



ORIGINAL ARTICLE

NURSING PROCESS FUNDAMENT IN THE NURSING THEORY OF OREM'S SELF-CARE TO A PATIENT SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY

PROCESSO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM A UM PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA

PROCESO DE ENFERMERÍA FUNDAMENTADO EN LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTO-CUIDADO DE OREM A UN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Lidiany Galdino Felix¹, Maria Miriam Lima da Nóbrega², Maria Júlia Guimarães de Oliveira Soares³

ABSTRACT

Objective: to apply the nursing process fundament on the Theory of Orem' Self-care, through the conduct of a report of clinical case, with a patient submitted to bariatric surgery. **Methods:** this is about a descriptive study, from qualitative approach, report of clinical case type, performed in a patient with morbid obesity, included in Bariatric Surgery Group of a teaching hospital in João Pessoa-PB city. For data collection was used a script adapted to Theory of Orem' Self-care, which led to the identification of deficits of self-care and therefore to nursing diagnoses. It was then developed the plan of nursing care, with the determination of goals, objectives, method of assistance, type of system and nursing interventions. This study has been approved by the Research Ethics Committee of the Hospital of the Federal University of Paraíba (054/07). **Results:** from the identification of nursing diagnoses was established and implemented the plan of nursing care with the aim of restoring the patient to prevent postoperative complications, promote recovery and prepare you for the self-care. **Conclusion:** it is considered that the application of the nursing process, based on Theory of Orem' Self-care, enabled the provision of assistance and qualified individual, encouraging the patient to participate actively in their treatment, but also to increase their responsibility in the outcome of care. **Descriptors:** nursing; nursing process; self care; bariatric surgery.

RESUMO

Objetivo: aplicar o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, com o método estudo de caso, com um paciente submetido à cirurgia bariátrica. **Métodos:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com um portador de obesidade mórbida, inscrito no Grupo de Cirurgia Bariátrica de um hospital de ensino, na cidade de João Pessoa-PB. Para a coleta de dados foi utilizando um roteiro adaptado à Teoria do Autocuidado de Orem, que levou a identificação dos déficits de autocuidado e aos diagnósticos de enfermagem. Em seguida, foi elaborado o planejamento da assistência de enfermagem, com a determinação das metas, objetivos, método de ajuda, tipo de sistema e intervenções de enfermagem. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba (054/07). **Resultados:** a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem foi traçado e implementado o plano assistencial de enfermagem, com a finalidade de restabelecer o paciente, prevenir complicações pós-operatórias, promover a recuperação e prepará-lo para o autocuidado. **Conclusão:** considera-se que a aplicação do Processo de Enfermagem, baseado na Teoria do Autocuidado, possibilitou a prestação de uma assistência individualizada e qualificada, estimulando o paciente a participar ativamente no seu tratamento, como também a aumentar sua responsabilidade nos resultados da assistência. **Descritores:** enfermagem; processos de enfermagem; autocuidado; cirurgia bariátrica.

RESUMEN

Objetivo: aplicar el proceso de enfermería fundamentado en la Teoría de lo Auto-cuidado de Orem, a través de un estudio de caso, con un paciente sometido a cirugía bariátrica. **Método:** estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, del tipo estudio de caso desarrollado en un paciente con obesidad mórbida se incluyó en el Grupo de Cirugía Bariátrica de un hospital universitario en la ciudad de João Pessoa, PB. Para la recogida de datos con un script se ha adaptado a la Teoría de lo Auto-Cuidado de Orem, lo que condujo a la identificación de los déficit de auto-cuidado y, por tanto, a los diagnósticos de enfermería. Se desarrolló el plan de cuidados de enfermería, con la determinación de metas, objetivos, método de asistencia, el tipo de sistema y de intervenciones de enfermería. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de la Universidad Federal de la Paraíba (054/07). **Resultados:** de la identificación de los diagnósticos de enfermería fue establecido y ejecutado el plan de cuidados de enfermería con el objetivo de restaurar el paciente para evitar las complicaciones postoperatorias, promover la recuperación y prepararse para lo auto-cuidado. **Conclusión:** se considera que la aplicación del proceso de enfermería, basado en la Teoría de lo Auto-cuidado, ha permitido la prestación de asistencia y personas calificadas, alentando al paciente a participar activamente en su tratamiento, sino también para aumentar su responsabilidad en el resultado de la atención. **Descriptores:** enfermería; proceso de enfermería; auto-cuidado; cirugía bariátrica.

¹Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Mestranda em Enfermagem/UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: lidiany.cbbs@ufcg.edu.br; ²Enfermeira. Professora Doutora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Pesquisadora do CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br; ³Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Clínica, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: mmjulieg@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo, e que afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo.¹ Está diretamente relacionada ao surgimento de doenças como diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, coronariopatias, doenças respiratórias e muitos tipos de câncer.²

Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica se tornou um dos principais tratamentos para a doença. O número de cirurgias vem aumentando consideravelmente em todo o mundo, devido aos vários estudos que demonstram a eficácia e a segurança da cirurgia.³ Os objetivos principais das operações bariátricas são: reduzir as co-morbidades e melhorar a qualidade de vida do paciente.⁴

A indicação desta intervenção cirúrgica e os critérios de seleção de pacientes são: IMC maior que 40 kg/m² ou >35 kg/m² associado à co-morbidades de difícil manejo clínico, presença de obesidade por no mínimo cinco anos, fracasso no tratamento conservador, ausência de história de alcoolismo ou problemas psiquiátricos graves, idade entre 18 e 55 anos e risco cirúrgico aceitável.¹

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.⁵ As técnicas cirúrgicas mais usadas atualmente são: *by-pass* gástrico em Y de Roux, bandagem gástrica ajustável por via laparoscópica e *switch* duodenal.⁶

Atualmente são realizadas cerca de 25.000 cirurgias de redução de estômago no Brasil (nos Estados Unidos são 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%.⁷

A evolução técnica e operacional na realização das cirurgias bariátricas demanda não somente um esforço e investimento do paciente e seus familiares, mas um suporte de qualidade e efetivo da equipe multiprofissional para o alcance desse objetivo, pois 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.⁸

Como membro da equipe multiprofissional, o enfermeiro exerce papel fundamental na assistência ao paciente durante a internação hospitalar. O gerenciamento clínico do paciente envolve um preparo meticuloso no pré, intra e pós-operatório.² Um histórico de enfermagem detalhado e a avaliação minuciosa pré-operatória do paciente, bem como orientações sobre as complicações pós-operatórias são fundamentais nessa abordagem para, assim, assegurar a qualidade do cuidado prestado¹.

Apesar da importância do tema pesquisado e do interesse de vários países neste assunto, a atuação da Enfermagem nessa área ainda está voltada para diretrizes médicas, haja vista, o pouco número de publicações realizadas em nosso país, voltadas especificamente para a assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica.

O cuidado de enfermagem prestado com embasamento científico, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem, proporciona subsídios para uma melhor compreensão das situações em que o indivíduo se encontra, para assim, poder implementar ações que possibilitem melhorar a prática assistencial.⁹ Faz-se necessário que este processo seja respaldado em uma teoria de enfermagem, para que possibilite não apenas nortear a sua prática, mas também viabilizar e tornar concretos os resultados dessa assistência.¹⁰

Por tudo que foi exposto, este trabalho tem por objetivo aplicar o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, por meio de um estudo de caso, em um paciente submetido à cirurgia bariátrica.

O uso da Teoria de Orem, como referencial teórico metodológico deste trabalho, justifica-se pelo fato de essa teoria ter contribuído para o aprendizado do autocuidado na prática da enfermagem¹¹, além de ser um dos modelos que pode direcionar as ações assistenciais do enfermeiro e responder as necessidades de portadores de doenças crônicas, como a obesidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria Geral do Autocuidado de Orem é formada por três construtos teóricos interrelacionados: Autocuidado, Déficit de

Nóbrega MML da, Felix LG, Soares MJGO.

Autocuidado e o Sistema de Enfermagem. O Autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter sua saúde e o bem-estar.¹² O déficit de autocuidado constitui a essência da Teoria Geral do Déficit de Autocuidado, por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. E, por último, o Sistema de Enfermagem descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem.¹³

Na Teoria do Autocuidado incorpora-se o conceito dos requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e alteração de saúde. Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxilia-os em seu funcionamento, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos de desenvolvimento ocorrem quando há necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos por alteração de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação.¹²

A Teoria do Déficit de Autocuidado ocorre quando o ser humano não tem competência para executar seu autocuidado, necessitando então, de ajuda da Enfermagem. Orem identifica cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação, ensinar o outro.¹²

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de Sistemas de Enfermagem para que os requisitos de AC do paciente possam ser atendidos: o *Sistema Totalmente Compensatório* ao qual o paciente é incapaz de realizar o autocuidado, pois as suas ações são limitadas; o *Sistema Parcialmente Compensatório*, onde o enfermeiro e o paciente realizam medidas de cuidado; e o *Sistema Apoio-educação*, onde o paciente realiza e regula suas atividades de autocuidado. O enfermeiro o auxilia para que ele seja um agente de autocuidado.¹⁴

A abordagem do Processo de Enfermagem proposta por Orem apresenta um método para determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição de papéis da pessoa ou enfermeiro que irá satisfazer as exigências de autocuidado, compreende as fases de diagnóstico e prescrição, planejamento de um sistema de enfermagem e plano para a

Nursing process fundament in the nursing theory...

execução do atendimento, produção e execução dos sistemas de enfermagem.¹⁴

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A amostra foi constituída por um paciente portador de obesidade mórbida, inscrito no Grupo de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na cidade de João Pessoa-PB. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, utilizando um roteiro fundamentado e adaptado à Teoria do Autocuidado de Orem.

O paciente foi escolhido aleatoriamente e incluído no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em obediência às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução Nº 196/96do 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. Ressalta-se que este estudo faz parte do projeto de sistematização da assistência de enfermagem nas unidades clínicas do HULW/UFPB, que foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição, tendo sido aprovado com o protocolo nº 054/07.

A coleta de dados foi realizada inicialmente no Ambulatório de Gastroenterologia do HULW no mês de dezembro de 2008, e posteriormente no Centro de Terapia Intensiva e na Clínica Cirúrgica do referido hospital em janeiro de 2009, onde o paciente foi submetido à cirurgia bariátrica. Nesse período, o paciente foi acompanhado por quatro dias consecutivos, nos quais, diariamente era realizada a sua avaliação e identificados os déficits de autocuidado, bem como os respectivos diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA-I.¹⁵

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 estabelecido assim, as intervenções de enfermagem, propostas no Processo de Enfermagem de Orem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• **Aplicação do Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de OREM**

• **Estudo de Caso**

Senhor A.F.A., 52 anos, natural de Campina Grande-PB, residente no município de João Pessoa-PB, casado, pai de 03 filhos, evangélico, ensino fundamental incompleto, motorista de transporte coletivo, portador de obesidade mórbida (IMC 51), peso 148 Kg, altura 1.69 cm. Refere que começou a engordar aos 23 anos, tentando emagrecer várias vezes, mas sem resultado satisfatório. Em 1990, relata ter iniciado tratamento conservador com um médico endocrinologista que lhe prescreveu medicações para reduzir o apetite, chegando a perder na época 23 kg, mas recuperando o peso a seguir. É hipertenso há 24 anos, fazendo uso atualmente de Captopril de 25mg (2xdia) e Hidroclorotiazida 1xdia para controle da pressão arterial, nega Diabetes e possui história de Erisipela bolhosa em MMII no mês de maio de 2008. Foi tabagista por 17 anos (60 cigarros/dia), tendo interrompido o hábito há 22 anos. Relata ser etilista social e possuir histórico de obesidade mórbida na família, com 06 irmãos obesos. Dorme cerca de 6h/dia, acorda durante a madrugada para esperar a esposa chegar do trabalho, mas logo adormece novamente. Eliminações fisiológicas presentes. Os exames laboratoriais realizados recentemente encontram-se com valores dentro da normalidade. Desde julho de 2008, iniciou o tratamento para obesidade mórbida no Ambulatório da Gastroenterologia do HULW, tendo realizado acompanhamento mensal com uma equipe multidisciplinar composta por Assistente Social, Psicólogo, Médico e

Nutricionista e perdido 13 kg, após reeducação alimentar e ter iniciado práticas de caminhadas regularmente. Bebe cerca de 2 litros de água por dia, alimenta-se de forma balanceada e em pequenas porções, em horários frequentes e regulares. Aguarda a realização de Gastroplastia marcada para 26 de dezembro de 2008. Apresenta-se feliz e ansioso com a realização da cirurgia. Acha que o procedimento cirúrgico: *“será como uma cirurgia de vesícula”*, afirmando desconhecer as complicações pós-operatórias decorrentes do mesmo: *“sei que vou ficar com um dreno durante 08 dias, anotar a quantidade de líquido que vai sair dele, vou começar a andar a partir do segundo dia de pós-operatório... após a alta da sala de cirurgia vou para a UTI... dieta líquida, coada e fria nos primeiros 15 dias de 30 em 30 minutos, após os 15 dias dieta pastosa, 30 a 45 dias após a cirurgia introdução da dieta normal”* (sic). Afirma ainda que não foi informado por nenhum membro da equipe multidisciplinar que o acompanhou sobre as complicações pós-operatórias. Quando indagado sobre a importância de receber essas orientações antes da cirurgia mencionou que *“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”* (sic).

• Planejamento da Assistência de Enfermagem

Atendi-mento	Diagnóstico de Enfermagem	Plano de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
1º dia	1) Déficit de conhecimento sobre as complicações pós-operatórias decorrentes da cirurgia bariátrica	a) Meta: - Levar o cliente a conhecer as principais complicações decorrentes da cirurgia bariátrica. b) Objetivos: - O cliente deverá citar as principais complicações pós-operatórias da cirurgia bariátrica. c) Sistema de enfermagem: - De apoio-educação d) Método: - Ensinar e apoiar.	- Avaliar o nível atual de conhecimento do cliente sobre a cirurgia bariátrica e suas complicações pós-operatórias; - Oferecer informações sobre o procedimento cirúrgico; - Explicar as principais complicações relacionadas à cirurgia bariátrica: infecção da ferida operatória, deiscência de sutura, fístulas, síndrome de dumping, úlceras marginais, pneumopatias e tromboflebites; - Informar o paciente sobre as medidas de autocuidado para prevenir/minimizar os sintomas decorrentes das complicações como: cuidados com a ferida cirúrgica e manipulação do dreno, alimentação, deambulação precoce.	Paciente reconheceu a importância das orientações pré-operatórias, demonstrando interesse em conhecer as complicações relacionadas à cirurgia bariátrica, como também das medidas de autocuidado necessárias para sua prevenção.
2º dia	2) Mobilidade no leito prejudicada relacionada à obesidade mórbida, dor, intervenção cirúrgica.	a) Meta: Levar o paciente a alcançar mobilidade física no leito satisfatória b) Objetivos: O paciente deverá:	- Auxiliar o paciente nas mudanças de decúbito; - Informar o paciente sobre a importância da realização de exercícios de movimentação passiva no leito para a prevenção de complicações	Paciente realiza movimentação passiva no leito, e deambulou logo que foi transferido para a ala cirúrgica, no quarto dia de

Atendi-mento	Diagnóstico de Enfermagem	Plano de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
		reconhecer a importância da mobilidade para sua recuperação; realizar a mudança de decúbito no leito. c) Sistema de enfermagem: Apoio e Educação e parcialmente compensatório d) Método: Ensinar, apoiar e fazer.	circulatórias e respiratórias; - Monitorar as condições de pele do paciente; - Encorajar o paciente a deambular no 1o dia de pós-operatório.	internação, com ajuda de sua esposa.
	3) Risco para Infecção relacionada a procedimentos invasivos (incisão cirúrgica e drenos e cateteres)	a) Meta: Manter a incisão cirúrgica e inserção de drenos sem sinais de infecção; b) Objetivos: O sítio cirúrgico e a inserção do dreno de Blake deverão estar livre de sinais flogísticos. O paciente deverá ser capaz de, no lar, manter os cuidados adequados com o dreno de Blake: medir e anotar o débito do dreno diariamente, observar o aspecto das secreções quanto ao odor coloração e quantidade. c) Sistema de enfermagem: Totalmente compensatório d) Método: Fazer pelo outro, Ensinar, Apoiar e proporcionar ambiente de desenvolvimento.	Promover a troca de curativos de incisão cirúrgica e em inserção de drenos diariamente, com técnica adequada; Observar o local da incisão cirúrgica, da inserção de dreno de Blake e de cateter intravenoso quanto à presença de sinais flogísticos; Orientar o paciente quanto aos cuidados com a ferida operatória e dreno de Blake em casa, tais como: lavar as mãos antes dos curativos, manter a incisão limpa e seca e observar sinais como vermelhidão, dor, edema, aumento do calor na incisão e de outras complicações relacionadas à ferida operatória (hematoma, deiscência, evisceração); Esclarecer dúvidas do paciente quanto ao autocuidado.	Incisão cirúrgica limpa e seca e inserção de drenos sem sinais flogísticos. Esposa e paciente relatam conhecimento com relação aos cuidados com a incisão cirúrgica no domicílio.
3º dia	4) Eliminação traqueobrônquica ineficaz relacionada à atelectasia fisiológica, imobilidade,	a) Meta: Manter a eliminação traqueobrônquica eficaz. b) Objetivos: Levar o paciente a:	Realizar ausculta pulmonar diariamente; Realizar nebulização com SF 0,9% para fluidificação das secreções, se necessário; Ensinar o paciente a	Paciente apresenta diminuição da tosse e relata expectoração eficaz, com saída de secreção
		reconhecer a importância da eliminação traqueobrônquica eficaz para sua recuperação; realizar medidas eficazes como tosse e expectoração. c) Sistema de enfermagem: Apoio e educação, e parcialmente compensatório, d) Método: Ensinar e apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento.	realizar exercícios de respiração profunda e tosse controlada para melhorar eficácia da expectoração; Proporcionar mudança de decúbito no leito; Estimular a deambulação.	espessa e clara em pequena quantidade após início dos exercícios de respiração profunda e tosse assistida.
4º dia	5) Risco de nutrição	a) Meta: Levar o	Explicar a importância da	Paciente apresenta-

Atendi-mento	Diagnóstico de Enfermagem	Plano de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
	alterada: ingestão menor que as necessidades corporais, relacionada à diminuição da ingestão de alimentos para satisfazer as necessidades metabólicas e diminuição da absorção de nutrientes secundárias à cirurgia;	cliente ao alcance de uma nutrição necessária ao atendimento das suas necessidades metabólicas; b) Objetivo: Incentivar o cliente a aderir às recomendações nutricionais para o alcance do sucesso da cirurgia e evitar complicações como vômitos, desidratação e síndrome de dumping; O paciente se alimentará de forma independente, permanecerá hidratado e com melhora dos episódios de vômitos. c) Sistema de enfermagem: Apoio e Educação, Parcialmente compensatório d) Método: Ensinar, apoiar e fazer.	nutrição adequada para o sucesso da cirurgia; Administrar a quantidade prescrita de alimento para o alcance de uma nutrição necessária no período pós-operatório; Avaliar aceitação da dieta; Monitorar a ocorrência de náuseas e vômitos, observando a intensidade, a frequência e característica do vômito; Estimular familiares a participarem dos cuidados com a alimentação do paciente; Orientar o paciente quanto a possíveis complicações nutricionais relacionadas à cirurgia.	se hidratado, refere melhora dos episódios de náuseas e vômitos, após ser medicado. Relata boa aceitação da dieta oferecida e demonstra conhecimento sobre os cuidados nutricionais e restrições alimentares para a prevenção de complicações e sucesso da cirurgia.

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

• 1º encontro – Ambulatório de Gastroplastia

Apesar de já estar às vésperas da realização do procedimento cirúrgico e de ter sido acompanhado por uma equipe multidisciplinar durante quase 06 meses, o paciente desconhecia as complicações pós-operatórias mais comuns decorrentes da gastroplastia, bem como a importância do autocuidado para minimizar esses riscos. A fase pré-operatória compreende o período que vai da decisão para o internamento cirúrgico (agendamento) até o momento em que o paciente é transferido para a mesa cirúrgica.¹⁶ A realização da consulta de enfermagem pré-operatória é necessária para aperfeiçoar as condições do paciente para a cirurgia, por meio da identificação e correção precoce de distúrbios que aumentarão os riscos da operação, objetivando assim, reduzir o estresse e os seus efeitos deletérios e minimizar o medo.

O paciente recebeu informações sobre o procedimento cirúrgico e explicações sobre as principais complicações relacionadas à cirurgia bariátrica que incluem: infecção da ferida operatória, deiscência de sutura, fístulas, síndrome de *dumping*, 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).¹⁷ Demonstrando interesse e curiosidade a respeito dessas complicações.

O paciente foi internado por quatro vezes na Clínica Cirúrgica do HULW, na tentativa de realização da gastroplastia que foi suspensa, devido a problemas institucionais. O procedimento cirúrgico só foi realizado em fevereiro de 2009, um mês e meio após a data prevista.

• 2º encontro – Unidade de Terapia Intensiva

Paciente foi admitido no leito 04 do Centro de Terapia Intensiva do HULW, em POI de Gastroplastia realizada. Apresentava-se consciente, orientado, calmo e comunicativo. Peso atual 143 kg (IMC 50). Pele corada, hidratada, mantido em Cateter de O₂ nasal tipo óculos a 3l/min. Ao exame: Murmúrios vesiculares (MV) presentes e diminuídos em bases sem ruídos adventícios (RA), BRNF 2Ts/s, abdome globoso, tenso, RHA ausentes, com incisão cirúrgica longitudinal com curativo oclusivo e dreno de Blake em hipocôndrio esquerdo com débito sanguinolento. Diurese límpida por Sonda vesical de demora (SVD). Acesso venoso em MSE e MMII enfaixados para aquecimento. Sinais Vitais: PA 174/113 mmHg, FC 59 bpm, T 36,5° C, FR 16 rpm. Glicemia capilar: 144 mg/dl. Relata estar feliz e realizado por finalmente ter feito a cirurgia. Foi orientado sobre a importância da movimentação passiva no leito, principalmente das pernas por meio da flexão e extensão com os pés, enquanto

Nóbrega MML da, Felix LG, Soares MJGO.

estiver deitado, para aumentar o retorno venoso e prevenir a formação de trombos e de úlceras por pressão, já que o mesmo permanece com mobilidade limitada devido estar internado na UTI.

As ações de enfermagem no período pós-operatório devem ser sistematizadas com o objetivo de restabelecer o paciente, aliviando a dor, prevenindo complicações pós-operatórias, promovendo a recuperação e preparando-o para a alta hospitalar, para que possa se autocuidar, ou ensinando alguém responsável os cuidados com destreza e segurança.¹⁶

● 3º encontro – Unidade de Terapia Intensiva

Paciente em ventilação espontânea em ar ambiente, queixando-se de tosse persistente com expectoração ineficaz, nega dispnéia, sendo orientado a realizar exercícios de tosse assistida e respiração profunda, para melhora a tosse e prevenir problemas respiratórios, pois aumenta a expansibilidade torácica e melhora o seu padrão respiratório.¹⁶ Apresentou pico hipertensivo pela manhã, relata que não dormiu bem durante devido náuseas e vômitos frequentes, com melhora após a realização de medicações antieméticas e receber orientações sobre os cuidados com a incisão cirúrgica durante os episódios de vômitos para evitar deiscência da ferida operatória. Mantém diurese por SVD.

Dentre as complicações pós-operatórias destacam-se as do sistema respiratório, pois o paciente obeso geralmente apresenta doença pulmonar restritiva devido ao maior volume de sangue pulmonar e espessura da parede torácica. Além disso, o diafragma encontra-se em posição anormal, há resistências nas vias aéreas superiores e aumento na produção de CO₂.⁶ 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.¹⁸

● 4º encontro – Clínica cirúrgica

Recebeu alta da UTI e foi admitido no quarto 203 da ala Cirúrgica às 08h40min, sendo acompanhado por sua esposa desde então. Refere melhora dos episódios de vômitos, e diminuição da tosse após ter iniciado os exercícios respiratórios citados anteriormente, apresenta saída de secreção espessa e clara em média quantidade à expectoração. Mantém ausculta pulmonar com MV presentes, mas diminuídos em bases sem ruídos adventícios, abdome flácido, RHA presentes, incisão cirúrgica com curativo oclusivo sem sinais flogísticos, dreno de Blake

Nursing process fundament in the nursing theory...

com débito sanguinolento. Retirado SVD. SSVV estáveis, com melhora dos níveis pressóricos. Apresenta-se calmo, refere que está começando a sentir-se libertado e feliz pela presença da esposa. Iniciou dieta hídrica (água, chá, gelatina a cada 30 minutos). Deambulou, com auxílio da esposa, para tomar banho, e logo em seguida caminhou pela enfermaria, sendo reforçado que a deambulação é muito importante para a prevenção de complicações vasculares e respiratórias. Mantido em soroterapia e antibioticoterapia.

● 5º encontro – Clínica cirúrgica

Apresenta boa aceitação da dieta líquida oferecida, ainda deambula com ajuda da esposa que o acompanhou durante todo o período pós-operatório, ajudando-o sempre que necessário nas atividades de autocuidado. A incisão cirúrgica abdominal permanece limpa e seca, mantida sem curativo oclusivo. Nega náuseas, vômitos, refere diminuição considerável da tosse que o incomodava, mantém sono e repouso preservado. Apresenta segurança com relação à importância do autocuidado após a alta, principalmente aos cuidados referentes às modificações dietéticas, a ferida operatória e drenos.

O paciente mais uma vez foi orientado que a cirurgia bariátrica é uma etapa importante, mas não a essência do tratamento contra a obesidade, e 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. Aguarda alta hospitalar que foi realizada na manhã do dia seguinte.

O plano de introdução gradual de alimentos deve ser apresentado com recursos que garantam a compreensão do paciente sobre a capacidade gástrica no pós-operatório, enfocando desconfortos fisiológicos potenciais e consequências que podem ser experimentadas se as orientações não forem seguidas. 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.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a aplicação do Processo de Enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia, baseado na Teoria do

Nóbrega MML da, Felix LG, Soares MJGO.

Nursing process fundament in the nursing theory...

Autocuidado de Orem, ofereceu subsídios para a prestação de uma assistência individual e qualificada, possibilitando não só estimular o paciente a participar ativamente no seu tratamento, como também a aumentar sua responsabilidade nos resultados da assistência, como agente ativo indispensável no processo de educação à saúde.

Diante dos resultados obtidos, foi possível identificar os déficits de autocuidado universais, de desenvolvimento e de alterações de saúde, que levaram aos seguintes diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia de NANDA-I: Déficit de conhecimento sobre as complicações pós-operatórias, Mobilidade no leito prejudicada, Risco para Infecção, Eliminação traqueobrônquica ineficaz e Risco de nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais.

Por fim, espera-se que esse estudo possa contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente bariátrico e mostrar que o preparo do paciente cirúrgico para o autocuidado, quando realizado desde o pré-operatório, é fundamental e tem como finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente, facilitando seu ajuste físico, emocional, social e familiar, esclarecer dúvidas e temores, desenvolver habilidades e favorece a sua reabilitação após a cirurgia.

REFERENCIAS

1. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Bariatric Surgery Guideline. AORN Journal 2004; 79(5):1026-52.
2. Abir F, Beli R. Assessment and management of the obese patient. Crit Care Méd. 2004; 32(suppl. 4): 87-91.
3. Ferraro DR. Preparing patients for bariatric surgery. Clinician Reviews 2004; 14(1): 57-63.
4. Grindel ME, Grindel CG. Nursing care of the person having bariatric surgery. Medsurg Nursing. 2006; 15(3):129-46.
5. Oliveira Filho GR, Nicolodi THC, Garcia JHS, Nicolodi MA, Goldschmidt R, Dal Mago AJ. Problemas clínicos pré-anestésicos de pacientes morbidamente obesos submetidos a cirurgias bariátrica: comparação com pacientes não obesos. Rev Bras Anesthesiol. 2002; 52(2): 217-22.
6. Sanches GD, Gazoni FM, Konishi R K, Guimarães HP, Vendrame LS, Lopes RD. Cuidados Intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(2):205-09.
7. Jorge MP. Não existe solução mágica. Revista Veja [periódico na Internet]. 2007

[Acesso em: 2008 mar 10]; [aproximadamente 3p.]. Disponível em:

http://veja.abril.com.br/241007/p_126.shtml

8. Negrão RJS, Bianchi ERF. A atuação do enfermeiro na assistência prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. Prática Hospitalar. 2006; 8(44):145-148.
9. Diógenes MAR, Pagliuca LMF. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. Rev Gaúcha Enferm. 2003 dez; 24(3):286-93.
10. Farias MCAD, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. Rev Latino-am Enferm. 2000; 8(6):59-67.
11. Felix LG, Nóbrega MML, Fontes WD, Soares MJGO. Analysis from Theory of the Orem Self Care according to Fawcett criteria. Rev Enferm UFPE On Line. 2009;3(2):173-78.
12. Orem DE, Taylor S. Nursing: concepts of practice. 6^a ed. New York: Mosby-Year Book; 2001.
13. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss P, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(Esp.):152-7.
14. Foster PC, Janssens NP. Dorothea E. Orem. In: George, JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 90-107
15. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2007.
16. Couto LDP, Andrade JC, Topázio KF. Assistência de Enfermagem ao paciente obeso: pré, trans e pós-operatório. Rio de Janeiro: Medbook; 2007.
17. Zilberstein B, Galvão Neto M, Ramos, AC. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. RBM Rev Bras Med. 2002;59(4): 258-64.
18. Bagatini A, Trindade RD, Gomes CR, Marcks R. Anestesia para a cirurgia bariátrica: avaliação retrospectiva e revisão de literatura. Rev Bras Anesthesiol. 2006;56(3): 205-22.
19. Cruz MRR, Morimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. Rev Nutr. 2004; 17(2):263-72.

Nóbrega MML da, Felix LG, Soares MJGO.

Nursing process fundament in the nursing theory...

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2009/08/01
Last received: 2009/09/10
Accepted: 2009/09/11
Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Rua Eutiquiano Barreto, 935 — Manaíra
CEP: 58038-311 — João Pessoa (PB), Brazil