser efetivamente implantadas. A importância de se encorajarem hábitos alimentares saudáveis e o aumento na atividade física, tanto no plano individual como coletivo, é indiscutível, porém, a multiplicidade dos problemas com o sistema de saúde brasileiro faz com que políticas voltadas para a prevenção da obesidade estejam pouco valorizadas no momento atual (FERREIRA, 2006).

Urge a conscientização por parte das autoridades de saúde para investir em medidas de prevenção da obesidade no âmbito populacional. Cabe às sociedades científicas da área da saúde, incluindo especialistas em economia da saúde, apresentarem ao Estado as consequências físicas, psicológicas e financeiras da obesidade, assim como auxiliarem-no na busca de estratégias efetivas para seu combate (MUIR *et al.*, 2007).

4.1.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

Os requisitos do desenvolvimento de autocuidado são expressões especializadas dos requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, e novos requisitos, derivados de uma condição ou associados a algum evento, ocorrem durante as adaptações das etapas do ciclo vital relacionadas às situações normais ou de crise, tais como: infância, adolescência, adaptação a um novo emprego ou às modificações do corpo, situações de casamento, divórcio ou afastamento (OREM, 1995).

Orem apresenta os fatores condicionantes básicos para o autocuidado, denominados de fatores internos ou externos, que afetam as habilidades dos indivíduos para o seu engajamento no autocuidado sendo eles idade, gênero, estado de desenvolvimento e saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, sistemas de cuidado com a saúde, padrão de vida, disponibilidade e adequação de recursos (FREIRE, 2000).

Segundo Orem (1995), o enfermeiro deve fazer uma abordagem objetiva no sentido de investigar os efeitos desses fatores no atendimento das demandas de autocuidado terapêutico dos seus pacientes. Como parte desta investigação, deve reconhecer como importantes as informações subjetivas do paciente a respeito de suas experiências pessoais no atendimento dos requisitos.

Alguns desses fatores são estáveis, mas outros estão em contínuo processo de mudança. Sendo assim, torna-se necessário que o enfermeiro obtenha informações relativas aos fatores condicionantes, frequentemente, interrelacionando-os para melhor planejar sua assistência (OREM, 1995).

Nessa perspectiva, uma história focada na obesidade deve incluir a história cronológica do peso do paciente, identificando a idade do começo, a descrição do ganho de peso e os eventos que o incitaram. Para as mulheres, o ganho de peso ocorre durante a adolescência, gravidez, amamentação e menopausa. Para muitos pacientes, o ganho de peso ocorre quando param de fumar ou têm alterações no estilo de vida, tais como estado marital, ocupação ou moradia (SWARTZ, 2006).

Inúmeros estudos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; GIGANTE *et al.*, 1997; SEIDELL; FLEGAL, 1997; MENDONÇA, 2005), têm identificado situações e fases do curso da vida em que as pessoas podem ficar mais vulneráveis à obesidade. Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo, como a idade da menarca, o ganho de peso gestacional, o número de filhos, o intervalo interpartal, a duração da amamentação e o período da menopausa, têm também sido relacionados ao excesso de peso.

Outros fatores que estão associados ao ganho excessivo de peso são as mudanças em alguns momentos da vida (ex: casamento, viuvez, separação); determinadas situações de violência; fatores psicológicos (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar); alguns tratamentos medicamentosos (com psicofármacos e corticóides); a suspensão do hábito de fumar; o consumo excessivo de álcool; a redução drástica de atividade física (GIGANTE, 1997; SEIDELL; FLEGAL, 1997).

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: início da obesidade, mudança(s) do ciclo vital relacionadas à obesidade, convivência com a obesidade.

4.1.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE

Os requisitos do autocuidado nos desvios de saúde são exigidos nas condições de doença ou de lesão, ou podem resultar das ações médicas para diagnosticar e corrigir a situação. Para Orem (1995), fazem parte desse requisito: procurar assegurar assistência médica apropriada; estar alerta e dar atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos; realizar com eficácia as

medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas para a prevenção de patologias específicas, correção de deformidades e/ou para a compensação de incapacidades; ser consciente e observar os efeitos nocivos e deletérios das medidas de cuidados desempenhadas ou prescritas pelo médico; modificar o autoconceito (a autoimagem) para a aceitação de si mesmo como ser humano; aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e os efeitos do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal contínuo.

O impacto da obesidade sobre a qualidade de vida dos seus portadores tem sido extensivamente reportado. Além da expectativa de vida de indivíduos com sobrepeso ou obesidade também ficar comprometida, diminuem as chances de trabalho e produtividade e, ainda, acarreta gastos significativos ao indivíduo e ao sistema de saúde (MUIR *et al.*, 2007).

Tratando-se de pacientes obesos mórbidos, podemos dizer que a imensa maioria dos que chegam à cirurgia bariátrica traz, consigo, alterações emocionais. Essas dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes da obesidade ou entre as suas conseqüências. Os estudos indicam que a fase de desenvolvimento na qual tem início a obesidade faz diferença na evolução pós-operatória, isto é, aqueles que eram magros e depois tornaram-se obesos tendem a recuperar uma imagem de seu corpo como magro mais facilmente, enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância têm dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

Percebe-se que, no mundo contemporâneo, a obesidade traz consigo o estigma não apenas de ser uma doença limitante, mas também de ocasionar um padrão estético indesejado, dentro de uma ordem cultural que estabelece o culto ao corpo perfeito como aspecto primordial nas relações tanto humanas, quanto profissionais (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008).

Para os autores, as dificuldades encontradas por muitas pessoas para aderirem a outros tratamentos de obesidade não cirúrgicos podem, muitas vezes, estar relacionadas ao custo dos mesmos, o que as leva a buscar a intervenção cirúrgica financiada pelo poder público.

Na busca para tentar melhorar a qualidade e o tempo de vida do paciente obeso, a cirurgia bariátrica vem se tornando o tratamento mais efetivo para o controle da obesidade mórbida, resolvendo os problemas de ordem física e psicossocial que o excesso de peso acarreta (SEGAL; FÃNDINO, 2004).

Nas primeiras horas de pós-operatório, o paciente é admitido na Unidade de Terapia Intensiva ou de internação clínica-cirúrgica. As principais preocupações, nesse período, são a ventilação adequada, a estabilidade hemodinâmica, a dor incisional, a integridade do sítio cirúrgico, as náuseas e vômitos, o estado neurológico e a micção espontânea (SMELTZER *et al.*, 2008).

Após essa etapa pós-operatória inicial, as ações de enfermagem devem ser sistematizadas e tem por objetivos: o restabelecimento do paciente, o alívio da dor, prevenção de complicações pós-operatórias, promoção da recuperação e preparo para a alta hospitalar, para que possa se autocuidar com destreza e segurança (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007).

A recuperação da Cirurgia Bariátrica é um processo lento que requer mudanças de estilo de vida para ser bem sucedida. Essas alterações devem estender-se ao ambiente familiar e ao local de trabalho, onde o apoio é crucial para o sucesso global do tratamento contra a obesidade (DUNGAN, 2008).

A responsabilidade do indivíduo no autocuidado deve ser enfatizada durante esta fase. A conclusão da cirurgia não finaliza o tratamento da obesidade, pelo contrário, é o início de um período de um a dois anos de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde (CRUZ, 2004).

Assim, cabe aos profissionais de saúde, em especial à Enfermagem, trabalhar no sentido de desenvolver estratégias capazes de mobilizar os portadores de obesidade mórbida para a adoção e manutenção de comportamento saudável para o AC, antes e após a realização do procedimento cirúrgico.

INDICADORES EMPÍRICOS IDENTIFICADOS: Descoberta da obesidade, Tempo de diagnóstico e de tratamento, tratamentos já realizados, consequências da obesidade para a vida, uso de medicações, déficit de conhecimento sobre a cirurgia bariátrica, complicações relacionadas ao procedimento e cuidados pós-operatórios.

4.1.4 Estruturação do Instrumento para a Coleta de Dados

Por se tratar de um estudo metodológico, a elaboração do Formulário para coleta de dados, baseado na Teoria do Autocuidado de Orem, iniciou-se após a realização da revisão sistemática da literatura e identificação dos Indicadores Empíricos para a demanda de autocuidado, e foi concluída após a disciplina Estudos

de Casos Clínicos, cursada em fevereiro de 2009 no Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Nesse período, foi realizado um trabalho que teve por objetivo aplicar o Processo de Enfermagem de Orem, por meio de um estudo de caso, em um paciente submetido à cirurgia bariátrica, o qual resultou na construção de um artigo de pesquisa sobre a temática da dissertação (FELIX; NÓBREGA; SOARES, 2009).

Para subsidiar a construção do formulário de coleta dados, como não foi encontrada nenhuma pesquisa que associasse o uso da Teoria do Autocuidado à Cirurgia Bariátrica nos artigos selecionados, além dos indicadores empíricos identificados, foram pesquisados os instrumentos utilizados em outros estudos realizados para a identificação dos requisitos de autocuidado em pacientes com lesão medular (PADULA; SOUZA, 2008), Insuficiência Cardíaca Congestiva (SANTOS; COSTA; SARAIVA, 2004) e Hipertensão Arterial (FREIRE, 2000).

Dessa forma, o formulário para a coleta de dados (APENCICE B), foi composto por questões abertas e fechadas para a identificação dos requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde, e organizado em quatro partes, descritas a seguir: **1) Identificação**, contendo nome, número do prontuário e dados sociodemográficos dos entrevistados, como endereço, idade, religião, estado civil, procedência, profissão, escolaridade e renda familiar e número de consultas já realizadas, data do procedimento cirúrgico; **2) Requisitos de autocuidado universal**, abordando as necessidades de oxigenação, nutrição e hidratação, eliminação e excreção, repouso e atividade física, solidão e interação social, prevenção de riscos à saúde e ao bem estar e referentes às práticas de promoção da saúde; **3) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento**, contendo a identificação das mudanças relacionadas ao aparecimento da obesidade e informações sobre as doenças existentes associadas à obesidade; **4) Requisitos de autocuidado nos desvios da saúde**, onde se buscavam informações sobre as principais conseqüências da obesidade para a vida dos pacientes, os tratamentos já realizados, os medicamentos utilizados atualmente, bem como os conhecimentos prévios sobre a cirurgia bariátrica, dúvidas relacionadas à cirurgia, complicações e cuidados pós-operatórios.

4.2. SEGUNDA E TERCEIRA FASES: Determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC) e desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem

Após a aprovação do projeto pelo CEP (ANEXO A), foi realizado um estudo exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa com clientes atendidos no Ambulatório de Gastroenterologia do HULW/UFPB, e que faziam parte do grupo de Cirurgia Bariátrica, para, assim, determinar os Déficits de Autocuidado dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, como também dos que estavam em pós-operatório.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas no período de abril a junho de 2009 no referido ambulatório. As entrevistas foram realizadas na sala de espera do ambulatório da Cirurgia Bariátrica, às sextas-feiras, no período da tarde, devido a esse turno congregar um maior número de pacientes no local, aguardando a realização de consultas com a equipe multiprofissional responsável pelo grupo: endocrinologista, cirurgião, psicólogo e/ou nutricionista. O tempo de duração de cada entrevista e preenchimento do formulário foi de cerca de 10 minutos.

Vale destacar que, nesta equipe multiprofissional, não existe a participação do enfermeiro. Para Costa *et al.* (2009), é fundamental a participação de uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, dentre outros profissionais, que tenham conhecimento das alterações provocadas pela obesidade, que possam auxiliar e motivar o paciente para o tratamento adequado, uma vez que a cirurgia atua na consequência da doença obesidade (peso) e não na sua causa.

Segundo Pereira *et al.* (2007 *apud* COSTA *et al.* 2009), cada profissional da equipe multidisciplinar fica responsável por uma parte do tratamento, fazendo com que os cuidados sejam mais intensivos e os resultados mais rápidos, sendo que o enfermeiro tem dupla função na equipe: garantir a eficiência técnica no peri-operatório e atuar como elo facilitador entre os profissionais, o paciente e familiares.

Apesar da indisponibilidade de um espaço físico para a realização das entrevistas, participar da sala de espera proporcionou a interação da pesquisadora com o grupo, como também permitiu vivenciar o universo e expectativas desses pacientes com relação à cirurgia.

O Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HULW atende a aproximadamente 50 pacientes, sendo que, a cada semana, mais pessoas ingressam no grupo. Para isso, o paciente é avaliado primeiramente pelo endocrinologista, que, após a realização

de uma série de exames laboratoriais, encaminha-o ao cirurgião e este, posteriormente, encaminha-o ao psicólogo, com quem o paciente deve realizar no mínimo 20 consultas semanais, e ao nutricionista, para a realização do programa de reeducação alimentar.

Somente após a liberação do psicólogo, a efetiva reeducação nutricional, redução do IMC e dos riscos cirúrgicos, o paciente é encaminhado para a cirurgia propriamente dita. O tempo de espera pelo procedimento cirúrgico varia conforme as especificidades de cada paciente e a evolução deste na fase pré-operatória dura em média de 06 meses a 01 ano.

Cabe ressaltar, também, que, além das dificuldades no ambiente físico para realização das entrevistas, o medo e a insegurança por parte dos pacientes em assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resultou em 06 recusas para participar deste estudo, o que dificultou o andamento da pesquisa, prolongando o período para a coleta de dados para a primeira semana de junho de 2009.

A seguir, apresentaremos a caracterização da amostra estudada nessa etapa da pesquisa.

4.2.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por acessibilidade, sendo composta por 31 clientes portadores de obesidade mórbida, em condições físicas e emocionais para responder às perguntas e que se dispuseram, após serem convidados, a participar da pesquisa. Os pacientes foram incluídos no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B). Os critérios de inclusão e seleção dos pacientes foram: ter idade maior de 18 anos, por serem legalmente capazes de acordo com a Legislação Brasileira, e voluntariedade para participar da pesquisa.

Dos 31 participantes da pesquisa, 25 (80,6%) eram candidatos à realização da cirurgia bariátrica e 06 (19,4%) já haviam realizado o procedimento cirúrgico antes das entrevistas. Dos que já haviam realizado a cirurgia, 02 pacientes encontravam-se em pós-operatório mediato e 04 em pós-operatório tardio.

Com relação ao IMC dos entrevistados, apresentado na Figura 5, 93,5% (29) dos pacientes apresentavam obesidade grau III (IMC > 40 kg/m²), 3,2% (1), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²), e 3,2% (1), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²). Dos que apresentavam IMC grau III, 09 (29%) encontrava-se

com o IMC entre 40-45,9 kg/m², 13 (41,9%) possuíam IMC entre 46 e 50,9 kg/m² e 07 (22,5%) apresentavam IMC maior que 51 kg/m².

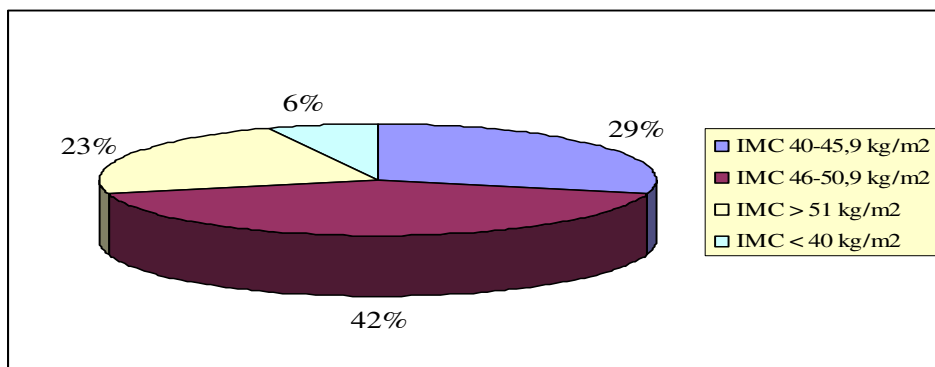


Figura 5 – Distribuição dos entrevistados segundo o IMC. João Pessoa – PB, 2009.

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo as características socio-demográficas. João Pessoa – PB, 2009.

Variáveis	N	%
PROCEDÊNCIA		
João Pessoa	22	71,0
Cidades circunvizinhas	06	19,4
Outras	03	9,7
GENERO		
Masculino	07	22,6
Feminino	24	77,4
IDADE		
26-30 anos	12	38,7
31-35 anos	06	19,4
36-40 anos	05	16,1
41- 45 anos	03	9,7
46-50 anos	03	9,7
> 51 anos	02	6,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	14	45,2
Casado	13	41,9
Divorciado	04	12,9
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	01	3,2
Ensino Fundamental completo	04	12,9
Ensino Fundamental incompleto	03	9,7
Ensino médio completo	15	48,4
Ensino médio incompleto	04	12,9
Ensino superior completo	02	6,5
Ensino superior incompleto	02	6,5
RELIGIÃO		
Católico	15	48,4
Evangélico	10	32,3
Outros	06	19,4
RENDA FAMILIAR		
01 salário mínimo	13	41,9
02 salários mínimos	08	25,8
> 03 salários	10	32,3

PROFISSÃO		
Professor	02	6,5
Estudante	02	6,5
Técnico de Enfermagem	02	6,5
Motorista	02	6,5
Vendedor	05	16,1
Funcionário público	03	9,7
Desempregado	01	3,2
Do lar	05	16,1
Outros	09	29,0
TOTAL	31	100,0

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. A amostra foi constituída por 71,0% (22) entrevistados procedentes do município de João Pessoa. 77,4% dos participantes são do gênero feminino e 22,6%, do gênero masculino. O predomínio de mulheres na amostra corrobora os resultados encontrados por Lima e Sampaio (2007), e, provavelmente, decorre do fato destas procurarem mais o tratamento para o controle da obesidade, já que não houve direcionamento por sexo na inclusão dos pacientes na amostra.

Para não produzir fragmentação da amostra estudada, foi escolhido um intervalo de 05 anos para a classificação da idade, sendo que 74,2% dos participantes tinham idade entre 26 e 40 anos.

Com relação ao estado civil e escolaridade, 45,2% (14) eram solteiros e 48,4% (15) haviam concluído o ensino médio. A maioria dos entrevistados, 41,9% (13), possuíam uma renda familiar de até 01 salário mínimo, sendo que 74,1% (23) exerciam alguma atividade profissional, sendo a mais relatada a profissão de vendedor 16,1% (5).

4.2.2 Identificação das demandas de autocuidado

A demanda de autocuidado ocorre quando os requisitos não estão plenamente satisfeitos. Nessa categoria, serão apresentadas as demandas de autocuidado identificadas com base nos relatos dos pacientes entrevistados, representadas de acordo com os requisitos de autocuidado apresentados por Orem.

✓ Demandas de autocuidado universais

A distribuição dos entrevistados, conforme as demandas de autocuidado universal identificadas, são apresentadas na Tabela 2 e discutidas a seguir.

Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados, conforme as demandas de autocuidado universal identificadas. João Pessoa – PB, 2009.

Demandas de autocuidado Universal	f	%
Riscos à vida e ao bem estar	26	83,9
Solidão e interação social	21	67,7
Oxigenação	18	58,1
Sono e repouso	17	54,8
Alimentação	17	54,8
Atividade	14	45,2
Promoção da saúde	11	35,5
Eliminação	11	35,5
Hidratação	09	29,0

A **d demanda de autocuidado relacionada à oxigenação** foi detectada em 18 dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica (58,1%), e foi evidenciada pelos relatos de dispneia ao caminhar, ao realizar atividades domésticas ou serviços bruscos e durante o sono. Do total de candidatos à cirurgia que relataram problemas relacionados à oxigenação, 35,3% (06) dos entrevistados relataram ainda apresentar tosse seca frequente.

Dentre os entrevistados que estavam em pós-operatório, somente 01 paciente (16,7%) afirmou apresentar dificuldade respiratória em decúbito dorsal, atribuída à dor na incisão cirúrgica (E02).

A **hidratação** estava insatisfatória em 09 (29,0%) de todos os entrevistados, sendo 24,0% (6) dos candidatos à cirurgia bariátrica, e em 50,0% (3) dos pacientes em pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, caracterizada pela baixa quantidade de líquidos ingerida.

Quanto à **alimentação**, observou-se que ela estava afetada em 54,8% (17) do total de entrevistados, sendo 15 candidatos à cirurgia bariátrica e 02 pacientes em pós-operatório tardio.

Dos candidatos à cirurgia bariátrica, 52,0% (13) relataram realizar de 01 a 03 refeições diárias e 8,0% (02) afirmaram realizar mais de 06 refeições por dia, além do consumo de dieta inadequada (volume excessivo de alimentos por refeição, uso excessivo de sal e de carboidratos). Entre as dificuldades para alimentar-se, 16,0% (04) citaram o custo da dieta, falta de tempo devido ao trabalho e comer rápido.

Com relação aos pacientes em pós-operatório, observou-se que 02 (33,3%) relataram realizar de 01 a 03 refeições diárias, sendo que, para 50,0% (03) desses pacientes, as dificuldades para alimentar-se estavam relacionadas à intolerância alimentar, ao horário de trabalho e à dificuldade de adaptação ao tipo de dieta restritiva exigida no período pós-operatório mediato, conforme mencionado nos discursos a seguir:

“Engasgo com banana, com macarrão. Pão normal dói. A carne tem que ser batida ou moída devido à indigestão” (E05, pós-operatório tardio).

“Tô enjoada com a repetição dos alimentos” (E02, pós-operatório mediato).

“Devido ao meu horário de trabalho, não me alimento bem” (E06, pós-operatório tardio).

Nesse período, o paciente deve ter um acompanhamento sistemático quanto às estratégias para uma adaptação ao novo estilo de vida alimentar.

O **requisito de eliminação** estava insatisfatório em 11 (35,4%) do total de entrevistados, caracterizados por relatos de constipação e diarreia.

Dentre os pacientes em pré-operatório, 05 (20,0%) relataram apresentar constipação frequentemente e 02 (8,0%) afirmaram apresentar diarreia. 64,0% (16) afirmaram, ainda, apresentar também sudorese frequente.

Quanto aos pacientes que estavam no pós-operatório, 01 (16,7%) afirmou apresentar constipação relacionada à dieta pobre em frutas e verduras e 03 (50,0%) relataram ter apresentado diarreia nas primeiras 48 horas após a cirurgia e em decorrência do uso de suplementos vitamínicos, necessários no período pós-operatório. Apenas 01 paciente relatou ainda apresentar sudorese frequente.

O **requisito de atividade física** apresentava-se insatisfatório para 45,2% (14) da amostra, mas somente entre os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, por relatarem não praticar nenhuma atividade física devido à falta de tempo, preguiça ou problemas de saúde, o que pode retardar e dificultar o processo de perda de peso necessário para a realização da cirurgia.

Vale destacar que todos os pacientes entrevistados que já haviam realizado a cirurgia bariátrica afirmaram praticar no mínimo 30 minutos de caminhada diariamente.

O **equilíbrio entre o sono e repouso** estava prejudicado para 17 (54,8%) do total de entrevistados, sendo 16 (51,6%) pacientes em pré-operatório e somente 01 (3,2%) em pós-operatório, fato evidenciado pelos relatos de insônia, agitação durante o sono ou número reduzido de horas de sono por dia.

O **equilíbrio entre solidão e interação social** estava afetado em 21 (67,7%) pacientes, sendo 19 (61,3%) em pré-operatório e 02 (6,5%) em pós-operatório, em decorrência da ausência de atividades sociais devido à falta de ânimo e de tempo, cansaço, desestímulo pela obesidade. A grande maioria dos participantes (90,3%) relatou apresentar um bom relacionamento familiar e com amigos.

A demanda de autocuidado relacionada à **prevenção de riscos à vida e ao bem estar** foi detectada em 26 (83,9%) do entrevistados, pela presença de condições que contribuem para o aumento da morbimortalidade dos pacientes obesos, como: história familiar positiva para doenças como Hipertensão Arterial [77,4% (24)], Diabetes *Mellitus* [45,1% (14)], obesidade [87,1% (27)] e doenças cardiovasculares [10 (32,3%)]; e por também serem portadores dessas patologias, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das comorbidades associadas à obesidade relatadas pelos entrevistados. João Pessoa – PB, 2009.

Doenças associadas à obesidade	SIM		NÃO	
	f	%	f	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	22	71,0	09	29,0
Depressão	09	29,0	22	71,0
Artropatias	08	25,8	23	74,2
Diabetes <i>Mellitus</i>	08	25,8	23	74,2
Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono	07	22,6	24	77,4
Dislipidemias	06	19,4	25	80,6
Outras*	05	16,1	26	83,9

* Coronariopatias, asma, colelitíase.

Destaca-se, ainda, que apenas 29,0% (09) dos entrevistados apresentavam apenas uma comorbidade além da obesidade, 16,1% (05) apresentavam duas comorbidades e 41,9% (13), três ou mais patologias associadas à obesidade.

Como essas doenças interferem nas condições de saúde e qualidade de vida desses pacientes e levam, muitas vezes, ao adiamento da cirurgia bariátrica marcada, faz-se necessário a orientação para o autocuidado visando o controle e a prevenção de complicações relacionadas a essas patologias, como: diminuição do sal na alimentação, controle do peso, realização de exercícios programados, dieta, tratamento medicamentoso e controle emocional, demonstrando-se, mais uma vez, a importância da inserção do Enfermeiro na equipe multidisciplinar para atuar na prevenção dessas complicações.

Além disso, 15 (60,0%) dos pacientes candidatos à cirurgia e 04 (66,6%) dos pacientes em pós-operatório relataram ser ex-tabagistas de longa data. Com relação à história de tabagismo atual, do total da amostra, apenas 01 (3,2%) paciente que estava no pós-operatório afirmou fumar cerca de 20 cigarros por dia. O tabagismo pode comprometer ainda mais a função respiratória do paciente obeso e aumentar o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 6,45% (02) de todos os pacientes entrevistados, estando representado por 01 paciente de cada amostra avaliada. A história anterior de etilismo esteve presente em 32,2% (10) dos discursos, sendo 02 pacientes no pós-operatório e 08 candidatos à cirurgia bariátrica.

O paciente que estava em pós-operatório tardio e que relatou ser tabagista e consumir bebidas alcoólicas regularmente atribuiu o retorno destes hábitos ao fato de ter realizado a cirurgia bariátrica no período em que o serviço encontrava-se em greve, o que ocasionou uma descontinuidade no acompanhamento pós-operatório por parte da equipe multidisciplinar, acarretando problemas de adaptação à dieta pós-operatória, com introdução da dieta pastosa somente no segundo mês de pós-operatório.

Nessa perspectiva, a prevenção de riscos à vida e ao bem-estar do paciente obeso deve começar desde a fase ambulatorial, com a identificação dos fatores de riscos que podem levar ao comprometimento da saúde do paciente obeso, para que estes sejam atenuados antes da realização da cirurgia e corrigidos ou diminuídos após a cirurgia.

A prevenção de riscos não pode ser concluída no pós-operatório, mas deve ter continuidade durante vários meses, pois o acompanhamento é fundamental para monitorar e incentivar os pacientes na busca pela adaptação a um novo estilo de vida.

A prática do autocuidado inclui a procura por assistência médica, através de avaliação periódica do estado de saúde, e a participação do pacientes nos cuidados prescritos. Nesse sentido, o **requisito de promoção da saúde** estava afetado em 11 (35,4%) entrevistados, caracterizado pelo desconhecimento e ausência de ações específicas para a promoção da saúde, tais como: exame anual de prevenção de câncer de mama, de colo de útero e de próstata; avaliação odontológica e oftalmológica anual e imunização.

“Realizo de forma precária, sem muita preocupação” (E16).

“Só vou ao médico quando sinto alguma coisa” (E19).

“Tomo o remédio da pressão, vou ao ginecologista, mas nunca fiz exame de mamas” (E25).

“Realizo prevenção com pouca frequência. Evito ambientes médicos e hospitalares. (E28).

Quando questionados sobre qual o seu comportamento para prevenção de doenças, apenas 02 (6,5%) entrevistados relacionaram aos cuidados com a alimentação, emagrecimento e uso de anticoncepcional. 58,1% (18) dos entrevistados afirmaram procurar assistência médica sempre que necessário e realizar exames de rotina regularmente. Destes, 09 pacientes afirmaram realizar consulta ginecológica uma vez por ano.

Tendo em vista que 77,4% (24) do total de entrevistados são do sexo feminino e somente 37,5% (09) destes relataram a realização de exames para a prevenção de câncer de colo de útero anualmente, faz-se necessário a realização de trabalhos educativos voltados para a promoção da saúde da mulher obesa.

Percebe-se, assim, a fragilidade do comportamento desses pacientes com relação à sua saúde, uma vez que, apesar de orientados, muitos não adotam regularmente práticas de promoção da saúde essenciais para a prevenção e diagnóstico precoce de diversas doenças, as quais podem até ser agravadas na presença da obesidade ou ainda dificultar o processo de perda de peso.

Pode-se observar, também, que, na maioria dos casos, as pessoas só procuram o sistema de saúde no momento em que percebem alguma alteração em sua saúde, tornando-se necessário antecipar esta lógica voltada para uma atitude de vigilância em saúde (BRASIL, 2006). Além disso, a organização do sistema de saúde torna-se mais um dos obstáculos para a procura pelos serviços de saúde, conforme demonstrado no discurso a seguir:

“Procuro atendimento médico, porém não gosto do PSF, é difícil conseguir atendimento” (E29).

O Ministério da Saúde enfatiza a importância da atenção à obesidade em todos os níveis do sistema de saúde. Quanto à organização da assistência, cabe particularmente a atenção básica deve ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos (BRASIL, 2006).

Quando indagamos os pacientes a respeito dos tratamentos realizados anteriormente para perda ou controle de peso, os mesmos referiram o uso de medicamentos diversos (64,5%), associados a dietas hipocalóricas (64,5%), ao tratamento clínico (22,6%) e à prática de atividade física (25,8%).

Esses processos marcam a história de vida dos pacientes com insucessos quanto à manutenção do peso e com vivências de fracassos praticamente constantes. Além disso, esses pacientes apresentam baixa autoestima, sentimentos de menos-valia e autoconfiança prejudicada, o que pode alterar a sua disposição para o autocuidado e promoção da saúde.

Para a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, os pacientes obesos mórbidos apresentam certas peculiaridades: de uma maneira geral, são pessoas que chegam à equipe cirúrgica com todas as tentativas e recursos de emagrecimento esgotados; trazem uma extensa bagagem de frustrações e um cansaço aparente, porém aliados a uma vontade latente de “aprender a mudar”, tornando-se mais ansiosos, imediatistas, querendo abreviar o tempo e as etapas do tratamento para resolver logo os seus problemas, depositando na equipe e na própria cirurgia todas as suas esperanças com relação à perda de peso.

A literatura também aponta que as dificuldades encontradas por muitas pessoas para aderirem a outros tratamentos de obesidade não cirúrgicos podem, muitas vezes, estar relacionadas ao custo dos mesmos, o que as leva a buscar a intervenção cirúrgica financiada pelo poder público (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008).

✓ **Demandas de autocuidado de desenvolvimento**

Ao serem questionados sobre os processos de desenvolvimento relacionados à obesidade, foi possível observar que 41,9% (13) dos entrevistados relataram que sempre foram obesos, 25,8% (08) afirmaram que começaram a engordar durante a adolescência e 32,2% (10), na fase adulta.

Corroborando a literatura analisada, as principais mudanças no ciclo vital relacionadas ao surgimento da obesidade estavam ligadas a: mudanças da adolescência [19,4% (06)], nascimento dos filhos [19,4% (06)], diversas tentativas de emagrecimento [12,9% (4)], morte/separação dos pais [9,7% (03)], separação amorosa [9,7% (03)], atividades profissionais [9,7% (03)], e casamento [6,5% (02)].

Orem (1995) enfatiza que as demandas de autocuidado de desenvolvimento são particularmente importantes no caso de doenças crônicas como a obesidade, por representarem as necessidades de adaptação aos efeitos negativos do excesso de peso sobre o organismo e a vida desses pacientes.

Nesse sentido, a grande maioria dos entrevistados (90,3%) apresentou **déficit na adaptação às modificações decorrentes da obesidade**, devido a diversos problemas, como o preconceito social e inclusive familiar a que estão sujeitos, limitações impostas pela doença, prejudicando o desenvolvimento de atividades profissionais e distúrbios na autoimagem, conforme expressados nos discursos a seguir:

“Horrível, porque atrapalha em tudo, prejudica em tudo, você não vive” (E11).

“Tudo é difícil” (E27).

“Triste, terrível! Tem o preconceito social e até mesmo da família” (E10).

“Terrível, frustrante, humilhante, envergonhador! Me sinto a pior das criaturas” (E4).

“Não é coisa boa. Pra subir em ônibus, pra descer, não passa na roleta. Até as crianças mangam da gente. Leva nome de baleia por onde anda” (E17).

“Ruim, porque as pessoas discriminam” (E9).

Além das atitudes negativas relacionadas à obesidade, a presença de outras comorbidades associadas ao peso excessivo também interfere no processo de desenvolvimento humano, levando à redução da expectativa e piora da qualidade de vida desses pacientes.

✓ **Demandas de autocuidado nos desvios de saúde**

Com relação às práticas de autocuidado relacionadas às alterações provocadas pela obesidade, pode-se perceber, durante a realização das entrevistas, que muitos são os problemas enfrentados diariamente pelo obeso mórbido, o que acarreta, muitas vezes, consequências para a sua vida, como: limitações físicas, preconceito social, problemas de saúde, de autoestima, de relacionamento e profissionais. Tais problemas podem ser identificados como Demandas de Autocuidado nas alterações de saúde:

“Não consigo dormir direito, andar direito. A pessoa obesa não é normal” (E20).

“A pressão alta, porque já fiquei até internada em hospital. A dor nos pés, que impede de fazer muita coisa” (E8).

“Comprar roupa, pra arrumar emprego. Tem pessoas que acham que o gordo é preguiçoso” (E26).

“Falta de amor próprio, dificuldade para arrumar emprego” (E28).

“Dificuldade de se enturmar, ganhar amigos” (E29).

“Atrapalhou por ter deixado de trabalhar por conta do preconceito” (E5).

“Não trabalho mais, tenho doenças, não tenho mais lazer...” (E15).

“O preconceito, deixei de estudar por conta disso. Saía muito e agora sou mais caseira” (E22).

“Impede de eu fazer muitas coisas que eu gostaria de fazer, trabalhar, estudar, vida sentimental, impede no movimento, coisa que o magro faz que o gordo não faz” (E11).

Por serem portadores de alguma comorbidade associada à obesidade, 22 (71,0%) entrevistados relataram que fazem uso de algum tipo de medicamento diariamente. Destes, 16 (72,7%) eram candidatos à cirurgia bariátrica e 06 (27,3%) estavam no pós-operatório. A grande maioria dos entrevistados, 17 (77,3%), afirmaram fazer uso de mais de um medicamento por dia. Quanto aos medicamentos mais utilizados pelos entrevistados, destacaram-se: os anti-hipertensivos (70,6%); os suplementos nutricionais (27,3%) e os hipoglicemiantes orais (18,2%).

Quando questionados sobre a obediência aos horários das medicações prescritas, dos 22 (100%) pacientes que relataram utilizar algum tipo de medicamento diariamente, 16 (72,7%) afirmaram que sempre obedecem aos horários prescritos, devido à importância e duração do efeito das medicações.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada durante a coleta de dados, pelo fato de que alguns procedimentos cirúrgicos mal absorptivos, como o *bypass* gástrico em *Y de Roux*, levam a deficiências na absorção de ferro, cálcio, folato e vitamina B₁₂, (SANCHES *et al.*, 2008). Dessa forma, o procedimento cirúrgico exige ações específicas para a correção dessa situação, onde os pacientes devem fazer uso de suplementos vitamínicos diários pelo resto da vida, o que requer disciplinamento e a conscientização desses pacientes ainda no período pré-operatório.

Para avaliação desse requisito de autocuidado, os pacientes foram questionados quanto à importância da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade. Após a análise dos discursos, pode-se perceber que todos os pacientes reconhecem a sua importância, demonstrando ainda que a realização do procedimento seria a garantia para a uma vida normal, o retorno da felicidade, qualidade de vida e melhora da autoestima e autoaceitação:

“É tudo, é o caminho para uma nova vida” (E11).
“Sei que emagrece muito e volta a ser feliz” (E25).
“Além de diminuir o estômago, vai diminuir também a ansiedade” (E10).
“É importante porque a pessoa emagrece e passa a ser uma pessoa normal” (E11).
“Voltar a ter uma vida normal” (E20).
“Melhora a autoestima” (E16).
“Fica magra, tira a barriga, não me adapto e não me aceito com ela” (E15).
“A cirurgia substitui um problema maior, por um problema menor” (E24).

Além de ser vista por alguns entrevistados como uma cirurgia milagrosa, apenas 04 participantes (12,9%) relataram que, para o alcance do sucesso da cirurgia, é preciso que haja uma mudança de comportamento por parte do paciente:

“É o início porque o resto depende de mim” (E23).
“Ela ajuda, não é a solução. Eu sei que se não fizer tudo direitinho no pós-cirúrgico, volta tudo de novo” (E08).
“Vai me auxiliar a reeducar para emagrecer e não voltar a engordar” (E26).
“Tem que mudar a mente. É uma reeducação de vida” (E05).

Segundo a SBCB (2009), como os pacientes vinculam a imagem do bisturi à “varinha de condão”, é necessária a atuação da interdisciplinaridade para auxiliá-lo a enfrentar a realidade e envolvê-lo de forma responsável em todas as etapas do tratamento cirúrgico e as suas mudanças consequentes.

Atualmente, o maior equívoco, por parte da sociedade em geral, com relação à Cirurgia Bariátrica, é achar que ela é a cura para a obesidade. É importante que todos os pacientes que almejam realizar a cirurgia compreendam que ela é apenas uma parte da solução para a obesidade. Comer bem e praticar atividades físicas continuarão a ser importantes aspectos da saúde dos pacientes para o resto da suas vidas, pois as pessoas podem recuperar o peso e deficiências nutricionais podem ser um problema na recuperação pós-operatória (HARRINGTON, 2006).

Assim, a prestação de excelentes cuidados pré e pós-operatórios leva os pacientes à melhor oportunidade para construir uma nova vida e uma nova relação com as mudanças alimentares exigidas e a prática de atividade física, necessárias para a perda de peso tão sonhada.

Durante a realização das entrevistas, observou-se que, apesar da importância da cirurgia para o tratamento da obesidade e de todas as esperanças depositadas pelo paciente no procedimento cirúrgico, eles não possuem muitas informações a

respeito dessa intervenção, tendo em vista que, entre os 25 candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados, 10 (40,0%) consideravam-se saber pouco ou quase nada a respeito da cirurgia. Entre os pacientes que já haviam realizado a cirurgia, apenas 01 paciente desconhecia como seria a intervenção cirúrgica, levando à insatisfação no atendimento ao **requisito de autocuidado nos desvios de saúde:**

“Achava que seria como uma cirurgia de vesícula” (E01).

“Sei que reduz o estômago, somente” (E26; E29).

“Até agora eu não sei nada, sei o que as meninas comentam: repouso, remédio pro resto da vida” (E21).

“Sei pouca coisa, quase nada. Toma medicação pro resto da vida, devido a nutrientes perdidos na cirurgia” (E28).

Observou-se também que, apesar de 83,3% (05) dos pacientes em pós-operatório e 28,0% (07) dos pacientes candidatos à cirurgia afirmarem não possuir nenhuma dúvida com relação à cirurgia, a maioria dos esclarecimentos a respeito desse procedimento cirúrgico, principalmente entre os pacientes que estavam em pós-operatório, veio através de pesquisas na *Internet*, da observação e relatos de experiências de amigos e familiares que haviam realizado a cirurgia anteriormente:

“Eu sei tudo, pois tenho muitos amigos que operaram, entrava na Internet” (E05).

“Ela é uma redução de estômago, que é feita com pessoas com obesidade mórbida, que afeta a saúde, como último recurso” (E10).

“Já pesquisei na Internet. É uma diminuição do estômago e parte do intestino de modo que a quantidade de alimento que se necessita é menor” (E30).

“Meu irmão mais velho já fez. É uma mudança de comportamento, mudança de corpo, autoestima, cuidado clínico, tem que tomar remédio” (E25).

“Tenho interesse em saber mais, pois vi o corte na barriga dos que fizeram” (E19).

Para os demais candidatos à cirurgia bariátrica (72,0%) que apresentavam dúvidas com relação à cirurgia, estas se relacionaram: ao procedimento cirúrgico em si (09), aos cuidados pós-operatórios (03), à medicação pós-operatória (02), a quando poderiam engravidar após a cirurgia (02), às complicações cirúrgicas (01), à flacidez após o emagrecimento (01) e à alimentação (01).

Quando indagados sobre as principais complicações pós-operatórias relacionadas à cirurgia bariátrica, 48,0% (12) dos candidatos à cirurgia afirmaram desconhecer a existência de complicações. Dos 13 (52,0%) que relataram conhecer as complicações, as mais citadas foram: diarreia [53,8% (07)], deficiência nutricional [53,8% (07)], vômitos [46,2% (06)], problemas ósseos [15,4% (02)], voltar a engordar, morte microembolia e queda de cabelo, com 7,7% cada.

Entre os pacientes que se encontravam em pós-operatório, 02 (33,3%) referiram não ter sido informados sobre nenhuma complicação pós-operatória relacionada à cirurgia bariátrica:

*“Não fui informado sobre nenhuma complicação pós-operatória” (E01).
“Senti falta de orientações por parte da enfermeira do HU. Durante a internação não recebi nenhuma. Sai com flebite. Nem com relação ao procedimento ou outras” (E03).*

Para os demais pacientes que já haviam realizado a cirurgia, 66,6% (04), as principais complicações destacadas foram: diarreia [75,0% (04)], deficiência nutricional [100% (04)] e dificuldade para alimentar-se e voltar a engordar com 25,0% (01) cada.

De acordo com o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade do ano de 2006, recomenda-se que o paciente e seus familiares tenham amplo acesso às informações sobre os riscos, benefícios e opções de técnicas cirúrgicas. Estas informações devem ser fornecidas em consultas detalhadas com a equipe multidisciplinar ou através de reunião preparatória com a equipe responsável por essa fase.

Quando questionados sobre os principais cuidados relacionados à cirurgia referentes a alimentação, locomoção, cuidados com a incisão cirúrgica e drenos, atividade física, acompanhamento nutricional e psicológico, a grande maioria dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica afirmou desconhecer.

Sobre a alimentação durante o pós-operatório, 12,0% (03) dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica não souberam informar como seria a alimentação após a cirurgia. Para os demais pacientes, 88,0% (22), os cuidados com a alimentação estavam relacionados a:

*“Quantidade reduzida, alimentos específicos para manter as vitaminas” (E18).
“Nem tudo pode comer mais” (E7).
“Comer só o que o médico passar” (E08).
“Primeiro líquido durante um mês, depois pastoso” (E23,25,27).
“Será 15 dias líquido e depois 15 dias pastoso” (E26).
“Tem que se alimentar nas horas certas, ter cuidado para não comer mais do que é para comer, tudo contado” (E22).*

Como a cirurgia bariátrica afeta principalmente a alimentação do paciente, o fato de existir um Nutricionista na equipe multidisciplinar e dos pacientes realizarem consultas quinzenais com esse profissional antes da cirurgia e de haver um acompanhamento nutricional rigoroso nos seis primeiros meses de pós-operatório

pode explicar o reconhecimento dos pacientes com relação às modificações da dieta após a realização do procedimento cirúrgico.

Contudo, apesar da presença desse profissional, todos os entrevistados afirmaram desconhecer a existência da síndrome de *dumping*, que é uma complicação pós-operatória comum ocasionada pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos e que leva ao aparecimento de náuseas, fraqueza, suor frio intenso, desmaios e diarreia após a alimentação.

Quanto à ingestão de líquidos, 84,0% (21) dos candidatos à cirurgia não souberam informar a respeito, afirmando que seria muito pouco que deveria ser tomado durante o pós-operatório, evidenciando algumas restrições e cuidados:

“Deve ingerir bastante água e suco” (E35).

“Saber tomar a quantidade certa, não tomar exagerado” (E30).

“Deixar de tomar leite, álcool. Vai precisar tomar muita água” (E24).

Como os pacientes, no período pós-operatório, não podem ingerir grandes quantidades de líquidos, deve-se estimular a ingestão de pequenas quantidades com maior frequência, e evitar líquidos por 15 minutos antes de cada refeição e até 90 minutos após, para se evitar o desconforto gástrico e o sentimento de plenitude antes da refeição (HIRSCHFEID; STOERNELL, 2004).

Quanto ao acompanhamento nutricional durante o período pós-operatório, 18 (58,1%) entrevistados afirmaram que deve haver, sendo 03 pacientes em pós-operatório e 15 em pré-operatório. 12,0% (03) dos candidatos à cirurgia consideraram importante e 12,9% (04) dos demais pacientes não souberam informar.

Durante a realização das entrevistas, 11 (44,3%) dos candidatos à cirurgia afirmaram não saber nada a respeito dos cuidados com a locomoção, 03 (12,0%) afirmaram ser fundamental e 11 (44,0%) disseram que tem que andar.

“É para caminhar, passar 10h caminhando” (E16).

“Tem que andar após a cirurgia para evitar embolia pulmonar” (E26).

“Vai ajudar a perder peso. É o principal da cirurgia” (E22).

Além da locomoção precoce, a prática de atividade física é de suma importância para o alcance da perda de peso e o conseqüente sucesso da cirurgia. Contudo, 36,0% (09) dos candidatos à cirurgia bariátrica não souberam informar quando essa atividade deveria ser realizada no período pós-operatório, sendo que, para 8,0% (02), ela deve ser feita após liberação médica.

Para a SBCB (2009), a atividade física deve ser realizada o mais breve

possível. Na primeira etapa, pós-cirurgia, caminhadas progressivas e exercícios específicos são orientados caso a caso. Normalmente, após 40 dias já se pode realizar a maioria das atividades, salvo restrições médicas. É importante definir os objetivos de cada paciente, suas expectativas em relação ao peso desejado, definindo estratégias para elaborar um programa em relação aos tipos de atividades, intensidade, periodicidade e duração, de acordo com as possibilidades de cada um.

As pessoas obesas, submetidas à cirurgia, apresentam riscos de complicações relacionadas à imobilidade, como a embolia, que pode ser prevenida fazendo-se uso de meias elásticas ou enfaixamento das pernas durante a cirurgia, ou caminhando-se 06 horas após a chegada no leito, contando-se com o auxílio da enfermagem e de um acompanhante (AORN, 2004).

É descrito na literatura que pacientes obesos têm um risco aumentado e reconhecido para infecção do sítio cirúrgico, visto que a espessura do tecido adiposo tem influência direta e proporcional nas taxas de infecção, relacionando-se ao fato da pouca vascularização do tecido adiposo, levando a procedimentos cirúrgicos mais demorados e à maior facilidade de trauma da parede abdominal (OLIVEIRA; CIOSAK; D'LORENZO, 2007).

Assim, faz-se necessário a orientação dos pacientes sobre os cuidados com a ferida cirúrgica e drenos, para a prevenção de infecções. Com relação a esses cuidados, 48% (12) dos candidatos à cirurgia bariátrica não souberam informar quais os cuidados necessários com a ferida operatória e drenos, 28% (07) relacionaram aos cuidados com a higiene da incisão e do dreno, e, para 24% (06), os cuidados necessários estavam relacionados ao posicionamento na hora de dormir, não pegar peso e não deixar ninguém tocar:

“Lavar as mãos antes da limpeza” (E23).

“Cuidados na limpeza para não infeccionar e cuidado com o dreno” (E18).

“Tenho medo do dreno, de saber que tem uma mangueira dentro da minha barriga” (E14).

“Dormir com a barriga para cima” (E24).

“Não deixar ninguém tocar ou bater alguma coisa” (E21).

“Tem que medir de 15 em 15 minutos e anotar” (E27).

“Não pegar peso” (E10).

“Não deixar que o dreno fique no chão ou suspenso, fazer limpeza, evitar roupa apertada” (E25).

Com relação às orientações a respeito da cirurgia, todos os pacientes entrevistados consideram-nas importantes e afirmam que elas deveriam ser dadas ainda durante o período de preparação da mesma e na fase pré-operatória:

“É importante receber essas informações antes da cirurgia porque a conscientização será mais rápida. Tá com aquela expectativa e só depois

de tá cirurgiado é que vai receber a informação? É como receber o jornal do dia. É como ensaiar a peça de teatro e já ir sabendo os pós e os contra” (E01).

“Acho importante porque você já fica preparado. Vai assim sem saber de nada. Senti falta de orientações. O que as pessoas falam é muito vago” (E11).

“Eu tô meio atordoada. Vou fazer a cirurgia e não tô sabendo praticamente nada e só falta um mês! É muito importante” (E13).

“Acho obrigado, porque o cara vai saber onde tá entrando, as sequelas” (E20).

“Porque a gente vai mais seguro do que vai acontecer, do que vai passar” (E22).

Tendo em vista que 72% (18) dos candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados não souberam informar ou desconhecem os cuidados com a ferida operatória e drenos, e como alguns pacientes encontravam-se com cirurgia já previamente agendada, faz-se necessário que para a prevenção da ISC no paciente bariátrico, as orientações para o autocuidado sejam dadas durante o período pré-operatório.

As orientações pré-operatórias são muito importantes para o sucesso da cirurgia bariátrica e devem ser fornecidas a todos os pacientes com o objetivo de proporcionar conhecimentos acerca das possíveis alterações que possam ocorrer nesse período, auxiliando no desenvolvimento de aspectos psicológicos e comportamentais, através da adoção de medidas para prevenção de complicações a partir do reconhecimento da importância do autocuidado como estratégia para efetivamente obter o sucesso da cirurgia.

4.2.3 Determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC) e desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem

4.2.3.1 Demanda de Autocuidado Universal

A partir das demandas de autocuidado universais apresentadas, foram identificados os déficits de autocuidado, bem como os respectivos diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da *NANDA-I* (2010).

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi elaborado o planejamento da assistência de enfermagem, sendo, então, determinadas as metas, os objetivos, o método de ajuda, o tipo de sistema de enfermagem e estabelecidas, assim, as intervenções de enfermagem, propostas no Processo de Enfermagem de Orem, conforme apresentado na Quadro 1.

Demandas de autocuidado Universal	f	%	Diagnóstico de Enfermagem	Plano de Enfermagem	Sistema de Enfermagem
Oxigenação	18	58,1	Padrão respiratório ineficaz	<p>Meta: Manter o padrão respiratório eficaz/normal; investigar as causas de cansaço e tosse.</p> <p>Objetivos: Melhorar a fadiga; implementar medidas que visem o estabelecimento de um padrão respiratório eficaz: tosse e expectoração assistida, períodos de repouso adequado entre as atividades, para limitar a fadiga.</p>	<p>Apoio e educação e parcialmente compensatório</p> <p>Método: Ensinar e apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento</p>
Hidratação	09	29,0	Risco para volume de líquidos deficientes relacionado à diminuição da ingestão de líquidos	<p>Metas: Aumentar a ingestão de líquidos diariamente.</p> <p>Objetivos: Verbalizar que reconhece a importância da ingestão de líquidos para o organismo.</p>	<p>Apoio e educação</p> <p>Método: Ensinar e apoiar</p>
Alimentação	17	54,8	Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais	<p>Meta: Levar o cliente ao alcance de uma nutrição necessária ao atendimento das suas necessidades metabólicas.</p> <p>Objetivo: Incentivar o cliente a aderir às recomendações nutricionais para o alcance da perda de peso e evitar complicações pós-operatórias.</p>	<p>Apoio e Educação, Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Ensinar, apoiar e fazer</p>
Eliminação	05	45,5	Diarreia	<p>Meta: Restabelecer o padrão normal de funcionamento intestinal.</p> <p>Objetivo: Evitar a desidratação e o desequilíbrio hidroeletrolítico; orientar para a ingestão suficiente de líquido, no mínimo 2 litros/dia e dieta equilibrada.</p>	<p>Apoio-educação</p> <p>Método: Orientação e ensino</p>
	06	54,5	Constipação	<p>Meta: Melhorar o padrão de eliminação intestinal.</p> <p>Objetivo: Orientar para a ingestão suficiente de líquido, no mínimo 2 litros/dia, dieta equilibrada e rica em fibras.</p>	<p>Apoio-educação</p> <p>Método: ajuda, orientação</p>
Atividade	14	45,2	Estilo de vida sedentário	<p>Meta: Motivar a participação do cliente em atividades físicas para o seu bem estar</p>	<p>Apoio-educação</p> <p>Método:</p>

				<p>geral conforme suas limitações.</p> <p>Objetivo: Levar o cliente a compreender a importância da prática de atividade física para diminuição do peso:</p>	Orientação e ensino
Sono e repouso	17	54,8	Padrão de sono perturbado	<p>Meta: Promover o sono e repouso adequado às suas necessidades fisiológicas</p> <p>Objetivo: Levar o cliente a reconhecer a importância do sono para a manutenção do funcionamento do organismo e prevenção de doenças.</p>	<p>Sistema de enfermagem: De apoio-educação</p> <p>Método: Orientação e ensino</p>
Solidão e interação social	21	67,7	Interação social prejudicada	<p>Meta: Identificar estratégias para a socialização dos pacientes.</p> <p>Objetivo: Reconhecer os fatores que causam ou as dificuldades nas interações sociais. Relatar o desejo de realizar mudanças positivas nos comportamentos sociais. Promover a interação social.</p>	<p>Apoio-educação</p> <p>Método: Orientação e ensino.</p>
Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	26	83,9	Conhecimento deficiente sobre complicações relacionadas à obesidade.	<p>Meta: Fornecer informações sobre as recomendações nutricionais, regime terapêutico, redução ou abandono do tabagismo e do consumo de álcool, prática de exercícios orientados e controle das comorbidades associadas à obesidade.</p> <p>Objetivo: Verbalizar a intenção de praticar comportamentos saudáveis desejáveis para o controle da obesidade e prevenção de suas complicações.</p>	<p>Apoio-educação</p> <p>Método: Orientação e ensino</p>
Promoção da saúde	11	35,5	Manutenção ineficaz da saúde.	<p>Meta: Alcançar um nível de conhecimentos acerca do comportamento eficaz para busca de cuidados para a prevenção de doenças.</p> <p>Objetivo: Demonstrar interesse em buscar ajuda para manutenção da saúde. Adotar comportamento para manutenção da saúde física e mental</p>	<p>Apoio e Educação,</p> <p>Método: orientação, apoio e ensino.</p>

Quadro 1 - Distribuição das demandas de autocuidado e dos diagnósticos de enfermagem dos entrevistados, segundo sub-requisitos do autocuidado universal. João Pessoa – PB, 2009.

Com base na queixa de dispneia ao caminhar e ao realizar atividades domésticas, 58,1% (18) do total da amostra apresentaram o diagnóstico de enfermagem **Padrão respiratório ineficaz relacionado à obesidade e a fadiga**. A NANDA-I (2010) define esse diagnóstico como a inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada. Os fatores relacionados apresentados na NANDA-I incluem: ansiedade, dor, fadiga, obesidade, posição do corpo, síndrome da hipoventilação, dentre outros.

Nesse estudo, os dados apresentados na Tabela 4 evidenciam a obesidade e a fadiga como os principais fatores relacionados na ocorrência do diagnóstico Padrão Respiratório Ineficaz.

Dentre as características definidoras encontradas, destacaram-se o diâmetro antero-posterior aumentado, alterações na profundidade respiratória e ortopneia. A **meta** para a assistência de enfermagem será manter o padrão respiratório eficaz/normal; investigar as causas de cansaço e tosse. E o **objetivo**, melhorar a fadiga e implementar medidas que visem o estabelecimento de um padrão respiratório eficaz: tosse e expectoração assistida, períodos de repouso adequado entre as atividades, para limitar a fadiga.

O **Sistema de Enfermagem** escolhido para implementar a assistência planejada foi o de apoio e educação, e parcialmente compensatório; método e ajuda, orientação, apoio e proporcionar ambiente de desenvolvimento do paciente para a realização de exercícios de respiração profunda e tosse controlada para melhorar eficácia da expectoração; proporcionar a mudança de decúbito no leito, deambulação e realização de atividades de forma programada.

A evidência de ingestão hídrica insuficiente para as necessidades diárias observadas em 29,0% dos relatos sugere o Diagnóstico de Enfermagem **Risco para volume de líquidos deficiente**. Este é definido, segundo a *Nanda* Internacional (2010), como o *risco de desidratação vascular, celular ou intracelular*. Dentre os fatores de risco, destacam-se: deficiência de conhecimento, extremos de peso, medicações (uso de diuréticos), diarreia. A baixa ingestão hídrica também pode ser acentuada pela sudorese intensa comum nos pacientes obesos e na amostra pesquisada.

O planejamento da assistência proposto determinou como **meta**: aumentar a ingestão de líquidos diariamente; e, como **objetivo**: levar o paciente ao reconhecimento sobre a importância da ingestão de líquidos para o organismo.

O **Sistema de Enfermagem** escolhido é o de educação e apoio, recomendando-se um consumo de cerca de dois a três litros de água por dia.

Além da água, deve-se estimular a ingestão de outros líquidos, tais como sucos de frutas e água de coco, assim como desestimular o consumo de refrigerantes, águas gaseificadas, sucos industrializados e bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006), os quais podem interferir no processo de reeducação alimentar e no controle do peso.

Com relação à ingestão de alimentos, a partir dos relatos dos pacientes sobre sua alimentação rotineira (desjejum, lanche matinal, almoço, lanche e jantar), observou-se que 02 pacientes em pós-operatório tardio (6,5%) e 15 (48,4%) candidatos à cirurgia relataram apresentar hábitos alimentares irregulares, caracterizados por ingestão de lanches calóricos em substituição às refeições regulares e consumo excessivo de alimentos por refeição, levando ao diagnóstico de Enfermagem **Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais**.

Este diagnóstico é definido como a *ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas* e apresenta como características definidoras: comer em resposta a estímulos externos, nível de atividade sedentário, ingestão de alimentos concentrada no final do dia (NANDA-I, 2010).

A **meta** será melhorar o hábito alimentar e levar o cliente ao alcance de uma nutrição necessária ao atendimento das suas necessidades metabólicas. O **objetivo** é incentivar o cliente a aderir às recomendações nutricionais para o alcance da perda de peso e evitar complicações pós-operatórias, ingerindo dieta balanceada, com vistas a obter nutrientes por suas necessidades metabólicas.

O **Sistema de Enfermagem** é o apoio-educação; e, como métodos de ajuda, a orientação e o ensino por meio de diálogo informal com relação à importância da nutrição adequada e as opções para o estabelecimento de uma dieta balanceada, e estimulando-os a dar importância e tempo à alimentação, evitando calorias, em substituição às refeições básicas e obedecendo às restrições da dieta.

A alimentação saudável para todas as pessoas com sobrepeso e obesidade tem por objetivos melhorar o bem estar, possibilitar a proteção da saúde, prevenindo e controlando as comorbidades e permitindo o alcance do peso adequado (BRASIL, 2006).

Aprender a alimentar-se de forma adequada, optando por escolha de alimentos saudáveis é a única maneira de atingir e manter peso adequado. Estudos mostram que indivíduos que ingerem uma grande quantidade de alimentos ricos em

açúcar e/ou gordura têm maior chance de ganho de peso. Sabe-se que o maior impacto para a perda de peso é a restrição de calorias da dieta. No entanto, para a manutenção de peso, a composição da dieta é fundamental (LOTTEMBERG, 2006).

Na avaliação da excreção/eliminação, 11 (35,4%) entrevistados apresentaram demanda de autocuidado relacionada exclusivamente à função intestinal, caracterizadas por relatos de episódios de diarreia e constipação. Desse modo, a verbalização de fezes líquidas e amolecidas por 05 (45,4%) pacientes levou ao Diagnóstico de Enfermagem **Diarreia** relacionada à má absorção gástrica.

Diarreia é definida pela NANDA I (2010), como a *eliminação de fezes soltas e não formadas*, relacionada à inflamação, má absorção, ansiedade, estresse intenso, efeitos adversos de medicações. Verifica-se que a característica definidora mais expressiva foi o relato de pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia.

A **meta** para esse diagnóstico é restabelecer o padrão normal de funcionamento intestinal. E o **objetivo** da assistência será evitar a desidratação e o desequilíbrio hidroeletrolítico, orientar para a ingestão suficiente de líquido, no mínimo 2 litros por dia, e dieta equilibrada.

O **Sistema de Enfermagem** selecionado foi o apoio-educação e, como método de ajuda, a orientação para aumento da ingestão oral de líquidos e evitar alimentos/substâncias que provoquem diarreia.

Ainda com relação à Tabela 4, os relatos de 54,5% (06) dos pacientes que referiram apresentar fezes endurecidas e ressecadas, com defecação duas ou três vezes por semana, resultaram no Diagnóstico de Enfermagem de **Constipação**.

Segundo a NANDA Internacional (2010), Constipação é a *diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas*.

Dentre os fatores relacionados identificados, destacaram-se a ingestão insuficiente de fibras, de líquidos, hábitos alimentares deficientes, atividade física insuficiente e a própria obesidade.

Estabeleceu-se como **meta** melhorar o padrão de eliminação intestinal e, como **objetivo**, orientar para a ingestão suficiente de líquido, no mínimo 2 litros por dia, dieta equilibrada e rica em fibras. Foi selecionado para o sistema de enfermagem o apoio-educação e, como método de ajuda, a orientação.

No contexto das práticas de atividades físicas, somente 54,8% (17) relataram realizar alguma atividade física, como caminhada, musculação e hidroginástica, sendo que 45,2% (14) afirmaram não praticar qualquer tipo de atividade física,

embora considerassem necessário para a saúde e para a diminuição do peso, resultando no Diagnóstico de Enfermagem de **Estilo de vida sedentário**, definido pela NANDA I (2010), como *um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física*.

As características definidoras envolvidas na identificação desse diagnóstico foram à demonstração da falta de condicionamento físico e a verbalização de rotina diária sem exercício físico. Os fatores relacionados identificados foram: falta de interesse, de motivação e de recursos, mobilidade física prejudicada.

A **meta** da assistência de enfermagem será motivar a participação do cliente em atividades físicas para o seu bem estar geral, conforme suas limitações. Tendo como **objetivo**, levar o cliente a compreender a importância da prática de atividade física para diminuição do peso.

O **Sistema de Enfermagem** escolhido foi o de educação e apoio, e, como método, a orientação e o ensino focado para a promoção do peso saudável.

O incremento da atividade física aliada à alimentação saudável são os eixos centrais a serem trabalhados na busca pela qualidade de vida e controle da obesidade. A atividade física é um fator determinante do gasto de energia e, portanto, do equilíbrio energético e do controle de peso. Mesmo que, no início do acompanhamento, o indivíduo alcance somente um nível de atividade física leve, o fato de deixar de ser sedentário traz resultados positivos quanto à melhoria de qualidade de vida e de bem estar geral, além de resultados específicos em relação aos riscos de saúde e ao controle das comorbidades (BRASIL, 2006).

A prática de atividade física regular combinada com a alimentação saudável promove redução no peso corporal maior que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral.

O diagnóstico de **Padrão de Sono prejudicado**, definido como *interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos*, foi observada em 54,8% (17) dos participantes.

As características definidoras identificadas foram: insatisfação com o sono, relatos verbais de dificuldade para dormir, relacionados a interrupções, falta de controle do sono, ruídos e temperatura.

Em face dos aspectos físicos e psicológicos do déficit em análise, a **meta** para o planejamento da assistência seria promover o sono e repouso adequado às necessidades fisiológicas, e o **objetivo**, levar o cliente a reconhecer a importância

do sono para a manutenção do funcionamento do organismo e prevenção de doenças. O **sistema de enfermagem** selecionado é o de educação e apoio, tendo como método orientar e educar o cliente a dormir com a cabeceira elevada, como forma de evitar o laringoespasma e a obstrução das vias aéreas superiores; manter o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem ruído; manter um horário regular para acordar, dormir e descansar; limitar o tempo de sono durante o dia; evitar alimentos e bebidas contendo cafeína antes de dormir; ler algo agradável e relaxante; não assistir televisão na cama.

Ainda dentro da demanda de autocuidado universal, no sub-requisito manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social, 67,7% (21) da amostra afirmaram não participar de atividades sociais devido à falta de ânimo, tempo, cansaço e, principalmente, pelo desestímulo causado pela obesidade.

O diagnóstico de enfermagem evidenciado foi **Interação social prejudicada**, que se refere à *quantidade insuficiente, ou qualidade ineficaz, de troca social*.

As características definidoras observadas foram: desconforto em situações sociais, comportamentos de interação social mal sucedidos. A **meta** será identificar estratégias para a socialização dos pacientes. E o **objetivo**, levar o cliente a reconhecer os fatores que causam as dificuldades nas interações sociais, compreendendo sua condição de obeso e seu tratamento e promover a interação social.

O **Sistema de Enfermagem** é o de apoio e educação e, como métodos de ajuda, explicar ao paciente que a obesidade é uma doença e tem tratamento, encorajar o paciente ao convívio social com os amigos e familiares, estimular a participação de atividades sociais.

Com relação ao sub-requisito de prevenção de riscos à vida e ao bem estar, observou-se que 83,9% (26) dos entrevistados apresentavam o diagnóstico de Enfermagem **Conhecimento deficiente**, definido como *ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico* (NANDA-I, 2010).

Neste estudo, a falta de conhecimento esteve relacionada à obesidade, ao regime terapêutico e ao controle de processos patológicos e complicações que podem ser evitadas: dieta, HAS, Diabetes *Mellitus*, sedentarismo.

A **meta** será fornecer informações sobre as recomendações nutricionais, regime terapêutico, redução ou abandono do tabagismo e do consumo de álcool, prática de exercícios orientados e controle das comorbidades associadas à obesidade. O **objetivo** da assistência será fazer com o paciente verbalize a intenção

de praticar comportamentos saudáveis desejáveis para o controle da obesidade e prevenção de suas complicações.

O **Sistema de Enfermagem** selecionado seria o apoio e educação, e o método, de orientação e ensino do paciente sobre as principais comorbidades associadas à obesidade mórbida, fornecer informações relevantes sobre a importância do controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos para o tratamento da obesidade; explicar as etapas pelas quais ele irá passar antes e após o procedimento cirúrgico; enfatizar a importância do autocuidado e engajamento do cliente nas recomendações nutricionais e de saúde, como também a importância da cessação do fumo dois meses antes da cirurgia. O cigarro só traz prejuízos para a sua saúde. Além de todos os riscos, a nicotina prejudica a cicatrização da pele, o que pode levar à infecção (SBCB, 2009).

Faz necessário que seja enfatizado ao paciente que, para alcançar o sucesso da cirurgia, é preciso fazer mudanças de comportamento, dentre elas a reeducação alimentar e a prática regular de atividade física.

Os indicadores de verbalização de falta de ações específicas de promoção da saúde nos discursos de 35,4% (11) dos entrevistados conduziram à identificação do diagnóstico de enfermagem: **Manutenção ineficaz da saúde**.

A NANDA-I (2010) define a Manutenção ineficaz da saúde como a incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde. Relaciona-se ao enfrentamento individual ineficaz e apresenta como características definidoras: a história de ausência de comportamento de busca de saúde, a falta demonstrada de comportamentos adaptativos e de conhecimento com relação as práticas básicas de saúde.

A **meta** será alcançar um nível de conhecimentos acerca do comportamento eficaz para busca de cuidados para a prevenção de doenças. E **objetivo**, demonstrar interesse em buscar ajuda para manutenção da saúde; adotar comportamento para manutenção da sua saúde física e mental. O **Sistema de Enfermagem** escolhido foi o apoio-educação, e os métodos, de ajuda, orientação, apoio e ensino.

4.2.3.2 Demanda de Autocuidado de desenvolvimento

Quanto aos requisitos de autocuidado no desenvolvimento, a análise dos discursos dos entrevistados conduziu ao Diagnóstico de Enfermagem: **Distúrbio da Imagem Corporal**.

Segundo a NANDA-I (2010), o Distúrbio da Imagem Corporal é definido como *confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa*. Possui como características definidoras objetivas: comportamentos de evitar o próprio corpo, visão alterada do próprio corpo (aparência, estrutura) relacionada à obesidade, mudanças no desenvolvimento acarretadas, tratamento da obesidade.

Deve-se ter em vista que esse Diagnóstico de Enfermagem só será solucionado após a cirurgia bariátrica, sendo a autoimagem melhorada com a perda efetiva de peso. A **meta** será a aceitação da sua condição e o entendimento das mudanças no corpo após a cirurgia. Tendo como **objetivo**, participar efetivamente como agente ativo das ações de autocuidado para a redução de peso.

Para tanto, o **Sistema de Enfermagem** apoio-educação instrumentalizará as ações de enfermagem por meio dos métodos de ajuda, orientação e apoio, oferecendo esclarecimentos para o paciente que a obesidade mórbida é uma doença e que tem tratamento, além dos benefícios da cirurgia para a melhoria na qualidade de vida e controle das doenças associadas à obesidade mórbida e as etapas a serem percorridas, até a realização de plásticas reparadoras no pós-operatório.

As questões referentes à imagem corporal e autoaceitação devem ser trabalhadas durante todo o período de preparação para a cirurgia e, principalmente, no pós-operatório, pois, muitas vezes, o paciente que sempre foi obeso, após a fase de grande perda de peso em decorrência da cirurgia, depara-se com uma nova imagem, o que pode levar a alterações na autoimagem.

A psicologia reconhece os benefícios que o emagrecimento pode trazer ao paciente, porém vê com menos entusiasmo a questão do emagrecimento rápido e acentuado promovido pelas técnicas cirúrgicas (LEAL; BALDIN, 2007).

Por isso a definição de obesidade como uma doença de excesso de peso corporal tem importância por não caracterizá-la, simplesmente, por um problema estético ou distúrbio da personalidade e sim pela própria condição de doença (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007).

Além disso, como a maioria dos participantes (83,9%) apresentava alguma patologia associada à obesidade, faz-se necessário que seja feito o acompanhamento dessas patologias a nível ambulatorial, não só por meio da

realização de exames, como também através de esclarecimentos e avaliação do comportamento desses pacientes com relação às medidas de autocuidado. É muito importante, também, que as doenças associadas à obesidade estejam sob controle antes da realização da cirurgia.

4.2.3.3 Demanda de Autocuidado nas alterações de Saúde

No decorrer de todo o estudo verificamos que a falta de conhecimento em relação à cirurgia bariátrica esteve presente em praticamente todos os discursos dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Sendo identificado assim, o diagnóstico de enfermagem **Déficit de conhecimento com relação à cirurgia bariátrica**, suas complicações e cuidados pós-operatórios, evidenciado pelos relatos de dúvidas e falta de informações específicas, necessárias para a realização do autocuidado do paciente, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 4 - Distribuição das demandas de autocuidado identificadas nos candidatos à cirurgia bariátrica, segundo os requisitos do autocuidado por desvio de saúde. João Pessoa, 2009.

Demanda de autocuidado	DÉFICIT DE CONHECIMENTO			
	SIM		NÃO	
	n	F	n	F
Complicações pós-operatórias	13	52,0	12	48
Cuidados com:				
Alimentação	22	88,0	03	12,0
Ingestão de líquidos	04	16,0	21	84,0
Ferida operatória	07	28,0	18	72,0
Locomoção	14	56,0	11	44,3
Acompanhamento nutricional	27	87,1	04	12,9

A **meta** será diminuir o déficit de conhecimento e orientar os pacientes com relação a essas complicações e cuidados pós-operatórios. O **objetivo** será o reconhecimento sobre a cirurgia bariátrica, seu conceito, complicações e cuidados necessários no pós-operatório. O **sistema de enfermagem** a ser implementado é o

apoio-educação e, como métodos de ajuda, orientação e ensino por meio de oficina educativa e da aplicação do Protocolo de orientação para o autocuidado construído a partir das intervenções apresentadas.

Constitui direito do paciente a precisa informação sobre os detalhes do procedimento cirúrgico a que irá se submeter com a análise profissional de seus fatores de risco e complicações possíveis de ocorrer e os resultados de seu tratamento, bem como, de total acesso ao cirurgião bariátrico e sua equipe multidisciplinar durante todas as fases de seu tratamento (FERRAZ; MARTINS FILHO, 2006).

Corroborando essa afirmação, Garza (2003) aponta existirem uma grande variedade de informações sobre a cirurgia bariátrica, disponíveis atualmente, para a população em geral. Mas para que os pacientes não recebam informações conflitantes ou pouco precisas a respeito dessa intervenção cirúrgica, eles devem ser esclarecidos pelos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar.

Os métodos de ensino destacados pela autora podem incluir uma combinação de materiais impressos, vídeos, apresentações em multimídia, palestra do tipo de seminário e/ou discussões individuais com os pacientes. Após a conclusão dessa fase de educação inicial, pode ser realizado um teste de entendimento para determinar o nível de compreensão do paciente frente às orientações recebidas. E somente após os pacientes terem demonstrado um nível aceitável de compreensão sobre a cirurgia de perda de peso, é que eles devem ser agendados para uma primeira avaliação para determinar sua aptidão como candidatos ao procedimento cirúrgico.

Nessa perspectiva, destacamos a importância do Protocolo de Orientação para o Autocuidado, objetivo desta pesquisa, e descrito a seguir, como um recurso essencial para auxiliar no processo educativo desse paciente e conseqüentemente na diminuição dos déficits de conhecimento apresentados.

4.2.4 Estruturação do Protocolo

Protocolo técnico é um instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade (COREN-MG, 2006).

Trata-se de discriminar minuciosamente as orientações fornecidas pelos

profissionais de Enfermagem, no âmbito da instituição de saúde, para que o profissional com responsabilidade, competência, respaldo, e segurança, ofereça uma assistência ao paciente submetido a cirurgia bariátrica, respeitando os preceitos éticos e legais e as especificidades da cirurgia.

Todos os elementos identificados na coleta de dados e na análise dos discursos subsidiaram a construção do Protocolo para orientação da assistência de enfermagem, que tem como objetivo sistematizar a assistência de Enfermagem e as orientações fornecidas ao cliente visando o seu autocuidado, e ajudando-o a conhecer e adotar comportamentos saudáveis para a consecução do objetivo maior da cirurgia: redução do peso.

Apesar da literatura (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007) dividir o processo cirúrgico é dividido em fases: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória (imediata e tardia). As ações de enfermagem apresentadas no Protocolo foram divididas em quatro fases: **ambulatorial** - que é o período em que o paciente é admitido no Grupo de Cirurgia Bariátrica do HULW até o agendamento da cirurgia; **pré-operatória**, que abrange desde o agendamento da cirurgia até os cuidados prestados entre as 24 e 48 horas que antecedem a cirurgia; **pós-operatório**, período que dividi-se em: - **imediato**, que abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia; e **pós-operatório tardio**, que é o período que sucede à alta hospitalar e se estende por 06 meses até completa cicatrização das lesões, sendo a fase de maior perda de peso, onde o paciente apesar de se encontrar fora do ambiente hospitalar, ainda requer um acompanhamento ambulatorial.

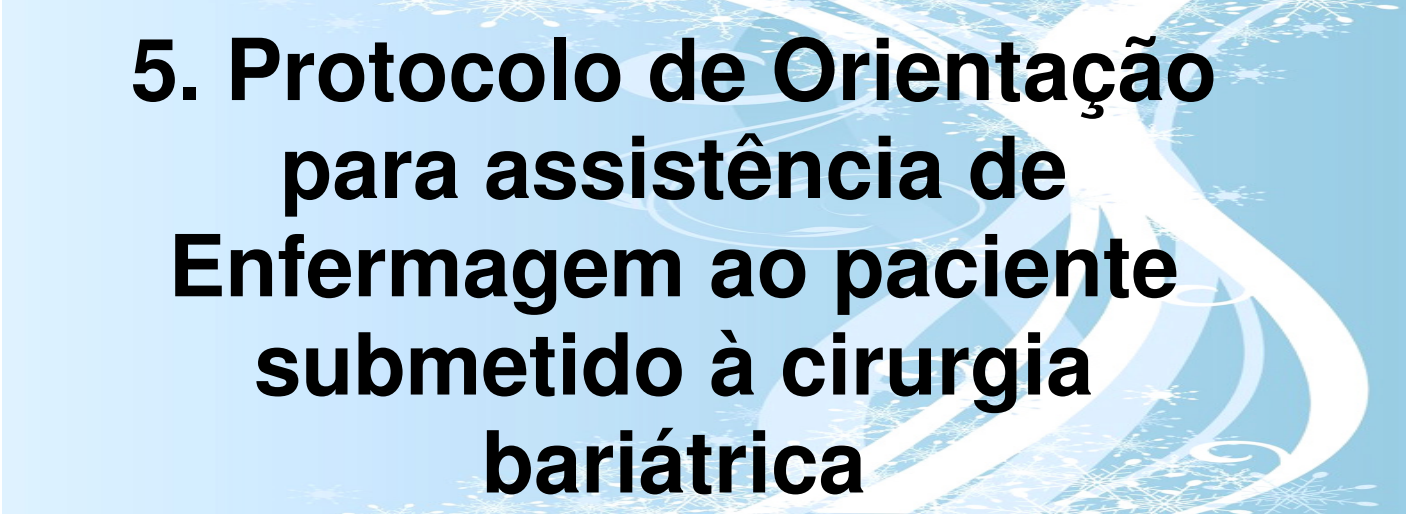
Segundo Orem (1995), as ações de enfermagem são executadas por meio dos métodos de ajuda, que são uma série de ações sequenciais capazes de superar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para se engajarem no autocuidado.

Para atender aos objetivos da pesquisa, além do Protocolo de Assistência de Enfermagem, foi construído também o Manual de Orientação para o Autocuidado do paciente no pré e pós-operatório, estruturado a partir das demandas de autocuidado identificadas. Este contém uma linguagem mais clara, visto que os pacientes precisam receber instruções detalhadas para se tornarem agentes ativos nas ações de autocuidado antes e depois da cirurgia.

Diante das recomendações feitas sobre os cuidados prescritos e orientações a serem fornecidas ao paciente submetido à cirurgia bariátrica, ressalta-se a importância da família, atuação da Enfermagem em todas as fases de preparação

para a cirurgia, bem como a necessidade do enfermeiro ter conhecimento e estar alerta às alterações fisiológicas presentes nesse período para intervir de forma segura na assistência ao paciente bariátrico.

Nos capítulos a seguir são apresentados o Protocolo para orientação da Assistência de Enfermagem e o Manual de orientação para o autocuidado do paciente submetido à cirurgia bariátrica, propostos por esta pesquisa. Todos os aspectos abordados nesses instrumentos favorecem uma assistência planejada tornando os pacientes capazes de intervir nas especificações desta cirurgia.



**5. Protocolo de Orientação
para assistência de
Enfermagem ao paciente
submetido à cirurgia
bariátrica**

5.1 Apresentação

Este protocolo tem por objetivo instrumentalizar as orientações dos enfermeiros aos pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, para que estes possam realizar o seu autocuidado de forma segura e eficaz, além de fornecer subsídios para sistematizar a assistência de enfermagem a ser prestada.

O modelo de assistência proposto, apresentado na Figura 6, foi fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem e organizado com base nos requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde), propostos pelo referencial teórico utilizado. Dentro de cada requisito é apresentado no Quadro 2, o diagnóstico de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem identificadas na pesquisa realizada com um grupo de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, atendidos no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Este material está sujeito à validação clínica, bem como avaliações e reformulações, conforme os avanços tecnológicos e científicos das técnicas cirúrgicas disponíveis atualmente.

5.1 Operacionalização

5.1.1 Público Alvo

Enfermeiros que atuam na assistência ao paciente com obesidade mórbida durante o pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica no HULW.

5.1.2 Acompanhamento

Os pacientes serão acompanhados pela equipe multiprofissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social) do HULW, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente. No fluxograma proposto na Figura 6, o paciente é admitido no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HULW, é avaliado pelo endocrinologista que o encaminha para o cirurgião e a partir deste, para os outros profissionais da equipe multidisciplinar. Cada profissional da equipe multidisciplinar fica responsável por uma parte do tratamento, devendo toda a equipe falar a mesma linguagem perante o paciente, salientando que o sucesso do tratamento depende principalmente do comprometimento do mesmo.

O enfermeiro fará o acompanhamento das demandas de autocuidado apresentadas pelo paciente em quatro etapas:

- **Ambulatorial** - período que vai desde a admissão do paciente no Grupo de Cirurgia Bariátrica do HULW, até o agendamento da cirurgia;
- **Pré-operatória** - abrange desde o agendamento da cirurgia até os cuidados prestados entre as 24 e 48 horas que antecedem a cirurgia;
- **Pós-operatório imediato** - período que abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia;
- **Pós-operatório tardio** - período que sucede à alta hospitalar e se estende por 06 meses até completa cicatrização das lesões, sendo a fase de maior perda de peso, onde o paciente apesar de se encontrar fora do ambiente hospitalar, ainda requer um acompanhamento ambulatorial.

5.2 Atribuições do enfermeiro

5.2.1 Fase ambulatorial:

- Realizar consulta de enfermagem para a coleta de dados identificação dos requisitos de autocuidado utilizando o Formulário para entrevista (ANEXO B) e exame físico céfalocaudal;
- Identificar os déficits de autocuidado;
- Planejar e implementar as intervenções de enfermagem com base nos déficits de autocuidado identificados e através da aplicação do protocolo proposto;
- Orientar o paciente sobre a cirurgia bariátrica e a preparação pré-operatória (Quadro 2)
- Realizar consulta mensal para acompanhamento dos déficits de autocuidado identificados e das comorbidades associadas a obesidade;
- Formar grupos de apoio para esclarecimentos sobre o processo de preparação para a cirurgia e troca coletiva de experiências e expectativas entre os pacientes.

5.2.2 Fase pré-operatória:

- Reforçar as orientações dadas na fase ambulatorial;
- Orientar o paciente sobre: o procedimento cirúrgico, a internação hospitalar, os cuidados com a ferida operatória e drenos;
- Implementar as intervenções de enfermagem propostas no Protocolo para esse período;

5.2.3 Pós-operatória (imediato e tardio):

- Realizar admissão do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e na unidade de clínica cirúrgica:
- Identificar os déficits de autocuidado;
- Implementar as intervenções de enfermagem propostas no Protocolo para esse período;
- Avaliar a evolução do paciente nas primeiras 24 horas após a cirurgia;
- Permanecer atento às complicações que podem ocorrer no período pós-operatório;
- Orientar o paciente/cuidador sobre os cuidados durante a hospitalização e no domicílio;
- Evoluir a cicatrização da ferida operatória;
- Planejar cuidados para 1º mês de pós operatório;
- Promover busca ativa dos pacientes que abandonaram o acompanhamento pós operatório;
- Acolher o paciente nas suas necessidades direcionando-o ao contato com a equipe multiprofissional;
- Realizar consulta mensal até o 6^o mês de pós-operatório para acompanhamento do processo de perda de peso e dos déficits de autocuidado;
- Promover educação continuada para a qualidade de vida do paciente;

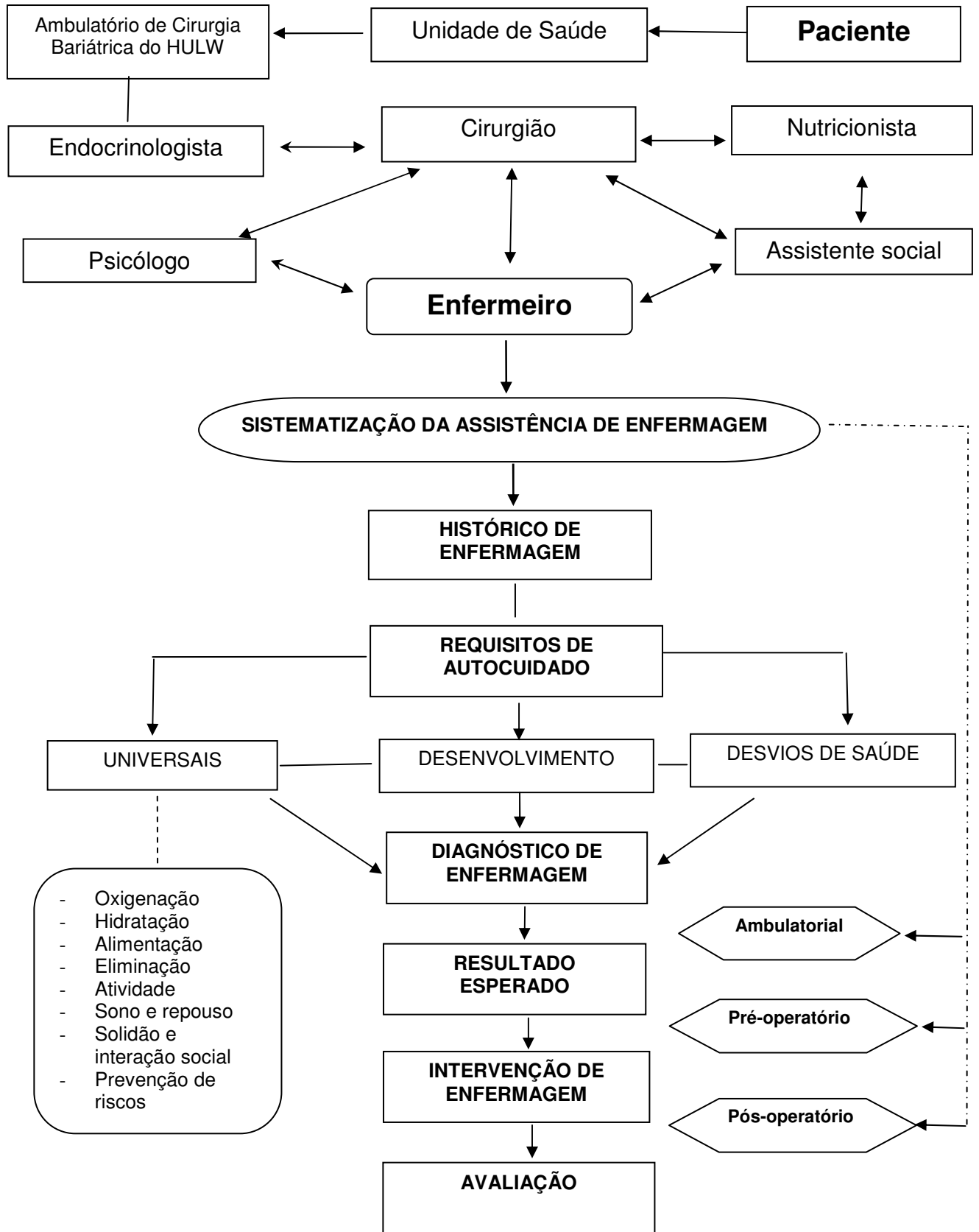


FIGURA 6 – Fluxograma do atendimento do paciente bariátrico no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HULW e proposta de inserção e atuação do enfermeiro.
5.3 Protocolo de orientação para a assistência de Enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica

REQUISITO DE AUTOCUIDADO: UNIVERSAIS	
OXIGENAÇÃO	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Padrão respiratório Ineficaz
RESULTADOS ESPERADOS	Manterá um padrão respiratório eficaz/normal
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	<p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar a importância dos movimentos respiratórios e de tossir para a prevenção de complicações; - Incentivar o exercício da tosse, para aumentar o volume inspiratório e expiratório; - Mostrar ao paciente a importância de seu posicionamento no leito com a cabeça elevada de 45 a 75 graus; - Explicar que, quando estiver sentado, deverá posicionar os braços com almofadas na lateral, deixando o pulmão mais livre para a sua expansão, e as pernas estendidas. <p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter controle rigoroso dos sinais vitais e observar nível de consciência, saturação de oxigênio e perfusão periférica dos membros; - Avaliar o padrão respiratório e administrar oxigênio suplementar, quando prescrito; - Realizar ausculta pulmonar, a fim de verificar as condições dos ruídos respiratórios; - Manter a cabeça do leito elevada de 45 a 75 graus; - Incentivar a mudança de decúbito; - Estimular a manutenção dos exercícios respiratórios (tosse e respiração profunda), promovendo a expansibilidade e mobilidade das secreções; - Ensinar ao paciente como imobilizar a incisão durante a tosse; - Realizar medidas preventivas para aspiração (vômitos), caso seja necessário; - Estimular a deambulação precoce; - Mostrar ao paciente a importância de seu posicionamento no leito com a cabeça elevada de 45 a 75 graus. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente a monitorar sinais de desconforto respiratório, febre e acúmulo de secreções.
HIDRATAÇÃO	
Risco para volume de líquidos deficiente	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Aumentará a ingestão de líquidos diariamente
RESULTADOS ESPERADOS	
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	<p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre a importância da manutenção da hidratação corporal. <p>Pós-operatório imediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar controle rigoroso do gotejamento das soluções parenterais; - Monitorar balanço hídrico. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar as orientações pré-operatórias; - Enfatizar a importância de não ingerir líquidos 15 minutos antes de cada refeição e até 90 minutos após, evitando, dessa forma, desconforto gástrico, pois beber e comer juntos aumenta a distensão gástrica, resultando em sensação de estufamento e até vômitos; - Reforçar que a ingestão de líquidos, além de evitar a desidratação, auxilia na perda de peso, deve ser feita gradativamente de acordo com a capacidade gástrica.
ALIMENTAÇÃO	
Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Demonstrará alterações apropriadas no estilo de vida para o alcance de uma nutrição necessária ao atendimento das suas necessidades metabólicas
RESULTADOS ESPERADOS	
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	<p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar a importância da quantidade e da frequência da dieta prescrita, já estabelecida pela nutrição hospitalar; - Monitorar a perda de peso; - Orientar sobre o jejum. A <i>American Society of Anesthesiologist (ASA)</i> recomenda um período de jejum de 06 horas ou mais com alimentos leves e líquidos sem resíduos por 02 ou 04 horas antes do procedimento cirúrgico, e preconiza o jejum de 8 horas após uma refeição composta por alimentos gordurosos, frutas ou carnes. <p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar a introdução da dieta e sua aceitação pelo paciente; - Atentar para qualquer desconforto ou intercorrências que vier a ter com a introdução da dieta, a presença de náuseas, vômitos ou diarreias após a dieta, prestando os cuidados necessários ao paciente.

	<p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar as orientações nutricionais; - Estimular a adesão e obediência às recomendações dietéticas; - Orientar a ingerir lentamente os alimentos, mastigá-los por completo e não ingerir líquido com as refeições.
ELIMINAÇÃO	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</p>	<p style="text-align: center;">Diarreia</p> <p style="text-align: center;">Constipação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restabelecerá e manterá o padrão normal de funcionamento intestinal; - Demonstrará comportamento apropriado para ajudar a eliminar os fatores causadores <p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar as queixas de diarreia, dor ao evacuar ou urinar; - Avaliar quanto à presença de dor à micção; - Avaliar os hábitos intestinais do paciente; - Investigar os fatores que geralmente estimulam a atividade intestinal e as interferências existentes; - Rever a ingestão dietética diária; - Determinar a ingestão de líquidos; - Avaliar a utilização de medicamentos; avaliar as interações ou efeitos colaterais desses medicamentos sobre o padrão intestinal do paciente; - Examinar a região perianal para detectar hemorroidas, lesões cutâneas ou outras anormalidades. <p>Pós-operatório imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar débito urinário no sistema de drenagem fechada ou o desejo de do paciente e a distensão vesical; - Auscultar o abdome para determinar a presença e a localização dos ruídos hidroaréreos; - Monitorizar presença de íleo paralítico (os ruídos hidroaréreos deverão retornar em média de 6 a 12 h após a cirurgia), flatulência, distensão abdominal; - Orientar o paciente a comunicar desconforto em região suprapúbica; - Registrar a coloração, o odor, a consistência, a quantidade e a frequência das evacuações; - Verificar presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais; - Observar e anotar eliminações e outras perdas como: diurese, vômitos, débitos de drenos, ingestão hídrica; - Medir diariamente o débito do dreno de Blake; - Comunicar a equipe médica para tomar as condutas necessárias, como a necessidade de sondagem vesical de alívio.
ATIVIDADE	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</p>	<p style="text-align: center;">Estilo de vida sedentário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizará atividades físicas, para o seu bem-estar geral, conforme suas limitações. <p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de desenvolvimento, as habilidades motoras, a postura e a marcha do paciente; - Avaliar o padrão de atividade física do paciente; - Identificar as condições que possam concorrer para o sedentarismo; - Estimular a prática de atividade física dentro dos limites de tolerância; - Orientar o paciente para a prática de atividade física regular combinada com a alimentação saudável, para a promoção e redução no peso corporal maior que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral. <p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a deambulação logo que possível; - Estimular a movimentação passiva dos pés, através da flexão e extensão, para aumentar o retorno venoso e prevenir a formação de coágulos nos membros inferiores ou pelve que podem suceder à cirurgia da obesidade; - Orientar o paciente que durante o período pós-operatório a deambulação precoce e o posicionamento correto do paciente no leito são muito importantes na prevenção de complicações pulmonares e de trombose venosa profunda; - Atentar para sinais de hipotensão ortostática (diminuição da pressão arterial, fraqueza, tontura e desmaio) quando o paciente levantar. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar que a atividade física é muito importante para os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pois a perda de peso será mais rápida; - Orientar o paciente que evite esforços físicos excessivos nos primeiros 90 dias. Caminhadas leves, de curta distância (pela manhã, próximo ao almoço e à tarde), poderão ser feitas conforme a resistência, progredindo lentamente, aumentando 01 minuto por dia.
SONO E REPOUSO	

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</p>	<p>Padrão de sono perturbado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrará melhora do padrão de sono/repouso; - Identificará as intervenções apropriadas para promover o sono. <p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as queixas referentes à qualidade de sono; - Avaliar o padrão de sono do paciente; - Identificar as circunstâncias que interrompem o sono e a frequência com que ocorrem; - Estimular o paciente a dormir com a cabeça elevada, como forma de evitar o laringoespasmos e a obstrução das vias aéreas superiores; - Orientar a manter o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem ruído durante a noite; - Manter um horário regular para acordar, dormir e descansar; - Orientar o paciente a limitar o tempo de sono durante o dia e evitar alimentos e bebidas contendo cafeína antes de dormir, ler algo agradável e relaxante, não assistir à televisão na cama. <p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular o paciente a dormir com a cabeça elevada, como forma de evitar o laringoespasmos e a obstrução das vias aéreas superiores; - Explicar a necessidade das interrupções geradas pela monitoração dos sinais vitais e/ou outros cuidados; - Planejar a assistência de modo a assegurar períodos ininterruptos de sono durante a noite; - Manter o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem ruído. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar a importância das estratégias para a manutenção de sono eficaz.
SOLIDÃO E INTERAÇÃO SOCIAL	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</p>	<p>Interação social prejudicada</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Identificará estratégias para a sua socialização. - Reconhecerá os fatores que causam ou as dificuldades nas interações sociais. - Relatará o desejo de realizar mudanças positivas nos comportamentos sociais. <p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rever a história social com o cliente/família e identificar os fatores que levaram às alterações no comportamento social; - Determinar os padrões familiares de relacionamento e os comportamentos sociais; - Explicar ao paciente que a obesidade é uma doença e que tem tratamento; - Avaliar a participação do paciente em atividades de lazer; - Encorajar o paciente ao convívio social com os amigos e familiares e estimular a participação deste em atividades que lhe deem prazer; - Orientar que a cirurgia bariátrica não é uma cirurgia milagrosa, mas serve como alternativa para obesos mórbidos, levando a uma melhora na sua qualidade de vida. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivar e estimular a participação do paciente nas atividades de autocuidado; - Estimular o paciente a participar de atividades de lazer logo que possível.
PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA E AO BEM ESTAR	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p>	<p>Conhecimento deficiente sobre as complicações relacionadas à obesidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalizará a intenção de praticar comportamentos saudáveis desejáveis para o controle da obesidade e prevenção de suas complicações.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**Pré-operatório**

- Identificar fatores de risco cirúrgico, como dependência de drogas e álcool, antecedentes alérgicos, familiares, cirúrgicos e comorbidades;
- Explicar ao paciente que a ingestão de bebidas alcoólicas interage com as medicações utilizadas pelo paciente, principalmente os anti-hipertensivos;
- Realizar exame físico, a fim de identificar lesões que servirão de porta de entrada para infecção na pele.
- Orientar o paciente a prevenir assaduras entre as dobras de gordura;
- O cuidado pré-operatório é fundamental para que haja uma boa cicatrização e uma boa evolução da ferida operatória.
- Realizar a tricotomia da área a ser operada, duas horas antes da cirurgia ou conforme o protocolo da instituição, com lâmina descartável, no sentido de crescimento dos pelos;
- Durante a realização da tricotomia, ter atenção especial às pregas na pele, comuns nos pacientes obesos, para evitar acidente. Solicite ajuda de outro profissional da Enfermagem;
- Encaminhar o paciente ao banho no dia da cirurgia com sabonete antisséptico na manhã da cirurgia;
- Orientar o paciente a não utilizar cremes ou pomadas neste dia, não ir para o centro cirúrgico com a cabeça molhada e manter as unhas curtas e sem esmaltes;
- Proporcionar orientações sobre os dispositivos que poderão ser utilizados no período pós-operatório imediato, como sondas, soros e monitoramento.

Pós-operatório imediato

- Monitorar sinais vitais, níveis glicêmicos;
- Monitorar a aceitação da dieta prescrita e a hidratação do paciente;
- Estimular a aceitação da dieta prescrita e a hidratação do paciente;
- Auxiliar o paciente nas atividades de autocuidado;
- Avaliar o sítio cirúrgico e os sistemas de drenagem de ferida;
- Avaliar a permeabilidade e presença de sinais flogísticos em cateteres venosos e sistemas de drenagem fechados;
- Avaliar o nível de dor, características da dor (localização, qualidade) e adequação;
- Administrar analgésicos conforme a prescrição e avaliar a sua eficácia;
- Inspeccionar a pele diariamente;
- Atentar para os curativos, deixando-os sempre limpos;
- Inspeccionar diariamente a pele, para a prevenção de úlceras por pressão e de complicações na ferida operatória;
- Observar o local quanto aos sinais de infecção;
- Atentar para edema, hiperemia, sensibilidade;
- Atentar para a presença de deiscência de ferida operatória;
- Evoluir a presença e característica da secreção;
- Evoluir a cicatrização da ferida operatória;
- Realizar o curativo de forma asséptica e confortável.
- Orientar os familiares a lavar as mãos antes e após entrar em contato com o paciente;

Pós-operatório tardio

- Ensinar e observar o paciente a lavar as mãos;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados com a ferida operatória em casa, a relatar imediatamente qualquer um dos sinais de infecção: rubor, edema, aumento do calor ao redor da ferida; presença de faixas avermelhadas na pele, próximo à ferida, pus ou secreção, odor fétido; calafrios ou temperatura maior que 37 graus;
- Explicar a importância da cessação do tabagismo e de se evitar o consumo de bebidas alcoólicas após a cirurgia;

PROMOÇÃO DA SAÚDE**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM****RESULTADOS ESPERADOS****INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM****Manutenção ineficaz da saúde**

- Demonstrará interesse em buscar ajuda para manutenção da saúde;
- Adotará comportamento para manutenção da saúde física e mental.

Pré-operatório

- Identificar os fatores causadores e relacionados que impedem o controle eficiente dos cuidados com a saúde do paciente;
- Fornecer informações relevantes sobre a importância do controle da pressão arterial e de níveis glicêmicos para o tratamento da obesidade;
- Explicar as etapas pelas quais ele irá passar antes e após o procedimento cirúrgico;
- Enfatizar a importância do autocuidado e engajamento do cliente nas recomendações nutricionais e de saúde, como também a importância da cessação do fumo dois meses antes da cirurgia.
- Estimular a participação ativa do paciente e da família em todas as orientações pré-operatórias;
- Orientar o paciente que, para alcançar o sucesso da cirurgia, é preciso fazer mudanças de comportamento, dentre elas a reeducação alimentar e a prática regular de atividade física.

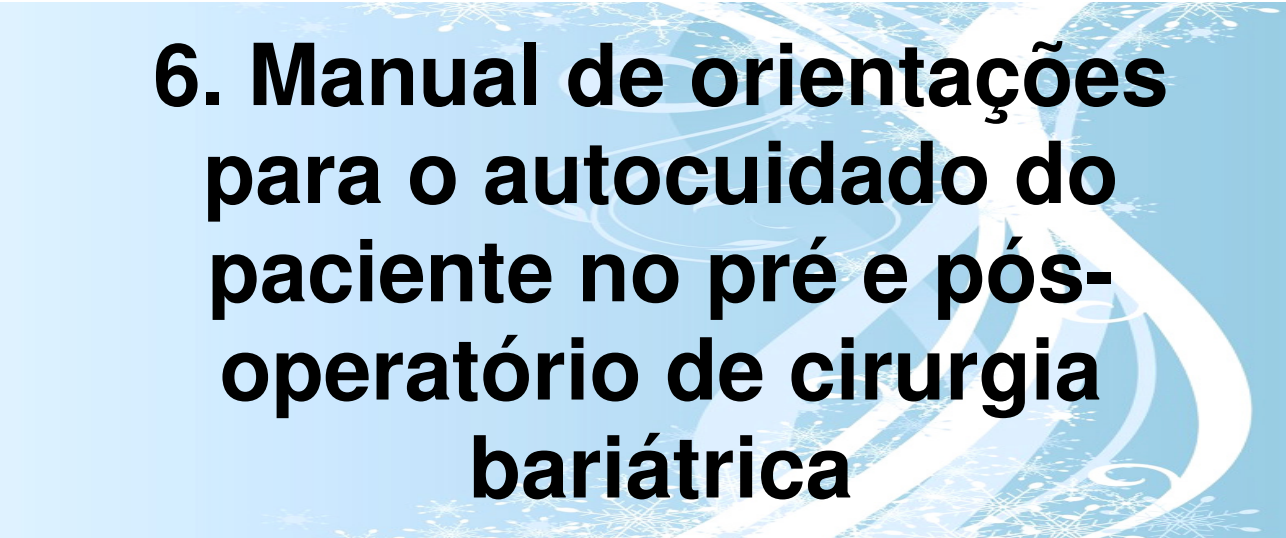
Pós-operatório imediato

- Estimular o paciente nas atividades de autocuidado, orientando-o sobre as finalidades dos procedimentos e intervenções de enfermagem realizados.

Pós-operatório tardio

	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre a importância do monitoramento do controle do peso e do acompanhamento pós-operatório; - Orientar sobre a importância do disciplinamento do paciente com relação às medicações e o monitoramento de sua saúde. - Estimular a participação ativa do paciente e da família em todos os cuidados prestados.
REQUISITO DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Distúrbio da imagem corporal
RESULTADOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrará aceitação da sua condição e entendimento das mudanças no corpo após a cirurgia; - Participará efetivamente das ações de autocuidado para a redução de peso.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	<p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular o paciente na prática de atividade física e reeducação alimentar para a efetiva perda de peso necessária antes da realização da cirurgia. <p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a participação do pacientes nos cuidados prestados; - Avaliar o engajamento do paciente e a participação da família nas atividades de autocuidado. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a adaptação e a percepção do paciente às mudanças ocasionadas pela cirurgia. - Estimular a participação do paciente em grupos de apoio para acompanhamento do processo de perda e de readaptação às mudanças ocasionadas pela cirurgia.
REQUISITO DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Déficit de conhecimento com relação à cirurgia bariátrica
RESULTADOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentará conhecimento sobre os aspectos relacionados a cirurgia bariátrica e suas complicações
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	<p>Pré-operatório</p> <p>Esclarecer ao paciente que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A obesidade é uma doença metabólica de origem multifatorial que envolve fatores genéticos, endócrinos e ambientais; - A obesidade mórbida é uma doença e tem tratamento; - Os benefícios da cirurgia para a melhoria na qualidade de vida e controle das doenças associadas à obesidade mórbida e as etapas a serem percorridas, até realização de plásticas reparadoras no pós-operatório; - A indicação da cirurgia depende de alguns critérios de seleção de pacientes, os quais foram estabelecidos pela Federação Internacional para a Cirurgia Bariátrica e são os seguintes: IMC maior que 40 kg/m² ou >35 kg/m² associado a comorbidades de difícil manejo clínico, presença de obesidade por no mínimo 05 anos, fracasso no tratamento conservador, ausência de história de alcoolismo ou problemas psiquiátricos graves, idade entre 18 e 55 anos e risco cirúrgico aceitável; - Antes da realização da cirurgia, todo paciente deve ser submetido a uma avaliação minuciosa pré-operatória com exames laboratoriais e de imagens, para afastar doenças que impossibilitem o ato cirúrgico ou que devam ser corrigidas antes deste procedimento; - Além disso, o paciente deverá fazer um acompanhamento com vários profissionais de saúde: endocrinologista, cirurgião, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, para auxiliar a adotar um novo estilo de vida, no engajamento para a reeducação alimentar e perda de peso antes da cirurgia. - Orientar ao paciente sobre as principais complicações pós-operatórias; - Orientá-lo sobre relacionadas a importância do autocuidado para o sucesso da cirurgia. <p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre os procedimentos e as finalidades dos procedimentos e intervenções de enfermagem realizados durante a internação. - Auxiliar o paciente nas atividades de autocuidado; - Estimular o paciente a participar das atividades de autocuidado; <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a adaptação e a percepção do paciente às mudanças ocasionadas pel

Quadro 2 - Protocolo para orientação da assistência de enfermagem ao paciente em operatório de cirurgia bariátrica, baseado na Teoria de Autocuidado de Orem. João Pessc



6. Manual de orientações para o autocuidado do paciente no pré e pós- operatório de cirurgia bariátrica

6.1 Apresentação

Atualmente a cirurgia bariátrica vem sendo considerado o tratamento mais eficaz para o controle da obesidade mórbida. Os principais objetivos da cirurgia são: reduzir o peso do paciente; diminuir as doenças associadas à obesidade como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus; e melhorar a qualidade de vida do paciente

Mas para alcançar a perda de peso tão esperada, primeiramente o paciente precisa estar disposto a mudar os hábitos alimentares de toda uma vida, pois a cirurgia bariátrica não é milagrosa, é uma etapa importante, mas não é a essência do tratamento contra a obesidade. Ela não modifica a sua vontade de comer na quantidade que você estava acostumado. Assim, é muito importante a participação do paciente nos cuidados antes e após a cirurgia.

Para auxiliá-lo no entendimento desses cuidados, foi elaborado esse **Manual com orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado do paciente antes e após a cirurgia bariátrica**, apresentado a seguir no Quadro 3.

Essas orientações serão reforçadas pelo enfermeiro durante o período de preparação da cirurgia e no período de recuperação. Lembre-se: qualquer dúvida sobre as orientações desse Manual, peça esclarecimentos ao enfermeiro.

6.2 Manual de orientações para o autocuidado do paciente no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica

CONHECENDO A CIRURGIA BARIÁTRICA

- A cirurgia bariátrica é uma cirurgia que além de diminuir o tamanho do estômago modifica o processo de digestão normal dos alimentos;
- Existem muitas técnicas cirúrgicas disponíveis atualmente, a mais conhecida delas é a cirurgia de Fobi-Capella (nome dos cirurgiões que a inventaram) que reduz o estômago através da colocação de grampos, dividindo seu estômago em duas partes;
- Para entender essa cirurgia imagine que o seu estômago é do tamanho da palma da sua mão e que depois da cirurgia ele ficará do tamanho do seu polegar;
- Este pequeno estômago (com capacidade para 30ml) vai ser ligado ao intestino para que o alimento possa seguir seu caminho natural, a outra parte maior ficará isolada;
- Esta técnica além de limitar a quantidade do alimento que entra, também limita a velocidade de esvaziamento do estômago;
- A indicação da cirurgia não depende só da vontade do paciente, mas também de vários critérios como da avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), que é um calculo feito dividindo o peso do paciente pela altura elevado ao quadrado [peso/altura²].
- O paciente poderá fazer a cirurgia quando o resultado do IMC for maior que 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m², associado a doenças de difícil tratamento, presença de obesidade por no mínimo 05 anos, fracasso nos tratamentos anteriores, ausência de história de alcoolismo ou problemas psiquiátricos graves, idade entre 18 e 55 anos e risco cirúrgico aceitável;
- Como qualquer outra cirurgia, a bariátrica pode causar risco de morte, principalmente porque a pessoa com obesidade apresenta outras doenças que necessitam de vigilância no período pré e pós-operatório, como a Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* e a Apneia do sono;
- Entretanto existem complicações pós-operatórias próprias da cirurgia que estão relacionadas à anestesia e ao procedimento cirúrgico, e complicações que com os cuidados dos profissionais de saúde e do próprio paciente podem ser evitadas ou sua ocorrência diminuída;
- As principais complicações são pulmonares e circulatórias e são causadas pela falta de movimentação do paciente, levam ao aumento de secreção no pulmão (pneumonia), e a formação de coágulos nos vasos sanguíneos (situação conhecida como trombose);
- As outras complicações mais comuns são a infecção da ferida operatória, anemia, vômitos, diarreia e síndrome de *dumping*;
- A síndrome de *Dumping* ocorre após beber ou comer alimentos calóricos como doces, pudins, *milk shake*, leite condensado, sucos com açúcar, refrigerantes e gorduras, o paciente apresenta taquicardia (aumento das batidas do coração), sudorese (suor em excesso), tontura, queda da pressão arterial e diarreia.

CUIDADOS QUE VOCÊ DEVE TER ANTES DA CIRURGIA

- Antes da cirurgia, todo paciente deve passar por uma rigorosa avaliação médica, para realização de exames laboratoriais e de imagens (radiografias, ultrasonografia, etc) para afastar doenças que impossibilitem a cirurgia ou que devam ser corrigidas antes deste procedimento;
- O paciente deverá fazer um acompanhamento com vários profissionais de saúde: endocrinologista, cirurgião, enfermeiro, psicólogo e nutricionista. Esse acompanhamento é para que o paciente realize a cirurgia com um menor risco possível;
- É muito importante manter o controle da sua pressão arterial e dos níveis de glicose para o tratamento da obesidade. Por isso, continue tomando as medicações prescritas pelo seu médico, para que as doenças associadas à obesidade sejam controladas (diabetes, hipertensão arterial, hipotireoidismo, etc) antes da realização da cirurgia;
- A mulher não pode operar se estiver grávida ou amamentando. Tenha controle da data de sua última menstruação e comunique a equipe médica caso haja suspeita de gravidez. Não há problema algum se estiver menstruada no dia da cirurgia;
- Para poder operar é preciso antes perder peso! Por isso, você deve mudar o seu comportamento seguindo um novo estilo de vida, fazer o programa de reeducação alimentar prescrito, praticar

atividades físicas pelo menos três vezes na semana. Tudo isso é muito importante para que você se acostume com as mudanças que a cirurgia vai trazer para a sua vida;

- É preciso que você saiba que a principal mudança na sua alimentação após a cirurgia é a diminuição importante na quantidade de alimentos que você irá consumir diariamente, devido à diminuição do tamanho do seu estômago;

- A água é muito importante para evitar a desidratação e para que você tenha sucesso no processo de emagrecimento. Por isso, para onde você for, leve sempre uma garrafa com líquido e tome pelo menos 2 litros de líquidos por dia, mesmo que não sinta sede;

- Evite beber líquidos 15 minutos antes de cada refeição e até 90 minutos após. Dessa forma, você evitará desconforto no estômago, pois beber e comer juntos aumenta a dilatação do estômago, resultando em sensação de empachamento e até vômitos;

- Crie o hábito de beber outros líquidos, tais como sucos de frutas, água de coco, assim como evite o consumo de refrigerantes, águas gaseificadas, sucos industrializados e bebidas alcoólicas, essas bebidas podem dificultar o processo de reeducação alimentar e no seu controle do peso;

- Com a obesidade, a função dos músculos da respiração e a movimentação do diafragma (que é o músculo responsável pela movimentação do pulmão) estão prejudicadas;

- Devido às alterações que os pacientes obesos têm no sistema respiratório, é importante tossir e respirar profundamente sempre que necessário para aumentar o volume de ar que inspira (ar que entra nos pulmões) e expira (ar que sai dos pulmões);

- Ao deitar, mantenha a cabeceira da cama mais alta (ponha travesseiros em baixo do colchão ou um pedaço de madeira/tijolos nos pés da cama), coloque seus braços em cima de almofadas, arrumadas na lateral do seu corpo, e mantenha as pernas estendidas, isso ajudará você a respirar melhor;

- Se você fuma, deve parar de fumar dois meses antes da cirurgia. O cigarro só traz prejuízos para a sua saúde. Além de todos os riscos, a nicotina do cigarro piora os problemas respiratórios que você já tiver, e prejudica a cicatrização da pele, o que pode levar à infecção da operação.

Cuidados com a pele

- O cuidado com a pele antes da cirurgia é muito importante para que você tenha uma boa cicatrização e uma boa evolução da ferida operatória;

- Evite raspar os pelos ou depilações (uso de produto para retirar os pelos) antes da cirurgia, pois pode produzir pequenos ferimentos na pele, o que facilita a entrada de microorganismos. Se houver necessidade, a retirada dos pelos será feita no hospital, pelo pessoal de enfermagem, utilizando técnicas que previnem o aparecimento de infecção;

- Observe e comunique qualquer alteração na pele como: vermelhidão, pele quente, presença de ferimento com secreção com pus, furúnculo (cabeça de prego);

- No dia da cirurgia: é muito importante que você tome banho de chuveiro com sabonete; não use cremes ou pomadas na pele neste dia; não vá para o centro cirúrgico com a cabeça molhada; mantenha as unhas curtas e sem esmaltes.

Não esqueça de comunicar ao enfermeiro/médico, o aparecimento de sintomas como:

- Febre
- Tosse freqüente
- Coriza
- Espirro
- Cansaço
- Diarreia
- Dor ou ardência ao urinar
- Dor de cabeça frequente (que pode indicar aumento da pressão arterial)

CUIDADOS QUE VOCÊ DEVERÁ TER APÓS A CIRURGIA

- Para evitar complicações pulmonares e melhorar a sua respiração, realize respirações profundas (como se estivesse cheirando uma flor e soprando uma vela), pelo menos a cada 2 horas;

- A tosse é importante para mexer com as secreções existentes no seu pulmão, por isso não tenha medo de tossir;

- Quando quiser tossir, puxe o ar profundamente e prenda a respiração por alguns segundos, isso ajuda a aumentar a potência da tosse na retirada das secreções existentes no seu pulmão. Durante a tosse, coloque em cima da ferida cirúrgica um travesseiro, para evitar a dor e não forçar os pontos da operação;

- Mantenha a cabeceira da cama elevada, isso ajuda a diminuir a pressão da sua barriga no seu tórax e, desse modo, melhora sua respiração;
- Quando for orientado pelo médico/enfermeiro a andar, evite ficar muito tempo deitado;
- Caminhar pelo quarto e pelo corredor da enfermaria, é importante para prevenir problemas pulmonares e na circulação;
- Quanto estiver deitado na cama do hospital ou em casa, gire os pés de um lado para o outro, isso aumenta o retorno de sangue e previne a formação de trombos nas pernas;
- Realize mudanças frequentes de posição na cama, isso ajuda a eliminar secreções existentes no pulmão como também melhora a sua circulação;
- Evite exercícios físicos exagerados nos primeiros 90 dias após a cirurgia. Caminhadas leves, de curta distância (pela manhã, próximo ao almoço e à tarde) poderão ser feitas a partir da primeira semana, conforme a tolerância de cada paciente;
- O paciente poderá realizar atividades leves em aproximadamente 7 a 10 dias após a cirurgia. Já atividades que precisam de mais esforço físico, como arrumar a casa, é necessário esperar um período de pelo menos 30 dias;
- Depois da cirurgia você ficará com uma sonda no canal da urina para medir a quantidade urina. Quando essa sonda for retirada, é comum apresentar retenção urinária (dificuldade para urinar ou urina presa). Isso pode ocorrer por diversos motivos, como: anestesia, uso de outros medicamentos que atrapalham a sensação da bexiga cheia, impedindo a pessoa de urinar ou de esvaziar a bexiga completamente;
- Comunique à equipe de enfermagem presença de dor, desconforto na região do “pé da barriga”, caso tenha vontade de urinar e não consiga ou quando a bexiga estiver muito cheia;
- O aparecimento de diarreia é comum nos primeiros dias de pós-operatório devido ao uso de suplementos vitamínicos e da readaptação à dieta;
- Se você tem problemas para dormir comunique ao médico;
- Mantenha o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem barulho durante a noite;
- Mantenha um horário regular para acordar, dormir e descansar, limitando o tempo de sono durante o dia, para não atrapalhar no sono à noite;
- Evite comer alimentos e bebidas com cafeína antes de dormir, leia algo agradável e relaxante, e não assista à televisão na cama;
- Oriente seus familiares que você não pode receber visitas de pessoas com infecção ou que estejam com febre ou resfriadas;
- Oriente seus familiares para lavar as mãos antes e após entrar em contato com o paciente.

Cuidados com a alimentação

- Siga corretamente a orientação da equipe quanto à necessidade de respeitar rigorosamente o jejum que varia de 12 a 24 horas após a cirurgia;
- Durante as duas primeiras semanas de pós-operatório, você irá receber uma dieta especial e assim só poderá comer alimentos líquidos e frios aos pouquinhos, em torno de 15ml por refeição (tamanho de meio copo descartável de café);
- Essa alimentação inicial tem o objetivo de fazer com que o seu estômago descanse e se acostume a pequena quantidade de comida, além de manter você hidratado.
- Nesse período, os alimentos permitidos são: água (sem gás) e chás (exceto chá preto e mate) sem açúcar; suco de frutas frescas, coado, sem açúcar; sucos concentrados *light* (sem adição de açúcar); caldos de carnes (boi ou ave ou peixe) coados; gelatina diet (líquida); água de coco, leite desnatado, coalhada desnatada, iogurte natural desnatado ou iogurte *light* líquido;
- Evite comer sopas industrializadas (pacote) e usar temperos industrializados devido a grande quantidade de sódio (sal) e gordura vegetal que contém nesses alimentos;
- Quinze dias após a realização da cirurgia, é iniciada a dieta pastosa. A quantidade de alimentos líquidos que você pode comer deve permanecer igual aos permitido anteriormente, ou seja, 15ml a cada 15 minutos;
- Para adoçar os alimentos, use somente adoçante;
- Não utilize, no primeiro mês, nenhum alimento sólido (comida grossa como arroz, feijão);
- As frutas também devem ser amassadas, raspadas e/ou liquidificadas e passadas na peneira duas vezes, devendo ser consumidas em forma de purê de frutas;
- A partir do primeiro mês após a cirurgia, você poderá comer alimentos sólidos, sob orientação nutricional;
- A alimentação sólida será introduzida aos poucos. Os alimentos devem ser bem

Cuidados com a ferida operatória e drenos

cozidos e de fácil digestão, para diminuir as dificuldades ou evitar problemas durante a mastigação da comida. Neste período, a quantidade de comida permitida é de 4 a 6 colheres de sopa por refeição. Devem-se utilizar talheres e pratos de sobremesa para realizar as refeições, pois a quantidade de comida que você poderá comer ainda é pequena;

- Aos poucos será permitido que você coma outros alimentos, até que você possa comer de tudo um pouco;
- No início da alimentação sólida, você deve cuidar para não ingerir mais alimentos do que o permitido;
- Para evitar engasgos e vômitos, alimente-se sempre em pequenos goles e lentamente;
- Mastigue bem os alimentos e coma em pequenas porções;
- Evite comer alimentos calóricos doces, como pudins, sorvetes, *milk shake*, leite condensado, sucos com açúcar, refrigerantes e gorduras, que podem causar a chamada Síndrome de Dumping, além de diminuir a perda de peso;
- Náusea poderá acontecer, principalmente se você comer muito rápido, mastigar mal ou quando comer mais do que cabe dentro do seu novo estômago.

No hospital o curativo será feito pela enfermagem todos os dias;

- Tome banho normal de chuveiro antes da realização do curativo (pode molhar o curativo);
- Em casa antes de fazer o curativo, lave bem as mãos com água e sabão;
- Lave a ferida cirúrgica durante o banho, com água e sabão neutro (sabão virgem, tipo sabão em barra);
- Olhe a pele ao redor da operação, limpe de cima para baixo, apertando um pouco em volta para observar se existe saída de líquido (secreção) amarelada e sanguinolenta, comum nos primeiros dias após a realização da cirurgia;
- Seque a incisão (corte da cirurgia), fazendo pequenos toques de cima para baixo, delicadamente, utilizando um pano limpo e macio que deve ser usado só para secar o local da operação (nunca esfregue a incisão);
- Após fazer a limpeza da ferida operatória, mantenha-a descoberta (cubra a incisão somente quando apresentar saída de secreção);
- Vista camisetas leves, limpas e de preferência de algodão;
- Lave novamente as mãos e limpe ao redor do local de onde sai o dreno, com movimentos em círculo todo o local;
- Após a retirada dos pontos da cirurgia e do dreno, lave as incisões com água e sabão neutro e seque com uma toalha ou pano limpo; não esfregue com vigor; seque com pequenos toques;
- Comunique qualquer alteração da ferida, como: febre, vermelhidão, saída de secreção com pus, secreção escura, com cheiro ruim, abertura de pontos, calafrios ou temperatura maior que 37 graus;
- Evite o contato direto com animais;
- É normal que as bordas da ferida operatória pareçam avermelhadas e um pouco elevadas, mas, se o local continuar a ficar vermelho, duro e dolorido ao toque depois de oito semanas após a cirurgia, procure o médico;
- Não passe nenhum produto na incisão cirúrgica sem a prévia autorização e avaliação médica;

Para que serve os drenos e quais os cuidados que você deve ter com ele:

- Os drenos são aparelhos feitos de borracha ou silicone, que são utilizados em várias cirurgias para facilitar a saída de sangue e ou líquidos que normalmente se acumulam no local durante a operação;
- Nas cirurgias bariátricas, os drenos mais utilizados são o Dreno de Silicone de Blake e o Dreno de Penrose;
- Os drenos servem ainda como um vigilante para detectar a presença de sangramentos e secreções anormais, auxiliando a equipe cirúrgica a monitorar as complicações pós-operatórias;
- O tempo de permanência do dreno varia de acordo com a sua finalidade, e o seu cirurgião indicará o momento certo da sua retirada;
- Lave bem as mãos antes de realizar o curativo;
- Não puxe o dreno para que ele não saia antes do tempo prescrito pelo médico (cerca de 07 dias);
- Limpe em volta do local por onde sai o dreno com água e sabão;

- Seque delicadamente o local de onde sai o dreno com um pano ou toalha limpa, caso esteja saindo secreção por esse local, coloque gazes ou um pano limpo ao redor, para absorver essa secreção;
- Você deve observar e anotar a quantidade e o aspecto dos líquidos que saem de dentro dreno, uma vez por dia, sempre no mesmo horário, de preferência pela manhã (use uma seringa de 20ml para fazer essa medição);
- Geralmente o dreno é retirado sete dias após a cirurgia pelo médico ou pelo enfermeiro da equipe;
- Mantenha o local coberto até a ausência de saída de secreção (é normal a saída de pequena quantidade de secreção);

OBSERVAR E COMUNICAR AO ENFERMEIRO/MÉDICO, SINTOMAS COMO:

- Febre, tosse, dor no peito e cansaço
- Dor no “pé da barriga”
- Diarreia, náuseas e/ou vômitos frequentes
- Aparecimento de dor nas pernas, acompanhada de vermelhidão e calor local;
- Dor ou ardência ao urinar
- Alterações na ferida cirurgia - vermelhidão, saída de secreção com pus, secreção escura, com cheiro ruim, abertura de pontos, calafrios ou temperatura maior que 37 graus

LEMBRE-SE: Qualquer dúvida entre em contato com a equipe de saúde.

Quadro 3 - Manual de orientações para o autocuidado do paciente no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com a obesidade tem assumido proporções alarmantes em todo o mundo, seja no que tangem às taxas crescentes de prevalência e incidência, sejam referentes às implicações relacionadas às inúmeras doenças associadas à obesidade.

Devido às particularidades que acompanham o paciente obeso mórbido e os diversos aspectos relacionados à cirurgia bariátrica, é preciso que haja um grande esforço por parte dos pacientes para mudarem os hábitos de toda uma vida e se adequarem às inúmeras restrições dietéticas e comportamentais impostas pelo procedimento cirúrgico.

Nessa perspectiva, tem-se a convicção sobre a importância que a educação e o preparo pré-operatório representam para a recuperação do paciente e para o alcance do sucesso da cirurgia.

Durante o atendimento aos pacientes com obesidade mórbida, o enfermeiro deve encorajá-los a aceitar a responsabilidade sobre o autocuidado e promover instrumentos que venham a ajudá-los nessa tarefa. Considerando que o paciente cirúrgico deve receber um nível de informações adequado a respeito do procedimento ao qual será submetido, suas particularidades e possíveis complicações, propomos, neste estudo, construir um Protocolo de Orientação para o Autocuidado de clientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado de Orem. Pois para assistir ao paciente de forma humanizada e eficaz, o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem, necessita documentar a relevância social e a eficácia de sua prática, não apenas para a profissão, mas também, para os consumidores do cuidado de enfermagem.

Ao longo dessa caminhada, muitas foram às dificuldades encontradas: falta de um espaço físico adequado para a realização das entrevistas, o medo e a insegurança dos pacientes em assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; a falta de um enfermeiro inserido na equipe multiprofissional. Somado a esses fatores, como os pacientes em pós-operatório encontravam-se, em sua maioria, na primeira consulta pós-operatória, os relatos de dor, cansaço e incomodo com a ferida operatória, dificultaram o andamento da pesquisa e resultaram na pequena amostra desses pacientes neste estudo.

Contudo, apesar de todas essas limitações, a pesquisa confirma a necessidade da participação do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar que assiste ao paciente bariátrico. Por este motivo, recomenda-se a discussão com a

equipe bariátrica do Sistema Único de Saúde do Estado da Paraíba para a inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente bariátrico do HULW. Como também a formação de um grupo de apoio para que o paciente receba o acompanhamento do enfermeiro antes e após a cirurgia, possibilitando não só estimular o paciente a participar ativamente no seu tratamento, bem como, aumentar sua responsabilidade nos resultados da assistência, como agente ativo indispensável no processo de educação à saúde.

A realização dessa pesquisa possibilitou, também, uma melhor compreensão sobre a Teoria do Autocuidado de Orem e a sua importância para a prática assistencial, bem como, a incorporação de novos conhecimentos na área como pesquisadora e docente.

Deve ser enfatizado ainda, que o processo de construção do Protocolo e do Manual não finalizam neste estudo, e que o mesmo será um elemento para abertura de novas pesquisas, pois se faz necessário que esses instrumentos sejam submetidos à validação clínica com o objetivo de testar, em um grande número de clientes, sua viabilidade e operacionalidade. Essa validação será realizada em estudos posteriores, de forma a estimular e melhorar a produção de conhecimentos e de pesquisas referentes à assistência de enfermagem nessa área.

Espera-se que o presente estudo contribua para o desenvolvimento de práticas científicas no processo assistencial, e que possa ser utilizada na academia – que seja incorporado na grade curricular da disciplina de cuidar, os aspectos relacionados à atuação do enfermeiro nesta área; na pesquisa – através da releitura dos dados para estudos de elaboração e validação do Protocolo e do Manual utilizando outros sistemas de classificação, como a CIPE[®].



REFERENCIAS

- ABIR, F.; BELL, R. Assessment and management of the obese patient. **Crit Care Méd.** v. 2, supl. 4, p. 87-9, 2004.
- AGRA, G. **Vivência de mulheres submetidas à gastroplastia.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, 2008, 133p.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. Bras. Enfermagem.** v. 60, n. 1, p. 96-8, 2007.
- ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). Bariatric Surgery Guideline. **AORN Journal.** v. 79, n. 5, p. 1026-52, 2004.
- AULER JR, J. O. C.; GIANNINI, C.G.; SARAGIOTTO, D. F. Desafios no manuseio perioperatório de pacientes obesos mórbidos: como prevenir complicações. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 53, n. 2, p. 227-36, 2003.
- BAGATINI, A. *et al.* Anestesia para a cirurgia bariátrica: avaliação retrospectiva e revisão de literatura. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 56, n. 3, p. 205-22, 2006.
- BERENQUER, A. *et al.* Gastrobandoplastia por via laparoscópica: *follow up* de 24 meses. **Psic., Saúde & Doenças**, 2007, **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 8, n. 1, p. 3-12, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 62/GM.** 2001. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/cirurgia.../portaria_0628.pdf> Acesso em: 15 ago. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade.** Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. Especial, p. 152-7, 2006.
- BURNS, S. M. *et al.* Effect of body position on spontaneous respiratory rate and tidal volume in patients with obesity, abdominal distention, and ascites. **Am J Crit Care.**, v. 3, n. 2, p. 102-106, 1994.
- BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 5, n. 01, p. 163-177, 2000.
- CADE, NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.
- CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Self-care and HIV/aids patients: nursing care systematization. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v. 14, n.3, p. 336-345, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 de maio de 2008.

- CENEVIVA, R. *et al.* Cirurgia bariátrica e apnéia do sono. **Medicina**. v. 39, n. 02, p. 235-245, abr./jun. 2006. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n2/9_cirurgia_bariatrica_apneia_sono1.pdf. Acesso em: 30 de março de 2009.
- CHARLEBOIS D.; WILMOTH, D. Critical Care of Patients With Obesity. **Crit Care Nurse**, v. 24, n. 4, p. 19-27, ago. 2004.
- COLTER, J. Obesity Surgery. **Plastic Surgical Nursing**., v. 24, n. 3, jul./set. 2004.
- COREN-MG, Câmara Técnica da Atenção Básica, 2006. Disponível em: http://www.coren-mg.gov.br/.../Apresentacao_Protocolos_Assistenciais_Rosana_Paes.pdf. Acesso em : 01 de dezembro de 2009.
- COSTA, A. C. C. *et al.* Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.
- COUTO LDP; ANDRADE JC; TOPÁZIO KF. **Assistência de Enfermagem ao paciente obeso: pré, trans e pós-operatório**. Rio de Janeiro: Medbook; 2007.
- CRISPIM C. A. *et al.* Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**v. 51, n. 17, p. 1041-049, 2007.
- CRUZ MRR, MORIMOTO IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 02, p. 263-272, 2004.
- CUNHA, L. C. B. P. Evolutive echocardiographic study of the structural and functional heart alterations in obese individuals after Bariatric Surgery. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 562-568, 2006.
- DALTRO, C. H. C. *et al.* Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: associação com obesidade, gênero e idade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, v. 50, n. 1, p.74-81, fev. 2006.
- DIAZ, A. L. L.; GAMBOA, S. G. Perspectiva internacional del uso de la Teoría General de Orem. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. XXIV, n. 2, p. 90-100, 2006.
- DOVERA, T. M. D. S. **Nutrição aplicada ao curso de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- DUNGAN, S. Part II: returning to work following Bariatric Surgery. **AAOHN Journal**, v. 56, n. 12, dez. 2008.
- DUPAS, G. *et al.* Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul Enfermagem**., v. 7, n.1, p. 19-26, jan./mar., 1994.
- FANDIÑO, J. *et al.* Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos.

Ver. Psiquiatr. v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de Enfermagem numa gestante de alto risco baseados na Teoria do Autocuidado de Orem: estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 59-67, 2000.

FELIX, L.G. Educação de pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro. Monografia (Especialização). Universidade Federal de São Paulo, 2007.

FELIX, L.G.; NÓBREGA, M. M. L; FONTES, W.D.; SOARES, M.J.G. Análise da Teoria do Autocuidado de Orem de acordo com os critérios de Fawcett. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 3, n. 02, p. 173-178, 2009.

FELIX, L.G.; NÓBREGA, M.M.L; SOARES, M.J.G. Nursing process fundament in the nursing theory of Orem self-care to a patient submitted to bariatric surgery. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 3, n. 04, p. 12-18, 2009.

FERNANDES, R.M.F. O sono normal. **Medicina**, v. 32, n. 02, p. 157-168, abr./jun. 2006.

FERRARO, D. R. Preparing patients for bariatric surgery. **Clinician Reviews**. v. 14, n. 1, p. 57-63, 2004.

FERRAZ, E. M.; MARTINS FILHO, E. D. M. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein.**, v. 4, supl 1, p. S71-S72, 2006.

FERREIRA, S.R.G. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? **Einstein**. v. 04, supl.1, p. 01-6, 2006.

FONTES, F.H. **Obesidade e sono**: um duelo perene. jan. 2004. Disponível em: http://www.hportugues.com.br/noticias/outras_edicoes/Folder.2003-03-08.3448/06-012004. Acesso em: 24 de maio de 2009.

FORGERINI, E. **Hospital Israelita Albert Einstein lança Centro de Excelência em Cirurgia Bariátrica**. dez. 2007 Disponível em: <http://www.segs.com.br/index2.php>.> Acesso em: 12 nov. 2008.

FOSTER, P.C.; JANSEENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 90-107.

FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória B – participação do psicólogo. In: GARRIDO JR., A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FREIRE, M. R. S. M. O idoso hipertenso e o autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, 2000, 107p.

- GARRIDO JR, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos – experiência pessoal. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 44, n. 1, p. 106-10, 2000.
- GARZA, S. F. Bariatric Weight Loss Surgery patient education, preparation, and Follow-up. **Crit Care Nurs Q.** vol.26, .n. 2. p. 101-104, 2003.
- GIGANTE, D. P. *et al.* Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 236-46, jun. 1997.
- GRINDEL M. E.; GRINDEL, C. G. Nursing care of the person having bariatric surgery. **Medsurg Nursing.**, v. 15, p. 3, p. 129-46, 2006.
- GONCALVES, L. H. Q.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n. 2, p. 271-9, 2005.
- HADDAD, M.C. *et al.* Qualidade de vida após gastroplastia. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 2, n. 1, p.37-43, jan./jun. 2003.
- HARRINGTON, L. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. **Medsurg Nursing**, v. 15, n. 6, p. 357-363, dez. 2006.
- HARLER, B. Morbid obesity: a nursing care challenge. **Medsurg Nursing.** v. 11, n. 2, p. 85-90, 2002.
- HILL, L; SMITH, N. **Self-care nursing promotion of health second edition.** 2 edição. Connecticut: Appleton & Lange, 1990.
- HIRSCHFEID, L.; STOERNELL, C. Nutritional Considerations in Bariatric Surgery. **Plastic Surgical Nursing.** V. 24, n. 03, p. 102-106, jul-set. 2004.
- HU realiza 24 cirurgias bariátricas em onze meses.** Disponível em: <http://www.clickpb.com.br/artigo.php?id=20090728050851>. Acesso em: 20 de agosto de 2009.
- IDE, P.; FARBER, E.S.; LAUTZ, D. Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgery Patient. **AORN Journal**, v. 88, n. 01, p. 30-58, jul. 2008.
- JORGE, M. P. Não existe solução mágica. **Revista Veja**, São Paulo, 24 out. 2007.
- KARMANOVA, K. *et al.* Laparoscopic adjustable gastric banding a day surgery procedure? **Obes. Surg.**, v. 14, n. 9, p. 1237-40, 2004.
- LEAL, C. W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. Psiquiatr.**, v 29, n. 3, p. 324-327, 2007.
- LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem.** Florianópolis: Papa-livro; 1999.
- LERARIO, A.C.; LOTTENBERG, S. A. Mecanismos ambientais implicados no ganho de peso e as oportunidades para prevenção da obesidade. **Einstein.**, v. 4, supl 1, p. S7-S13, 2006.

- LIBANORI, H.T.; FIGUEIREDO, L. F.; CAL, R. G. R. Complicações da cirurgia bariátrica. *In: Conduitas no paciente grave*. 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. cap. 61. p. 764-769.
- LIMA, L. P.; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.
- LOTTEMBERG, A. M. P. Tratamento dietético da obesidade. **Einstein.**, v. 4, supl 1, p. S23-S28, 2006.
- MANCINI M, C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 45, n. 6, p. 584-608, 2001.
- MANGO, V. L; FRISHMAN, W. H. Physiologic, psychologic, and metabolic consequences of bariatric surgery. **Cardiol. Rev.**, v. 14, p. 232-7, 2006.
- MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M. Atividade física no tratamento da obesidade. **Einstein.** v. 4, supl 1, p. S29-S43, 2006.
- MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- MUIR, M. *et al.* Handling of the Bariatric Patient in Critical Care: a Case Study of Lessons Learned. **Crit Care Nurs Clin N Am**, v. 19, p. 223–240, 2007.
- NEGRAO, R. J. S. **Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório.** Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2006. 110p.
- _____.;BIANCHI, E. R. F. A atuação do enfermeiro na assistência prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. **Prática Hospitalar.** v.8, n.44, mar./abr. p. 145-8, 2006. Disponível em:<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2044/pgs/materia%2015-44.html>. Acesso em 19 de março de 2008.
- _____.;_____. Assistência de enfermagem no pós-operatório para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Pratica Hospitalar**, ano X, n. 55, p. 151-153, jan./fev. 2008.
- NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-53, mai/jun. 2005.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA International.

- Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- OLIVEIRA FILHO, G. R. *et al.* Problemas clínicos pré-anestésicos de pacientes morbidamente obesos submetidos a cirurgias bariátrica: comparação com pacientes não obesos. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 52, n. 2, p. 217-22, 2002.
- OLIVEIRA, M.S. O; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n.1, p.115-123, jan/mar. 2008.
- OLIVEIRA, A.C.; CIOSEK, S. I.; D'LORENZO, C. Vigilância pós-alta e o seu impacto na incidência da infecção do sítio cirúrgico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 653-9, 2007.
- OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- OREM, D. E. **Nursing:** concepts of practice. 5 ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.
- PADULA, MPC; SOUSA, MF. Identificação dos requisitos de autocuidado e seus déficits no lesado medular. *Saúde Coletiva*, v. 04, n. 19, p. 18-24, 2008.
- PASTORIZA, C. A.; GUIMARAES, S. M. Mudanças positivas no cotidiano dos pacientes submetidos à cirurgia de redução de estômago (Bariátrica). **Enfermagem Atual**, v. 45, p. 18-24, 2008.
- PEREIRA, E. A. *et al.* **Prática interdisciplinar na cirurgia bariátrica.** São Borja: Conceito, 2007 *apud* COSTA, A. C. C. *et al.* Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.
- POLIT, F. D.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PORTO, M. C. V. *et al.* Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 46, n. 6, p. 668-73, 2002.
- RASERA JR.; SHIRAGA, E. C. Informações ao paciente e seu consentimento. *In:* GARRIDO JR., A. B. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2003.
- SAMPAIO, F. A. A.; AQUINO, O. S.; ARAUJO, T. L.; GALVAO, M. T. G. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 94-100, 2008.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 11, n. 1, p. 83-89,

jan./fev. 2007

SANCHES, G. D. *et al.* Cuidados Intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 2, p. 205-209, abr./jun. 2007.

SANTOS, Z. M. S. A.; COSTA, C. M. V.; SARAIVA, K. R. O. Cliente portador de insuficiência cardíaca: demandas de autocuidado. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v.8, n. 2, p. 243-50, ago. 2004.

SANTOS, Z. M. S. A; SILVA, R. M. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 206-11, 2006.

SCHMITT, M. T. Cirurgia da obesidade mórbida: atuação da enfermeira em uma equipe multidisciplinar. **Rev. Sobecc.**, São Paulo, v. 9, n.4, p.15-18, out./dez. 2004.

SEGAL, A.; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização de operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, supl. III, p. 68-72, 2002.

SEIDELL, J. C.; FLEGAL, K. M. Assessing obesity: classification and epidemiology. **British Medical Bulletin**, v. 53, n. 2, p. 238-252, 1997.

SHIKORA, S. A.; KIM, J,J,; TARNOFF, M. E. Source. [Nutr Clin Pract](#), v. 22, n. 01, p. 29-40, fev. 2007.

SILVA, A. M. O., *et al.* Análise da função respiratória em pacientes obesos submetidos à operação Fobi-Capella. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 5, p. 314-320, set. / out. 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B; HINKLE, J. L; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddart:** Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 2 v.

SOARES, C. C., FALCÃO, M. C. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 22, n.1, p. 59-64, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Consenso Bariátrico**. Disponível:

http://www.sbc.org.br/membros_consenso_bariatrico.php. Acesso em: 15 de dezembro de 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Dúvidas frequentes. Disponível em:

http://www.sbc.org.br/pacientes_duvidas_frequentes.php. Acesso em: 05 de maio de 2009.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos.

- In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. (Org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3 ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 29-3
- SWARTZ, M. H. **Tratado de semiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- TORRES, G. V.; DAVIM, R. M.; NOBREGA, M. M. L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 7, n. 2, p. 47-53.1999.
- VASCONCELOS, P. O; COSTA NETO, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **PSICO**, v. 39, n. 01, p. 58-65, jan./mar, 2008.
- VEDANA, E. H. B. *et al.* Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em Região do Sul do Brasil. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.**, v. 52, n. 7, 1156-62, 2008.
- WINK, S.; CATARINA, M. F. Promovendo o autocuidado a pacientes com cefaléia por meio da perspectiva oriental de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 225-8, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
- ZAGO, M. M. F.; CASAGRANDE, L. D. R. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 5, n. 4, p. 69-74, 1997.
- ZILBERSTEIN, B. *et al.* O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Rev. Bras. Med.** v. 59, n. 4, p. 258-64, 2002.



APÊNDICES

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre a construção de um **Protocolo de Orientação para o Autocuidado de pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica: atuação do enfermeiro**, e está sendo desenvolvida por **Lidiany Galdino Félix**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof(a) Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares.

O objetivo do estudo é Construir um Protocolo de Orientação para o autocuidado do cliente submetido à cirurgia bariátrica, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado de Orem.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a construção de um Protocolo de orientação para o autocuidado, que servirá como instrumento para sistematizar e uniformizar as orientações e a prática assistencial de enfermeiros no planejamento da alta hospitalar, bem como para auxiliar o paciente para o autocuidado no período pós-operatório, trazendo segurança tanto aos profissionais envolvidos como aos pacientes.

Solicito a sua colaboração para a realização de uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclareço que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. É garantido seu acesso ao estudo. Para isso, o (a) senhor (a) terá acesso a profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é a Enf. Lidiany Galdino Felix, que pode ser encontrada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, João Pessoa – PB, cep: 58059-900, telefone: (83)-88951061. E-mail: lidiany_felix@hotmail.com

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Data ____/____/____.

Assinatura do participante

OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Assinatura da Testemunha

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Espaço para
impressão
dactiloscópica

APENDICE B

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

DATA ____/____/____

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Pront.: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Religião: _____ Estado Civil: _____

Nº de filhos: _____ Naturalidade: _____ Procedência: _____

Profissão/ocupação: _____ Renda familiar (salários mínimos): _____

Escolaridade: _____

Nº de consultas realizadas: cirurgião _____ Endocrinologista _____

Nutricionista _____ Psicólogo _____

2- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

2.1 Oxigenação e circulação

• Apresenta dificuldade para respirar? Não () Sim () em que momento?

• Tosse ? Não () Sim () Produtiva? Não () Sim () secreção: _____

2.2 Nutrição e hidratação

• Peso atual: _____ Altura: _____ IMC atual _____

• Peso anterior: _____ IMC anterior (antes de entrar no grupo): _____

Hábitos Alimentares

• Número de refeições por dia? _____

• Tipo de alimento: _____ frequência/quantidade:

- Café da manhã _____

Lanche _____

- Almoço _____

- Lanche _____

- jantar _____

• Apresenta alguma intolerância alimentar? Não () Sim () Qual? _____

• Apresenta dificuldade para alimentar-se?

Não () Sim () Qual? _____

• Ingestão de líquidos:

- _____ Tipo _____

quantidade _____

- ingestão junto com as refeições? Não () Sim () quais? _____

Frequencia () diariamente () às vezes () nunca

2.3 Eliminação e excreção

Frequencia de eliminações intestinais: _____

Característica das fezes _____

Apresenta dificuldade para evacuar? Não () Sim ()

Qual? _____

Apresenta dificuldade para urinar? Não () Sim ()

Qual? _____

Quantas vezes urina nas 24 horas: _____ (cor e odor): _____

Apresenta dificuldade para utilizar o vaso sanitário: Não () Sim () Qual? _____

Alterações na eliminação: () Sim () Não () constipação intestinal () diarreia () incontinência urinária () incontinência fecal

- Apresenta sudorese frequente? Não () Sim ()

2.4. Atividade e repouso

• Como é seu sono? () Tem insônia () É agitado () é tranquilo () acorda várias vezes

• Quantas horas dorme por dia? _____ Horas de repouso diárias _____

• Faz uso de medicamentos para dormir? () Sim () Não

- Qual? _____ Frequência _____
- Costuma realizar algum exercício físico? () Não Porque _____
() Sim Qual? _____ Frequência _____

• Interação social e solidão

- Participa de atividades sociais: Sim () Quais? _____
- Não () Por que? _____
- Como é sua vida profissional?
- Gosta do que faz? Sim () Não () Por que? _____
- Como é sua vida familiar? Com quem vive? Como é o relacionamento com estes?

Tem amigos / Como é seu relacionamento com estes?

- Costuma realizar alguma atividade de lazer?
- () Sim Qual? _____ Frequência _____
- () Não Por que _____

2.6 Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar

- Há mais alguém com obesidade na família: Não () Sim () Quem? _____
- Quais as doenças mais comuns da sua família? _____
- Fuma: Não () Sim () anteriormente () nº de cigarros/dia: _____
- Etilismo: Não () Sim () anteriormente () frequência: _____

2.7 Promoção da Saúde

- Qual o seu comportamento para a prevenção de doenças? _____
- Quais os tratamentos já realizados para o controle da obesidade? _____

- Doenças associadas à obesidade: Diabetes () Hipertensão Arterial () Apneia obstrutiva do sono () artropatias () dislipidemias () coronariopatias () disfunções respiratórias () colelitíase () depressão () outras _____

3 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

- Há quanto tempo começou a engordar? _____
- Quais as mudanças ocorridas durante a sua vida que estão relacionadas ao aparecimento da obesidade? _____

- Como é conviver com a obesidade?

4 - REQUISITOS AUTOCUIDADO: DESVIOS DE SAÚDE

- Quais as principais consequências da obesidade para a sua vida? _____

- Faz uso de alguma medicação atualmente? Não () Sim () Quais? _____
- Em caso afirmativo, obedece aos horários prescritos das medicações?
() sempre Por que? _____
() raramente Por que? _____
() às vezes Por que? _____
- O que sabe sobre a cirurgia bariátrica?

- Qual a importância da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade?

- Quais as principais dúvidas que você tem quanto à cirurgia bariátrica?

- Qual a importância das orientações pré-operatórias para o sucesso da cirurgia bariátrica?

- Quais as principais complicações relacionadas à cirurgia bariátrica que você conhece?
desconhece () Vômitos () diarreia () desidratação () deficiências nutricionais ()
síndrome de dumping () trombose () outras: _____

- Quais os principais cuidados que você deverá ter após a cirurgia com relação à:
Alimentação _____

- Ingestão de líquidos

-

Locomoção _____

- Cuidados com incisão cirúrgica e drenos

- Atividades físicas

- Acompanhamento nutricional

- acompanhamento psicológico

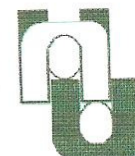
- Qual a importância do acompanhamento pós-operatório para o sucesso da cirurgia bariátrica?



ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada dia 10/02/09, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado: **PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: atuação do enfermeiro**. Protocolo nº 003/09, da pesquisadora Lidiany Galdino Felix.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW, um resumo sucinto dos resultados, no final da pesquisa.

João Pessoa 11 de fevereiro de 2009.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

F316p Felix, Lidiany Galdino.

Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica: atuação do enfermeiro / Lidiany Galdino Felix. - - João Pessoa: [s.n], 2009. 128f. : il.

*Orientadora: Maria Júlia Guimarães O. Soares.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.*

*1. Cuidados de Enfermagem. 2. Cirurgia Bariátrica.
3. Protocolos de Enfermagem.*

*UFPB/BC
083(043)*

CDU: 616-