**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CRISTINA CAMARGO DALRI

**Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório
imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica**

**Ribeirão Preto
2005**

CRISTINA CAMARGO DALRI

**Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório
imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada, da
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP, para obtenção do Título de
Mestre.**

**Área de concentração: Enfermagem
Fundamental**

**Linha de pesquisa: “Processo de cuidar do
adulto com doenças agudas e crônico
degenerativas”**

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lúcia Aparecida Rossi

**Ribeirão Preto
2005**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUE MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dalri Camargo, Cristina

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica
Ribeirão Preto, 2005.

196 p. : il.; 29,7 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Geral e Especializada.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rossi, Lúcia Aparecida

1. Diagnóstico de enfermagem.
2. Colecistectomia laparoscópica.
3. Enfermagem pós-anestésica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristina Camargo Dalri

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem Geral Especializada – EGE.

Aprovado em: 27/06/2005

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, Eduardo e Marli. Pela oportunidade que sempre me deram e por deixarem seus sonhos em favor dos meus. Minha eterna gratidão pelo amor e compreensão que sempre recebi.

Ao meu marido, amigo e companheiro, Alexandre. A quem amo muito e que desde o início desta conquista esteve sempre presente ao meu lado, me apoiando, incentivando e que me fez crer que pela dedicação e força de vontade tudo é possível.

A minha irmã, Simone. Sempre presente em minha vida. Agradeço seu carinho, seu amor e sua bondade. Obrigada por compreender que mesmo distantes estamos tão perto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por sempre estar presente em minha vida, me guiando pelo cominho de luz e sabedoria, e pela graça de tornar possível mais uma conquista.

Agradeço especialmente à Prof^a Dra. Lídia Aparecida Rossi, que nesses anos de convivência muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual. Agradeço a dedicação e o exemplo de competência profissional e por compartilhar o conteúdo deste trabalho.

À minha amiga Maria Célia Barcellos Dalri, pela amizade, pelo carinho e pela confiança. Por estar sempre disposta a me ouvir e me confortar com suas palavras de sabedoria.

À Prof^a Dra. Emília Campos de Carvalho, pelas valiosas sugestões dadas para o aprimoramento deste estudo.

À Prof^a Dra. Alexandra de Souza Melo, pela doçura e simpatia com que sempre me recebeu e por compartilhar seus conhecimentos para realização deste estudo.

À Prof^a Dra. Cláudia Benedita dos Santos, pela sua participação neste estudo.

Agradeço a Maria Elena E. Guanilo, pela sua amizade e contribuição na tradução deste trabalho.

A todos os profissionais do Centro de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital das Clínicas que me receberam de forma tão gentil e receptiva.

A toda equipe de enfermagem do CTI Pediátrico, em especial as minhas amigas Léa, Simone, Tatiana, Cladinéia e Maria José pela presença constante, oportunidade e paciência que sempre me ofereceram durante o desenvolvimento deste estudo.

E em especial, os meus agradecimentos a todos os pacientes que concordaram em participar deste estudo.

Resumo

DALRI, C.C. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica.** 2005. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Esse estudo teve como objetivos identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em pós-operatório imediato de colecistectomia, submetidos à anestesia geral com base na Taxonomia II da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) e no Modelo Conceitual de Horta; analisar os diagnósticos de enfermagem presentes nesses pacientes em relação aos fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco e em relação ao seu estabelecimento e resolução no pós-operatório imediato; dentre os pacientes estudados que apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem de Dor aguda, identificar as manifestações de dor apresentadas no pós-operatório imediato e compará-las com as características definidoras apresentadas pela NANDA e por outras literaturas. Para a etapa de coleta de dados, foi elaborado e validado um instrumento de coleta de dados com base no Modelo Conceitual de Wanda Horta. Foram avaliados 15 pacientes adultos no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica, durante o período de setembro de 2004 a janeiro de 2005, no Centro de Recuperação Pós-anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, utilizou-se um modelo de processo raciocínio diagnóstico, sendo esses nomeados de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Foram identificados nove diferentes diagnósticos de enfermagem: Integridade tissular prejudicada (100%), Risco para infecção (100%), Percepção sensorial perturbada (100%), Risco para aspiração (100%), Risco para função respiratória alterada (80%), Hipotermia (60%), Risco para temperatura corporal desequilibrada (40%), Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (33,3%) e Dor aguda (26,7%). Para cada diagnóstico foram identificados e discutidos os fatores relacionados e características definidoras. Os pacientes

que manifestaram o diagnóstico de enfermagem de Dor aguda apresentaram as seguintes características definidoras: relato verbal, evidência observada, expressão facial e comportamento de defesa. Observamos que todas essas manifestações são características definidoras apresentadas pela NANDA (2002) para esse diagnóstico. Em relação ao seu estabelecimento e resolução no pós-operatório imediato, os diagnósticos de enfermagem Risco para aspiração, Percepção sensorial perturbada e Hipotermia foram resolvidos em 50 minutos após a sua identificação. Para os diagnósticos de Risco para função respiratória alterada, Risco para temperatura corporal desequilibrada e Dor aguda, o tempo médio de resolução foi de 63,7, 77,5 e 36 minutos, respectivamente. Destacamos que os diagnósticos de Integridade tissular prejudicada, Risco para infecção e Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais estiveram presentes desde a admissão do paciente no Centro de recuperação pós-anestésica até o momento da alta do paciente.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem, enfermagem pós-anestésica, enfermagem em sala de recuperação, colecistectomia laparoscópica.

Abstract

DALRI, C.C. **Nursing diagnoses for patients in the immediate post-operative period after laparoscopic cholecystectomy.** 2005. 196 f. Masters Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2005.

This study aimed to identify what nursing diagnoses are present in patients who had been submitted to general anesthesia during the immediate post-operative period after cholecystectomy, based on North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) Taxonomy II and on Horta's Conceptual Model; to analyze the nursing diagnoses that were present in these patients in terms of related factors, defining characteristics and risk factors, as well as with respect to their development and solution in the immediate post-operative period; to identify, among those study participants who presented the Nursing Diagnosis of Acute pain, the pain manifestations they presented during the immediate post-operative period and to compare them with the defining characteristics presented by NANDA and other literature sources. With a view to data collection, we elaborated and validated a data collection instrument on the basis of Wanda Horta's Conceptual Model. 15 adult patients were evaluated in the immediate post-operative period after laparoscopic cholecystectomy, between September 2004 and January 2005, at the Post-Anesthesia Recovery Center of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*. The nursing diagnoses were established by means of a diagnostic reasoning process model, and were named in accordance with NANDA Taxonomy II. We identified nine different nursing diagnoses: Impaired tissue integrity (100%), Risk for infection (100%), Sensory perception alterations (100%), Risk for aspiration (100%), Risk for altered respiratory function (80%), Hypothermia (60%), Risk for imbalanced body temperature (40%), Altered nutrition: more than body needs (33,3%) and Acute pain (26,7%). For each diagnosis, we identified and discussed the related factors and defining characteristics. Patients with the nursing diagnosis of Acute pain presented the following defining characteristics: verbal report, observed evidence, facial

expression and defense behavior. We observe that all of these manifestations are defining characteristics NANDA (2002) presented for this diagnosis. With respect to their development and solution during the immediate post-operative period, the nursing diagnoses Risk for aspiration, Sensorial perception alterations and Hypothermia were solved within 50 minutes after their identification. For the diagnoses Risk for altered respiratory function, Risk for imbalanced body temperature and Acute pain, average solution time was 63.7, 77.5 and 36 minutes, respectively. We highlight that diagnoses of Impaired skin integrity, Risk for infection and Unbalanced nutrition: more than body requirements were present from the patient admission on Post anesthesia Care Unit until the patient's discharge.

Keywords: nursing diagnoses, post anesthesia nursing, care room nursing, laparoscopic cholecystectomy.

Resumen

DALRI, C.C. **Diagnósticos de enfermería de pacientes en período postoperatorio inmediato de cirugía de colecistectomía por laparoscopia.** 2005. 196 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirao Preto, 2005.

Este estudio tuvo como objetivos identificar y analizar los diagnósticos de enfermería presentes en pacientes en post-operatorio inmediato con cirugía de colecistectomía, sometidos a anestesia general basado en la Taxonomía II de la NANDA y en el Modelo Conceptual de Wanda Horta, analizar los diagnósticos de enfermería presentes en esos pacientes en relación a los factores relacionados, características definidoras y factores de riesgo y en relación a su establecimiento e resolución en el postoperatorio inmediato, entre los pacientes estudiados que presentaron el diagnóstico de enfermería de Dolor aguda, identificar las manifestaciones de dolor presentadas en el postoperatorio inmediato y compararlas con las características definidoras presentadas por la NANDA y por otras literaturas. Para la etapa de recolecta de datos con base en el Modelo Conceptual de Wanda Horta fueron evaluados 15 pacientes adultos en el período post-operatorio inmediato de Colecistectomia laparoscópica, durante el período de septiembre de 2004 a enero de 2005, en el Centro de Recuperación Post-anestesia del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, se utilizó un modelo de raciocinio diagnóstico siendo esos nombrados con la Taxonomía II de la NANDA. Fueron identificados, por la investigadora, nueve diferentes diagnósticos de enfermería de los pacientes de postoperatorio inmediato de cirugía de colecistectomía laparoscópica. Los diagnósticos de enfermería establecidos por la investigadora para esos pacientes fueron: Deterioro de la integridad tisular (100%), Riesgo de infección (100%), Alteración de percepción sensorial (100%), Riesgo de aspiración (100%), Riesgo de patrón respiratorio ineficaz (80%), Hipotermia (60%), Riesgo de alteración de la temperatura corporal (40%), alterada: superior a los requerimientos (33,3%) y Dolor agudo (26,7%). Para cada diagnóstico

fueron identificados y discutidos los factores relacionados y características definidoras. Los pacientes que manifestaron el diagnóstico de enfermería de Dolor aguda presentaron las siguientes características definidoras: relato verbal, evidencia observada, expresión facial y comportamiento de defensa. Observamos que todas esas manifestaciones son características definidoras presentadas por la NANDA (2002) para ese diagnóstico. En relación a su establecimiento y resolución en el post-operatorio inmediato, los diagnósticos de enfermería de Riesgo de aspiración, Alteración de la percepción (Percepción sensorial alterada) e Hipotermia fueron solucionados en 50 minutos después de ser identificados. Para los diagnósticos de Riesgo de patrón respiratorio ineficaz, Riesgo de alteración de la temperatura corporal y Dolor agudo, el tiempo medio de resolución fue de 63,7, 77,5 y 36 minutos, respectivamente. Destacamos que los diagnósticos de Deterioro de la integridad tisular, Riesgo de infección y Nutrición alterada: superior a los requerimientos estuvieron presentes desde la admisión del paciente en el Centro de recuperación post-anestesia hasta el momento del alta del paciente.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, enfermería post-anestesia, enfermería en sala de recuperación, colecistectomía por laparoscopia.

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1 Estatística descritiva das variáveis idade e duração da anestesia dos pacientes no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004.....	109
2 Distribuição das categorias diagnósticas identificadas no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004.....	111
3 Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos tipo real identificados no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004.....	112
4 Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda identificados no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004.....	123
5 Distribuição das características diagnósticas identificadas no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004.....	128
6 Distribuição do tempo de permanência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004.....	146

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1 Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta (1979, p.40)	36

SUMÁRIO

Página

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	34
2.1 Referencial Teórico	34
2.2 Delineamento do estudo	98
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	108
3.1 Características gerais dos pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica.....	109
3.2 Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica	110
3.3 Diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica em relação ao seu estabelecimento e resolução no pós-operatório imediato	145
4 CONCLUSÕES.....	150
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
APÊNDICE A – Ficha de avaliação do paciente em pós-operatório imediato	166
APÊNDICE B – Raciocínio diagnóstico.....	183
APÊNDICE C – Tempo de resolução dos diagnósticos de enfermagem.....	189
APÊNDICE D – Termo de esclarecimento aos sujeitos da pesquisa.....	191
APÊNDICE E – Validação de aparência e conteúdo	193
ANEXO – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.....	195

1 INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem perioperatório inclui os períodos pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório da experiência cirúrgica do paciente. O enfermeiro perioperatório deve engajar-se na elaboração do levantamento de dados sobre o paciente; organizar essas informações; estabelecer o diagnóstico de enfermagem; identificar os resultados esperados para o paciente; desenvolver e implementar um plano de cuidados de enfermagem e avaliar aqueles cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

A prática da enfermagem perioperatória é um processo sistemático e planejado, compreendendo uma série de passos integrados. Se vista isoladamente, enquanto levantamento de casos, a enfermagem perioperatória torna-se nada mais que um roteiro de preparação de equipamentos e registros em documentos. Se, ao contrário, vista enquanto cuidado ao paciente, torna-se um processo científico e estimula o enfermeiro a atuar num nível ótimo (TIMBY, 2001).

Neste estudo, o nosso foco de atenção foram os problemas apresentados por pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral. A observação atenta e rigorosa dessa clientela, nesse período, é muito importante, pois sua condição de saúde pode sofrer mudanças constantes, como ocorre com os pacientes em pós-operatório imediato de outras cirurgias que necessitam de intervenções de enfermagem imediatas para resolução de problemas precocemente. Para os pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, a resolução desses problemas é muito importante, porque na maioria das vezes, esses pacientes recebem alta no mesmo dia da realização do procedimento cirúrgico, pois são admitidos em regime ambulatorial.

A cirurgia ambulatorial é economicamente viável para o serviço de saúde, para a equipe de enfermagem e médica, além disso, proporciona maior conforto ao paciente e seus familiares, uma vez que seu retorno ao domicílio é muito rápido.

A ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES (1993) normatizou a prática de enfermagem perioperatória no serviço de cirurgia ambulatorial, reconhecendo a importância do cuidado de enfermagem especializado, com profissional comprometido e habilitado, fornecendo assistência ao paciente, a seus familiares ou as pessoas que o acompanham, num curto espaço de tempo.

Acreditando nisso e na importância da implementação do processo de enfermagem, iniciamos este estudo com o objetivo de identificar as manifestações do diagnóstico de enfermagem de *Dor Aguda* em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia. No entanto, percebemos que existem outros diagnósticos presentes nos pacientes no período pós-operatório imediato que também podem estar relacionados ao diagnóstico de Dor Aguda. Logo, concluímos que o paciente deveria ser avaliado como um todo, contemplando a avaliação de todas as necessidades humanas básicas, isto é, necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais propostas por Horta (1979), cujo Modelo Conceitual foi adotado neste estudo.

A assistência de enfermagem à pacientes, neste período, deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o paciente no período perioperatório como um todo, cabe ao centro de recuperação pós-anestésica reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade e a individualidade da assistência de enfermagem no período pós-operatório imediato (ROSSI et al., 2000). Os objetivos da equipe de enfermagem, assim como da equipe médica, durante este período são: a manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor e do

desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações (NOMA; MALTA; NISHIDE, 1997).

Este estudo foi desenvolvido no centro de recuperação pós-anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), que recebe pacientes no pós-operatório de várias especialidades cirúrgicas, dentre elas, as gastrocirurgias que, de acordo com dados estatísticos referentes ao ano de 2003 e 2004 levantados no próprio hospital (HCFMRP-USP, 2004), foram realizadas cerca de 659 cirurgias durante o ano. Dessas, aproximadamente 156 são colecistectomia laparoscópica.

O tipo de cirurgia selecionada para este estudo, a colecistectomia laparoscópica, necessita que o paciente seja submetido à anestesia geral, devido a sua complexidade. A anestesia geral é um estado inconsciente reversível caracterizado por amnésia (sono, hipnose ou narcose basal), analgesia (ausência de dor), depressão dos reflexos, relaxamento muscular e homeostase ou manipulação dos sistemas e funções fisiológicas. A anestesia geral pode ser dividida em três fases: indução, manutenção e emergência. As anestésias gerais podem ser descritas como inalatórias, endovenosas e uma combinação de inalatórias com endovenosas; a chamada anestesia balanceada empregada para obter efeitos específicos para cada paciente e procedimento (MAREK; BOEHNLEIN, 1999).

A história da cirurgia da árvore biliar é antiga. Foi iniciada em 1867 quando, nos Estados Unidos, foi realizada a primeira cirurgia na vesícula biliar, de uma paciente de 32 anos que possuía vários cálculos; sua vesícula foi aberta, os cálculos retirados e ela foi suturada. Posteriormente, no ano de 1882, em Berlim, realizou-se provavelmente a primeira colecistectomia em um homem de 43 anos de idade, com 16 anos de história de cólica biliar. Este paciente sobreviveu à operação e obteve alta hospitalar após 8 semanas (SABISTON JR., 2002).

A colelitíase é a presença de cálculos ou pedras na vesícula. Esses cálculos se formam habitualmente na vesícula biliar a partir dos componentes sólidos da bile e variam em tamanho, formato e composição. Existem dois tipos principais de cálculos vesiculares: aqueles formados por pigmentos, que podem ser pretos ou marrons e correspondem a 20 a 30% dos cálculos vesiculares e aqueles constituídos de colesterol que são os mais comuns, de 70 a 80% dos cálculos. A colecistite, ou infecção da vesícula biliar pode ser classificada em: colecistite crônica litíase, colecistite aguda litíase e colecistite aguda alitíase (FONTES et al., 2002; RÊGO et al., 2003; SABISTON JR., 2002).

Para o desenvolvimento deste estudo, foram selecionados os pacientes portadores de colecistite crônica litíase, pois essa clientela é atendida com maior frequência no local da realização deste estudo. A colecistite crônica litíase implica em um processo inflamatório vigente ou recidivante que acomete a vesícula biliar, provocando obstrução do canal cístico, manifestando, na maioria das vezes, cólica ou dor biliar. Geralmente, a dor está localizada no hipocôndrio direito e/ou epigástrico, irradiando-se, frequentemente, para a região dorsal superior direita. A presença da dor pode estar associada, em cerca de 50% dos casos, à ingestão de uma refeição gordurosa, aparecendo em média uma hora após seu término. No restante dos pacientes, a dor não está relacionada temporalmente à refeição, muitas vezes, ocorre durante a noite acordando o paciente de seu sono (SABISTON JR., 2002).

Para o tratamento dos pacientes portadores de colecistite crônica litíase, tem se utilizado com grande frequência a técnica de colecistectomia laparoscópica, pois proporciona maior segurança ao paciente, menores riscos de infecção, alta hospitalar precoce, reabilitação e restabelecimento rápido das atividades habituais. A técnica para realização deste tipo de cirurgia foi sistematizada com o seguimento de alguns passos previamente estabelecidos como: posicionamento do paciente na mesa operatória, acesso à cavidade peritoneal efetuado através de quatro pequenas incisões para colocação de quatro trocartes, um na região supra-

umbilical, outro na região subxifóide e outros dois trocartes são colocados na mesma linha, um no hipocôndrio direito e outro no epigástrico, para que haja a apreensão e dissecação da vesícula e posterior hemostasia. A operação laparoscópica necessita de um espaço para visualização e manipulação do instrumental, esse espaço é geralmente criado fazendo-se um pneumoperitônio com dióxido de carbono (CO₂) até atingir uma pressão de 12 a 15 mmHg, ocasionando elevação da parede abdominal e retração de órgãos sólidos como o fígado, ou de vísceras ocas, como o cólon ou o estômago no interior da cavidade (PINOTTI et al., 1999; PEREIRA, 2002; SABISTON JR., 2002; SANTOS et al., 2001).

Atualmente, os pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia permanecem apenas algumas horas no centro de recuperação pós-anestésica, pois a grande maioria dessas cirurgias é realizada como cirurgia ambulatorial, na qual o paciente vem de sua casa no dia da realização do procedimento e retorna após sua recuperação e alta anestésica. A cirurgia ambulatorial tornou-se uma realidade somente na década de 60, do século XX, devido aos avanços das técnicas cirúrgicas e das drogas anestésicas que possibilitam uma recuperação rápida do paciente, com complicações mínimas. O objetivo primordial do serviço de cirurgia ambulatorial é o de ser mais seguro, ter baixo custo e assegurar que o paciente fique no hospital um curto período (FLÓRIO; GALVÃO, 2003).

A fase de cuidados pós-operatórios começa tão logo o procedimento cirúrgico seja concluído e o paciente transferido para a unidade de recuperação pós-anestésica, que no passado, era conhecida como unidade de recuperação ou sala de pós-anestesia. Uma área designada para os cuidados ao paciente no pós-operatório imediato, é um espaço relativamente recente para os cuidados com o paciente cirúrgico. Apesar de os procedimentos cirúrgicos serem realizados por mais de mil anos e a anestesia geral estar disponível por quase 150 anos, as unidades de recuperação pós-anestésicas tornaram-se mais comuns somente depois da 2^a Guerra Mundial (BARONE; PABLO; BARONE, 2003).

Os pacientes, que possuem indicação para serem admitidos em unidades de recuperação pós-anestésica, são aqueles que apresentam instabilidade ou risco para instabilidade hemodinâmica, submetidos a grandes cirurgias como, por exemplo, torácicas, urológicas, gastrointestinais, vasculares, cabeça e pescoço entre outras. Para as cirurgias cardíacas e neurológicas, recomenda-se que os pacientes sejam internados em unidades específicas, uma vez que a sua recuperação é mais lenta e os cuidados mais específicos (BARONE; PABLO; BARONE, 2003).

A equipe que irá conduzir o paciente à unidade de recuperação pós-anestésica, deve fazer uma revisão dos agentes anestésicos administrados de modo que o enfermeiro da recuperação possa prever a forma como o paciente irá readquirir consciência. O enfermeiro da sala de operação deverá informar se houve complicações durante a cirurgia, tais como perda sangüínea excessiva, irregularidades cardíacas ou complicações anestésicas (POTTER; PERRY, 1997).

Para avaliar a condição pós-operatória do paciente, o enfermeiro baseia-se nas informações coletadas no período pré-operatório, no conhecimento a respeito do procedimento cirúrgico realizado e nos eventos que aconteceram durante e imediatamente após o ato anestésico-cirúrgico. Essas informações ajudam o enfermeiro a detectar alterações. O enfermeiro que atua no centro cirúrgico pode acompanhar o paciente juntamente com o anestesista e fazer um relato para o enfermeiro do centro de recuperação pós-anestésica, proporcionando a continuidade do cuidado (POTTER; PERRY, 1997).

A American Society of Post Anesthesia Nurses (ASPAN, 1992) recomenda que o relato sobre as condições do paciente deve conter (1) estado pré-operatório relevante, como sinais vitais, resultados radiológicos relevantes, valores laboratoriais, saturação de oxigênio, alergias e incapacidades, (2) técnica anestésica, (3) agentes anestésicos, incluindo relaxantes musculares, narcóticos e agentes reversores, (4) duração da anestesia que foi administrada e a

hora na qual o agente reversor foi dado, (5) o tipo de procedimento cirúrgico, (6) estimativa de perda e reposição de líquidos/sangue, e (7) complicações ocorridas durante o curso da cirurgia.

Para Marek e Boehnlein (1999), o período pós-operatório começa com a determinação da avaliação imediata da via aérea e circulatória adequada. A via aérea deve ser avaliada em relação à perviedade; o oxigênio umidificado deve ser aplicado quando houver indicação e a frequência respiratória deve ser contada. É iniciada a oximetria de pulso em todos os pacientes e a qualidade dos sons respiratórios é determinada. O paciente deve ser então avaliado através do monitor cardíaco, e a frequência e o ritmo detectados. A verificação da pressão arterial pode ser obtida por meio de um manguito manual ou de um acesso arterial conectado a um monitor de pressão invasiva. É importante considerar que tanto a avaliação como à assistência a ser realizada deverão ser adequadas ao tipo de cirurgia e a anestesia realizada.

A avaliação neurológica do paciente deve ser realizada incluindo informações sobre: resposta a comandos verbais, tipo de resposta, movimentação de extremidades e recuperação de reflexos. Alguns procedimentos operatórios requerem uma avaliação mais detalhada. Para avaliar a função renal, a ingesta e a excreta devem ser examinadas. O líquido total infundido no período trans-operatório e a estimativa de perda sangüínea também devem ser avaliados, assim como os acessos venosos, drenos e cateteres; a excreta de urina deve ser observada quanto à coloração e quantidade (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

Uma complicação muito freqüente no pós-operatório imediato é a dor aguda, que está relacionada a procedimentos cirúrgicos, e também constitui foco de interesse desta investigação. O controle da dor pós-operatória parece ter evoluído pouco durante os últimos anos, apesar do reconhecimento da inadequação do seu tratamento, da introdução de novos agentes e técnicas para o tratamento da dor aguda. A atuação dos enfermeiros pode ser

prejudicial ao tratamento da dor pós-operatória, devido ao provável conhecimento inadequado sobre farmacologia dos opiáceos e à preocupação excessiva com o risco de desenvolver hábito e dependência, além da possibilidade de falhas na avaliação da dor dos pacientes (BONNET, 1993). O caráter subjetivo da dor torna sua avaliação difícil, mas os métodos de avaliação consideram cada vez mais o caráter multidimensional do fenômeno. As dores crônicas são principalmente associadas a fatores emocionais e comportamentais, mas segundo Bonnet (1993), os fatores intervêm igualmente na percepção das dores agudas pós-operatórias.

A dor pós-operatória é considerada aguda e composta por dois componentes: alterações fisiológicas e reações psicológicas. O componente fisiológico envolve o estímulo adequado iniciando transmissão neural para centros superiores no cérebro. Já o componente psicológico envolve a intervenção de muitos fatores: o foco de atenção, cultura, experiência prévia com a dor, ansiedade e controle da percepção. A integração desses componentes produz uma experiência diferente de dor para cada indivíduo (WELLS, 1981). Cada um dos componentes da dor modifica-se independentemente, podendo ser avaliado de modo isolado por meio de métodos multidimensionais que mostram, ao menos em parte, o não alinhamento entre a intensidade do estímulo nociceptor e a intensidade da dor percebida (BONNET, 1993).

De acordo com Fortuna e Fortuna (1984), as causas do aparecimento de síndromes dolorosas que se seguem às cirurgias dependem e são influenciadas por vários fatores, que podem ser classificados como: grau do trauma sofrido pelo paciente durante a intervenção, habilidade técnica do cirurgião, doenças prévias, tipo de lesão sofrida, local da operação, idade, sexo e perfil psicológico.

O grau do trauma durante uma intervenção cirúrgica causado pelo cirurgião e pela sua técnica tem sem dúvida uma grande influência na intensidade e na duração da dor. Uma cirurgia simples, sem muita manipulação, ocasionará normalmente um pós-operatório sem muitas complicações. O local do procedimento também influencia na intensidade e na duração

da dor, sendo que intervenções abdominais causam mais desconforto quando comparadas com intervenções realizadas nos membros. Pimenta et al. (1992) salientam que toda intervenção cirúrgica traumatiza os tecidos. A dor resultante depende do local e tipo de cirurgia como, por exemplo, a dor pós-operatória relacionada à cirurgia abdominal deve-se ao trauma da parede abdominal e não das vísceras. Já nas cirurgias torácicas a dor advém do trauma da parede torácica e costelas.

A dor no pós-operatório é considerada como uma consequência imediata, portanto o seu controle se faz necessário para assistência integral ao paciente cirúrgico. Os estímulos dolorosos prolongados parecem predispor à maior morbidade e complicações no pós-operatório, podendo apresentar como consequências imediatas: aumento da demanda analgésica, necessidade da utilização de métodos traumáticos de tratamento que podem inviabilizar o sucesso da cirurgia inicial e, por fim, aumento da fase de recuperação pós-operatória (READY; EDWARDS, 1995).

A idéia de estudar a dor, no paciente submetido à cirurgia de colecistectomia laparoscópica, surgiu em decorrência de este ser considerado um pós-operatório doloroso, no qual está associado o procedimento cirúrgico e a introdução de dióxido de carbono (CO_2) na cavidade abdominal para formação e manutenção do pneumoperitônio. Esse gás, além de distender o abdômen comprimindo as vísceras, é também considerado irritante, fatores estes que podem desencadear a dor no período pós-operatório.

Assim, de maneira a satisfazer as necessidades dos pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia, dada a sua individualidade, é que surgiu o interesse em estudar os diagnósticos de enfermagem presentes nesta clientela.

As tendências atuais no Brasil apontam para um avanço crescente na implementação do processo de enfermagem frente às exigências estabelecidas pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 que regulamenta o exercício da prática de enfermagem e resolve que

“é de competência do enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem”. No estado de São Paulo, a decisão Coren-SP/Dir/008/99, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Decisão COFEN nº 001/2000 de 4 de Janeiro de 2000) que, “Normatiza a Implementação da Assistência de Enfermagem – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde no âmbito do Estado de São Paulo” e prevê como atividade privativa do enfermeiro no seu 1º parágrafo I “a implantação, planejamento, organização, execução do processo de Enfermagem”, considera a “institucionalização do SAE como a prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e a um modelo assistencial a ser aplicado em áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro” (COREN, 2000).

A sistematização da assistência de enfermagem deve ocorrer através da implementação do processo de enfermagem seguindo suas etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Neste estudo as duas etapas focalizadas foram a coleta de dados e os diagnósticos de enfermagem. Segundo Alfaro-LeFevre (2002), a coleta de dados realizada através de entrevista e exame físico, é o primeiro passo para determinar o estado de saúde do paciente. Todos os passos do processo de enfermagem dependem dos dados coletados durante esta fase, por isso a necessidade de assegurar que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que isso ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença. O diagnóstico de enfermagem é a análise dos dados e identificação dos problemas reais e/ou potenciais que são a base para o estabelecimento do plano de cuidado (ALFARO LE-FEVRE, 2002).

Para Carpenito (2002), “os diagnósticos de enfermagem proporcionam um método útil para organizar o conhecimento de enfermagem. No atual sistema de saúde, clientes, famílias e comunidade encontram-se com muitos problemas de saúde e necessidades”. Os recursos limitados (por exemplo, tempo, dinheiro, pessoal) exigem que o profissional de enfermagem

seja melhor preparado, para manejar os problemas de saúde ou necessidades que surgirem. Os diagnósticos de enfermagem têm tornado isso possível por definirem e classificarem a especialidade de enfermagem (CARPENITO, 2002).

Fazer um diagnóstico de enfermagem requer análise, síntese e acurácia ao interpretar e fazer com que dados clínicos complexos tenham sentido. Esse processo de pensamento crítico permite ao enfermeiro tomar decisões em relação aos resultados esperados do paciente e às intervenções necessárias para ajudar a obter esses resultados. Entretanto, a menos que o enfermeiro possa documentar o seu pensamento, de forma que outros enfermeiros e provedores de cuidados de saúde possam interpretá-lo, tal processo de pensamento torna-se invisível. Nomear e documentar acuradamente os resultados do pensamento crítico do enfermeiro auxiliam outros cuidadores a conhecer as necessidades do paciente e como um plano de cuidados ajuda a atender a essas necessidades (NANDA, 2002).

Na literatura, encontramos vários artigos que caracterizam, definem e conceituam a dor, outros que discutem as atitudes dos enfermeiros frente as manifestações dolorosas dos pacientes, e também aqueles que identificam os diagnósticos presentes com maior frequência em unidades de recuperação pós-anestésica e unidades de terapia intensiva. Artigos referentes à cirurgia de colecistectomia laparoscópica também foram encontrados, principalmente em literatura médica, e discutem com maior ênfase questões referentes a avaliação da dor no período pós-operatório e utilização do CO₂ para formação do pneumoperitônio e sua possível relação com ocorrência de dor. A seguir apresentaremos os trabalhos que discutem a colecistectomia laparoscópica e, posteriormente, aqueles que tratam da questão referente ao processo de enfermagem e às manifestações dolorosas apresentadas pelos pacientes.

Lublin et al. (2004) realizaram um estudo com 1380 pacientes que foram submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica, o qual avaliava a presença ou não de dor nos pacientes nos períodos pré e pós-operatório desta cirurgia. Os autores concluíram que no

período pré-operatório, 75% dos pacientes avaliados que possuíam dor tinham a sua manifestação relacionada à ingestão de alimentos gordurosos. Desses pacientes que foram avaliados no período pré-operatório, 25% apresentaram queixas de dor no período pós-operatório, e sua ocorrência nesse momento estava relacionada ao ato cirúrgico, ou seja, os pacientes apresentavam relato de dor no local da ferida cirúrgica. Nesse momento, os autores identificaram que muitos pacientes não estavam preparados para tal manifestação, pois diziam que achavam que após operarem, a presença da dor não existiria mais. Com esses dados, os autores concluíram que os cirurgiões devem orientar de forma clara os pacientes com relação às suas expectativas pós-operatórias, aconselhando-os sobre possível persistência de sintomas de dor no período pós-operatório imediato.

Estudo semelhante, desenvolvido no Hospital Johns Hopkins em Baltimore nos Estados Unidos, teve como objetivo investigar a opinião dos pacientes que foram submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica sobre a presença ou não de dor no período pós-operatório imediato. Nesse estudo, Talamini et al. (1999) aplicaram um questionário a 32 pacientes. Desses pacientes, 19% apresentaram relato de dor no período pós-operatório, que foi confirmado utilizando-se escala numérica com valores representativos da intensidade da dor que variavam de 0 a 10 (sendo 0 ausência de dor e 10 dor intensa). A maior parte dos pacientes referiu dor de intensidade 9 e 10. Outras alterações também foram identificadas nos pacientes neste mesmo período, como ocorrência de náusea e vômito. A conclusão que se obteve ao final da realização do estudo, é que os pacientes devem ser melhores avaliados no que tange às manifestações de dor no período pós-operatório e que os enfermeiros devem ser mais bem qualificados para identificar tais manifestações, além disso, os pacientes devem receber melhor preparo pré-operatório sobre possíveis manifestações dolorosas no pós-operatório.

Outro tipo de estudo, também realizado com pacientes no pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica, teve um objetivo mais específico ao avaliar os pacientes neste período. Buscou-se identificar a relação entre ocorrência de dor e a variação da temperatura do dióxido de carbono (CO₂) utilizado. Na referida pesquisa, Slim et al. (1999) dividiram um total de 100 pacientes em dois grupos, sendo que no primeiro grupo, utilizava-se CO₂ aquecido e no segundo grupo, o gás permanecia frio. Para avaliar presença ou não de dor, foram utilizadas escalas numéricas, avaliação da dor através de relato verbal e a quantidade de analgésico utilizado. Os resultados evidenciaram que a ocorrência de dor não está relacionada a alteração da temperatura do gás que se utiliza no período trans-operatório.

Não encontramos na literatura estudos que tenham investigado a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Outros estudos têm se preocupado com as manifestações de dor, buscando identificar descritores que retratem a dor de pacientes em geral, como Mahon (1994) e Pereira e Sousa (1998a).

Mahon (1994), por meio de uma revisão da literatura, na qual realizou uma análise dos conceitos de dor, encontrou um grande número de definições. Identificou e classificou a dor em grupos distintos: descritores fisiológicos de dor, descritores que tratam dos aspectos desagradáveis da dor, indicadores de natureza pessoal e subjetiva da dor, a dor como um atributo que é infundável por natureza e indicadores de que a dor interfere nas relações e de que a dor atribui significado à vida. A autora afirma que a análise dos conceitos de dor tem aplicações na prática de enfermagem, na prática clínica, na relevância para diagnósticos de enfermagem e para o futuro da pesquisa em enfermagem.

Pereira e Sousa (1998a) desenvolveram um estudo que teve como objetivo investigar a linguagem utilizada por enfermeiros para caracterizar a dor pós-operatória. Foi utilizado um instrumento contendo 119 descritores de dor, que foi aplicado a 116 enfermeiros. Foi utilizado

o método de estimação em categorias com escores variando de 1 a 7. Os descritores identificados pelos enfermeiros que obtiveram maior atribuição foram: intensa, forte, aguda insuportável e contínua. Os mesmos autores, por meio de uma revisão da literatura, tiveram como objetivos revisar os instrumentos mais utilizados para a avaliação da dor pós-operatória, apontando vantagens e desvantagens na utilização desses instrumentos. As autoras afirmam que existe uma grande necessidade de se realizarem pesquisas específicas que enfoquem o manuseio da dor no meio cirúrgico.

Nos estudos de Mahon (1994) e Pereira e Sousa (1998a), nota-se a preocupação que tiveram em caracterizar ou conceituar a dor através do uso de descritores, tanto pela percepção de enfermeiros quanto por análise de conceitos encontrados na literatura. A quantidade de descritores encontrados deixa claro o quanto o tema é amplo e subjetivo podendo variar de acordo com a percepção de cada indivíduo. Este fato é comprovado também ao analisar o estudo realizado por Corrêa (1997), que teve como objetivos estimar e validar os conteúdos das características definidoras do diagnóstico de enfermagem de dor, em pacientes em período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Inicialmente, a autora identificou 32 características definidoras de dor a partir da literatura. Posteriormente, os pacientes foram observados e entrevistados em relação à presença de cada uma das características definidoras. As características definidoras que apresentaram maior frequência foram: comunicação de descritores de dor, desconforto, medo da dor, alteração do sono, comportamento protetor, comportamento doloroso, irritabilidade, inquietação, expressão facial de dor, aumento da frequência cardíaca, imobilidade, ansiedade, diminuição da ingesta alimentar, focalização limitada. A autora sugere que estudos similares sejam aplicados a outras populações com dor aguda, para um melhor desenvolvimento do conhecimento na avaliação da dor.

Manias et al. (2002) tiveram como objetivos observar e avaliar a atitude de enfermeiros frente à queixa de dor de pacientes no pós-operatório imediato e o tempo que leva

para ser realizado qualquer tipo de intervenção. Concluíram que a avaliação e a mensuração da dor e as interrupções do trabalho (para atender um telefone, buscar materiais que não estão localizados próximos ao paciente, ser interrompida por outras pessoas, fazendo outros procedimentos) são consideradas barreiras para um alívio efetivo da dor pós-operatória. Assim, o preparo dos enfermeiros para lidar com a dor é necessário.

Ao analisar o estudo de Manias et al. (2002) e compará-lo a nossa prática diária, observa-se que ainda há grandes barreiras por parte da equipe de enfermagem e médica para lidar com as queixas de dor dos pacientes. Essas barreiras podem ser tanto físicas, como podem ser barreiras comportamentais, relativas ao modo de agir dos profissionais que lidam com esses pacientes que, muitas vezes, têm dificuldades para acreditar na dor do outro, ocasionando limitações para que haja um alívio imediato desta dor. Na tentativa de melhorar situações como essa, Sousa (2002) sugere que todas as escolas de enfermagem e de medicina implementem em suas estruturas curriculares disciplinas ou cursos com o propósito de ensinar a avaliação e mensuração da dor, uma vez que a Sociedade Americana para a Medicina de Emergência, em sua reunião anual realizada em 2001, reconheceu a importância de registrar e mensurar a percepção da dor.

Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos que, usualmente, mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso. Os instrumentos unidimensionais têm sido usados freqüentemente nos hospitais para se obter informações rápidas e válidas sobre a dor e a analgesia. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual, por serem de aplicação fácil e rápida. Atualmente, a dor é considerada um sinal vital, tão importante quanto os outros e deve sempre ser avaliada, pois a eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida (SOUSA, 2002).

Vários autores têm se preocupado em identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em momentos específicos do período perioperatório como Rossi et al. (2000), que identificaram os diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato; Fontes e Cruz (2000) avaliaram os períodos pré e pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia de correção de fenda palatina; Flório e Galvão (2003) e Galdeano (2002) trabalharam com o período pré, intra e pós operatório para identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes, sendo o primeiro de cirurgia cardíaca e o segundo em paciente submetido a cirurgia geral, a seguir são apresentados estes estudos.

Rossi et al. (2000), em um estudo que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de pacientes em pós-operatório imediato, identificaram os seguintes diagnósticos: risco para injúria (100%), risco para infecção (92,8%), senso-percepção alterada (89,2%), mobilidade física prejudicada (71,4%), integridade tissular prejudicada (82,1%) e hipotermia (67,8%). Com a mesma perspectiva, Cruz (1990) realizou um estudo piloto em uma unidade de recuperação pós-anestésica e com base na Taxonomia I da NANDA identificou como diagnósticos de enfermagem mais frequentes: potencial para injúria (89,5%), hipotermia (89,5%) e alteração do nível de conforto (68,4%).

No estudo de Fontes e Cruz (2000), foram identificados os diagnósticos de enfermagem em pacientes em pré e pós-operatório de correção de fenda palatina, obtendo-se os seguintes diagnósticos: para o *pré-operatório*, déficit de conhecimento (85,7%), distúrbio na auto-estima e distúrbio no padrão do sono (64,3%) e deglutição prejudicada (50,0%) e para o *pós-operatório*: risco para infecção (100,0%), distúrbio no padrão do sono (78,6%), risco para sufocação e aspiração (64,3%), alteração da membrana da mucosa oral (78,6%) e dor (57,1%).

Galdeano (2002) investigou os diagnósticos de enfermagem apresentados por pacientes em período perioperatório de cirurgia cardíaca. Os diagnósticos que apresentaram

maior frequência nos três períodos que compõem o período perioperatório na população estudada foram; *pré-operatório*: intolerância a atividade, risco para infecção e dor; *trans-operatório*: risco para aspiração, risco para desequilíbrio de volume de líquidos, proteção alterada, risco para aspiração, integridade da pele prejudicada, risco para temperatura da pele alterada; e no *pós-operatório*: risco para infecção, risco para disfunção neurovascular prejudicada, risco para lesão perioperatória de posicionamento, mobilidade física prejudicada, risco para aspiração, proteção alterada e dor.

Flório e Galvão (2003) identificaram os diagnósticos de enfermagem no período perioperatório do paciente cirúrgico ambulatorial submetido à cirurgia de diferentes especialidades médicas, com anestesia geral ou regional. Foram identificados quinze diagnósticos e analisados aqueles que obtiveram uma frequência igual ou maior que 50%. Os diagnósticos do pré-operatório identificados foram: ansiedade (86,6%), mobilidade física prejudicada (3,3%) e manutenção da saúde alterada (3,3%). No período trans-operatório, seis diagnósticos de enfermagem foram identificados: risco para infecção (100%), ansiedade (3,3%), risco para aspiração (16,6%), risco para função respiratória alterada (16,6%), risco para lesão por posicionamento perioperatório (100%) e risco para trauma (3,3%). No período pós-operatório, os diagnósticos identificados foram cinco: dor aguda (100%), ansiedade (13,3%), manutenção da saúde alterada (6,6%), risco para lesão (3,3%) e padrão de eliminação urinária alterada (3,3%).

Pasini et al. (1996) identificaram os diagnósticos de enfermagem em pacientes conscientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: risco para infecção (96,8%), integridade da pele prejudicada (96,8%), mobilidade física prejudicada (81,2%), distúrbio no padrão do sono (75,0%), dor (62,5%), intolerância à atividade física e déficit no auto cuidado (43,5%) e déficit no conhecimento (40,6%). A mesma perspectiva foi utilizada por Freitas et al. (1996) que

identificaram em uma unidade de terapia intensiva como diagnósticos de enfermagem: hipertermia, risco para aspiração, risco para integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada, mucosa oral alterada, diarreia, comunicação verbal prejudicada, processo familiar alterado, mobilidade física prejudicada, dor, ansiedade e medo.

Pagliuca (1988) conduziu uma pesquisa em que foram levantadas as principais necessidades básicas dos pacientes em pós-operatório imediato e constatou que as necessidades de terapêutica, circulação, equilíbrio hidroeletrolítico, equilíbrio ácido-base, cuidado corporal, oxigenação, integridade da pele prejudicada, eliminação urinária, regulação neurológica e segurança apresentaram-se alteradas. Observa-se assim, que, o período pós-operatório imediato há maior ênfase nos diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades psicobiológicas.

Dentre os estudos que investigaram os diagnósticos de enfermagem em pós-operatório, observa-se que vários foram realizados em populações submetidas a diferentes procedimentos cirúrgicos (CRUZ, 1990; FREITAS et al. 1996; PASINI et al. 1996; ROSSI et al. 2000) e outros a procedimentos específicos como, por exemplo, cirurgia cardíaca e cirurgia para correção de fenda palatina (FONTES; CRUZ 2000; GALDEANO 2002). A partir desses estudos, é possível constatar ainda que no período pós-operatório imediato, os diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência foram: risco para infecção, risco para injúria, hipotermia, alteração do nível de conforto, dor, intolerância a atividade física, ansiedade e medo.

Embora o diagnóstico de dor no pós-operatório imediato e a avaliação da dor não tenham sido apresentados entre os mais frequentes em muitos dos estudos realizados, tem sido alvo de investigação por diferentes pesquisadores (CORRÊA, 1997; MAHON, 1994; PEREIRA; SOUSA 1998a; PEREIRA; SOUSA 1998b; SOUSA, 2002), possivelmente, em razão dos prejuízos que pode acarretar para os pacientes em pós-operatório imediato.

Considera-se ainda que a realização desse estudo enfocando os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica poderá contribuir para definir o perfil dessa clientela.

Assim, os objetivos deste estudo são:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia, submetidos à anestesia geral com base na Taxonomia II da NANDA e no Modelo Conceitual de Horta.
- Analisar os diagnósticos de enfermagem presentes nesses pacientes em relação aos fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco e em relação ao seu estabelecimento e resolução no pós-operatório imediato
- Dentre os pacientes estudados que apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda, identificar as manifestações de dor apresentadas no pós-operatório imediato e compará-las com as características definidoras apresentadas pela NANDA (2002) e por outras literaturas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Referencial Teórico

O Modelo Conceitual de Horta

Dentre os diversos referenciais teóricos, optamos pelo Modelo Conceitual de Wanda Horta, por considerá-lo um modelo que permite a avaliação do paciente como um todo indivisível, com seus componentes bio-psíco-sócio-espirituais.

Horta (1979) define o ser humano, como um ser com capacidade de reflexão e imaginação, com unicidade, autenticidade e individualidade, integrante do universo dinâmico e agente de mudanças em seu ambiente. Segundo esta autora, o ser humano (indivíduo, família ou comunidade), agente de mudanças, também pode estar em equilíbrio ou desequilíbrio. Horta (1979) também define: Saúde (estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço), Doença (resultante dos desequilíbrios que causam necessidades não atendidas) e Enfermagem. A definição desses aspectos expõe os valores e crenças, com base nos quais Horta (1979) formulou seus estudos e que constituíram seus pressupostos básicos.

Partindo-se desses pressupostos, Horta (1979) desenvolveu e inter-relacionou os conceitos de enfermagem e de assistir em enfermagem e, a partir desses, estabeleceu algumas proposições: as funções do enfermeiro podem ser divididas em três áreas distintas: a área específica, que se refere a assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e no ensino do autocuidado; a área de colaboração, relacionada a atividades de manutenção, promoção e recuperação da saúde e à área social, que se refere às atividades de ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e de participação em associações de classe.

Horta (1979) define necessidades humanas básicas como: estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades humanas são comuns a todo ser humano, a variação de um indivíduo

para o outro está na forma como as necessidades se manifestam e na maneira como são satisfeitas (HORTA, 1979).

Maslow (1970) hierarquizou as necessidades humanas básicas em cinco níveis: 1) necessidades fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima e 5) de auto-realização. Para ele, um indivíduo só procura satisfazer as necessidades do nível seguinte após um mínimo de satisfação das necessidades dos níveis anteriores. Horta (1979) adotou a classificação de Mohana (1964) que categoriza as necessidades em três níveis: nível psicobiológico, nível psicossocial e nível psicoespiritual; os dois primeiros níveis são comuns aos seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, é característica única do homem (HORTA, 1979).

Apoiada nesses conceitos e suas associações, Horta (1979), considerou 18 necessidades humanas como Necessidades Psicobiológicas, 17 como Necessidades Psicossociais e duas como Psicoespirituais, Quadro 1.

De acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Maslow (1970), certas necessidades são mais básicas do que outras, isto é, algumas devem ser supridas antes de se procurar satisfazer outras (POTTER; PERRY, 1997). O indivíduo que possui várias necessidades não supridas busca em primeiro lugar, suprir suas necessidades fisiológicas, também conhecidas como necessidades de sobrevivência (MASLOW, 1970).

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta (1979, p.40)

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação Hidratação Eliminação Sono e Repouso Exercício e atividade física Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, tátil, auditiva, gustativa, dolorosa Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e no espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou de filosofia de vida

Fonte: HORTA, (1979).

Neste estudo, utilizamos a classificação das necessidades humanas básicas adotada por Horta (1979), na avaliação dos pacientes. Apresentamos a seguir a descrição das necessidades incluídas em nosso instrumento de coleta de dados a luz do referencial descrito anteriormente, considerando-se os pacientes em pós-operatório imediato submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral.

Necessidades Psicobiológicas

Necessidade de Oxigenação/Respiração

A necessidade de oxigenação ocupa o primeiro lugar na escala hierárquica das necessidades humanas básicas segundo Horta (1979), pois sem oxigênio mesmo que em breves períodos, as células do organismo podem sofrer lesões irreversíveis e morrer, assim, a

necessidade de oxigênio é uma das necessidades mais importantes e fundamentais do organismo (ATKINSON; MURRAY, 1989).

O oxigênio é proporcionado às células mediante um conjunto de atividades coordenadas constituídas por ventilação dos pulmões, difusão dos gases entre o sangue e os alvéolos pulmonares, e o transporte dos gases às células pelo sangue. Qualquer alteração em alguma dessas atividades resultará em insuficiência respiratória (GUYTON, 1992).

A investigação da necessidade de oxigenação e respiração no período pré-operatório visa também identificar problemas respiratórios preexistentes, que podem acarretar ou agravar complicações no intra e pós-operatório. Condições prévias, como doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo, obesidade e congestão pulmonar por insuficiência cardíaca, contribuem para disfunções pulmonares no período pós-operatório. Uma cuidadosa história pode indicar fontes potenciais de risco para complicações pós-operatórias (DOYLE, 1999; SENRA; IASBECH; OLIVEIRA, 1998).

No instrumento de coleta de dados (Apêndice A), apresentado como *Ficha de avaliação do paciente em pós-operatório imediato*, no item necessidades psicobiológicas/necessidade de oxigenação e respiração, selecionamos os seguintes dados significativos para avaliar esta clientela: frequência respiratória, ritmo, profundidade, saturação de oxigênio, artefatos de suporte a oxigenoterapia, desconforto respiratório, avaliação de ausculta pulmonar, registro dos dados de gasometria, tosse e outras informações relevantes que o enfermeiro poderá considerar na avaliação.

A condução da coleta de dados, para avaliar as necessidades de oxigenação e respiração, se faz por meio da semiologia e semiotécnica estruturada na interação, observação (inspeção, palpação, ausculta e percussão) e mensuração. O enfermeiro deve utilizar todos os sentidos para acuradamente, avaliar as respostas do paciente frente a sua condição de saúde no pós-operatório imediato.

A frequência respiratória normal de um adulto em repouso é de aproximadamente 12 a 24 movimentos por minuto, com frequência e ritmo regulares, o tórax deve expandir de forma igual para os dois lados. Alterações como as retrações e abaulamentos intercostais, batimentos de asas nasais e uso da musculatura respiratória acessória são indicativos de dificuldade respiratória. Em pacientes em recuperação anestésica, a respiração superficial pode ser um sinal importante de depressão respiratória secundária à anestesia ou pode indicar uma recurarização devido ao uso de relaxantes musculares tais como o pancurônio e a succinilcolina, além de outros fatores como presença de dor incisional e obesidade. A avaliação da saturação de O_2 (SpO_2), ou seja, da quantidade de oxigênio circulante no sangue, pode ser feita por meio da utilização do oximetria de pulso não invasiva, atualmente um dos dispositivos mais utilizados na monitorização de pacientes que fornece a medida da saturação arterial de oxigênio. O princípio desta técnica é a da espectrofotometria, pois tanto a hemoglobina reduzida quanto a oxiemoglobina possuem diferentes espectros de absorção e transmissão luminosa. Assim, o aparelho alternadamente emite luz com comprimentos de ondas diferentes (luz vermelha e infravermelha) através dos tecidos e com a pulsação arterial, o sangue entra no tecido, alternando suas características de transmissão e absorção da luz. Essa diferença entre os dois componentes de luz absorvida (pulsátil e não pulsátil) é analisada por um microprocessador, que calcula a saturação de hemoglobina no sangue arterial (DRAIN, 1994). Os locais mais freqüentes para fixação dos sensores de oximetria são as extremidades das mãos e pés e lóbulo da orelha (DRAIN, 1994).

Na ausculta pulmonar, o som murmúrio vesicular é um ruído respiratório ouvido na maior parte do tórax, representando um som normal. Constitui importante alteração na ausculta pulmonar destacada em nosso instrumento de coleta de dados. Os sons ou ruídos anormais descontínuos e os contínuos denominados de sons adventícios, que são: os estertores, roncos, sibilos e estridores.

Muito embora seja rara a ocorrência de complicações respiratórias nos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica, o enfermeiro deve estar atento a queixas do paciente como, por exemplo, falta de ar (dispnéia), tosse e outras sensações percebidas pelo paciente que sustentam uma manifestação clínica para esta necessidade. A agitação, a confusão ou ansiedade e a apreensão são sinais de hipóxia e de retenção de dióxido de carbono e devem receber atenção imediata para que se diferenciem suas causas. Uma maneira de diferenciá-las é através da realização do exame de gasometria arterial (DRAIN, 1994). A gasometria, como um dado complementar da avaliação da necessidade de oxigenação e respiração, tem por finalidade a análise do sangue arterial, permitindo avaliar se o pulmão está realizando sua função primordial; a troca de gases (PORTO, 2001). No indivíduo normal, a reação do meio líquido interno é mantida constante, dentro dos estreitos limites de pH 7,38 e 7,42. A PCO_2 arterial normal é de 40 mmHg e o valor do bicarbonato aproximadamente 24 mEq . L⁻¹. (AIRES, 1999).

Os diagnósticos de enfermagem troca de gases prejudicada, desobstrução ineficaz de vias aéreas e ventilação espontânea prejudicada, apresentam como características definidoras dados bioquímicos da gasometria, como PCO_2 aumentado e PO_2 diminuído, saturação de O_2 diminuída assim como dados que são manifestações da hipóxia como, por exemplo, agitação, cianose, apreensão, irritabilidade, confusão, gases arteriais anormais, pH arterial anormal, distúrbios visuais, e hipoxemia e hipóxia, que a nosso ver podemos caracterizar como semelhanças de manifestação (NANDA, 2002).

As perturbações ácido-básicas se classificam em respiratórias ou metabólicas, segundo sua origem. Em geral, aquelas que se devem a perturbações da ventilação pulmonar ou do fluxo sanguíneo são consideradas como alterações respiratórias, enquanto que os outros distúrbios ácido-básicos são metabólicos. O metabolismo é o responsável pelos distúrbios que

fazem variar o valor do bicarbonato, ao passo que os distúrbios respiratórios alteram a pressão parcial de CO_2 (AIRES, 1999).

Na acidose respiratória, há uma elevação da pCO_2 , diminuindo o pH. Isto ocorre porque sempre que a pCO_2 se eleva, há um aumento concomitante do bicarbonato por causa da dissociação do ácido carbônico produzido. A retenção de CO_2 ou hipercapnia pode resultar de hipoventilação alveolar ou de desigualdades da relação ventilação - perfusão. Na alcalose respiratória, há uma diminuição da pCO_2 , resultando um aumento do pH. Uma diminuição da pCO_2 pode ser causada por hiperventilação alveolar, como ocorre em grandes altitudes. Na acidose metabólica, há aumento na produção de ácidos pelo organismo, diminuindo a relação bicarbonato/ CO_2 e o pH, e enquanto que a elevação do HCO_3^- com conseqüente aumento da relação bicarbonato/ CO_2 e do pH, caracteriza a alcalose metabólica (AIRES, 1999).

Nas cirurgias de colecistectomia laparoscópicas, as alterações respiratórias estão frequentemente relacionadas ao fato de ser uma operação sob anestesia geral, com uso de respiração controlada e hiperventilação, podendo ocorrer retenção de dióxido de carbono com alcalose respiratória, levando o paciente a um colapso respiratório por perda de tono arteriolar, respiração superficial e deficiente, com hiperventilação. A depressão do sistema respiratório pode estar relacionada diretamente à anestesia ou à sedação excessiva no pós-operatório, acontecendo com maior freqüência em idosos e crianças, em vista da labilidade do sistema nervoso central frente à ação de opiáceos e barbitúricos (GIFT et al., 1995).

Vinte e nove a 80% dos pacientes em período pós-anestésico, segundo Ziolkowski e Strzyzewski (2001), têm chances de apresentar complicações pulmonares, como dispnéia, alterações no ritmo e freqüência, ortopnéia, e, muitas vezes, é necessário o uso de oxigenoterapia complementar.

O objetivo da oxigenoterapia é o uso ótimo da capacidade do sangue arterial de transportar oxigênio. Todos os pacientes anestesiados experimentam alguma interferência em

seu processo respiratório e é por essa razão que freqüentemente a administração de oxigênio é indiscriminada no período pós-operatório. Porém seu uso deve ser realmente de indicação terapêutica. A administração de um pequeno fluxo de oxigênio ajuda o paciente a manter uma oxigenação adequada dos tecidos. O propósito da oxigenoterapia, no controle da função respiratória do paciente no pós-operatório, é o de corrigir os distúrbios da hematose devido a transtornos da ventilação pulmonar ou da difusão alveolar. De maneira geral, está indicada em todos os casos de insuficiência respiratória de evolução aguda ou crônica com hipóxia ou anóxia e que se exterioriza geralmente por dispnéia, taquicardia e cianose (GIFT et al., 1995). Pode ser administrada através de cateteres nasais, cânulas nasais ou máscaras faciais, cada um desses equipamentos fornece concentrações de oxigênio específicas como, por exemplo, os cateteres e as cânulas nasais fornecem cerca de 30 a 40%, as máscaras em torno de 30 a 60% de oxigênio (DRAIN, 1994).

Podem ocorrer complicações pelo uso da oxigenoterapia como depressão respiratória, atelectasia, dor torácica subesternal e toxicidade pulmonar pelo oxigênio quando administrado em concentrações muito elevadas e durante períodos prolongados (DRAIN, 1994).

A insuficiência respiratória pós-operatória é uma síndrome que ocorre devido a distúrbios do fenômeno da hematose ao nível do alvéolo pulmonar, que se exterioriza sob forma de deficiência total (anóxia), parcial (hipóxia) de oxigênio nos tecidos, e que se acompanha freqüentemente pela retenção de dióxido de carbono. As manifestações dessas síndromes, no pós-operatório, são geralmente agudas e precoces, iniciando-se logo após o término da anestesia, fase em que o traumatismo e a dor pós-operatória, associados à depressão do centro respiratório pelas drogas anestésicas e à retenção de secreções (POTTER; PERRY, 1997).

A avaliação dos sinais de hipóxia em pacientes no pós-operatório imediato é uma das maiores responsabilidades do enfermeiro no centro de recuperação pós-anestésica. A hipóxia

é uma das condições comumente observadas após a cirurgia (GIFT et al., 1995; PIERCE; CLANCY, 2001;).

É importante para o enfermeiro aprender a pensar reflexivamente sobre o que examinar e, nesse caso, conhecer as principais causas da hipóxia permite ao enfermeiro identificar situações relevantes e apropriadas relacionadas às manifestações clínicas apresentadas para uma alteração respiratória presente no paciente no período pós-operatório imediato.

Todos os procedimentos abdominais superiores, incluindo a colecistectomia, produzem danos significativos à mecânica pulmonar. O enfisema subcutâneo, como relata as autoras Acosta e Correa (2001), é uma complicação possível de ocorrer em cirurgias de colecistectomia laparoscópica, ele se define como um estado de tecido distendido por gases especialmente na presença de ar no tecido celular subcutâneo, acompanhando uma alta incidência de pneumotórax. O mecanismo do enfisema subcutâneo pode ter origem supra ou infradiafragmático, sendo que o dióxido de carbono utilizado para a formação e manutenção do pneumoperitônio passa através do forame diafragmático ao mediastino e deste aos planos subcutâneos. Outro mecanismo que pode ser o causador do enfisema subcutâneo é a colocação inadequada dos trocartes, podendo haver entrada de dióxido de carbono no tecido subcutâneo.

Necessidade de Circulação

Para se compreender de uma maneira global o sistema circulatório, coloca-se num extremo o coração, cuja função é bombear o sangue para todo o organismo, e, no outro, a microcirculação, onde ocorre as trocas metabólicas, razão da própria existência deste sistema. Entre os dois extremos, estende-se uma intrincada rede de vasos, artérias e veias, que serve de leito para o sangue. Para que haja eficiência deste mecanismo aparentemente tão simples,

existe um complexo sistema de integração que faz o organismo como um todo (PORTO, 2001).

A função da circulação é atender às necessidades dos tecidos, remover produtos de excreção, transportar substâncias e manter um ambiente apropriado a sobrevivência e função das células (GEORGE-GAY; PARKER, 2003)

A distribuição do sangue pelo organismo é diferente para cada órgão ou sistema. Os valores podem variar de acordo com diferentes situações fisiológicas como, por exemplo, quando estamos realizando exercícios ou em condições patológicas. Essa função básica, através da circulação, acarreta uma atividade complexa intensa e regulada, portanto por fatores diversos, tanto intrínsecos como extrínsecos, permitindo então todas as adaptações de função que venham a ser necessárias para manter-se equilíbrio em uma condição de saúde ou de doença (GEORGE-GAY; PARKER, 2003)

Sabe-se que o volume sangüíneo que flui individualmente para um órgão deve-se a diferença de pressão entre o sistema arterial e venoso que supre o órgão e que, por sua vez, mesmo na variação dos níveis de pressão que ocorrem no exercício, alimentação, ou mesmo estresse de qualquer ordem, a alteração destes volumes ocorre pela variação da resistência vascular do órgão (PORTO, 2001).

Uma das complicações relativas ao sistema circulatório que podem acometer os pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica é a alteração de sua pressão arterial. De acordo com Fortuna (1992), considera-se “hipertensão arterial pós-operatória” a elevação transitória da pressão arterial média acima de 105 mmHg, ou até 10% do valor pré-operatório, quando o paciente já for hipertenso. Segundo este mesmo autor, a elevação da pressão arterial, no período de recuperação anestésica, ocorre, na maioria das vezes, em resposta à liberação adrenérgica associada, em geral, à dor, à hipotermia e à tensão emocional.

No outro extremo, a hipotensão também é uma dentre as várias complicações que podem acometer o paciente no período pós-operatório imediato e contribuir para altas taxas de morbidade e mortalidade de pacientes neste mesmo período. Uma compreensão das etiologias, do diagnóstico e do tratamento desta complicação é muito importante e pode beneficiar o paciente neste período crítico. A causa mais comum de hipotensão é a hipovolemia, definida como uma redução direta do volume de sangue circulante. A hipovolemia reduz a pressão sanguínea e, em uma proporção direta, os mecanismos de hemostasia conduzem a uma vasoconstrição (aumento da resistência) como fator compensatório (COWLING; HAAS, 2002).

A hipotensão também pode estar associada à presença de hemorragia, o enfermeiro do centro de recuperação pós-anestésica deve estar atento para um sangramento atípico no local cirúrgico. As suspeitas de hemorragia cirúrgica devem ser rapidamente comunicadas a equipe médica, a fim de uma rápida intervenção (COWLING; HAAS, 2002). Consideração semelhante deve ser feita quanto aos fatores que podem adversamente afetar a resistência vascular, levando também à hipotensão, como é o caso dos relacionados ao uso de medicamentos anestésicos, que produzem uma vasodilatação profunda (COWLING; HAAS, 2002).

Os pacientes que são submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica geralmente não apresentam complicações relativas à presença de hemorragias ou sangramentos no período pós-operatório imediato, desde que após seu término, seja realizada uma boa revisão da cavidade abdominal no local da realização do procedimento cirúrgico, fazendo-se adequadamente a hemostasia e a verificação adequada da localização do grampeamento do canal cístico e da artéria cística (SABISTON JR., 2002).

Já os pacientes cirróticos submetidos a esta mesma técnica cirúrgica são aqueles que possuem maiores riscos de apresentar complicações relacionadas à presença de sangramentos

tanto no trans-operatório quanto no pós-operatório pela dificuldade de afastar o fígado em virtude da presença de vasos colaterais (FONTES et al., 2002). Dessa forma, embora as complicações sejam raras, a avaliação contínua e criteriosa do enfermeiro é muito importante para estes pacientes.

O tempo de enchimento capilar deve ser investigado por fornecer informações sobre o ritmo cardíaco e o fluxo sanguíneo periférico. Normalmente, a perfusão ocorre quase que instantaneamente, num período geralmente menor que três segundos, a demora (tempo de enchimento maior que três segundos) indica uma redução do fluxo sanguíneo periférico (PORTO, 2001).

Devem ser avaliadas também a coloração e umidade da pele. A cianose periférica, coloração azulada da pele e mucosa pode ser resultado da diminuição do fluxo sanguíneo para a periferia, normalmente, devido à vasoconstrição periférica associada ao frio ou patologicamente, nas condições que reduzem o fluxo sanguíneo. A cianose central é resultado do aumento da concentração de hemoglobina não oxigenada no sangue, como consequência da concentração reduzida de oxigênio inspirado que ocorre quando há um distúrbio da função pulmonar (PORTO, 2001).

As manifestações descritas acima como, por exemplo, alteração na resistência vascular, perfusão periférica diminuída, pele fria e pegajosa e mudanças na cor da pele são algumas das características definidoras presentes no diagnóstico de enfermagem *débito cardíaco diminuído e perfusão tissular ineficaz*, segundo a Taxonomia da NANDA (2002).

São necessários também os equilíbrios hidroeletrólíticos e ácido-básico no interior do corpo para manter a saúde. Esses equilíbrios são mantidos pela ingestão, distribuição e excreção de água e eletrólitos e a regulação é feita pelos sistemas renal e pulmonar. Os desequilíbrios podem resultar de muitos fatores, incluindo as doenças. Portanto, o cuidado de

enfermagem para os diversos tipos de pacientes incluiu a avaliação dos desequilíbrios ou manutenção do equilíbrio (EATON, 2003).

Os fluídos corporais estão distribuídos em dois compartimentos distintos: os líquidos extracelulares e os intracelulares. Os líquidos extracelulares incluem líquido intersticial e o líquido intravascular. O líquido intersticial preenche os espaços entre a maioria das células do corpo e proporciona uma parte substancial do ambiente líquido do corpo. Os líquidos intracelulares contêm substâncias dissolvidas ou solutos essenciais ao equilíbrio hidroeletrolítico e ao metabolismo. Os líquidos que circulam através do corpo nos espaços dos líquidos extracelulares contêm eletrólitos, minerais e células. Um eletrólito é um elemento composto que, quando associado ou dissolvido em água ou em outro solvente, dissocia-se em íons, sendo capaz de conduzir uma corrente elétrica. Os eletrólitos carregados positivamente são cátions e os carregados negativamente são os ânions. A concentração de cada eletrólito difere nos líquidos extra e intracelulares. Os principais cátions são o sódio (Na^+), cálcio (Ca^+) e magnésio (Mg^{2+}). Suas ações afetam as transmissões neuroquímicas e neuromusculares, influenciando a função muscular, contratilidade e o ritmo cardíaco, o humor e o comportamento e o funcionamento gastrointestinal. Os ânions principais são: o cloro (Cl^-), o bicarbonato (HCO_3^-) e o fosfato (PO_4^{3-}). Eles afetam o equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico e suas funções (EATON, 2003).

De acordo com estudo realizado por Eaton (2003), os sinais e sintomas da hiponatremia mais comuns são: náusea, vômito, diarreia, taquicardia, desorientação e letargia. O uso de alguns medicamentos, como é o caso dos diuréticos, as ciclofosfamidas, carbamazepina, haloperidol e a nicotina, podem causar também hiponatremia no período pós-operatório.

Durante a coleta de dados, o enfermeiro identifica os estados alterados em relação aos líquidos, eletrólitos e ácido-base. Para avaliar os pacientes efetivamente, o enfermeiro

considera as variáveis que influenciam a condição hidroeletrolítica e ácido-básica, a forma normal pela qual o equilíbrio se modifica e se a mudança é uma mudança normal prevista ou uma condição patológica (POTTER; PERRY, 1997).

A deficiência de volume de líquidos resulta da perda de líquidos orgânicos, e pode ocorrer rapidamente e ser leve, moderada ou grave, dependendo do grau da perda hídrica. Podem apresentar complicações como hipotensão, choque, disritmias, etc. Dados laboratoriais (como controle do sódio, do cálcio, potássio e hemograma) são muito úteis na avaliação do estado do volume hídrico e, por este motivo, estão descritos como itens que foram avaliados em nosso instrumento utilizado para coleta de dados. Entretanto, nota-se que, a menos que os pacientes no pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica apresentem alterações agudas durante sua permanência no centro de recuperação pós-anestésica, os exames para verificação dos eletrólitos não são colhidos usualmente, na maioria das vezes, esses resultados datam períodos de um a dois meses anteriores.

A realização de um controle hídrico rigoroso por meio da avaliação dos volumes drenados em bolsas coletoras de diurese ou através da micção espontânea dos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, e a quantidade de líquido infundido tanto no trans-operatório quanto no pós-operatório é muito importante para a avaliação do paciente no centro de recuperação pós-anestésica. Deve-se ainda associar os dados dessa avaliação aos dados sobre frequência cardíaca, pulso e nível de consciência.

Com o objetivo de identificar as manifestações clínicas do paciente no pós-operatório imediato em relação à necessidade de circulação agrupadas no Instrumento de coleta de dados (Apêndice A), no item Necessidade de Circulação os seguintes dados objetivos e subjetivos foram considerados para avaliar esta clientela: frequência cardíaca, pressão arterial, pulsos (braquial, pedioso, femural), ritmo e amplitude dos pulsos, perfusão tecidual ou tempo de enchimento capilar, característica da rede vascular, presença e tipo de acesso venoso (local,

infusão de soroterapia, hemoderivados, drogas) e outras informações que o enfermeiro poderá considerar relevante na avaliação do paciente.

O risco de intervenções cirúrgicas em pacientes cardíacos e em pacientes idosos é elevado quando comparado à população geral de acordo com NYHA (New York Heart Association Classification) ou CCS (Canadian Cardiac Society Classification), podendo haver ocorrência de falência cardíaca, arritmias e a presença de doenças em outros órgãos vitais (como os rins ou pulmões). Além disso, o risco é influenciado pela extensão e localização do procedimento cirúrgico (um risco mais alto está presente em cirurgia de tórax e cirurgia abdominal superior). Além dos fatores subjacentes, como ansiedade e medo do procedimento cirúrgico, há ainda os riscos cirúrgicos, como: riscos relacionados à anestesia, riscos do procedimento cirúrgico e o risco da resposta do organismo, risco de imobilização a longo prazo depois da cirurgia. Assim, a cirurgia laparoscópica, trouxe vários benefícios para pacientes que possuem um risco cirúrgico aumentado devido à presença de uma doença cardiovascular. O tempo de hospitalização é muito reduzido devido o uso da técnica laparoscópica, a cirurgia é classificada como minimamente invasiva, o que representa uma incisão cirúrgica menor, uma menor destruição de tecido e uma menor retração visceral. A dor, na maioria das vezes, é reduzida, pois o procedimento é mais rápido e menos invasivo, as alterações na motilidade do trato gastrointestinal são menores, e por fim, o risco de tromboembolismo é menor (DANZIG et al., 2004).

Estatísticas mostram considerável incidência de alterações hemodinâmicas e cardiorespiratórias com a insuflação da cavidade peritoneal com o dióxido de carbono. A presença do CO₂ na cavidade abdominal e a utilização de pressão para sua manutenção podem aumentar os níveis de gás carbônico no sangue, além disso, a função cardíaca também é alterada, podendo haver elevação significativa da pressão sanguínea. Ao usar pressões de 20 mmHg ou mais para a insuflação e manutenção do pneumoperitônio, pode haver uma redução

significante do retorno venoso, produzindo redução na pressão venosa central (CVP) e diminuição do débito cardíaco. Atualmente, os médicos tendem a usar pressões mais baixas sempre que possível na tentativa de minimizar tais alterações (DANZIG et al., 2004).

Necessidade de Termoregulação

O organismo humano é homeotérmico, isto é, produz e dissipa calor, mantendo a temperatura estável. A manutenção da temperatura corporal entre os seres humanos é resultado do equilíbrio entre a produção do calor e a perda calórica. Quando a produção de calor no organismo é maior que a sua perda, o calor aumenta e verifica-se elevação da temperatura corporal. Por outro lado, quando a perda do calor é maior, o calor diminui no organismo e verifica-se redução da temperatura corporal. A temperatura do corpo é regulada quase inteiramente por mecanismos nervosos de retroalimentação que operam através do centro termorregulador, localizado no hipotálamo. Provavelmente, os mais importantes receptores térmicos são os neurônios termossensíveis especiais localizados na área pré-óptica do hipotálamo. A detecção termostática do frio é feita por receptores situados na medula espinhal e na pele (PORTO, 2001).

Quando a temperatura corporal atinge 37°C, pode iniciar-se a sudorese que, a partir deste ponto, aumenta rapidamente com um mínimo de elevação na temperatura corporal. A taxa de produção do calor é reduzida a partir deste instante. O aquecimento da área termostática pré-óptica aumenta a taxa de eliminação do calor corporal de dois modos, estimulando as glândulas sudoríparas e causando vasodilatação dos vasos cutâneos (PORTO, 2001).

A hipotermia pós-operatória é definida para alguns autores Porto (2001), Connor e Wren (2000) e Jarvis (1996), como uma temperatura menor que 36°C e é um problema crescente nos centros de recuperação pós-anestésica. Acredita-se que mais de 60% dos

pacientes nessas unidades apresentam hipotermia (CONNOR; WREN, 2000). A hipotermia também pode estar associada à perda de volume intravascular, devido ao deslocamento de líquido do espaço extravascular que leva à vasoconstrição. Quando o paciente começa a reaquecer-se, acontece a vasodilatação e o paciente pode requerer grandes quantidades de líquidos intravenosos na tentativa de combater a hipovolemia. A hipotermia também é a responsável por retardar o metabolismo, alterando o efeito de algumas drogas anestésicas. Assim, há um prolongamento no período de eliminação de alguns relaxantes musculares fazendo com que estes pacientes demorem mais tempo para se recuperar da anestesia (CONNOR; WREN, 2000).

Vários estudos demonstram o rápido desenvolvimento da hipotermia em pacientes sob efeito de anestésicos e seus sinais e sintomas podem ser evidenciados com a presença de vasoconstrição, palidez, tremores, taquicardia e elevação da pressão arterial (ASPAN, 2004; CONNOR; WREN, 2000; PORTO, 2001). Esses dados podem ser encontrados também nas características definidoras dos diagnósticos apresentados na Taxonomia II da NANDA (2002): *hipertermia, hipotermia e termorregulação ineficaz*.

Em uma conferência realizada em fevereiro de 1998, a American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN) chegou à conclusão de que, apesar de haver grande disponibilidade de tecnologias para prevenir a hipotermia em pacientes no período pós-operatório, muitos deles ainda permanecem com esse problema no momento em que são admitidos no centro de recuperação pós-anestésica. Assim, estabeleceram diretrizes clínicas para prevenção da hipotermia nesta clientela. Para o estabelecimento dessas diretrizes é necessário: estabelecer uma definição para normotermia, estabelecer uma definição para hipotermia, manter enfermeiros e médicos alertas no período perioperatório para manter a normotermia nos pacientes, prover formas de tratamento para administrar a hipotermia pós-

operatória não planejada, melhorar os resultados e estabelecer estratégias para manter a normotermia no pós-operatório (ASPAN, 2004).

Alguns fatores podem aumentar o risco de o paciente cirúrgico apresentar hipotermia no pós-operatório como, por exemplo, extremos da idade, sexo feminino, baixa temperatura do ambiente, tamanho e tipo de intervenção cirúrgica, caquexia, pré existência de fatores como (queimaduras, feridas abertas, doenças endócrinas, doenças vasculares periféricas), uso de infusões frias, uso de anestesia geral e como ocorre nas cirurgias de colecistectomia laparoscópicas a formação e manutenção do pneumoperitônio (BARRAT; CAPELLUTO; CHAMPAULT, 1999). A hipotermia pode trazer conseqüências negativas para esses pacientes, como: alterações cardíacas, excitação adrenérgica com aumento dos níveis de catecolaminas no sangue, prejudicar a função plaquetária e redução do tempo de coagulação, alteração no metabolismo das drogas, prejudicar a cicatrização da ferida cirúrgica, aumentando a suscetibilidade para infecção (AORN, 2001).

A operação de colecistectomia laparoscópica necessita de um espaço para visualização e manipulação do instrumental, esse espaço é geralmente criado fazendo-se um pneumoperitônio com o dióxido de carbono (CO₂). Estudos de Barrat, Capelluto e Champault (1999), Berber et al. (2001) e Capelluto e Champault (2000) mostram que, em razão de os pacientes submetidos a este tipo de cirurgia necessitam da insuflação de CO₂ na cavidade abdominal para formação e manutenção do pneumoperitônio, e pelo fato de o dióxido de carbono ser um gás frio e por permanecer na cavidade abdominal por várias horas, estando em contato com órgãos vitais e muito vascularizados como o fígado, estômago e intestino, existe o risco desses pacientes manifestarem um quadro de hipotermia. O gás utilizado, ao deixar o insuflador, apresenta em média temperatura de 25°C e ao chegar à cavidade peritoneal, a temperatura registrada pode variar entre 30 a 32°C, fato este que pode explicar a hipotermia, muitas vezes, presente no intra e no pós-operatório deste tipo de cirurgia.

Além da presença do dióxido de carbono na cavidade abdominal, outros fatores podem interferir na presença de hipotermia em pacientes no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica, como a presença de ambiente frio, uso de drogas anestésicas que causam vasodilatação, idade avançada dos pacientes dentre outros fatores. Neste sentido, muitos trabalhos para identificação e prevenção da hipotermia no pós-operatório imediato têm sido realizados, não só em pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia, mas em outros tipos de cirurgias também.

Moraes e Peniche (2003) realizaram um estudo sobre a assistência de enfermagem prestada a pacientes cirúrgicos com o objetivo de identificar as principais complicações manifestadas por eles. Nos resultados encontrados, a hipotermia foi registrada como uma complicação das mais freqüentes, observada em 29,9% dos pacientes submetidos à anestesia geral.

No instrumento de coleta de dados (Apêndice A), no item necessidades psicobiológicas/necessidade de termorregulação, foi registrada a avaliação da temperatura considerando-se os seguintes aspectos: temperatura axilar, temperatura da pele ao toque, tremores, piloereção, sudorese e outras informações relevantes que o enfermeiro poderá considerar na avaliação, que foram selecionados a partir da revisão bibliográfica realizada sobre o assunto.

A temperatura corporal pode apresentar variações dependendo do local que for mensurada, pode ser axilar, oral, retal, timpânica, arterial e esofágica. É importante conhecer as diferenças fisiológicas entre os diversos locais, pois a temperatura pode variar em até 1° C de acordo com o local de sua mensuração (JARVIS, 1996). A temperatura timpânica e a esofágica são as mais elevadas pelo fato de serem mais perfundidas por artérias. Neste estudo, a temperatura dos pacientes será verificada no oco axilar, com utilização de um termômetro

de mercúrio, pois é um método simples e de fácil execução e consideramos como valores normais os que estiverem entre de 35,5 a 37 °C (PORTO, 2001).

A febre não é apenas um sinal, constituindo, na verdade, uma síndrome, na qual além de elevação da temperatura, ocorrem vários outros sinais e sintomas cujo aparecimento e a intensidade variam em relação direta com a magnitude hipertermia, desencadeando a astenia, inapetência, cefaléias, taquicardia, taquipnéia, oligúria, dor no corpo, calafrios, sudorese, náuseas, vômitos, sintomas estes que interferem e retardam a recuperação do paciente no pós-operatório (PORTO, 2001).

Fato raro, porém, algumas vezes observado em pacientes no período pós-operatório, é a ocorrência da hipotermia maligna, que acomete indivíduos susceptíveis quando fazem uso de anestésico, relaxantes musculares, como a succilcolina. É de causa desconhecida, provavelmente associada a fatores genéticos ainda obscuros para a ciência. Esses fatores causam uma desordem celular a nível central que desencadeia contrações músculo-esqueléticas, que interferem no metabolismo celular, acelerando-o, aumentando conseqüentemente, a produção de calor, que produz uma hipercalemia, ou seja, desencadeia uma síndrome hipermetabólica. A incidência exata é desconhecida, estima-se que sua ocorrência seja de 1 para 50.000 adultos que passaram por procedimentos anestésicos, dado este referente a população norte americana. Os sinais e sintomas são: rigidez muscular, taquicardia e arritmias, taquipnéia, alterações sangüíneas, como: acidose metabólica, acidose respiratória, hipercalemia, hipercalcemia. Os enfermeiros do centro de recuperação pós-anestésica devem estar familiarizados com tais sinais e sintomas, pois frente à primeira suspeita de hipertermia maligna, devem comunicar a equipe anestésica, para que a intervenção seja feita o mais rápido possível, garantindo o sucesso do tratamento. Uma vez diagnosticada tal síndrome, o enfermeiro deve manter o paciente monitorizado (ECG, SpO₂,

pulso, temperatura), instalar oxigenoterapia apropriada e fazer controle rigoroso do balanço hídrico (REDMOND, 2001).

Necessidade de Integridade Tecidual

A pele representa 15% do peso corpóreo, formando o revestimento e dando proteção ao organismo contra agentes nocivos físicos, químicos ou biológicos. Além da função protetora da pele há ainda a sua função imunológica, termorreguladora, de percepção e de secreção (PORTO, 2001).

A pele fornece uma barreira entre os meios corporal interno e externo. A superfície coberta pela pele é de cerca de 1,8 metros quadrado no homem e de 1,6 na mulher, está dividida em epiderme, derme e hipoderme. A epiderme consiste em um epitélio escamoso estratificado e não apresenta vasos sanguíneos, suas células dividem-se constantemente, produzindo células das camadas mais externas. A derme localiza-se abaixo da epiderme e consiste de fibras colágenas, elásticas e reticulares, vasos sanguíneos, nervos e músculo liso. A hipoderme tem a função de absorver choque e funciona também como um isolante térmico, está localizada abaixo da derme e é composta por gordura e músculo liso (DRAIN, 1994).

A pele atua na proteção do corpo contra estímulos lesivos que podem ser físicos, químicos, elétricos, térmicos ou biológicos. Quando intacta, a pele bloqueia organismos patogênicos não permitindo sua entrada no corpo e ao mesmo tempo a perda ativa de água, eletrólitos e proteínas para o meio externo. Quando há uma solução de continuidade na pele, como, por exemplo, a incisão cirúrgica ou venopunção, a barreira entre o meio interno e externo se rompe, daí a importância de se manter sempre limpas as feridas cirúrgicas, e se usar técnicas assépticas sempre que estiver prevista a ruptura da pele (DRAIN, 1994).

Fizeram parte da investigação da pele no pós-operatório a sua coloração, umidade, textura, espessura, temperatura, elasticidade, mobilidade, turgor, sensibilidade e lesões

elementares. De acordo com Porto (2001), a palidez generalizada traduz uma diminuição das hemácias circulantes nas microcirculações cutânea e subcutânea. Isso pode decorrer de dois mecanismos, um deles é a vasoconstrição generalizada em consequência de estímulos neurogênicos e hormonais, como se vê em crises dolorosas, muito freqüentes em pacientes no pós-operatório, nos estados de náusea intensa e no choque. O outro mecanismo é por redução real nas hemácias, o que ocorre nas anemias.

A etiologia dos ferimentos pode ser descrita em três categorias: cirúrgica (causada por uma incisão ou excisão), traumática (causada por uma agressão mecânica, térmica ou química) e crônica (causada por uma fisiopatologia subjacente, como as úlceras de pressão ou úlceras varicosas) (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

A incidência da ocorrência de úlceras de pressão em pacientes no pós-operatório é de 12% a 45%, devido a uma compressão prolongada e à ação da gravidade de determinadas partes do corpo sobre a pele ou músculo contra a superfície da cama, imobilidade e a fatores de risco pré-existentes. Essa alta compressão tem potencial para danificar a integridade da pele. Os agentes anestésicos, quando associados a uma baixa pressão sanguínea e alteração da perfusão do tecido, também podem contribuir para o dano tissular (ARMSTRONG; BORTZ, 2001). A presença de fatores de risco para a ocorrência de úlceras de pressão em pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia pode ser menos freqüente, pois a permanência do paciente em um mesmo decúbito em sala de operação raramente ultrapassa 2 horas e durante sua permanência no centro de recuperação o paciente é, assim que bem acordado, estimulado a movimentar-se no leito e deambular. Entretanto, pacientes que possuem patologias associadas à colecistite como diabetes, elevado índice de massa corporal, estado nutricional alterado, pacientes com idade mais avançada têm maior predisposição a apresentarem úlceras de pressão, assim como aqueles que apresentam mobilidade diminuída e alteração na temperatura de corporal (SCOTT et al., 2001).

A colecistectomia laparoscópica possui tempo operatório menor quando comparada à cirurgia de laparotomia, possibilitando um menor tempo de exposição do paciente, e menor tempo de permanência no hospital no período pós-operatório. Diminuindo assim complicações relacionadas à cicatriz cirúrgica, como por exemplo, o risco de infecção (RÊGO et al., 2003). O procedimento cirúrgico é realizado pela abertura de quatro orifícios na cavidade abdominal; na região supra umbilical, região subxifóide e na região do hipocôndrio direito superior e inferior, por estes pequenos orifícios são introduzidos os trocartes utilizados no procedimento, há penetração dos mesmos até o peritônio, manipulação da víscera e do ducto e artéria cística, por tal fato a técnica estéril é imprescindível (PINOTTI et al., 1999; PEREIRA, 2002). É notório que o grau de trauma ou agressão cirúrgica é diretamente proporcional ao grau da resposta inflamatória pós-operatória e da imunossupressão, assim a diminuição da lesão do tecido da parede abdominal na laparoscopia contribui para vários efeitos fisiológicos benéficos, entre eles a diminuição do risco de desenvolver infecções (SABISTON JR., 2002).

A cicatrização da ferida cirúrgica é uma resposta complexa e altamente organizada do tecido com solução de continuidade causada por uma agressão. A capacidade orgânica de cicatrizar feridas é uma das mais poderosas propriedades de defesa que o ser humano possui. Esse processo é infalível na ausência de infecções endógenas e exógenas, mecanismos de interferência, ou certos processos patológicos. A posição e manutenção das bordas limpas de uma incisão cirúrgica quase sempre resultam em uma rápida cicatrização (DRAIN, 1994).

Pelo fato de os pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica, na maioria das vezes, receberem alta no mesmo dia da realização do procedimento, o acompanhamento do processo de cicatrização não pode ser realizado diariamente pela equipe médica e de enfermagem. Por esse motivo, os pacientes são informados que devem retirar os curativos no dia seguinte à cirurgia e lavar bem o local com água e sabão, deixando-o seco ao

término do procedimento e procurar o serviço de saúde após sete dias para retirada dos pontos. Caso apresente alterações no local como hiperemia ou presença de exudato ou sangramento, a ferida cirúrgica deve ser avaliada por profissional da saúde antes do retorno agendado.

Necessidade de Higiene

A manutenção da higiene pessoal é necessária para o conforto, segurança e bem estar do indivíduo. Enquanto às pessoas saudáveis são capazes de atender as suas próprias necessidades de higiene, as doentes ou que apresentam comprometimento físico podem precisar da ajuda do enfermeiro para realizar as práticas rotineiras de higiene. Além disso, uma variedade de fatores pessoais e socioculturais influencia a prática de higiene do paciente. O enfermeiro determina a capacidade do paciente para realizar o autocuidado e proporciona o cuidado higiênico conforme as necessidades e preferências do paciente. O enfermeiro deve também considerar as limitações físicas específicas do paciente, suas crenças, valores e hábitos. As preferências culturais devem ser respeitadas. A menos que as preferências higiênicas do paciente afetem significativamente a sua condição de saúde, elas podem em geral ser incorporadas dentro do plano de cuidado (POTTER; PERRY, 1997).

No local do desenvolvimento deste estudo e após vivenciar a rotina da realização de cirurgias ambulatoriais, como as colecistectomias laparoscópicas, uma das maiores preocupações manifestadas por esta clientela durante sua permanência no centro de recuperação no período pós-operatório imediato, é relativa à necessidade de realização de higiene oral. Assim, para a realização de um cuidado diferenciado, o enfermeiro deve inspecionar a cavidade oral, observar condições de umidade e a presença de halitose são cuidados necessários, uma vez que pacientes nestas condições, tem a mucosa oral ressecada em virtude de medicações anestésicas que diminuem secreções e a halitose é freqüente pelo

jejum prolongado. A higiene oral é bastante reconfortante para estes pacientes, lavar a boca com água ou com anti-séptico bucais é bem tolerado e é uma atividade que proporciona bem estar ao paciente no pós-operatório imediato (DRAIN, 1994).

Nesse estudo, optamos por avaliar, no item *integridade tecidual* do instrumento utilizado na coleta de dados, a higiene oral e a mucosa oral em relação à preservação de sua integridade ou não, pois o epitélio que reveste a cavidade bucal é chamado de mucosa e sua integridade constitui fator essencial para a manutenção da função bucal. A mucosa que reveste a cavidade bucal é constituída de um tecido epitelial do tipo pavimentoso estratificado, que se divide de forma semelhante à pele em três camadas: epitélio, lâmina própria e submucosa (PORTO, 2001).

Outra preocupação relativa à higiene e aparência bucal neste tipo de paciente cirúrgico, esta relacionada ao fato daqueles pacientes que fazem uso de próteses. Quando bem acordados e cientes da necessidade de alimentarem-se antes de sua alta, os pacientes solicitam que as próteses dentárias sejam recolocadas, pois temem não conseguir comer de forma adequada.

Assim, a imagem corporal é um conceito subjetivo da pessoa sobre sua aparência física e na maioria das vezes está associado ao conceito de higiene corporal como um todo.

Necessidade de Mobilidade

De acordo com Miller (1999), a “mobilidade é um dos aspectos mais importantes do funcionamento fisiológico, porque é essencial para a manutenção da independência”. A atividade, a mobilidade e a flexibilidade são integrantes do estilo de vida de cada um. A mobilidade comprometida tem um sério impacto sobre o autocuidado e o estilo de vida.

A deambulação é uma atividade complexa, tridimensional, envolvendo as pernas, a pelve, o tronco e as extremidades superiores. O andar é um movimento complexo envolvendo

os sistemas musculoesqueléticos, neurológico e cardiovascular. Os fatores cognitivos, como a atividade mental e a orientação, são críticos para a deambulação segura (MILLER, 1999).

Para Carpenito (2002), “mobilidade física prejudicada é o estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, limitações dos movimentos físicos, mas não está imóvel”. Essa limitação, muitas vezes, está associada à força e à resistência diminuídas decorrentes do uso de anestésicos, relaxantes musculares e presença de danos neuromusculares.

Nas cirurgias de colecistectomia laparoscópica, pelo fato de as feridas cirúrgicas serem menores, a movimentação do paciente não é prejudicada. Nota-se que muitos pacientes restringem seus movimentos por terem medo de apresentar alguma manifestação dolorosa no local. Entretanto, no serviço onde este trabalho foi realizado, os pacientes apresentam condições para levantar-se do leito em média após duas horas de sua permanência no centro de recuperação pós-anestésica; são encorajados primeiramente a sentar-se no leito e não havendo sinais de lipotímia e outras manifestações, são então orientados a deambular, isso ocorre geralmente durante a sua ida ao banheiro.

O posicionamento correto do paciente no leito também é de grande importância durante a permanência do paciente no centro de recuperação, o decúbito lateral direito e esquerdo é o mais indicado, uma vez que todos os tubos de drenagem e cateteres venosos permaneçam em posição permeável e que nenhuma destas linhas sejam tracionadas e que não haja contra indicação cirúrgica para tal. A mudança no posicionamento do paciente a cada duas horas e em decúbito lateral permite a manutenção das vias aéreas permeáveis, evita aspirações de vômitos, além de prevenir a estase venosa (SCOTT et al., 2001).

O paciente deve ser incentivado a movimentar suas pernas e braços, fletir e estender suas extremidades de maneira rítmica para evitar que haja estase venosa, pois a mobilização ajuda no retorno venoso (DRAIN, 1994). Dessa forma, o enfermeiro também pode avaliar o

tônus muscular, a capacidade de desempenhar atividades, a amplitude dos movimentos e se há algum tipo de restrição à movimentação imposta pelo ato cirúrgico. Essas são também algumas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física Prejudicada” da NANDA (2002), e que também estão presentes no instrumento de coleta de dados para a necessidade de mobilidade descritas no Apêndice A, nas necessidades psicobiológicas para a avaliação do paciente no período pós-operatório imediato. A movimentação e deambulação do paciente submetido à cirurgia de colecistectomia laparoscópica são permitidas e muitas vezes estimuladas, desde que o paciente esteja bem acordado.

Necessidade de Alimentação e Hidratação

O funcionamento metabólico apropriado do organismo requer carboidratos, proteínas, gordura, vitaminas, minerais, eletrólitos e oligoelementos adequados. Os fatores que influenciam as exigências nutricionais incluem a idade, a atividade física, o sexo, o estado de saúde (presença de doença, traumatismos) e o metabolismo dos nutrientes (reserva, absorção, uso e excreção). Fatores que influenciam a ingestão de nutrientes incluem os pessoais (apetite, capacidade de mastigação e deglutição, capacidade funcional, estado psicológico, cultura) e estruturais (socialização, finanças, capacidade de obter e preparar alimentos) (CARPENITO, 2002).

O organismo exige um nível mínimo de nutrientes para a manutenção da saúde e crescimento. Durante o ciclo da vida, as necessidades nutricionais dos indivíduos variam. A quantidade mínima necessária para uma pessoa adulta manter-se em estado nutricional razoável é de 2.300 calorias (3000 calorias seria a quantidade ideal) e de 65 g de proteína por dia (DRAIN, 1994).

Os nutrientes fornecidos pela ingestão dos alimentos são essenciais para o crescimento, regeneração tissular (cicatrização) e funcionamento normal das células. O estado nutricional pré-operatório do paciente influi diretamente na resposta do organismo ao trauma cirúrgico e à anestesia. Devemos lembrar que as necessidades nutricionais aumentam com a cirurgia e, além disso, a recuperação tecidual e a resistência à infecção dependem do fornecimento adequado de elementos nutritivos aos tecidos (CARPENITO, 2002).

O paciente desnutrido apresenta maior tendência à cicatrização deficiente, depleção de suas reservas energéticas e infecção no período pós-operatório. Já o paciente obeso possui maior risco cirúrgico, em virtude de suas funções cardíacas e ventilatórias, geralmente insuficientes. Além disso, esses pacientes tendem a apresentar cicatrização inapropriada e infecção da ferida cirúrgica em decorrência da estrutura do tecido (POTTER; PERRY, 1997).

A avaliação do estado hidroeletrólítico de um paciente requer uma verificação de todo o organismo. Os desequilíbrios ocorrem rapidamente no paciente em período pós-operatório imediato devido a inúmeros fatores, incluindo a restrição de alimentos e líquidos no pré-operatório, perda de líquidos durante a cirurgia, ou seja, no trans-operatório. A resposta normal do organismo a cirurgia é a retenção renal de água e sódio, além disso, há também as perdas por vias anormais (sondas, drenos) de líquidos no pós-operatório. Devemos avaliar cada paciente para determinar suas necessidades basais e o volume de líquidos necessário para repor essas perdas. Na maioria das vezes, um adulto privado da ingestão oral requer cerca de 2000 a 2500 ml de água para manter o débito urinário e as perdas insensíveis, respiração e transpiração (DRAIN, 1994).

O estado de hidratação do paciente deve ser avaliado considerando-se os seguintes parâmetros: alteração do peso (presença de IMC abaixo ou acima do normal), da pele e mucosas em relação à umidade, elasticidade e turgor e estado geral (PORTO, 2001).

Um paciente está normalmente hidratado quando a oferta de líquidos e eletrólitos for feita de acordo com as necessidades do organismo e quando não houver perdas extras. Exemplos destas perdas, muito freqüentes nos pacientes no período do pós-operatório imediato são vômitos, febre, taquipnéia, sudorese excessiva e hemorragias, necessitando de uma reposição adequada (PORTO, 2001).

A náusea e o vômito são problemas muito freqüentes na unidade de recuperação pós-anestésica apresentando uma incidência de 20 a 30%. (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; NELSON, 2002; THOMPSON, 1999). O centro do vômito localiza-se no bulbo, próximo ao núcleo dorsal do nervo vago; ele pode ser excitado por impulsos reflexos surgindo na faringe, estômago ou outras porções do trato gastrointestinal. O centro do vômito pode ser excitado por impulsos recebidos a partir de centros cerebrais, drogas como, por exemplo, os agentes anestésicos e narcóticos que sensibilizam o aparelho vestibular, órgão do equilíbrio. Isso explica por que dois dos principais fatores etiológicos da náusea e vômito são: a manipulação indelicada do paciente durante o transporte e alterações de posição no período de recuperação imediato. O centro do vômito também pode ser excitado por substâncias químicas levadas através do sangue, como cloridrato de morfina e meperidina, o centro do vômito pode ser excitado também pela desidratação e pelo desequilíbrio hidroeletrólítico (NELSON, 2002). Estudos indicam que a maior incidência de náuseas e vômitos ocorre em mulheres e em pacientes com idade mais elevada. A obesidade, a ansiedade, diabetes mellitus e a dor também contribuem para este fenômeno (NELSON, 2002; THOMPSON, 1999).

A colecistectomia laparoscópica tornou-se o principal tratamento para a colecistite crônica litiasica, esse tipo de operação é vantajosa quando comparada à cirurgia tradicional, a laparotomia, pois permite que o paciente tenha menos desconforto no período pós-operatório, hospitalização mais curta e retorno mais cedo às suas atividades normais. Para isso, é necessário que o paciente tenha um período pós-operatório confortável sem que ocorram

náusea e vômitos, uma vez que a incidência destes para este tipo de cirurgia é de 35 a 45% dos pacientes (AWAD et al., 2002). A presença de náuseas e a ocorrência de vômitos é uma das reclamações mais comuns no período pós-operatório. A maioria das readmissões pós colecistectomia de paciente que já haviam recebido alta e procuraram o serviço de saúde de acordo com estudo realizado nos Estados Unidos por Nursal et al. (2003), deu-se devido à ocorrência de náusea e vômito. A causa é multifatorial e pode estar relacionada ao fato de o paciente: ser do sexo feminino, ser fumante, ser obeso, ter idade avançada, tipo de anestesia utilizada e história prévia de presença de náusea e vômito no período pós-operatório. Um fator desencadeante da ocorrência de náusea e vômito no pós-operatório de cirurgia de colecistectomia pode estar associado à presença do CO₂ na cavidade abdominal que aumenta o fluxo de sangue cerebral favorecendo a sua ocorrência. Para que tal fato não ocorra, ou seja minimizado, é necessário que todo ou grande parte do CO₂ utilizado seja eliminado ao término do procedimento cirúrgico (NURSAL et al., 2003).

Segundo Potter e Perry (1997), a retomada da ingestão de alimentos e líquidos no período pós-operatório varia conforme o paciente, o procedimento cirúrgico, as complicações e o protocolo do cirurgião e anestesista. Nas cirurgias de colecistectomia, geralmente, o paciente volta a se alimentar no mesmo dia, dependendo de suas condições, pois as alterações no trato gastrointestinal são mínimas, sendo aconselhável que o paciente alimente-se com dietas leves e sem gordura, a ingestão de líquidos também é permitida desde que não ocorram náusea e vômito. A realização de uma boa aceitação da dieta que foi liberada pela equipe médica é fator relevante para a ocorrência da alta hospitalar.

Necessidade de Eliminação

A principal função dos rins é manter o volume e a composição química dos líquidos do organismo dentro dos limites ótimos à vida celular. Por isso, diz-se que a função dos rins é

manter a homeostasia, ou seja, a constância do meio interno. Os rins conseguem manter esse equilíbrio através de um sistema eficiente que poupa água e sais minerais nas quantidades adequadas e, ao mesmo tempo, excretam resíduos tóxicos do metabolismo normal, cuja acumulação é prejudicial à vida celular, tais como uréia, ácido úrico, creatinina que são excretados com a urina. Os rins também participam da excreção de fármacos e seus metabólitos como os anestésicos e relaxantes musculares (PORTO, 2001).

Em condições normais de saúde, uma pessoa adulta normal elimina de 800 a 2500 ml de urina por dia. A capacidade normal da bexiga é de 350 a 450 ml e o indivíduo tende a esvaziá-la quando a capacidade de urina atinge 200 ml. As alterações da micção, do volume e do ritmo urinário compreendem a oligúria, a anúria, a poliúria, a disúria, a urgência, a polaciúria, a hesitação, a noctúria, a retenção urinária e a incontinência (PORTO, 2001).

A retenção urinária aguda é uma complicação freqüente no período pós-operatório e mais de uma causa pode estar presente. Entretanto, no período pós-operatório, independentemente de doenças anteriormente diagnosticadas, a grande maioria das retenções ocorre por conta de espasmo do esfíncter externo e pela duração, tipo e profundidade da anestesia. A identificação do diagnóstico de retenção urinária não oferece dificuldades, pois quando este diagnóstico está presente não há eliminação de urina e é facilmente palpável o globo vesical no abdome. O paciente, na maioria das vezes, queixa-se de fortes dores e pode tornar-se hipertenso e bradicárdico. A avaliação do enfermeiro a este paciente no centro de recuperação é muito importante, encorajando-o a urinar antes da realização de um cateterismo (DRAIN, 1994).

Outra complicação muito importante que pode ocorrer ainda durante a permanência do paciente no centro de recuperação pós-anestésica é a insuficiência renal aguda, que tem como causas a presença de hemorragias, toxicidade das drogas, oclusões vasculares,

glomerulonefrites agudas, insuficiência circulatória, e as grandes cirurgias (AGODOA, 2002; DRAIN, 1994).

A avaliação do enfermeiro no centro de recuperação para um paciente com retenção urinária, assim como para um paciente com risco de desenvolver uma insuficiência renal aguda (IRA), está relacionada ao controle do débito urinário, que deverá ser monitorizado constantemente. Na unidade onde este estudo foi desenvolvido, os pacientes são avaliados quanto aos volumes drenados de hora em hora, quando utilizam sonda vesical de demora.

Os pacientes no pós-operatório imediato de colecistectomia, na maioria das vezes, apresentam micção espontânea, e são encorajados a levantarem-se do leito e ir deambulando até o banheiro tão logo manifestem vontade e apresentem condições para tal. A monitorização da pressão arterial e do eletrocardiograma também é constante, pois pacientes com o diagnóstico de IRA poderão desenvolver hiperpotassemia, fazendo com que as ondas T se alterem, ocasionando arritmias cardíacas. Avaliar resultados de exames laboratoriais também é de grande importância, uma vez que podem estar alterados e se detectados precocemente torna-se mais fácil seu controle (AGODOA, 2002).

No instrumento de coleta de dados desenvolvido para avaliação do paciente no período pós-operatório imediato, na necessidade de eliminação consideramos os seguintes aspectos, tipo de micção e características da urina, presença de sonda vesical (demora ou alívio), cistostomia, presença de drenos, e dados referentes também à eliminação intestinal.

O funcionamento intestinal também pode estar afetado por uma série de fatores, como, por exemplo, a inatividade e imobilidade, algumas medicações, estresse, ansiedade, jejum pré-operatório, a anestesia e a cirurgia (GALDEANO, 2002).

As cirurgias de colecistectomia são realizadas sob anestesia geral, o que implica na necessidade de o paciente ser submetido à intubação oro traqueal para manutenção da ventilação pulmonar. No estudo de Miki et al. (1997), que teve como objetivo avaliar o tempo

de duração da cirurgia de colecistectomia laparoscópica e relacionar com as alterações provocadas na função renal, observou-se que elevações de PaCO_2 decorrente da ventilação mecânica podem alterar, com o passar do tempo, a função renal, uma vez que essa estando aumentada libera a informação para o sistema nervoso simpático que é estimulado, seguido de uma maior absorção de CO_2 pelo peritônio e pela pressão intratorácica elevada devido a elevação do diafragma provocada pelo pneumoperitônio. Nesse mesmo estudo, observou-se também que a manutenção prolongada do pneumoperitônio, com uma pressão contínua de 12 mmHg pode resultar na diminuição gradual da produção de urina, fluxo de plasma renal e taxa de filtração glomerular durante a colecistectomia laparoscópica devido a uma elevação da pressão venosa renal induzida pelo aumento da pressão intra-abdominal.

Necessidade de Senso Percepção

É característica de todo ser humano a habilidade de sentir e perceber os estímulos do ambiente e organizá-los e, então, reagir apropriadamente. Os estímulos provêm de duas fontes interiores e exteriores ao corpo e são percebidos pelos sentidos da visão, audição, tato, olfato e gustação. Quando o indivíduo se conscientiza dos estímulos e recebe a informação, ocorre a percepção. Portanto, para que a percepção ocorra é necessário um funcionamento saudável e normal dos órgãos do sentido. Quando a função sensorial de um paciente está alterada a habilidade de se relacionar também se torna alterada (POTTER; PERRY, 1997).

O sistema nervoso, pelo alto grau de diferenciação filogenético que apresenta e pela sutil arquitetura de sua anatomia e de sua fisiologia, além da extraordinária sensibilidade que tem às menores variações bioquímicas do organismo, deve merecer uma cuidadosa avaliação em todo paciente cirúrgico. Em qualquer tipo de cirurgia, estão nele também manifestadas as alterações metabólicas desencadeadas pelo trauma cirúrgico. O metabolismo celular do sistema nervoso é naturalmente alterado diante da operação, quer pela influência da anestesia,

quer pela própria resposta orgânica ao trauma. As inúmeras complicações secundárias à cirurgia que, eventualmente, podem estar presentes podem alterar o sistema nervoso com grande intensidade e nele causar danos irreversíveis (DRAIN,1994).

CARPENITO (2002) define o diagnóstico de enfermagem de senso-percepção alterada como, “*estado em que o indivíduo/grupo apresenta, ou está em risco de apresentar, uma mudança na quantidade, no padrão ou na interpretação dos estímulos recebidos*”. Esse diagnóstico descreve a pessoa com a percepção e a cognição alteradas influenciadas por fatores fisiológicos como, por exemplo, dor, privação de sono, imobilidade ou estímulos ambientais significativos aumentados e diminuídos. O estímulo ambiental excessivo, associado à dor, à ansiedade e ao medo relacionado à cirurgia, à anestesia, à restrição de mobilidade e à presença de diversos tubos, drenos e cateteres podem alterar a percepção do paciente no período do pós-operatório (CARPENITO, 2002).

Para Atkinson e Murray (1989), a quantidade e o tipo de estímulos sensoriais e motores que chegam ao sistema nervoso central podem ser afetados por fatores ambientais e do próprio indivíduo, tais como:

- *grau de controle ambiental*, durante a internação o indivíduo pode ficar incapaz de alterar o meio, ficando exposto a ruídos, odores, visões, e toques que podem ser excessivos ou indesejados;
- *nível de crescimento e desenvolvimento*, afeta o tipo de estímulo recebido e a interpretação que é dada a este estímulo (no envelhecimento, ocorre o decréscimo na acuidade de muitos sentidos, afetando a qualidade das mensagens e, conseqüentemente gerando interpretações equivocadas);
- *nível de consciência*, afeta o processamento e a interpretação dos estímulos;
- *cultura e aprendizado*, as pessoas podem apresentar percepções e respostas diferentes a um mesmo estímulo, dependendo da sua cultura e do seu aprendizado.

Para avaliação da senso-percepção faz-se necessário avaliar o nível de consciência que pode ser definido como a capacidade do indivíduo captar lugar, tempo, situação pessoal e geral, compreender perguntas e refletir sobre elas. Neste estudo, para avaliação do nível de consciência do paciente no pós-operatório imediato, foi utilizada no instrumento de coleta de dados a Escala de Coma de Glasgow.

A dor é um dos sintomas mais comuns observados na prática da enfermagem e é um permanente desafio para os profissionais da saúde que pesquisam o seu tratamento. Os estudos mais recentes têm mostrado que a dor é um sintoma com componentes sensoriais, cognitivos e afetivo-motivacionais (SOUSA, 2002).

A NANDA (2002, p.99) descreve Dor Aguda nos seguintes aspectos: definição, características definidoras e fatores relacionados, apresentados a seguir:

Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP-International Association for the Study of Pain); tem início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses.

Características Definidoras:

Relato verbal ou codificado; evidência observada; posição antálgica para evitar a dor; gestos protetores; comportamento de defesa; expressão facial; distúrbio do sono (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); foco em si próprio; foco estreitado (percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com pessoas e o ambiente); comportamento de distração (andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou atividades, atividades repetitivas); respostas autonômicas (diaforese; alteração de pressão sangüínea, respiração, pulso; dilatação pupilar); alteração autonômica no tônus muscular (pode variar de relaxado a rígido); comportamento expressivo (agitação, gemer, chorar, vigilância, irritabilidade, suspirar); mudanças no apetite e na alimentação.

Fatores Relacionados:

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

O corpo humano é provido de terminais nervosos sensitivos, tanto em nível periférico como visceral, que fazem parte de uma rede especializada de neurônios encarregados de

conduzir estímulos do tipo sensorial ao sistema nervoso central, onde são identificados como dor. Trata-se de sensação de caráter desagradável, percebida em um ponto bem determinado ou em uma região do corpo, com intensidade que varia de um simples incomodo a intolerável e que traz a noção de sofrimento físico e de algo nocivo ou anormal está ameaçando a integridade do organismo. Os terminais sensitivos são acionados na presença de lesões traumáticas ou inflamatórias e também por irritação química. A sensação decorrente desses estímulos constitui dor física, enquanto que o sofrimento ou mal-estar sentidos na intimidade do ser, acompanhados de angústia ou depressão, provocados por conflito ou trauma emocionais, representam a dor psíquica. A dor é considerada danosa quando provoca reações fisiopatológicas deletérias que incluem náuseas, vômitos, alteração na motilidade intestinal, taquicardia, palidez, alteração da pressão arterial, além de alterações dentro da esfera psicológica incluindo ansiedade, agitação psicomotora e sensação de morte iminente. Assim, quanto mais intensa for a dor, mais significativos serão esses fenômenos (READY; EDWARDS, 1995).

A dor é uma manifestação clínica apresentada com grande frequência por pacientes atendidos nos serviços de saúde, sendo a sua avaliação uma tarefa complexa para o enfermeiro que presta cuidados diretos ao seu paciente. A identificação e a avaliação da dor são os passos mais importantes no direcionamento da intervenção de enfermagem com o objetivo de minimizar o sofrimento dos pacientes que apresentam tal problema. A presença de dor no paciente em estado crítico traz sofrimento adicional importante com repercussões nas esferas biopsicológicas, transformando-a em um tema de grande importância para a enfermagem (PIMENTA et al.,1992).

Segundo Teixeira, Corrêa e Pimenta (1994), a dor decorre de uma lesão tecidual e geralmente, desaparece com a resolução do processo patológico. Apresenta-se bem determinada no tempo e associam-se a alterações neurovegetativas tais como: taquicardia,

hipertensão arterial, sudorese, palidez, expressão facial de intenso desconforto, agitação e ansiedade. Embora fatores psicológicos e ambientais tenham influência na vivência da dor aguda, raramente participam como fator primário. A fisiopatologia da dor aguda é bem compreendida, o diagnóstico etiológico não é difícil e seu controle é adequado.

O grau do trauma, durante uma intervenção cirúrgica, causado pelo cirurgião e pela sua técnica tem sem dúvida uma grande influência na intensidade e na duração da dor. Uma cirurgia simples, sem muita manipulação, ocasionará normalmente um pós-operatório sem muitas complicações. O local do procedimento também influencia na intensidade e na duração da dor, sendo que intervenções abdominais causam mais desconforto quando comparadas às intervenções realizadas nos membros. Pimenta et al. (1992) salientam que toda intervenção cirúrgica traumatiza os tecidos. A dor resultante depende do local e tipo de cirurgia como, por exemplo, dor pós-operatória relacionada à cirurgia abdominal deve-se ao trauma da parede abdominal e não das vísceras. Já nas cirurgias torácicas a dor advém do trauma da parede torácica e costelas.

A dor no pós-operatório é considerada como uma consequência imediata, portanto o seu controle se faz necessário para assistência integral ao paciente cirúrgico. Os estímulos dolorosos prolongados parecem predispor à maior morbidade e complicações no pós-operatório, podendo apresentar como consequências imediatas: aumento da demanda analgésica, necessidade da utilização de métodos traumáticos de tratamento que podem inviabilizar o sucesso da cirurgia inicial e, por fim, aumento da fase de recuperação pós-operatória (READY; EDWARDS, 1995). Nas cirurgias de colecistectomia laparoscópica a presença de dor no período pós-operatório imediato é um importante fator que retarda a alta do paciente.

A dor abdominal, que muitas vezes está presente nos pacientes no período pós-operatório de colecistectomia, provavelmente, é decorrente da operação laparoscópica que,

conforme explicado anteriormente, necessita de um espaço para visualização e manipulação do instrumental. Esse espaço é criado fazendo-se um pneumoperitônio com dióxido de carbono (CO₂) até atingir uma pressão de 12 a 15 mmHg, ocasionando elevação da parede abdominal e retração de órgãos sólidos como o fígado, ou de vísceras ocas, como o cólon ou o estômago no interior da cavidade, tal fato é fator predominante nos casos de relato de dor no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica, uma vez que a incisão cirúrgica é bastante reduzida quando comparada às incisões abertas (SABISTON JR., 2002; SANTOS et al., 2001).

Além deste fato, o CO₂ utilizado para se obter o pneumoperitônio é um irritante peritonal, e até que haja sua liberação total, a dor abdominal pós-operatória pode estar também associada a sua presença (SABISTON JR., 2002; SLIM, 1999).

Outro fator, que pode desencadear o aparecimento de dor no pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia refere-se à introdução dos trocartes na cavidade abdominal podendo haver algum tipo de lesão nas vísceras ou tecidos de suas paredes (SLIM, 1999).

Neste estudo, no instrumento de coleta de dados (Apêndice A) no item necessidades psicobiológicas/necessidade de senso percepção, foi registrada a avaliação dos pacientes considerando-se os seguintes aspectos: presença ou ausência de sinal ou sintoma, por meio do relato verbal ou da identificação objetiva de comportamento doloroso, local da dor, a extensão, profundidade e enervações do local. A intensidade da dor será avaliada por meio da utilização da escala numérica de 0 – 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 a dor mais forte que o paciente já sentiu. Segundo Pimenta (1995), os valores podem ser categorizados em descritores verbais de intensidade: leve (valores de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10). O uso dessa escala é muito comum nas unidades de recuperação pós-anestésicas pois são bastante populares e fáceis de serem compreendidas.

As pupilas também foram avaliadas em relação ao tamanho em milímetros (mm) e à simetria, pois quando dilatadas podem significar presença de dor e também fornecem indicações sobre o nível de consciência do paciente. De acordo com Drain (1994), Krenzischek e Wilson (2003), manifestações fisiológicas como: pressão sangüínea, pulso e frequência respiratória elevados, tensão muscular e náuseas também são sinais de dor pós-operatória. Esses dados foram descritos em outras necessidades já citadas anteriormente.

As alterações comportamentais como: evidência observada, posição antálgica para evitar dor, gestos protetores, comportamento de defesa, expressão facial, foco em si próprio, distúrbio do sono, foco estreitado, comportamento de distração e comportamento expressivo estão descritas no instrumento de coleta de dados e foram identificadas nas características definidoras da NANDA (2002). Outras manifestações de dor ou alterações comportamentais influenciadas por ela, também foram levantadas na literatura como, por exemplo: máscara facial de dor, comportamento precavido ou protetor, desconforto, medo de sua dor não passar, impaciência ou inquietação, esfregar a área que dói, interferência na concentração e ter medo de sentir uma dor intolerável (CORRÊA, 1997; JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004; MAHON, 1994; PASERO, 2002).

Em resumo, atualmente, a dor é considerada um sinal vital, tão importante quanto os outros e deve sempre ser avaliada num ambiente clínico, para se empreender um tratamento ou conduta terapêutica adequada, pois a eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida (SOUSA, 2002).

Necessidades Psicossociais

Necessidade de Comunicação

A comunicação é uma troca de informações que envolvem o envio e a recepção de mensagens entre dois ou mais indivíduos. É seguida do feedback indicativo de que a informação foi entendida ou requer mais esclarecimentos (TIMBY, 2001).

A comunicação efetiva é um processo interativo, envolvendo a troca mútua de informações (pensamentos, idéias, sentimentos e percepções) entre duas ou mais pessoas. Depois da sobrevivência, a comunicação, talvez seja a mais básica necessidade humana. A comunicação proporciona um sentimento de segurança ao paciente, mostrando que ele não está só e que existem pessoas para ouvi-lo. A falta de comunicação pode provocar sentimentos de frustração, raiva, hostilidade, depressão, medo, confusão e isolamento (CARPENITO, 2002).

Os bons comunicadores são também bons ouvintes, que ouvem tanto os fatos quanto os sentimentos. Vivenciar ou apenas estar presente e disponível, mesmo se pouco for dito ou feito, pode ser um meio eficiente de comunicar interesse e carinho por outra pessoa (CARPENITO, 2002).

Nossa capacidade de relacionamento e de comunicação depende das nossas crenças, valores e atitudes diante da vida e da morte. Somos o que expressamos através das nossas idéias, das nossas falas, das nossas ações, dos nossos atos e das nossas intenções (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

Sabemos que a comunicação humana pode ser dividida em comunicação verbal e não-verbal. A comunicação verbal é aquela associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. Porém, não existe a comunicação verbal sozinha nos relacionamentos interpessoais. A mensagem transmitida é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não-verbal. Podemos até dizer que as palavras são o início de uma

interação, mas que, além delas, está o solo sobre o qual se constroem as relações humanas e terapêuticas, o qual é a comunicação não-verbal (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

Ocorre comunicação simultaneamente em nível verbal e não verbal. Como não pode existir relação sem comunicação verbal e não verbal é fundamental que o enfermeiro desenvolva habilidades que fomentem as interações terapêuticas com os pacientes. A comunicação terapêutica refere-se ao uso de palavras e de gestos para atingir determinado objetivo. A capacidade do enfermeiro para incentivar a comunicação é extremamente importante, especialmente na investigação de problemas com o paciente e no encorajamento da expressão dos sentimentos (TIMBY, 2001).

Comunicação não-verbal é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, por elas mesmas, exceto as palavras. Ela pode ser definida como toda informação que é obtida por meio de gestos, de posturas corporais, de expressões faciais, por orientações do corpo, pela organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. Fazendo uma analogia entre a comunicação humana e um iceberg, podemos afirmar que a porção exposta, superior, é a verbal; e que, se o profissional de saúde quiser realmente entender a pessoa que está a sua frente, ele deverá reconhecer que, debaixo das palavras pronunciadas, existe um vasto mundo de sinais e símbolos humanos que mostra o que as pessoas pensam e sentem, expressos pela comunicação não-verbal. Olhar o não-verbal é entender que nem tudo que conta pode ser contado. Por isso, o terapeuta precisa aprender a reconhecer e a confiar nessa comunicação, reconhecer o sentimento presente nele e no outro, estar atento às pessoas e a ele mesmo, ao corpo da pessoa, ao seu próprio corpo, à postura do doente e à sua própria postura - quando se aproxima do outro (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

No período pós-operatório de pacientes submetidos à anestesia geral, a comunicação pode encontrar-se prejudicada, devido ao fato de o paciente ainda estar sob efeito de

anestésicos ou em razão de alguma intervenção cirúrgica realizada na região das cordas vocais, vias aéreas superiores, traquéia, podendo até receber e processar a mensagem, mas sem emitir uma resposta verbal adequada. Dessa forma, o enfermeiro deve levantar dados relacionados ao padrão de comunicação, aos aspectos da fala e ao comportamento não verbal. Assim, no instrumento utilizado para a avaliação da necessidade de comunicação, serão registrados os dados referentes à avaliação dos pacientes considerando-se dados verbais e não verbais, como, por exemplo, desorientação nas esferas de tempo e espaço, fala ou verbaliza com dificuldade, não pode falar, dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos associados, muitas vezes, ao uso de determinados anestésicos, ao fato de sua percepção estar alterada ou de possuir algum tipo de barreira física.

Na sistematização da assistência de enfermagem, a comunicação entre enfermeiro e paciente serve de sustentação para o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, pois permite a personalização da assistência e, ao mesmo tempo, oferece o cuidado necessário, competente e humanitário, a aquele que merece nossa atenção como ser humano e como pessoa (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

A comunicação na fase de coleta de dados permite o levantamento de informações a partir da identificação das fontes de dados, como: paciente, família, membro da equipe e registros. Para coletar dados relevantes com o objetivo de avaliar a situação de saúde do paciente, são necessárias habilidades de comunicação por parte do profissional e domínio de diferentes técnicas e métodos de avaliação (entrevista, exame clínico, observação, aplicação de escalas de avaliação) (CARVALHO; BACHION, 2005).

A etapa seguinte do processo de enfermagem, também foco de avaliação desse estudo, o diagnóstico de enfermagem, é entendida por Carvalho e Bachion (2005), como “a identificação de condições que requerem intervenções de enfermagem”. Nessa etapa, a

comunicação é abordada como produto do raciocínio diagnóstico, assim como forma de registrar e divulgar as situações identificadas com o paciente, com sua família e comunidade.

Necessidade de Ensino-Aprendizagem

O ensino é um processo interativo que promove a aprendizagem. Consiste em uma série de ações deliberadas e conscientes que ajudam o indivíduo a adquirir um novo conhecimento ou a executar novas habilidades. A aprendizagem é a aquisição de atitudes e habilidades através da prática e da experiência reforçada (REDMAN, 1993).

O ensino do paciente tem se tornado um dos papéis mais importantes para os enfermeiros que trabalham em qualquer setor de cuidado de saúde. Os pacientes e suas famílias têm o direito à educação de saúde tanto quanto são capazes de tomar decisões instruídas e inteligentes sobre a sua saúde e estilo de vida. Muitos pacientes atualmente recebem seus tratamentos no domicílio, no ambulatório ou, se hospitalizados, recebem alta mais cedo (POTTER; PERRY, 1997).

Nesse estudo, os pacientes são internados em regime ambulatorial, recebendo alta, na maioria das vezes, no mesmo dia da realização do procedimento cirúrgico. Esse fato reforça a importância do enfermeiro em determinar cuidadosamente o que os pacientes precisam saber e julgar a hora que estiverem prontos para aprender. O enfermeiro deve passar todas as informações referentes aos cuidados pós-operatórios necessários para este tipo de paciente, informando-o sobre possíveis complicações, presença de dor, datas para retorno, período de repouso, tipo de alimentação adequada e evolução do processo de cicatrização da ferida cirúrgica.

Assim, o enfermeiro deve tentar antecipar as necessidades do paciente com base em informações baseadas nas suas condições físicas ou nos planos de cuidado. O enfermeiro tem a responsabilidade de ensinar aquilo que os pacientes e suas famílias necessitam, esclarecer

informações fornecidas pelos médicos e tornarem-se a primeira fonte de informações para o ajuste dos problemas de saúde (POTTER; PERRY, 1997).

Para Zago (1993), o ensino de pacientes cirúrgicos só será efetivo se for adequado às necessidades de cada paciente, ao tempo de hospitalização, as características individuais de aprendizagem e ao tipo e conseqüências da intervenção cirúrgica. Assim, é importante que o enfermeiro estabeleça uma interação com o paciente e família, buscando conhecer as suas expectativas e conhecimentos prévios em relação aos problemas de saúde.

Quando o enfermeiro valoriza o ensino do paciente, esses ficam mais bem preparados para assumir as responsabilidades de cuidado de saúde (POTTER; PERRY, 1997). A investigação de possíveis diagnósticos de enfermagem referentes a essa necessidade pode subsidiar as ações educativas dos enfermeiros que atuam em centros de recuperação pós-anestésico.

Necessidade de Segurança

O ambiente do indivíduo inclui todos os inúmeros fatores, físicos e psicológicos, que influenciam ou afetam sua vida e sua sobrevivência. Essa ampla definição de ambiente incorpora todos os locais, nos quais o enfermeiro e o paciente interagem como, por exemplo, o hospital e a clínica. A segurança, nesses locais, reduz a incidência de doenças e acidentes, diminui o tempo de tratamento e/ou hospitalização, melhora ou mantém o estado funcional do paciente e aumenta a sensação de bem estar do paciente. Um ambiente seguro também fornece proteção para a equipe e permite que todos trabalhem de melhor maneira. Em um ambiente seguro, as necessidades básicas são atendidas e os perigos físicos e a transmissão de organismos patógenos é reduzida (POTTER; PERRY, 1997).

É fundamental que os enfermeiros reconheçam os riscos e identifiquem aqueles pacientes que estão predispostos a acidentes, por meio de levantamentos adequados e planos de prevenção de lesões não intencionais (TIMBY, 2001).

O paciente que é submetido a uma intervenção cirúrgica possui uma série de necessidades que deverão ser satisfeitas; uma delas é a necessidade de segurança emocional que está relacionada ao trauma cirúrgico em si. Esses pacientes trazem consigo inquietações como medo do desconhecido, medo da morte, medo de sentir dor, ansiedade e apreensão. Assim, o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro-paciente é fundamental para a manutenção da necessidade de segurança neste período pós-operatório imediato.

A reação emocional de um paciente diante da cirurgia obedece a um contexto psicológico às vezes difícil de se analisar. O problema apresenta-se sob diversas formas, mas, praticamente, está sempre relacionado à ansiedade e ao medo representados pela incógnita da evolução do ato a que o paciente vai se submeter. O paciente, frequentemente, teme o sofrimento físico. Essa reação de ansiedade demonstrada por quase todos pacientes cirúrgicos é muito antiga, tornando-se necessário compreendê-la como um complexo mecanismo psicológico em que as ameaças presentes no mundo interior do paciente, somadas as do mundo exterior, podem tornar-se agudamente ativas no pós-operatório. Podemos evidenciá-las sob forma de irritabilidade, palpitações, dificuldade respiratória, taquicardia, ao mesmo tempo em que a angústia pode tornar-se intensa (DRAIN, 1994).

Assim, para avaliar a segurança de um paciente, não é suficiente investigar se o ambiente no qual ele está inserido é seguro ou não, mas também cuidar das suas reações emocionais, principalmente, as causadas pelo ato cirúrgico. Para NANDA (2002), ansiedade é “um vago e incomodo sentimento de desconforto ou temor acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo), um

sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”.

A questão colocada acima, que diz respeito a forma pela qual o paciente deve ser abordado no período pré-operatório vai refletir no comportamento que será manifestado no período pós-operatório. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, local onde esse estudo foi realizado, os pacientes antes de serem submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica passam por uma triagem realizada no próprio hospital onde serão operados posteriormente. Nesse momento recebem informações da equipe médica e de enfermagem sobre como será sua preparação para o procedimento cirúrgico, tempo necessário para repouso, tempo aproximado de recuperação e cuidados referentes ao pós-operatório. Dependendo da condição sócio-econômica do paciente, esse recebe ainda orientações de um assistente social, que tenta identificar necessidades referentes à sua condição social e, quando o paciente reside em outro município, condução para retorno a sua casa é previamente agendada.

Além destas orientações, se ainda restarem dúvidas, elas podem ser sanadas durante sua admissão no centro cirúrgico, onde passará por nova avaliação e questionamentos referentes às suas condições de saúde naquele dia.

No instrumento de coleta de dados (Apêndice A), no item necessidades psicossociais/necessidade de segurança, foi registrada a avaliação dos pacientes quanto os seguintes aspectos: agitação, inquietação, apreensão, irritabilidade, ansiedade, e outras informações que o enfermeiro poderá considerar relevante em sua avaliação.

Necessidade de Auto-Estima

Auto-estima, segundo Potter e Perry (1997), é o sentimento de autoavaliação caracterizado por sentimentos de realização, adequação, autoconfiança e utilidade.

Segundo Carpenito (2002), é o julgamento pessoal do indivíduo sobre seu próprio valor, obtido por meio da análise de como o comportamento se conforma ao auto-ideal. A auto-estima alta é um sentimento baseado na aceitação incondicional de si mesmo, apesar dos erros, derrotas e fracassos, como um ser importante e com valor inato. Esta mesma autora afirma que, a baixa estima pode ser crônica ou situacional. A baixa estima crônica refere-se ao estado em que o indivíduo apresenta uma auto-avaliação negativa de longa duração sobre si mesmo e sobre suas capacidades, e a situacional ao estado em que o indivíduo, com auto-estima positiva anterior apresenta sentimentos negativos sobre si mesmo em resposta a um evento (perda, mudança) (CARPENITO, 2002).

Em geral, pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos sofrem de alterações no seu padrão de vida normal, pela impossibilidade de executar tarefas antes feitas por ele, devido sua imobilidade provisória em alguns casos e, outras vezes, em razão da necessidade de alterar seu estilo de vida em decorrência de problemas secundários ocasionados pela cirurgia. Os pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia geralmente demonstram alto índice de satisfação no período pós-operatório, por vários fatores que são peculiares as cirurgias laparoscópicas como: alta no mesmo dia da cirurgia tão logo seja avaliado e liberado pelo anestesista, manifestações dolorosas menores quando comparada a cirurgia convencional, incisão cirúrgica possui menores proporções o que apresenta um melhor resultado estético e menor incidência de complicações, retorno mais rápido as atividades rotineiras, retorno ao trabalho em um espaço de tempo mais curto, entre 7 a 15 dias dependendo da atividade desenvolvida pelo paciente (CHOK et al., 2004; CINGI et al., 2004).

Necessidade Psicoespiritual

Necessidade Espiritual

A natureza espiritual do indivíduo deve ser considerada parte do cuidado total, juntamente com as dimensões físicas e psicossociais (CARPENITO, 2002).

A saúde da pessoa depende do equilíbrio das variáveis física, psicológica, sociológica, cultural, de desenvolvimento e espiritual.

A espiritualidade é difícil de ser definida, algumas palavras usadas para descrevê-la são: significado, transcendência, esperança, amor, qualidade, relacionamento e existência. As definições de espiritualidade para cada pessoa são influenciadas pela cultura, pelo desenvolvimento, pelas experiências de vida, pelas idéias sobre a vida. Talvez, a ambigüidade na definição de espiritualidade revele o seu significado. Embora a espiritualidade seja um conceito difícil de ser definido, existem duas importantes características de espiritualidade que todos concordam: é um tema unificador em nossas vidas, e é um estado do ser (POTTER; PERRY, 1997).

A espiritualidade coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja uma considerável sobreposição entre as emoções de espiritualidade e religiosidade, esta difere da outra pela clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo. As crenças pessoais podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento (FLECK et al., 2003).

A espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significados, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança e vontade de viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros e em Deus. A necessidade de encontrar um significado é considerada uma condição essencial para a vida e quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função de sentimentos de vazio e desespero. Assim, o construto espiritualidade teria um valor intrínseco para avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença (FLECK et al., 2003).

Quando a doença, a perda, o luto ou a dor afetam a pessoa, as forças espirituais ajudam a pessoa a conseguir a recuperação, ou então as necessidades e preocupações espirituais se desenvolvem (POTTER; PERRY, 1997).

Para lidar efetivamente com as necessidades espirituais do paciente, o enfermeiro deve conhecer seus próprios valores e crenças, reconhecer que talvez eles não sejam aplicáveis aos outros e respeitar as crenças das pessoas auxiliando-a a satisfazer as necessidades espirituais percebidas (CARPENITO, 2002).

Devido à importância da identificação de problemas relacionados a essa necessidade para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem holística, devemos investigar as formas de exteriorizar a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais. Assim, neste estudo, no instrumento de coleta de dados (Apêndice A), apresentado como Ficha de avaliação do paciente em pós-operatório imediato, no item necessidades psicoespirituais/necessidade espiritual, foi registrada a avaliação dos pacientes considerando-se os seguintes aspectos: o paciente demonstra manifestações religiosas (reza em voz alta e/ou utiliza artigos religiosos) e solicita assistência espiritual através da presença de líder religioso.

O Processo de Enfermagem

Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando o ser humano. É caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

O processo de enfermagem é uma atividade deliberada, lógica e racional, por meio do qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente (KENNEY, 1990). É um método sistemático e organizado de prestar cuidados de enfermagem individualizados enfocando as respostas humanas, de uma pessoa ou grupo, a problemas de saúde atuais ou potenciais (ALFARO-LEFEVRE, 1986).

Corroboramos com a idéia de que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência de enfermagem instrumentalizada pelo processo de enfermagem, á luz de um referencial teórico de enfermagem, será capaz de aprimorar habilidades teórico-práticas, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho mais bem definidas e concretas (DALRI, 2000).

Desta forma, julgamos importante a compreensão por parte do enfermeiro das etapas do processo de enfermagem, o desenvolvimento da capacidade de compreensão e adaptação à realidade e ao grupo de pessoas que assiste, sendo capaz de atender a uma filosofia de trabalho e a objetivos estabelecidos.

O planejamento do cuidado de enfermagem deveria ser baseado no raciocínio crítico, e em um modelo conceitual visando promover a recuperação do paciente. A prática desse enfermeiro, com relação à avaliação clínica, condução e organização de sua equipe de trabalho, às estratégias administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, tem melhor resultado quando fundamentada no processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é um instrumento para o planejamento e execução dos cuidados de enfermagem. É um método para organizar a assistência prestada ao paciente de

modo a torná-la mais científica e não intuitiva. Tem como principais propósitos a identificação dos problemas de saúde do paciente, a instituição de um plano de cuidados que atenda a esses problemas, a implementação de ações e a avaliação da efetividade de toda assistência prestada. Envolve investigação rigorosa e sistemática do problema considerando-se uma estrutura teórica definida (JESUS, 1992).

A ciência da enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica. O processo de enfermagem é o método, por meio do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, e está direcionada para a satisfação das necessidades do paciente e da família. O processo de enfermagem consiste em cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para Rossi (1992), que entende o processo de enfermagem como um conjunto de etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, essas etapas focalizam a individualização do cuidado, mediante uma abordagem de soluções de problemas, que se fundamenta em teorias e modelos conceituais de enfermagem. Além disso, representa uma forma de documentação do plano da assistência de enfermagem, constituindo-se em um instrumento ético-legal e de comunicação dos profissionais.

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), o processo de enfermagem apresenta seis propriedades: ele é intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. O processo é intencional por estar voltado para uma meta; é sistemático, pois envolve a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito; é dinâmico porque envolve mudanças contínuas; é interativo porque se baseia em relações recíprocas que se dão entre enfermeiro e paciente, família e outros; sua flexibilidade pode ser demonstrada pois

pode ser adaptado à atividade de enfermagem em qualquer área de especialidade e suas fases podem ser utilizadas de modo seqüencial e concomitante e, por fim, o processo de enfermagem é baseado em teorias, por ser elaborado a partir de uma ampla base de conhecimentos que inclui as ciências físicas e biológicas e as humanas.

Para Horta (1979), o processo de enfermagem é composto por seis fases ou passos. O primeiro passo do processo de enfermagem é a coleta de dados, que após serem analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. O terceiro passo segundo Horta (1979), é o plano assistencial seguido do plano de cuidados ou prescrição de enfermagem e o quinto passo é a evolução de enfermagem que é o relato diário das mudanças que ocorrem e, por fim, o sexto passo, é o prognóstico de enfermagem, ou seja, a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano de assistencial.

O processo de enfermagem está descrito em cinco fases por muitos autores como Alfaro-LeFevre (2002), Christensen e Kenney (1990), Doenges e Moorhouse (1991) e Potter e Perry (1997): coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

Apresentamos a seguir as duas fases iniciais do processo de enfermagem que serão empregadas neste estudo.

Coleta de dados

Para Horta (1979), a coleta de dados ou histórico de enfermagem é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, que sejam significativos para o enfermeiro e que tornem possível a identificação de seus problemas.

A coleta de dados é a base para o processo de enfermagem. Tem como objetivo identificar e obter importantes dados sobre o estado de saúde do paciente. Essas informações são base para a individualização do plano de cuidados. É um processo contínuo de agrupamento de dados objetivos e subjetivos, importantes para a avaliação do cuidado (CHRISTENSEN; KENNEY 1990).

A coleta de dados é um processo sistematizado, em que há a verificação e comunicação de dados sobre o paciente. Tem como propósito estabelecer uma base de dados sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas, valores e estilo de vida do paciente (POTTER; PERRY, 1997).

Para Carpenito (2002), a coleta de dados é o primeiro passo do processo de enfermagem; é a coleta sistemática e deliberada de dados para a determinação do estado de saúde atual e passado do paciente, seu estado funcional e para a avaliação do seu padrão de enfrentamento de problemas. Embora seja considerada como primeiro passo, esta etapa permeia todas as outras.

Através de normas, padrões e teorias, as ciências sociais, comportamentais, médica e de enfermagem têm fornecido indicadores concretos de saúde. Esses indicadores fornecem uma base para o enfermeiro coletar dados e fazer julgamento (CHRISTENSEN, 1990). A natureza e a quantidade de dados a serem coletados dependem dos objetivos do serviço, do paciente e do modelo teórico adotado. O enfermeiro inicia a coleta de dados logo no primeiro contato com o paciente: durante o primeiro atendimento e durante o exame físico. O levantamento de dados é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado de enfermagem (PIMENTA et al., 1992). Permite a interação enfermeiro-paciente, permite um cuidado profissional, leva à pesquisa, conduz ao diagnóstico de enfermagem e determina prioridades e orientações posteriores (HORTA, 1979).

A coleta de dados tem por finalidade identificar os problemas reais e potenciais do paciente de forma a subsidiar o plano de cuidados, atender as necessidades encontradas e prevenir complicações. É uma das etapas da pesquisa que mais exige tempo e trabalho, reunindo informações indispensáveis à comprovação da hipótese. É uma fase que pressupõe a confecção de instrumentos adequados de registro e leitura dos dados e o desenvolvimento de técnicas para obter esses dados (CHIZZOTTI, 1991).

Segundo Christensen (1990), os dados são coletados através dos seguintes instrumentos: interação, observação, mensuração e exame físico. A autora define interação como uma troca de informações verbais entre enfermeiro e paciente, e serve a muitos propósitos, tais como: obter informações, avaliar a necessidade de aprendizagem, estabelecer planos, explicações, apoio, encorajamento e avaliar o processo. A observação é definida por Christensen (1990), como um processo de coleta de dados através do uso dos sentidos: visão, tato, gosto, audição e odor. Os enfermeiros usam esses sentidos para observar vários aspectos do paciente: como funcionamento e características aparentes, processo de interação e relacionamento, e o ambiente em que está inserido. A mensuração é uma forma de determinar a extensão, ritmo, quantidade e tamanho. Frequentemente, por meio do uso de instrumentos somados aos sentidos, várias observações podem ser quantificadas: sinais vitais, peso, altura, idade, volume de líquidos infundidos e drenados. Para realização do exame físico, o enfermeiro utiliza várias técnicas: inspeção, palpação, percussão e ausculta (CHRISTENSEN; KENNEY, 1990).

Para que se possa fazer uma avaliação criteriosa do paciente, o enfermeiro deve:

- (1) comunicar-se efetivamente (utilizando a comunicação terapêutica e a empatia), para estimular o paciente ou a família a compartilhar abertamente os seus pontos de vista e os seus sentimentos;
- (2) observar sistematicamente, com o objetivo de direcionar a avaliação e

identificar os dados que devem ser coletados; (3) conhecer a interação humana e os sinais e sintomas e (4) interpretar os dados com exatidão (CARPENITO, 2002).

A coleta de dados dependerá do modelo teórico adotado. Neste estudo, foi escolhido o modelo conceitual de Horta (1979), para uma abordagem multifocal do cuidado para qual são necessários dados sobre o paciente como um todo nos aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais.

O diagnóstico de enfermagem

Durante o século vinte, o julgamento clínico em enfermagem desenvolveu-se como um componente visível na prática e um conceito essencial na educação. Os enfermeiros têm constantemente coletado informações dos pacientes por meio de levantamento de dados e usando essas informações para fazer suas análises e julgamentos para decidir sobre as necessidades de cuidados nesses pacientes. Há cerca de três décadas atrás, este processo passou a ser chamado de diagnóstico de enfermagem (GORDON, 1994).

Os diagnósticos de enfermagem são identificados a partir dos dados que foram obtidos com a coleta de dados. A análise desses diagnósticos leva a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão (HORTA, 1979).

Atualmente, existem várias maneiras de enunciar diagnósticos de enfermagem, utilizando-se vários sistemas de diagnóstico. O sistema mais utilizado no Brasil foi o desenvolvido pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). A Taxonomia da NANDA foi adotada pela Associação de Enfermeiras Norte-Americanas como o sistema oficial de diagnósticos para os Estados Unidos em 1988 (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

O diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA (2002) como: “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, os quais fornecem uma base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir os resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.”

Os enfermeiros fazem julgamentos relativos a vários dados resultantes da investigação, visando ajudar o paciente a alcançar ou manter o estado de saúde desejado. Alguns destes julgamentos resultam na identificação dos diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico envolve o raciocínio complexo dos dados reunidos sobre o paciente, os relatos familiares e os de outros profissionais da saúde. Esse raciocínio, combinado com as informações relevantes depositadas na memória do enfermeiro, deve ser usado para gerar possíveis explicações para os dados (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

O diagnóstico de enfermagem é a afirmação de um problema real ou potencial (de risco). Ele deve ser claro, conciso, específico, preciso, centrado no paciente e fornecer uma direção para a intervenção de enfermagem (RISNER, 1990).

Concordamos com Jesus (1995), quando relata que o diagnóstico de enfermagem tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimento científico e específico de enfermagem, tomando-se fundamental para o planejamento da assistência de enfermagem.

A formulação de um diagnóstico de enfermagem é o resultado de um processo diagnóstico durante o qual o enfermeiro utiliza o raciocínio crítico. Os diagnósticos de enfermagem são formulados tanto para um paciente quanto para a família ou comunidade; levam em consideração os dados físicos, de desenvolvimento, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais levantados na coleta de dados (POTTER; PERRY, 1997).

O diagnóstico de enfermagem fornece critérios mensuráveis para avaliação da assistência de enfermagem, além de direcionar o cuidado, facilitar a pesquisa e o ensino, estimular o paciente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico e contribuir para expansão de um corpo de conhecimento próprio para a enfermagem (JESUS, 1995).

Apesar dos benefícios, devemos considerar algumas dificuldades na utilização do diagnóstico de enfermagem como: falta de uniformidade nas definições brasileiras e a indefinição de todos os termos; falta de habilidade no estabelecimento dos diagnósticos e resistência em implementar o processo de enfermagem por parte dos profissionais (JESUS, 1995).

Classificação dos diagnósticos de enfermagem

A Taxonomia II publicada em 2002 tem 13 domínios, 46 classes, 155 diagnósticos e 7 eixos. Cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos. Os 13 domínios apresentados pela NANDA (2002) são:

- domínio 1 – Promoção da Saúde
- domínio 2 – Nutrição
- domínio 3 – Eliminação
- domínio 4 – Atividade/Repouso
- domínio 5 - Percepção/Cognição
- domínio 6 –Autopercepção
- domínio 7 – Relacionamentos de Papel
- domínio 8 – Sexualidade
- domínio 9 – Enfrentamento/Tolerância ao Estresse
- domínio 10- Princípios de Vida

- domínio 11- Segurança/Proteção
- domínio 12- Conforto
- domínio 13- Crescimento/Desenvolvimento

A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar facilmente acréscimos e modificações. Esta Taxonomia é composta por sete eixos, um eixo é operacionalmente definido como uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico. Os eixos são representados nos diagnósticos de enfermagem nomeados/codificados por valores e, em alguns casos, eles são denominados explicitamente, em outros casos o eixo está implícito. Os eixos apresentados pela NANDA (2002) são:

Eixo 1 – O conceito diagnóstico

Eixo 2 – Tempo (de agudo a crônico, curta duração, longa duração)

Eixo 3 – Unidade de cuidado (indivíduo, família, comunidade, grupo alvo)

Eixo 4 – Idade (de feto a idoso)

Eixo 5 – Potencialidade (real, risco, oportunidade ou potencial para crescimento/aumento)

Eixo 6 - Descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico)

Eixo 7 – Topologia (partes/regiões do corpo)

A estrutura de códigos da Taxonomia II utiliza um código de cinco dígitos. Essa estrutura favorece a evolução do sistema de classificação como um resultado do desenvolvimento do conhecimento sem que seja preciso mudar os códigos dos diagnósticos NANDA (2002).

O uso de um sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem contribui para uniformizar a linguagem dos enfermeiros, melhorar a comunicação, fornecer dados para pesquisa e desenvolver um corpo de conhecimentos da profissão (WARREM,1983).

Tipos e componentes dos diagnósticos de enfermagem

- Diagnósticos de enfermagem reais:

Os diagnósticos de enfermagem reais descrevem respostas humanas às condições de saúde ou aos processos vitais presentes no indivíduo, família ou comunidade (NANDA, 2000). Representam diagnósticos clinicamente validados por manifestações identificáveis. Esses diagnósticos possuem quatro componentes: título, definição, características definidoras e fatores relacionados (CARPENITO, 2002).

- Diagnósticos de enfermagem de risco:

Os diagnósticos de enfermagem de risco descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis (NANDA, 2000). Possuem como componentes: o título, a definição e os fatores de risco (CARPENITO, 2002).

- Diagnósticos de enfermagem de bem-estar:

Os diagnósticos de enfermagem de bem-estar descrevem respostas humanas de um indivíduo, família ou comunidade que possuem um potencial para elevar-se a um nível superior de bem-estar e de saúde, comparado ao atual (CARPENITO, 2002; NANDA, 2000). Esse tipo de diagnóstico possui como único componente o título.

- Diagnósticos de enfermagem de síndrome:

Os diagnósticos de enfermagem de síndrome compreendem um conjunto de diagnósticos de enfermagem reais ou potenciais, cuja presença é prevista devido a algum evento ou situação (CARPENITO, 2002).

O Processo de Raciocínio Diagnóstico

Em nosso estudo, adotaremos o processo de raciocínio diagnóstico proposto por Risner (1990) para estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem.

Atualmente, a função de fazer inferências e diagnosticar é reconhecida como essencial para a prática de enfermagem, tornando fundamental a compreensão do processo de raciocínio diagnóstico (CARVALHO; RUFFINO, 1998).

O processo intelectual de estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem exige objetividade, pensamento crítico e tomada de decisão. Vários fatores podem influenciar a competência do enfermeiro em diagnosticar, entre esses fatores encontram-se: a capacidade de observação, as habilidades intelectuais, as experiências passadas, a intuição, o referencial teórico adotado (JESUS, 1995).

O diagnóstico de enfermagem, na opinião de Risner (1990), requer elevado nível de habilidade intelectual e é identificado como a base do planejamento, intervenção e avaliação do paciente. Para esse autor, a conceituação de um Diagnóstico de Enfermagem é um processo de tomada de decisão, que considera a coleta e a interpretação dos dados baseadas no conhecimento científico e na experiência do enfermeiro e culmina com a identificação e estabelecimento do diagnóstico de enfermagem.

Uma vez coletados os dados, o processo de diagnosticar contempla fases que podem didaticamente ser separadas em: a) análise e síntese dos dados e b) estabelecimento dos diagnósticos propriamente ditos (RISNER 1990). A análise e síntese são processos de

avaliação e interpretação dos dados, dando-lhes significado. Esta fase permite chegar a conclusões a respeito do estado de saúde do paciente (RISNER, 1990).

A análise é a separação do todo em partes que possuem características essenciais comuns e que se relacionam. Compreende a categorização dos dados e identificação de lacunas e dados divergentes. A categorização dos dados corresponde à análise e organização dos dados em grupos ou classes, de forma lógica e sistemática de acordo com o referencial teórico adotado. Em nosso estudo, a categorização é apresentada no próprio instrumento de coleta de dados, organizado em categorias de necessidades. A identificação de lacunas é a identificação de dados relevantes que podem estar faltando ou de dados que necessitam ser esclarecidos, como, por exemplo de dados divergentes que são dados conflitantes ou contraditórios (RISNER, 1990).

A síntese é a combinação das partes ou elementos dentro de uma entidade única. Compreende quatro fases: agrupamento dos dados, comparação dos dados, identificação de inferências e hipóteses diagnósticas e relação a fatores etiológicos. O agrupamento dos dados é a combinação das partes do todo que possuem relação entre si. A comparação dos dados é a comparação com critérios, normas, teorias, modelos e conceitos, isto é, a associação instantânea do quadro que o paciente apresenta com um padrão conhecido e aceito. A identificação de inferências e hipóteses diagnósticas consiste em formular um diagnóstico a partir de uma “pista precoce sobre o paciente”, além da interpretação precisa dos dados para testar as hipóteses diagnósticas estabelecidas (CARVALHO; RUFFINO, 1998; RISNER, 1990). A relação a fatores etiológicos é a etapa em que o enfermeiro explora e identifica os fatores que contribuíram ou influenciaram nos problemas de saúde do paciente. O enfermeiro pode fazer inferências sobre a possível causa relacionada ao problema do paciente e, a partir daí, direcionar as intervenções de enfermagem (RISNER, 1990). O produto do processo de raciocínio diagnóstico é o diagnóstico enfermagem. (RISNER, 1990).

Um diagnóstico de enfermagem deve ser expresso de forma clara e concisa e ser definitiva da condição ou da alteração do indivíduo. É o resultado de um processo e está alicerçado nas inferências elaboradas a partir dos dados obtidos. Nomear as conclusões e validá-las configuram a última fase deste empreendimento (RISNER, 1990).

A redação do diagnóstico de enfermagem tem sido divergente em relação ao número de elementos que a compõe. Alguns autores utilizam o diagnóstico de enfermagem constituído por duas fases: categoria diagnóstica e fatores relacionados. Outros, consideram que a redação do diagnóstico do tipo real, deve conter três partes: categoria diagnóstica, fatores relacionados e características definidoras e do diagnóstico de risco deve conter: a categoria diagnóstica e os fatores de risco (CARVALHO et al., 1996).

O estudo de caso

Adotamos o método de estudo de caso para o desenvolvimento deste estudo, ou seja, foi realizado um estudo de caso de cada paciente que concordou em participar do trabalho de pesquisa. Desse modo, realizamos vários estudos de caso para descrever os diagnósticos de enfermagem representados pelas respostas de pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica.

Este método permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como ciclos da vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas e relações internacionais (YIN, 2001).

Creswell (1998) define estudo de caso como: uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso (ou de vários casos), mediante uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações.

Para Polit e Hungler (1995), estudos de caso são: investigações em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social, com o objetivo de analisar e compreender as variáveis importantes ao histórico, desenvolvimento ou cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas.

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como e por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos na vida real (YIN, 2001).

Considerando-se as definições de estudo de caso aqui apresentadas, observamos que esse método nos permite uma investigação aprofundada dos pacientes, utilizando múltiplas fontes de informação. Esse fato e a estreita relação existente entre estudo de caso/plano de cuidado/processo de enfermagem constituem as razões para a escolha do estudo de caso para o desenvolvimento deste trabalho. De acordo com Henderson (1973), os estudos de caso foram os precursores dos planos de cuidados que, por sua vez, se constituíram nas primeiras expressões do processo de enfermagem. Além da compatibilidade com o processo de enfermagem, uma outra razão que justifica a escolha deste método advém de seu caráter holístico (GARCIA, 1996).

O estudo de caso é um método muito utilizado em pesquisas qualitativas, desenvolvendo-se em uma situação natural, rica em dados descritivos, focalizando a realidade de uma forma complexa e contextualizada. Porém, também é utilizado em estudos quantitativos como por exemplo, estudos de casos clínicos, de direito, de serviço social, entre outros (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso é desenvolvido em três etapas que se inter-relacionam a todo o momento, tornando difícil especificar as linhas que as separam. A primeira etapa, chamada fase exploratória, refere-se ao momento em que são explicitados,

reformulados ou abandonados os pontos críticos ou relevantes para a investigação. Essas questões ou pontos críticos podem surgir durante o exame da literatura; podem ser frutos de observações ou depoimentos de especialistas no tema em estudo ou podem ser derivados da experiência pessoal do pesquisador. A segunda etapa é a delimitação do estudo, em que o pesquisador após selecionar os aspectos mais relevantes para atingir os propósitos do estudo de caso, procede à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos e técnicas de coleta escolhidas de acordo com as características do estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). A análise sistemática e a elaboração do relatório constituem a terceira etapa do desenvolvimento do estudo de caso, caracterizada pelo agrupamento e análise dos dados coletados. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Conceitualmente, o método “estudo de caso” ou “casos” difere da “série de casos” (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996) é também chamado de casos múltiplos (YIN, 2001). O primeiro limita-se a investigar de um a nove pacientes e o segundo um mínimo de dez pacientes. Esses delineamentos de pesquisa caracterizam-se por não haver grupo-controle constituído no desenvolver do estudo, resultando, portanto, em estudos não-controlados (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996). Estudos de uma série de casos não são estudos comparativos, nem fornecem informações confiáveis para a comparação entre tratamentos. Esses estudos “devem ser vistos como o primeiro elo de uma cadeia de evidências a serem obtidas e não como opiniões definitivas” (SOARES; SIQUEIRA, 1998).

A abordagem metodológica adotada para esta pesquisa foi o “estudo de uma série de casos” para a identificação dos diagnósticos de pacientes adultos, que foram submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral e que estiveram no pós-operatório imediato considerando-se as etapas propostas por Lüdke e André (1986).

2.2 Delineamento do Estudo

Campo de estudo

Este estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na Seção de Recuperação Anestésica (SRA). Para tanto se obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa desta Instituição. A SRA conta com 25 leitos, atendendo a pacientes adultos e crianças. Os pacientes permanecem na SRA até que se encontrem hemodinamicamente estáveis e não necessitem de monitorização e avaliação contínua (HCFMRP-USP, 2003).

Amostra de estudo

Os pacientes que compõem este estudo foram selecionados por meio de amostra de conveniência, totalizando 15 sujeitos que foram investigados. Uma amostra de conveniência é composta por indivíduos que atendem a critérios de inclusão pré-determinados e são de fácil acesso ao pesquisador. As vantagens desse tipo de amostragem são: baixo custo, melhor organização e fácil administração da pesquisa, ou seja, é uma boa escolha para muitas questões de pesquisa (HULLEY et al., 2003).

Para a seleção dos participantes deste estudo, foram determinados os seguintes critérios de inclusão: ser adulto, maior de 18 anos, independente do sexo, possuir condições de manter diálogo com o pesquisador após término dos efeitos das drogas anestésicas e estar internado no Centro de Recuperação Pós-Anestésica, após ter sido submetido à cirurgia de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral. Os pacientes foram selecionados após verificação da escala cirúrgica no dia anterior à realização da cirurgia e constatação de que poderiam ser sujeitos participantes da pesquisa. Foram informados a respeito do estudo no momento em que chegavam ao hospital, geralmente, no período da manhã, e procuravam a

recepção do centro cirúrgico para avisar de sua chegada. Nesse momento, a pesquisadora os abordava e explicava os propósitos do estudo. Os pacientes que demonstraram interesse em participar do estudo manifestaram anuência por escrito a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) que foi fornecido após sua chegada no hospital, no mesmo dia da realização da cirurgia. De todos os pacientes que foram convidados a participar desse estudo, a partir da leitura do termo de consentimento, nenhum manifestou recusa.

O instrumento de coleta de dados

Segundo Dalri (1993), a estrutura do instrumento de coleta deve retratar o referencial teórico adotado, a dinâmica do serviço, o padrão de organização da assistência e a especificidade da clientela assistida. O instrumento de coleta de dados elaborado para este estudo está fundamentado no modelo conceitual de Horta (1979), que se baseia nas necessidades humanas básicas propostas por Maslow (1970) e na classificação de Mohana (1964). Este instrumento foi submetido a validações de aparência e de conteúdo realizada por seis enfermeiros com experiência na área e foi submetido a um pré-teste.

Os dados foram coletados no período de setembro de 2004 a janeiro de 2005. Foi utilizado para isso um instrumento (Apêndice A) de avaliação do paciente no pós-operatório imediato, que compreende as seguintes etapas: identificação do paciente, necessidades psicobiológicas (necessidades de oxigenação e respiração, de circulação, de termorregulação, de integridade tecidual, de mobilidade, de alimentação e hidratação, de eliminação e de senso percepção), necessidades psicossociais (necessidade de comunicação, de ensino-aprendizagem e necessidade de segurança/auto-estima) e necessidades psicoespirituais.

Instrumento de coleta de dados – Validação de aparência e conteúdo

O procedimento seguinte à elaboração dos instrumentos de coleta de dados foi a realização de sua validação de aparência e conteúdo. A validação de aparência de um instrumento de coleta de dados consiste na avaliação do referido instrumento por um determinado grupo de profissionais, sendo que os itens avaliados são: sua clareza, facilidade de leitura e entendimento e também a forma como o instrumento é apresentado (POLIT; HUNGLER, 1995). A validação de conteúdo é necessária no sentido de avaliar se os itens do instrumento realmente representam o universo do conteúdo (POLIT; HUNGLER, 1995). Para a realização desses procedimentos foram convidadas seis enfermeiras com experiência na área do estudo. Sendo quatro delas docentes e as outras duas enfermeiras, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e que possuem vasto conhecimento sobre o processo de enfermagem, cuidados de enfermagem a pacientes cirúrgicos e conhecimento em semiologia e semiotécnica.

Para a validação de aparência e conteúdo dos instrumentos de coleta de dados, foi elaborado um questionário (Apêndice E) norteador que foi entregue as enfermeiras selecionadas. Esse questionário era composto pelas seguintes questões: Os itens ou questões agrupados no instrumento por necessidades são suficientes para identificar alterações nas necessidades nas quais estão inseridos? Há repetição nas questões? O instrumento favorece a formulação dos diagnósticos de enfermagem? É necessária a realização de alterações para melhorar a apresentação do instrumento? Há clareza na apresentação do conteúdo?

Após a validação de aparência e conteúdo, foram discutidas com cada uma das enfermeiras as alterações que julgaram necessárias para uma melhor apresentação do instrumento de coleta de dados. Todos os profissionais expressaram que os instrumentos favoreceram a elaboração do diagnóstico de enfermagem e que os dados eram suficientes para identificar alterações ocorridas nas necessidades básicas de saúde; relataram também que os

dados não eram repetitivos. Algumas alterações foram sugeridas para melhorar os instrumentos, tais como: agrupar alguns dados como *cianótico* e *acianótico*, e *ictérico* e *anictérico* em uma só linha no item coloração da pele, pois nos dois casos um é excludente do outro. Outra alteração proposta foi que na necessidade de comunicação, os itens *difficuldade para expressar-se verbalmente* e *difficuldade para formar palavras ou sentenças* fossem explicados logo abaixo, a fim de facilitar a sua compreensão. Foi sugerido também que se introduzissem mais campos livres em todas as necessidades para anotações de informações complementares e que fossem julgadas necessárias para elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Após a realização da validação dos instrumentos foi realizado um pré-teste, que é uma versão em escala menor ou uma tentativa realizada para preparação do estudo principal. O pré-teste consiste na utilização do instrumento recém elaborado para identificar falhas ou avaliar as exigências de tempo (POLIT; HUNGLER, 1995). Neste estudo, o pré-teste foi realizado em três pacientes que atenderam o critério de inclusão, com os objetivos de: identificar a melhor forma de aplicação dos instrumentos, verificar a adequação do conteúdo, identificar problemas que poderiam interferir na fidedignidade dos dados e avaliar o tempo gasto durante a coleta de dados (GALDEANO, 2002). Após a realização do pré-teste, foram feitos os ajustes necessários e iniciada a coleta de dados, descrita anteriormente.

Instrumento de coleta de dados – Confiabilidade entre avaliadores

Uma medida confiável é consistente e precisa porque fornece uma medida estável da variável, não flutua, entre uma leitura e outra. Se uma medida flutua, é porque há erro na mensuração. Qualquer medida tem dois componentes, um escore real, que é o escore verdadeiro da variável e um erro de mensuração. Os pesquisadores devem usar medidas confiáveis para estudar, sistematicamente variáveis ou relação entre variáveis. Tentar estudar

comportamento, usando medidas não confiáveis é um desperdício de tempo, porque os resultados serão instáveis e não poderão ser replicados (COZBY, 2003).

Para avaliar a confiabilidade de uma medida, precisamos obter pelo menos dois escores nessa medida. Se a medida for confiável, os dois escores deverão ser muito semelhantes. No presente estudo, não havia um escore para ser comparado ao final da avaliação; os dados eram obtidos após serem coletados de forma objetiva e subjetiva nos pacientes, sendo posteriormente confrontados. Há muitas maneiras de avaliar a confiabilidade de uma medida; uma delas, a utilizada neste estudo, é a confiabilidade entre avaliadores (COZBY, 2003).

Confiabilidade entre observadores ou avaliadores se refere à correlação entre as observações feitas por dois indivíduos diferentes, que observam um mesmo sujeito e seu comportamento e fazem avaliações ou julgamentos distintos. A medida será confiável se houver alta concordância entre os juízes (COZBY, 2003). Para tal procedimento, utiliza-se a reprodutibilidade intra-instrumentos, ou seja, um único instrumento é usado para medições repetidas em um conjunto de sujeitos (HULLEY et al., 2003).

Este procedimento foi realizado pela pesquisadora responsável pelo estudo e por um enfermeiro com o título de doutor com experiência na utilização processo de enfermagem, no ensino, na pesquisa e na assistência. Destaca-se ainda que esse enfermeiro atua como professor responsável por disciplina de semiologia e semiotécnica. Foram avaliados os mesmos pacientes, com o mesmo instrumento de coleta de dados, elaborado neste estudo. Cada avaliador realizou o exame físico e entrevista individualmente em um curto intervalo de tempo entre as duas avaliações. Considerando-se que, freqüentemente, o paciente pode apresentar-se instável, principalmente na primeira hora após sua chegada no centro de recuperação, optamos por realizar esse procedimento a cada 30 minutos na segunda hora e de hora em hora na terceira e quarta hora após a admissão do paciente no centro de recuperação

pós-anestésica. Foram avaliados dois pacientes que se apresentavam estáveis e que não apresentavam complicações na primeira hora. Posteriormente, cada item avaliado foi comparado e foram estabelecidos os índices de confiabilidade para cada uma das variáveis presentes no instrumento de coleta de dados.

Num primeiro momento, foram avaliados dois pacientes, a partir da segunda hora de sua permanência no centro de recuperação pós-anestésica, conforme descrito anteriormente. Foram avaliados 108 itens em cada paciente. Na avaliação do primeiro paciente houve discordância em dois itens. No item que avaliava o turgor da pele, a pesquisadora avaliou como turgor diminuído e o enfermeiro que participou como perito julgou que o turgor era normal. O outro item que apresentou discordância foi com relação à presença ou ausência de petéquias. Nesse item, a pesquisadora descreveu no instrumento que o paciente apresentava petéquias e o enfermeiro perito avaliou ausência de petéquias no paciente. Na avaliação do segundo paciente, houve discordâncias nos itens: característica da pele (seca/hidratada); ruídos hidroaéreos (presente/ausente); pupilas (reagentes/bradireagentes), fala com dificuldade (sim/não) e no item agitação (sim/não). Num segundo momento, depois de identificadas as discordâncias, o enfermeiro perito e a pesquisadora voltaram a avaliar juntos os pacientes nos itens que apresentavam dúvidas procurando identificar os fatores que poderiam ter interferido nas avaliações realizadas.

Observa-se que nos itens que apresentaram discordância essa ocorreu devido a não observação de um sinal ou sintoma pela pesquisadora ou pelo enfermeiro perito durante a realização do exame físico, ou devido ao momento de intervalo entre uma avaliação e outra o paciente já apresentava mudanças. Assim, observou-se que as discordâncias eram referentes à avaliação individual de cada enfermeiro e não por falhas identificadas no instrumento de coleta de dados.

A concordância dos itens foi estabelecida entre as respostas dos dois avaliadores, pesquisadora e enfermeiro perito, aplicando-se o coeficiente de Kappa (símbolo “K”), mediante o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

O coeficiente de Kappa é um indicador de concordância, que informa a proporção de concordâncias além da esperada pela chance e varia de “menos um” a “mais um”, sendo que o “menos um” significa completo desacordo e “mais um” acordo exato nas leituras. O zero indica o mesmo que leituras feitas a esmo ou ao acaso (PEREIRA, 2002). Sendo K igual ao valor de Kappa, consideramos que: K=0,00 concordância ruim; K entre 0,00–0,20 concordância fraca; K entre 0,21-0,40 concordância sofrível; K entre 0,41-0,60 concordância regular; K entre 0,61-0,80 concordância boa; K entre 0,81-0,99 concordância ótima e K entre 1,00 concordância perfeita.

Para os 108 itens avaliados, 7 não apresentaram concordância, pois os valores de Kappa não apresentavam significância, ou seja, eram considerados como de ruim e fraca concordância. Nesses casos, o K apresentou como resultados os valores zero, 0,083 e 0,121. Do total de itens avaliados para cada um dos dois pacientes, as discordâncias ocorreram nas porcentagens de 1,8% e 4,6% respectivamente.

Posteriormente, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem com base na coleta de dados realizada. O raciocínio diagnóstico foi realizado pelo enfermeiro perito e pela pesquisadora, os diagnósticos foram confrontados notando-se concordância entre os dois avaliadores. As categorias diagnósticas identificadas nesses pacientes foram: Integridade tissular prejudicada, risco para infecção, percepção sensorial perturbada, risco para aspiração, hipotermia e risco para temperatura corporal desequilibrada.

Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2004 a janeiro de 2005 pela pesquisadora por meio de entrevista e exame físico do paciente no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia sob anestesia geral. Após consultar a escala cirúrgica e constatar que o paciente era um provável integrante do grupo a ser estudado, conforme os passos descritos anteriormente, a pesquisadora aguardava a chegada do paciente ao centro de recuperação pós-anestésica. No centro de recuperação pós-anestésica o paciente era avaliado durante o tempo de sua permanência nesta unidade a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora na terceira e quarta horas após sua chegada no Centro de recuperação pós-anestésica. A coleta de dados era interrompida assim que o paciente recebia alta do centro de recuperação pós-anestésica pelo anestesista.

Durante o período estudado, foram submetidos à realização desta cirurgia, 29 pacientes. Desses, oito não foram avaliados, pois não foi possível o contato prévio com a pesquisadora. Foram avaliados 21 pacientes pela pesquisadora, sendo que desses foram excluídos seis pacientes. Cinco pacientes foram excluídos, pois participaram da etapa que envolveu os procedimentos para refinamento do estudo, desses, dois pacientes participaram da etapa referente ao estabelecimento dos índices de confiabilidade entre avaliadores e os outros três pacientes participaram do pré-teste. Um paciente foi excluído por não apresentar condições cognitivas que permitissem a coleta de dados.

Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem

Após a coleta de dados, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, utilizando-se a Taxonomia II da NANDA (2002) e o processo de raciocínio diagnóstico proposto por Risner (1990). Foram realizadas a análise e síntese dos dados pela pesquisadora, conforme descrito anteriormente no item “Processo de Raciocínio Diagnóstico”. A etapa de

análise (categorização dos dados e identificação de lacunas e dados divergentes) foi realizada por ocasião da coleta de dados, ou seja, os dados foram organizados em categorias de necessidades e as lacunas ou dados divergentes eram esclarecidas durante a avaliação do paciente. Em seguida, foi realizada a síntese considerando-se as seguintes etapas: agrupamento, comparação, inferência e causas relacionadas ou associadas. Essa fase foi realizada para cada paciente e para cada diagnóstico conforme apresentado no Apêndice B. Com base no processo de análise e síntese e utilizando-se a Taxonomia II da NANDA (2002), foram ou não confirmadas as hipóteses diagnósticas.

Os diagnósticos de enfermagem identificados para cada paciente foram apresentados em um quadro de forma tal que a pesquisadora pudesse analisar o momento em que o diagnóstico foi identificado e, posteriormente, resolvido. No apêndice C pode ser observado exemplo deste quadro.

Os diagnósticos de enfermagem, neste estudo, foram considerados resolvidos quando os pacientes não mais apresentavam as manifestações ou evidências clínicas que sustentavam os diagnósticos de enfermagem.

Os instrumentos de coleta de dados preenchidos pela pesquisadora (Apêndice A), os registros das etapas do processo raciocínio diagnóstico (Apêndice B) e o quadro com o momento em que os diagnósticos de enfermagem foram identificados e resolvidos (Apêndice C) foram entregues a duas enfermeiras com experiência na assistência de enfermagem a pacientes críticos e no processo de enfermagem. Em seguida, foi solicitado a essas enfermeiras que analisassem os dados coletados identificando as lacunas e/ou dados divergentes e confirmassem ou não cada diagnóstico. A partir desse processo, foi sugerida a inclusão de dois novos diagnósticos de enfermagem pelas enfermeiras: Risco para função respiratória alterada e Risco para temperatura corporal desequilibrada. No estabelecimento dos demais diagnósticos houve consenso entre as enfermeiras e a pesquisadora.

Nos casos, em que os pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem de dor aguda, as suas manifestações foram comparadas com as apresentadas pela NANDA (2002) e com outras identificadas na literatura para esse diagnóstico: refere desconforto (CORRÊA, 1997); relata que sente medo de sua dor não passar (MAHON, 1994); esfrega a área que dói (CORRÊA, 1997); refere medo de dor intolerável ou preocupação quanto à tolerância à dor (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004); impaciência ou inquietação (CORRÊA, 1997); intensidade da dor (PIMENTA, 1995).

Ressalta-se que as intervenções de enfermagem não foram o foco de interesse deste estudo; assim, quando uma alteração era detectada o pesquisador comunicava o enfermeiro responsável pela unidade.

Inicialmente, os resultados serão apresentados a seguir considerando-se a caracterização da população estudada. Os resultados referentes aos diagnósticos foram descritos em tabelas considerando-se os fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco dos diagnósticos, e as comparações que foram realizadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados seguindo-se a seguinte ordem: características gerais dos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, segundo a idade e o tempo de duração da anestesia; diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica; e distribuição dos diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica segundo o período de avaliação, em relação ao seu estabelecimento e resolução no pós-operatório imediato.

Nesse estudo, dos 15 pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica internados em regime ambulatorial, no Centro de recuperação pós-anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, durante o período de setembro de 2004 a janeiro de 2005. Desses pacientes, 11 eram mulheres (73,3%) e quatro (26,7%) eram homens. Cinco (33,3%) pacientes tinham índice de massa corporal (IMC) acima do normal, variando entre 25,0 e 40,0 Kg/m². Sete pacientes (46,7%) possuíam doença associada (diabetes mellitus, hipertensão, cardiopatia e insuficiência adrenal).

Dos 15 pacientes admitidos em regime ambulatorial no HCFMRP-USP; três pacientes apresentaram alterações relacionadas aos períodos trans e pós-operatório e precisaram permanecer internados. O motivo da permanência no hospital de um dos pacientes foi devido à presença de foco infeccioso na vesícula biliar. Outros dois pacientes permaneceram internados, pois apresentavam patologias associadas (diabetes mellitus ou insuficiência da adrenal).

Não houve necessidade de converter a cirurgia laparoscópica em cirurgia aberta nos casos estudados. Há relatos na literatura que descrevem taxas de conversão em torno de 5% das cirurgias realizadas (SABISTON JR., 2002).

No estudo realizado por Santos et al. (2001), apenas dois dos 158 pacientes (1,3%) avaliados necessitaram sofrer conversão de cirurgia laparoscópica para cirurgia aberta. Rêgo et al. (2003) obtiveram índice de conversão de 8,3%, ou seja, de 126 pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica 10 necessitaram da laparotomia.

3.1 Características gerais dos pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica

Na Tabela 1, apresentaremos as características gerais dos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica segundo a idade e a duração da anestesia.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis idade e duração da anestesia dos pacientes no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	45,27	44,00	15,55	20,00	68,00
Duração da anestesia (em minutos)	98,33	90,00	28,26	60,00	150,00

Dos 15 pacientes avaliados neste estudo, quatro eram homens e 11 mulheres. Na literatura, também encontramos vários estudos que descrevem a maior frequência de colecistite em mulheres. No estudo realizado por Santos et al. (2001), dos 158 pacientes avaliados, 142 eram mulheres e 17 homens. Rego et al. (2003) relatam que de 126 pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica na Santa Casa de São Paulo, e avaliados em seu estudo, 100 eram mulheres (81,3%) e 26 eram homens (18,7%).

A média de idade apresentada pelos pacientes deste estudo foi de 45,27 anos, sendo a idade mínima 20 e máxima 68 anos, e o desvio padrão de 15,55.

Neste estudo, a duração da anestesia variou entre 60 a 150 minutos com média de 98,33 minutos, e o desvio padrão de 28,26. Dados semelhantes também são apresentados na literatura quando se discute o tempo médio de duração da cirurgia de colecistectomia

laparoscópica, que é realizada em um tempo menor quando comparada à cirurgia aberta. No estudo de Rêgo et al. (2003), o tempo médio de anestesia foi de 112 minutos nos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Esses autores tiveram como objetivo comparar o procedimento laparoscópico e a laparotomia no tratamento cirúrgico da litíase biliar, e com relação ao tempo, a laparotomia teve média de 133 minutos de duração, sendo considerado um procedimento mais longo, aumentando o tempo anestésico e os riscos de possíveis complicações. Diversos fatores podem determinar o tempo operatório, como a habilidade do cirurgião, o tipo de instituição onde o procedimento é realizado, as condições do paciente e a sua idade. Mas, certamente um dos avanços importantes advindos com o método laparoscópico é a redução do tempo de permanência hospitalar e os benefícios que isso ocasiona aos pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia (RÊGO et al., 2003; SABISTON JR., 2002).

3.2 Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica

De acordo com as particularidades observadas na clientela selecionada para esse estudo, percebemos que alguns diagnósticos de enfermagem foram comuns a todos pacientes estudados e outros identificados apenas em alguns dos sujeitos da pesquisa, a seguir, apresentaremos os diagnósticos de enfermagem identificados para cada paciente estudado e a frequência que ocorreram.

Tabela 2 – Distribuição das categorias diagnósticas identificadas no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004

Categoria diagnóstica	Pacientes															Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	n	%
Integridade tissular prejudicada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Risco para infecção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Percepção sensorial perturbada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Risco para aspiração	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Risco para função respiratória alterada**	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	x	12	80
Hipotermia	x	x	x	x	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	09	60
Risco para temperatura corporal desequilibrada	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	x	-	x	x	06	40
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	x	x	-	-	05	33,3
Dor aguda	-	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	05	33,3

** Na identificação desse diagnostico foi utilizada a interpretação dos diagnósticos de enfermagem realizada por Carpenito (2002); x = indica presença do diagnóstico de enfermagem; - = indica ausência do diagnóstico de enfermagem

Foram identificados nove diferentes diagnósticos de enfermagem, com frequências variando entre 100% e 33,3%. Desses diagnósticos, quatro: Integridade tissular prejudicada, Risco para infecção, Percepção sensorial perturbada, Risco para aspiração foram identificados em todos pacientes. Três diagnósticos de enfermagem: Risco para função respiratória alterada, Hipotermia e Risco para temperatura corporal desequilibrada foram identificados em 80%, 60% e 40% dos pacientes, respectivamente (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem do tipo real identificadas no período pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica.

Tabela 3 – Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos tipo real, identificados no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras
Integridade tissular prejudicada	Mecânico (cirurgia de colecistectomia laparoscópica)	Tecido subcutâneo e pele destruídos
Hipotermia	Medicamentos que causam vasodilatação Exposição a ambiente frio Incapacidade para tremer	Redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais Tremor Piloereção
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.	Ingestão excessiva em relação as necessidades metabólicas	Peso 20% acima do ideal para a altura e compleição
Percepção sensorial perturbada	Recepção e transmissão sensorial alterada	Padrões de comunicação alterados
Dor aguda	Agentes lesivos (manipulação cirúrgica)	Relato verbal Evidência Observada Expressão facial Comportamento de defesa

Observamos que para três diagnósticos de enfermagem houve apenas a identificação de um fator relacionado e uma característica definidora: Integridade tissular prejudicada, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e Percepção sensorial perturbada. Para os diagnósticos de enfermagem Hipotermia e Dor aguda estiveram presentes dois e um fatores relacionados e três e quatro características definidoras, respectivamente.

Integridade tissular prejudicada

Observa-se na Tabela 2, que o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada foi identificado em 100% dos pacientes selecionados para este estudo. A NANDA (2002) define esse diagnóstico como: “Dano às membranas mucosas, córneas, pele ou tecidos subcutâneos”. Para esse diagnóstico, o fator relacionado identificado foi mecânico (cirurgia de colecistectomia) e a característica definidora encontrada foi tecido subcutâneo e pele destruídos (Tabela 3).

Os indivíduos apresentam barreiras naturais de proteção da pele, a fim de evitar que microrganismos possam transformar a sua presença local em doenças. Nas pessoas hospitalizadas, essa proteção pode estar prejudicada devido à realização de cirurgias,

colocação de cateteres intravasculares e outros artefatos, úlceras crônicas e outras dermatoses (FERNANDES, 2000). A pele é composta de epiderme, derme e tecido subcutâneo. A epiderme é constituída por uma camada proliferativa e avascular, que proporciona uma barreira de proteína, lípidos e estrato córneo. A derme, localizada abaixo de epiderme, contém vasos sanguíneos e linfáticos, e os fibroblastos que sintetizam tecido elástico em colágeno. As glândulas sudoríparas écrinas, glândulas sebáceas e seus folículos originam-se na derme. A gordura subcutânea apresenta diferentes espessuras pelo corpo. A fáscia superficial deve estar em contato com todos os vasos e nervos importantes, separando a pele da musculatura (FERNANDES, 2000; SCOTT et al., 2001). Desta forma, a pele representa uma proteção às estruturas internas vitais e constitui uma importante barreira contra microrganismos. Tem ainda funções fisiológicas que permitem a sobrevivência do ser humano, tais como: termoregulação e manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico (FERNANDES, 2000).

Na realização da colecistectomia laparoscópica, embora o acesso à cavidade abdominal seja menor que o realizado em uma cirurgia como a laparotomia, também há a destruição mecânica dos tecidos presentes no local do procedimento. O acesso à cavidade peritoneal durante a laparoscopia é efetuado através de quatro pequenas incisões de tamanho aproximado de quatro centímetro para colocação de quatro trocartes, um na região supra-umbilical, outro na região subxifóide e outros dois trocartes são colocados na mesma linha, um no hipocôndrio direito e outro no epigástrico, para que haja a apreensão e dissecação da vesícula e posterior hemostasia (PEREIRA, 2002; PINOTTI et al., 1999; SABISTON JR., 2002). A apresentação do sítio cirúrgico é realizada com a vesícula tracionada para cima e para fora, em direção a cúpula diafragmática direita e o hilo é exposto com tração lateral. A dissecação é realizada com um instrumento de extremidade esférica, que permite a dissecação romba auxiliando a coagulação. A técnica consiste em abertura do peritônio com a dissecação acompanhando o contorno externo da vesícula, o ducto cístico é isolado, parcialmente

seccionado e cateterizado, sempre que possível. Em seguida é feita a ligadura e secção completa do ducto cístico e na sequência, a artéria cística é reconhecida, isolada e ligada com clips metálicos. A vesícula é, então, retirada do leito (PINOTTI et al., 1999). Ao término do procedimento cirúrgico, o equipamento laparoscópico é retirado e as quatro cavidades realizadas para realização do procedimento são aproximadas e suturadas. O paciente chega ao centro de recuperação pós-anestésica com quatro curativos oclusivos na cavidade abdominal.

A cicatrização é a cura de uma ferida por reparação ou regeneração dos tecidos afetados evoluindo em fases distintas. Quando a integridade do tecido cutâneo-mucoso sofre solução de continuidade, resultando em uma ferida, imediatamente é iniciado o processo de cicatrização em três fases.

A primeira fase é a inflamatória, caracterizada pelos sinais típicos do processo inflamatório localizado, como: dor, rubor, calor, edema e, frequentemente, perda da função local, começa no momento em que ocorre a lesão tecidual e se estende por um período de quatro a seis dias. Essa fase é seguida pela proliferativa, denominada desta forma porque a atividade predominante neste período é a mitose celular, que se estende por aproximadamente três semanas. A característica básica desta fase é o desenvolvimento de tecido de granulação composto por capilares, colágeno e proteoglicanos. Por fim, a fase reparadora consiste na diminuição progressiva da vascularização, dos fibroblastos, aumento da força tênsil e a reorganização das fibras do colágeno, esta fase pode estender-se por até dois anos (FERNANDES, 2000; POTTER; PERRY, 1997; SABISTON JR., 2002).

Dessa forma, a cicatrização da ferida cirúrgica é uma resposta complexa e altamente organizada do tecido com solução de continuidade causada por uma agressão. A capacidade orgânica de cicatrizar feridas é uma das mais poderosas propriedades de defesa que o ser humano possui. Esse processo é infalível na ausência de infecções endógenas e exógenas, mecanismos de interferência, ou certos processos patológicos (DRAIN, 1994).

O diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada, encontrado com frequência de 100% nos pacientes selecionados para este estudo e a presença dos fatores mecânicos, secundários ao procedimento cirúrgico; e o tecido subcutâneo e pele destruídos também estão presentes em outros estudos que apesar de não se tratarem especificamente de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica também avaliaram o paciente no período pós-operatório imediato. No estudo realizado por Rossi et al. (2000), a integridade tissular prejudicada foi identificada em 23 dos 28 pacientes avaliados (82,1%) e, assim, como no estudo desenvolvido pela pesquisadora, o procedimento cirúrgico foi o fator desencadeante do estabelecimento do diagnóstico de enfermagem descrito.

Destaca-se ainda a necessidade de o enfermeiro do centro de recuperação pós-anestésica estar atento na avaliação mais detalhada da pele do paciente, pois além do trauma tecidual provocado pela operação, outras lesões ainda podem estar presentes, tais como: queimaduras decorrentes do uso de bisturi elétricos, ferimentos provocados por posicionamento prolongado na mesa cirúrgica e por falta de sensibilidade devido à anestesia (GALDEANO, 2002; ROSSI et al., 2000).

A avaliação da necessidade da integridade tecidual dos pacientes de pós-operatório imediato deve ser uma preocupação para os enfermeiros que atuam em Centro de recuperação pós-anestésica.

Um aspecto adicional da presença desse diagnóstico de enfermagem nos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica é que terão alta hospitalar do centro de recuperação pós-anestésica. Tal fato implica que os enfermeiros desse serviço deverão estabelecer junto com o paciente e os membros da família que o acompanham um momento para fornecer informações sobre a continuidade do cuidado a ser realizada em seu domicílio, sabendo-se que esses pacientes encontram-se na primeira fase do processo de cicatrização, a chamada fase inflamatória, como foi descrito anteriormente, e que percorrerá o período de

seis a sete dias para o próximo retorno para nova avaliação médica e de enfermagem. Assim, os pacientes e seus familiares deverão ser informados sobre as manifestações que caracterizam esse diagnóstico e que poderão ser percebidas por eles em cada fase do processo de cicatrização.

Percepção sensorial perturbada

O diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada foi identificado em todos pacientes investigados neste estudo. Os fatores relacionados identificados nesses pacientes foram recepção e transmissão sensorial alterada e a característica definidora encontrada foi: padrões de comunicação alterados.

A NANDA (2002) define o diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada como: “Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.”

O fato de esse diagnóstico de enfermagem ter sido identificado em todos pacientes pode estar relacionado à anestesia geral no período trans-operatório. A condição de anestesia geral define a ausência fármaco-induzida da percepção de todas as sensações. Em geral, os anestésicos alteram a função orgânica, o que muitas vezes irá influenciar na escolha do anestésico. A anestesia geral e a cirurgia exigem a administração de vários agentes intravenosos com diferentes ações para assegurar hipnose, analgesia, relaxamento e controle das respostas reflexivas viscerais. Alguns agentes intravenosos possuem alta potência e rápida reversibilidade e permitem um controle mais preciso do efeito desejado. Observamos que as taxas de eliminação de alguns desses agentes são dominadas pelo processo de distribuição entre o plasma e outros compartimentos do organismo (GOODMAN; GILMAN, 2003).

Dos pacientes selecionados para este estudo, todos foram submetidos a anestesia geral com administração de propofol associado a algum outro medicamento, na maioria das vezes, os analgésicos opióides (citrato de fentanila, cloridrato de sufentanila e alfentanil). O propofol é de uso endovenoso e induz a anestesia rapidamente após a sua administração. A anestesia é mantida pela infusão contínua desta droga e pode provocar alterações orgânicas como: redução da pressão arterial sistêmica em cerca de 30% dos pacientes provocada pelo efeito de vasodilatação periférica causado pela droga e depressão respiratória. Pode também ocasionar apnéia por até 30 segundos e hipóxia. O propofol não compromete a função hepática nem a renal. O seu metabolismo ocorre no fígado e, após o término de sua infusão, o efeito de sedação pode ocorrer de vinte minutos à uma hora no pós-operatório (GOODMAN; GILMAN, 2003).

A utilização dos opióides, durante o período trans-operatório, é muito freqüente para fornecer alívio da dor durante a anestesia geral, fornecendo analgesia de início rápido e duração adequada. Os opióides são drogas derivadas do ópio e incluem o cloridrato de morfina, a codeína e uma ampla variedade de congêneres semi-sintéticos derivados deles como: citrato de fentanila, alfentanil e cloridrato de sufentanila como é o caso dos analgésicos utilizados nos 15 pacientes selecionados para este estudo (GOODMAN; GILMAN, 2003).

Devido à utilização de drogas anestésicas, os pacientes chegam ao centro de recuperação pós-anestésica ainda muito sonolentos e apresentando grande dificuldade para manter padrões de comunicação adequados com a equipe que o assiste neste momento. As drogas anestésicas atuam no sistema nervo central (SNC), deprimindo de forma reversível sua atividade. Após o início de sua administração, a inconsciência pode levar de 10 a 20 segundos para ser estabelecida (tempo que a droga leva para chegar do braço ao cérebro). Os sinais de anestesia podem ser observados pela depressão do sistema circulatório e respiratório,

diminuição do diâmetro pupilar (miose) e os globos oculares podem encontrar-se fixos e centralizados (SABISTON JR., 2002; SANTOS et al., 2001).

A dificuldade para apresentar abertura ocular espontânea e diminuição do diâmetro pupilar foram observadas nos 15 pacientes no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica em nosso estudo. Assim que foram admitidos no centro de recuperação pós-anestésica, permaneceram nesta mesma condição por até uma hora, quando já mantinham os olhos mais abertos e a pupila voltasse ao diâmetro normal.

Os pacientes também apresentavam grande dificuldade para permanecerem acordados. Quando solicitados apresentavam dificuldade para comunicar-se e, na maioria das vezes, conseguiam responder ao que lhes era solicitado com uso de palavras únicas ou frases curtas. No estudo realizado por Rossi et al. (2000), o diagnóstico de Percepção sensorial perturbada esteve presente em 89,2% dos pacientes avaliados. Nesse estudo os autores identificaram os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório imediato. Os pacientes apresentaram mudanças na percepção sensorial, mudanças nas respostas usuais aos estímulos, caracterizadas por sonolência e mudança no padrão do comportamento, e embora apresentassem esses sinais, os pacientes identificavam o local onde estavam e demonstravam ter conhecimento sobre o término da cirurgia.

No estudo de Galdeano (2002), desenvolvido com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, o diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada esteve presente em 100% dos pacientes avaliados. A autora afirma que no pós-operatório de cirurgia cardíaca, o paciente geralmente encontra-se em coma induzido, impossibilitado de abrir os olhos, de se movimentar e de responder a estímulos verbais devido aos agentes anestésicos utilizados. Em geral, dependendo da droga utilizada no trans-operatório, os pacientes começam apresentar respostas a alguns comandos verbais após duas horas do término da cirurgia.

A preocupação com a percepção sensorial dos pacientes no período pós-operatório imediato não é apenas uma preocupação dos enfermeiros que atuam em centros de recuperação pós-anestésicos. O estudo desenvolvido por Oliveira Filho (2003), por exemplo, avaliou as rotinas de cuidados pós-anestésicos de anesthesiologistas brasileiros e revelou que de 271 anestesistas, 225 (83,02%) se preocupam com a avaliação do nível de consciência ou estado mental dos pacientes nesse período e essa preocupação ocupa o quarto lugar de dez rotinas de avaliação consideradas essenciais.

Desta forma, observamos que a alteração do nível de consciência dos pacientes no período pós-operatório imediato é bastante freqüente quando submetidos à anestesia geral em razão das ações das drogas utilizadas. Assim, o enfermeiro do centro de recuperação pós-anestésica, deve estar atento ao tipo de droga utilizada e a sua ação no sistema nervoso central a fim de antecipar possíveis complicações advindas do ato anestésico.

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais

O diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais foi identificado em cinco (33,3%) dos pacientes, cujo principal problema de saúde apresentado era a obesidade anterior à realização da cirurgia de colecistectomia.

A NANDA (2002) define o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais como: “Ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas.” O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas e as características definidoras encontradas foram peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição. Dos cinco pacientes avaliados, os pesos estavam 37,3%, 38,9%, 40,6%, 42,0% e 73,9% acima dos valores considerados normais. Sendo classificados como portadores de obesidade os que estão com peso acima de 30 Kg/m² e obesidade grave os que estão com peso acima de 40 Kg/m² (PORTO, 2001).

A obesidade pode ser considerada como um distúrbio do tecido adiposo, envolvendo a estocagem, a mobilização e a metabolização dos lipídios. Nos indivíduos normais, o tecido adiposo constitui cerca de 10 a 20% do peso corporal, nos obesos chega a atingir até 50%. Atualmente, a obesidade é conhecida como uma doença complexa, influenciada por interação genética, endócrina, metabólica e ambiental. O IMC (índice de massa corporal) é um indicador que leva em conta a altura e o peso do indivíduo, e pode ser classificado como baixo peso até obesidade grave (CARNEIRO et al., 2003).

A prevalência da obesidade tem aumentado em todo mundo e vem se tornando um dos maiores problemas de saúde da sociedade moderna na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Quando comparados aos indivíduos com peso normal, aqueles com sobrepeso possuem maiores riscos de desenvolverem hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (CARNEIRO et al., 2003).

O diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais não foi considerado um diagnóstico específico do período pós-operatório imediato, uma vez que a obesidade já era uma patologia instalada no paciente submetido à colecistectomia laparoscópica. Porém foi identificado e considerado relevante nessa clientela, uma vez que consiste em um fator de risco cirúrgico e que dos cinco pacientes portadores do diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, quatro eram hipertensos, um era hipertenso e portador de diabetes mellitus e outro era apenas portador de diabetes mellitus.

Dessa forma, a necessidade de investigação desse diagnóstico é muito importante, pois encontramos na literatura trabalhos que discutem a influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Dentre esses, o estudo desenvolvido por Carneiro et al. (2003) revelou um aumento significativo na ocorrência de hipertensão arterial em consequência do aumento do

IMC observado em 43,8% dos pacientes, a presença de diabetes mellitus também foi identificada em 21,8% dos pacientes do mesmo grupo.

O estudo desenvolvido por Santos et al. (2001), com pacientes admitidos em regime ambulatorial para realização de colecistectomia laparoscópica, avaliou 158 pacientes, desses 50% apresentaram classificação do risco cirúrgico em ASA II e III. Fato este que justifica a maior incidência de complicações cardiorespiratórias no período pós-operatório imediato.

Pacientes obesos apresentam maior risco cirúrgico, em virtude de suas funções cardíacas e ventilatórias serem geralmente insuficientes. A capacidade do paciente de aumentar o débito cardíaco em resposta a estímulos realizados nos períodos trans e pós-operatórios é um determinante da sobrevida depois da realização de cirurgias, sendo a hipertensão a comorbidade mais comum da obesidade, associada ao aumento da pressão intra-abdominal e intratorácica diminuindo o débito cardíaco e a perfusão renal (MARQUES-LOPES et al., 2004; SABISTON JR., 2002).

Pacientes obesos apresentam maior incidência para o desenvolvimento de diabetes mellitus, que leva a secreção prejudicada e resistência à insulina. Esses pacientes tendem, no período pós-operatório imediato, a apresentarem os níveis de glicose sangüínea aumentados devido a um aumento nos níveis de hormônios circulantes no sangue causados pelo estresse cirúrgico. Se a hiperglicemia não for adequadamente controlada durante a cirurgia pode ser necessário o uso de insulina regular para aqueles pacientes que não são insulino-dependentes até que possam se recuperar do estresse cirúrgico causador desta condição (NELSON, 2002).

Além disso, no paciente obeso, a deposição de gordura no pescoço ou o alargamento da estrutura de tecidos moles que circundam a orofaringe é o mecanismo predominante que causa um estreitamento da via aérea superior, dificultando a ventilação do paciente no período pós-operatório imediato. Os pacientes obesos tendem a apresentar síndrome de hipoventilação, associadas com diminuição da capacidade pulmonar total e da complacência

pulmonar em virtude da adiposidade abdominal e aumento da pressão intra-abdominal (AIRES, 1999; DOYLE, 1999; SENRA; IASBECH; OLIVEIRA, 1998). Consideramos que este fato está associado neste estudo quando se observou a necessidade de utilização de vaporização de oxigênio em todos os pacientes considerados obesos (33,3%) selecionados para este estudo. Tal medida foi tomada no sentido de prevenir complicações respiratórias uma vez que a literatura mostra relação entre obesidade e alterações no padrão respiratório dos pacientes cirúrgicos (NELSON, 2002).

Os enfermeiros do Centro de recuperação pós-anestésica contribuem significativamente para a prevenção de complicações respiratórias nessa clientela, mediante a observação de dados significantes e específicos. Essa avaliação permite ao enfermeiro a oportunidade de estabelecer uma base de dados e proporciona uma estrutura de análise para a detecção de alterações relacionadas a outras necessidades básicas quando da presença do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

Dor aguda

No presente estudo, o diagnóstico de enfermagem Dor aguda esteve presente em 5 (33,3%) dos 15 pacientes avaliados. Os fatores relacionados identificados foram: agentes lesivos (devido à manipulação cirúrgica causada para realização da cirurgia de colecistectomia laparoscópica). As características definidoras apresentadas pelos pacientes foram as seguintes: dor aguda, evidência observada, expressão facial e comportamento de defesa.

A NANDA (2002, p. 99) define o diagnóstico de enfermagem Dor aguda como:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP-International Association for the Study of Pain); tem início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses.

A identificação desse diagnóstico de enfermagem e a sua manifestação nos pacientes submetidos à colecistectomia foi um dos objetivos da realização desse estudo, assim optamos por apresentá-lo de forma mais detalhada na Tabela 4, para uma melhor visualização da frequência de ocorrência de seus fatores relacionados e de suas características definidoras.

Tabela 4 – Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda identificados no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras	n = 5
Dor aguda	Agentes lesivos (manipulação cirúrgica)	Relato verbal	05
		Evidência Observada	03
		Expressão facial	03
		Comportamento de defesa	01

Observamos que os enunciados diagnósticos para este diagnóstico de enfermagem não foram comuns a todos os pacientes. O relato verbal de dor foi identificado como característica definidora comum apresentada por todos os pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica (Tabela 4).

Todas as manifestações dolorosas apresentadas pelos pacientes são características definidoras encontradas na NANDA (2002). A avaliação da intensidade da dor, através de escala numérica variando de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 dor insuportável, foi aplicada a todos pacientes a fim de verificar o valor atribuído para dor, segundo a percepção individual de cada paciente avaliado. A escala também foi útil para avaliar se, após a realização de intervenções de enfermagem e/ou administração de analgésico conforme prescrição médica, havia melhora do estado doloroso e qual a intensidade de dor apresentada pelo paciente ao receber alta hospitalar.

Observou-se nos cinco pacientes com relato de dor, que a intensidade máxima atribuída foi cinco e a intensidade mínima foi três. Apenas dois pacientes mantiveram o relato de dor na avaliação posterior ao momento em que ela foi detectada. Segundo Pimenta (1995), a ocorrência de dor de intensidade entre três e cinco representa valores que podem ser

caracterizados como de intensidade leve e moderada consecutivamente. Observou-se ainda que as manifestações de dor foram relatadas a partir da segunda ou terceira hora de permanência do paciente no centro de recuperação pós-anestésica e nenhum paciente relatou estar sentindo dor no momento que recebeu alta hospitalar.

A percepção e a resposta do corpo à dor é denominada nocicepção, para a qual o organismo possui complexo sistema nervoso. Para chegar a medula espinhal, a informação nociva depende da participação do neurônio aferente primário (NAP). Os NAPs que inervam regiões abaixo da cabeça são células bipolares, cujos corpos celulares se encontram no gânglio da raiz dorsal. Os NAPs que inervam a região cefálica possuem corpos celulares nos gânglios sensoriais dos nervos cranianos V, VII, IX e X. O axônio periférico do NAP possui terminações livres, denominadas nociceptores, capazes de detectar estímulos dolorosos. A informação gerada nos nociceptores é conduzida até o gânglio da raiz dorsal. A partir deste gânglio, a informação continua sendo conduzida até a medula espinhal ao longo do axônio central do NAP. Conforme o tipo de estímulo capaz de ativá-los e as características da resposta, os nociceptores podem ser classificados em: mecanociceptores, nociceptores polimodais, nociceptores mecanotérmicos e nociceptores para o frio (ANDRADE FILHO, 2001). Assim, para pacientes submetidos à manipulação cirúrgica, os nociceptores ativados são os polimodais ou tipo C, representam cerca de 95% das unidades sensoriais da pele humana e respondem a estímulos nocivos mecânicos, térmicos ou químicos (ANDRADE FILHO, 2001).

A dor aguda ou fisiológica identificada nos pacientes selecionados para este estudo resulta da estimulação nociva intensa ou potencialmente injuriante, é bem localizada e pode ser transitória ou não, dependendo se houve dano tecidual. O papel dessa dor é simples, mas importante, já que informa o corpo sobre o perigo potencial, dando início a respostas reflexas de retirada do segmento do corpo da fonte do estímulo nocivo ou busca de resolução para sua

condição dolorosa. Este tipo de dor é funcionalmente garantido por NAPs especializados, capazes de codificar o estímulo nocivo quanto a sua modalidade, intensidade, duração e localização (ANDRADE FILHO, 2001; CASTRO, 2003).

A dor no pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica pode ser considerada como uma consequência imediata, decorrente de vários fatores como, por exemplo, do grau do trauma causado durante a intervenção cirúrgica, da duração do procedimento, local do procedimento (cirurgias abdominais são consideradas mais doloridas), da utilização do dióxido de carbono (CO₂) para confecção do pneumoperitônio. Como já foi mencionado esse é um gás irritante e, durante o procedimento cirúrgico, mantém a cavidade abdominal distendida, comprimindo órgãos sólidos como o fígado ou vísceras ocas, como o cólon ou o estômago, no interior da cavidade (PIMENTA et al., 1992; READY; EDWARDS, 1995; SABISTON JR., 2002; SANTOS et al., 2001).

Outro fator, que pode desencadear o aparecimento de dor no pós-operatório imediato de colecistectomia por via laparoscópica, refere-se a introdução dos trocartes na cavidade abdominal podendo haver algum tipo de lesão nas vísceras ou tecidos de suas paredes (SLIM, 1999).

A forma como a dor foi manifestada nos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica neste estudo, também esteve presente em outros estudos nos quais a identificação do diagnóstico de enfermagem dor aguda também estava presente em pacientes no período pós-operatório imediato. No estudo de Corrêa (1997), o objetivo era estimar e validar os conteúdos das características definidoras do diagnóstico de enfermagem de dor no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram identificadas pela autora 32 características definidoras, dentre elas, comunicação de descritores de dor, comportamento protetor, comportamento doloroso, expressão facial de dor e focalização limitada.

Rossi et al. (2000), em um estudo que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de pacientes em pós-operatório imediato, a dor aguda foi manifestada por 11 dos 28 pacientes (39,2%). Nesse estudo, os autores não descreveram quais as características definidoras que estavam presentes, porém, consideram que a dor pós-operatória é resultante da incisão e da manipulação de tecidos e órgãos.

No estudo de Fontes e Cruz (2000), que identificou os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de correção de fenda palatina, dentre outros diagnósticos, o de dor ocorreu em (57,1%) dos pacientes avaliados. No estudo de Galdeano (2002), que investigou os diagnósticos de enfermagem apresentados por pacientes em período perioperatório de cirurgia cardíaca, o diagnóstico de enfermagem de dor aguda ocorreu no período pós-operatório em nove de 17 pacientes, com uma frequência de (52,9%). As características definidoras identificadas pela autora foram: relato codificado, evidência observada, máscara facial e comportamento expressivo. A autora ainda afirma que a dor nos pacientes estudados pode ser causada pelo rompimento dos nervos intercostais ao longo da incisão, pela irritação da pleura com drenos e pela imobilidade no leito.

Flório e Galvão (2003) identificaram os diagnósticos de enfermagem no período perioperatório do paciente cirúrgico ambulatorial, submetidos à cirurgia de diferentes especialidades médicas. Nesse estudo, a dor aguda esteve presente em 100% da clientela avaliada no período pós-operatório imediato e foi manifestada por alteração dos sinais vitais, relato verbal do paciente e limitação do movimento físico.

Observamos neste estudo, que todos os pacientes durante o período trans-operatório foram medicados profilaticamente para dor. As drogas mais utilizadas foram a dipirona e o cetoprofeno. Em um estudo realizado no mesmo hospital onde esta pesquisa foi realizada, Santos et al. (2001) analisaram 158 prontuários de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica em sistema de mutirão. Dentre outros dados, a ocorrência de dor foi observada

nesses pacientes, pela comparação da subdivisão dos 158 pacientes em dois grupos: no grupo A, formado por 79 pacientes dos quais apenas 13 (16,4%) dos pacientes receberam analgesia profilática e antiinflamatórios não esteroidais; o grupo B, composto também por 79 pacientes, dos quais 63 pacientes (79,7%) receberam analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais no período trans-operatório. Como resultados obtiveram que no grupo A, 53 pacientes (67,2%) necessitaram de analgesia no período pós-operatório e no grupo B, necessitaram de analgesia 27 (34,2%) dos pacientes. Assim, sendo a dor uma das maiores causas de desconforto pós-operatório, principalmente em cirurgias laparoscópicas, os autores concluíram que houve redução significativa da dor abdominal e incisional quando a medicação profilática passou a ser administrada rotineiramente no trans-operatório.

Informamos que neste estudo, para os pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem de dor aguda, outro tipo de medicação analgésica, além das utilizadas em sala de operação, foi administrado, na maioria das vezes, a medicação que estava na prescrição médica era o tramadol.

A dor é uma experiência subjetiva e só o paciente pode informar o quanto ela incomoda. Dessa forma, o enfermeiro do centro de recuperação pós-anestésica deve confiar no relato de dor dos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, informando-o e discutindo com eles quais as melhores medidas para alívio dessa dor. No serviço onde esse estudo foi realizado, a utilização de medicação profilática talvez exerça redução da sua ocorrência no período pós-operatório imediato, porém o enfermeiro deve sempre fazer uma revisão detalhada das drogas utilizadas no período trans-operatório a fim de identificar possíveis ocorrências de síndromes dolorosas nesta clientela.

A Tabela 5 apresenta os diagnósticos de enfermagem de risco identificados em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Os diagnósticos de risco de acordo com a NANDA (2000) “descrevem respostas humanas a

condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis”.

Tabela 5 – Distribuição das características diagnósticas identificadas no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004

Categoria diagnóstica	Fatores de risco	(n=15)
Risco para infecção	Procedimentos invasivos	15 (100%)
	Destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada	15 (100%)
	Defesa primária inadequada (pele e tecido subcutâneo rompidos)	15 (100%)
	Doença crônica	5 (33,3%)
Risco para temperatura corporal desequilibrada	Administração de medicamentos que causam vasodilatação	6 (40%)
	Exposição a ambiente frio	6 (40%)
Risco para aspiração	Administração de medicamentos	15 (100%)
	Nível de consciência reduzido	15 (100%)
	Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo (obesidade)	5 (33,3%)
Risco para a função respiratória alterada	Relacionados à imobilidade secundária aos efeitos sedativos de medicação (anestesia geral)	12 (80%)

Nesse estudo, optamos por discutir os diagnósticos de Hipotermia e Risco para temperatura corporal desequilibrada conjuntamente, pois estão inter-relacionados uma vez que os fatores relacionados e os fatores de riscos são semelhantes e estão presentes nos dois diagnósticos. A seguir, apresentaremos as duas definições estabelecidas pela NANDA (2002) aos presentes diagnósticos.

Hipotermia e Risco para temperatura corporal desequilibrada

Neste estudo, nove pacientes (60%) apresentaram o diagnóstico de hipotermia, e outros seis (40%) apresentaram o diagnóstico de Risco para temperatura corporal desequilibrada.

A NANDA (2002) define o diagnóstico de enfermagem Hipotermia como: “Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais”. Os fatores relacionados identificados para este diagnóstico foram: medicamentos que causam vasodilatação, exposição a ambiente

frio e incapacidade para tremer, e as características definidoras encontradas foram redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais, tremor e piloereção.

O diagnóstico de enfermagem Risco para temperatura corporal desequilibrada, a NANDA (2002) define como: “Estar em risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”. Os fatores de risco identificados nesse diagnóstico foram relativos à administração de medicamentos que causam vasodilatação e exposição a ambiente frio.

A temperatura do interior do corpo ou temperatura central permanece quase constante, com uma variação de mais ou menos $0,6^{\circ}\text{C}$, mesmo quando exposto a extremos de frio e calor, graças ao aparelho termorregulador. Por outro lado, a temperatura da parte externa do corpo, temperatura cutânea, está sujeita as variações das condições ambientais, do local onde é verificada e do ritmo circadiano (PORTO, 2001).

O calor gerado no interior do corpo atinge a superfície corporal por meio de vasos sanguíneos que formam o plexo vascular subcutâneo. O fluxo sanguíneo para pele equivale de 10 a 30% do débito cardíaco total. Um elevado fluxo sanguíneo faz com que o calor seja conduzido da parte interna para a superfície corporal com grande eficiência, enquanto que a redução do fluxo sanguíneo provoca fenômeno contrário (ASPAN, 2001; MATSUZAKI et al., 2003; PORTO, 2001).

A regulação da temperatura corporal requer uma integração de respostas autonômicas, neuroendócrinas e comportamentais, sendo o hipotálamo um sítio neural chave para desempenhar tal função. Ele é informado acerca da temperatura corporal através de termorreceptores localizados na pele, nas vísceras e na medula espinal (AIRES, 1999).

Os aumentos ou decréscimos da temperatura corporal são controlados por regiões distintas do hipotálamo. A sua estimulação na porção anterior, causa dilatação dos vasos da pele e sudorese, ocasionando dissipação do calor corporal. Por outro lado, a estimulação do

hipotálamo posterior produz respostas opostas e também pode induzir a produção de tremor muscular involuntário, na tentativa de conservar e produzir calor (AIRES, 1999; BERBER, et al., 2001; LUCK et al., 1999).

O hipotálamo também controla respostas neuroendócrinas associadas à mudança de temperatura ambiental. A exposição por um longo período ao frio ocasiona aumento na liberação da tireoxina, na tentativa de aumentar a temperatura corporal pelos efeitos calorígenicos dos hormônios tireoidianos (AIRES, 1999).

A hipotermia pós-operatória é definida como uma temperatura $\leq 35,5$ °C e é um problema crescente nos centros de recuperação pós-anestésica. Acredita-se que mais de 60% dos pacientes nestas unidades apresentam hipotermia (CONNOR; WREN, 2000). Alguns fatores podem aumentar o risco de o paciente cirúrgico apresentar hipotermia no pós-operatório como, por exemplo, paciente ser do sexo feminino, baixa temperatura do ambiente, tanto da sala de operação como o centro de recuperação, uso de anestesia geral e utilização do dióxido de carbono para formação e manutenção do pneumoperitônio durante a realização de colecistectomia laparoscópica (BERBER et al., 2001; CAPELLUTO; CHAMPAULT, 2000; LUCK et al., 1999).

Na literatura, encontramos trabalhos que também identificaram o diagnóstico de enfermagem de hipotermia em pacientes no período pós-operatório imediato. No estudo realizado por Rossi et al. (2000), esse diagnóstico esteve presente em 67,8% dos pacientes avaliados sendo os fatores relacionados: a exposição a ambiente frio e metabolismo alterado, e como características definidoras desse diagnóstico: temperatura abaixo da faixa normal, tremores e bradicardia.

Cruz (1990) identificou a hipotermia em 50% dos pacientes estudados como uma das complicações mais frequentes apresentadas no período pós-operatório imediato após serem submetidos à anestesia geral. Propõe a realização de novos estudos pelo fato de o centro de

recuperação pós-anestésica ser um local de curta permanência do paciente e os problemas decorrentes da diminuição da temperatura abaixo dos valores normais necessitem ser identificados e tratados com rapidez, a fim de evitar complicações mais sérias.

A utilização de determinados anestésicos pode interferir na regulação da temperatura, uma vez que o centro regulador da temperatura no cérebro, o hipotálamo, é deprimido por algumas drogas utilizadas na anestesia geral como, por exemplo, o propofol, droga muito utilizada para anestesiá-los os pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica no hospital onde este estudo foi desenvolvido. O uso dessa droga, na anestesia geral, provoca a perda da capacidade de vasoconstrição, e a vasodilatação resultante possibilita um fluxo maior de sangue para a periferia, o que aumenta a perda de calor (MUNHOZ; BRAGA; POTÉRIO, 2002; SABISTON JR., 2002).

Além disso, a utilização de relaxantes musculares e narcóticos contribui para a perda da capacidade do organismo de produzir tremores e, conseqüentemente, ocasionar a piloereção (SABISTON JR., 2002). Neste estudo, a maioria dos pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem de hipotermia ou risco para temperatura corporal desequilibrada teve a associação de um anestésico vasodilatador (propofol) e um relaxante muscular (succilcolina, rocurônio, esmeron, quelicin ou tracríum).

Essa situação associada ao ambiente frio da sala de cirurgia e do centro de recuperação pós-anestésica, à administração de infusões frias durante a cirurgia e à criação e manutenção do pneumoperitônio na cirurgia de colecistectomia, pode contribuir para o estabelecimento da condição de hipotermia (AORN, 2001; SANTOS et al., 2001).

A colecistectomia laparoscópica necessita de um espaço para visualização e manipulação do instrumental. Esse espaço é geralmente criado fazendo-se um pneumoperitônio com o dióxido de carbono (CO₂). Estudos de Barrat, Capelluto e Champault (1999), Berber et al. (2000) e Capelluto e Champault (2000) mostram que os pacientes

submetidos a esse tipo de cirurgia estão em risco de apresentar manifestações clínicas de hipotermia, pelo fato de o dióxido de carbono ser um gás frio e por permanecer na cavidade abdominal por várias horas, estando em contato com órgãos vitais e muito vascularizados como o fígado, estômago e intestino, existe o risco desses pacientes manifestarem um quadro de hipotermia. O gás utilizado ao deixar o insuflador apresenta em média a temperatura de 25°C e ao chegar à cavidade peritoneal, a temperatura registrada pode variar entre 30 a 32°C, fato esse que pode explicar a hipotermia, muitas vezes, presente no trans e no pós-operatório deste tipo de cirurgia.

Assim, os diagnósticos de enfermagem de hipotermia e risco para temperatura corporal desequilibrada devem ser investigados rápido e constantemente pelos enfermeiros que atuam no centro de recuperação pós-anestésica, uma vez que a hipotermia pode provocar de alterações adversas significativas tais como efeitos hemodinâmicos e alterações neuroendócrinas nos pacientes que o manifestarem. A atuação do enfermeiro neste momento também é de fundamental importância, pois poderá assumir medidas terapêuticas tão logo o problema seja detectado, proporcionando ao paciente conforto adequado, a fim de evitar que este apresente sensações desagradáveis de frio, tremores, piloereção, hipotensão, cianose entre outros.

Risco para infecção

No presente estudo, o diagnóstico de enfermagem Risco para infecção obteve 100% de frequência nos pacientes investigados. Os fatores de risco identificados para esse diagnóstico foram: procedimentos invasivos, destruição de tecidos, exposição ambiental aumentada, defesa primária inadequada (pele e tecido subcutâneo rompidos) e doença crônica.

A NANDA (2002) define o diagnóstico de enfermagem Risco para infecção como: “Estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”.

Uma das maiores mudanças que vem ocorrendo dentro do ambiente hospitalar, são as realizações cada vez mais freqüentes de cirurgias ambulatoriais eletivas, em razão da implementação de novas técnicas cirúrgicas e anestésicas, contribuindo para um crescente número de procedimentos cirúrgicos rotineiros realizados em regime ambulatorial. O incremento do desenvolvimento das cirurgias ambulatoriais tem contribuído efetivamente para a redução dos índices de infecção, afirmam Fernandes (2000). Isso se deve aos seguintes fatores: a maioria das cirurgias ambulatoriais é classificada por potencial de contaminação em cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas; a exposição à patógenos hospitalares multirresistentes a drogas é reduzida no ambiente ambulatorial; os pacientes que se submetem a cirurgia ambulatorial contaminada ou infectada têm menor predisposição individual à aquisição de infecção.

Assim, nota-se que o risco de desenvolver algum tipo de infecção no período pós-operatório está principalmente relacionado com a classificação da cirurgia quanto ao seu grau de contaminação, uma vez que as cirurgias limpas apresentam cerca de 1 a 5% de taxa de infecção pós-operatória, cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas 3 a 11%, cirurgias contaminadas 10 a 17% e cirurgias infectadas 27% (FERNANDES, 2000). A cirurgia de colecistectomia laparoscópica é, na maioria das vezes, classificada como uma cirurgia limpa.

Neste estudo, apenas um paciente apresentou presença de pus no interior da vesícula biliar, necessitando de medidas mais complexas para o tratamento de uma possível infecção, ou seja, permaneceu internado no hospital para uso de antibiótico endovenoso. Foi colocado dreno de penrose em uma das feridas cirúrgicas, a fim de drenar exsudatos presentes na cavidade abdominal e o abdômen foi lavado com quantidade maior de soro fisiológico 0.9% antes do fechamento das incisões cirúrgicas. Nesse caso, a cirurgia foi classificada como infectada e apresentava maior risco para infecção (27%).

A colecistectomia laparoscópica possui tempo operatório menor quando comparada à cirurgia de laparotomia, possibilitando um menor tempo de exposição do paciente, bem como o seu tempo de permanência no hospital no período pós-operatório, diminuindo assim complicações relacionadas à cicatriz cirúrgica como, por exemplo, o risco de infecção (RÊGO et al., 2003).

É notório que o grau de trauma ou agressão cirúrgica é diretamente proporcional ao grau da resposta inflamatória pós-operatória e da imunossupressão. Assim a diminuição da lesão do tecido da parede abdominal na laparoscopia contribui para vários efeitos fisiológicos benéficos, entre eles a diminuição do risco de desenvolver infecções (SABISTON JR., 2002).

De acordo com a Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998 (DIÁRIO OFICIAL, 1998):

As infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, pertinentes ao seu funcionamento.

Segundo a portaria do Ministério da Saúde, “infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”.

A infecção continua sendo uma das mais graves complicações decorrentes do ato operatório. Esse fato comprova a existência de uma alta frequência do risco de desenvolver infecções no período pós-operatório. Nos Estados Unidos, de 23 milhões de procedimentos cirúrgicos realizados anualmente, pelo menos 920 mil desenvolvem infecção no sítio operatório, representando aumento no tempo de internação do paciente, altos custos hospitalares e afastamento do paciente de suas atividades profissionais e de seus familiares. Estima-se que os custos das infecções cirúrgicas representam aproximadamente 25% do total despendido para o tratamento de todas as infecções hospitalares (FERNANDES, 2000).

Além de ser um agravante à vida do paciente e de prolongar o seu restabelecimento, estatísticas nacionais apontam que os custos hospitalares, incluindo honorários médicos e de enfermagem podem chegar até três vezes o valor gasto pelo paciente que não evoluiu com infecção. Desta forma, a necessidade de se estabelecer os principais fatores de risco de infecção no período perioperatório é de importância fundamental para se obter redução de suas taxas e, portanto, de seus custos (FERNANDES, 2000).

Na colecistectomia laparoscópica, caso o paciente apresente infecção do sítio cirúrgico esta pode manifestar-se de quatro a seis dias após o procedimento. Nesse caso, observa-se edema, eritema e dor no sítio da incisão, com drenagem de exsudato, muitas vezes, de aspecto purulento.

Estudo realizado por Rossi et al. (2000) revela que dentre os diagnósticos de enfermagem identificados no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas variadas, o diagnóstico de risco para infecção esteve presente em 92,8% dos pacientes avaliados e os fatores de risco identificados foram: defesa primária insuficiente e realização de procedimentos invasivos. Em outro estudo, realizado por Flório e Galvão (2003) identificou-se a ocorrência deste mesmo diagnóstico em 100% dos pacientes avaliados e os fatores de risco encontrados foram os seguintes: invasão do local da incisão por microrganismos, procedimentos invasivos, uso de prótese, comprometimento das defesas hospedeiras, secundário a doenças crônicas, tabagismo, etilismo e obesidade.

Estudo semelhante aos realizados acima, desenvolvido por Piccoli e Galvão (2001) enfocou mais especificamente o diagnóstico de risco para infecção, obtendo-se frequência de 100% de ocorrência desse diagnóstico. Os fatores de risco identificados pelos autores foram: especificidades da cirurgia; anestesia; estresse, repercussão do trauma anestésico-cirúrgico; período de hospitalização pré-operatório; paramentação cirúrgica; anti-sepsia; degermação e preparo pré-operatório da pele e procedimentos invasivos. Esses fatores estão diretamente

relacionados às particularidades de cada paciente, tipo de cirurgia, duração, extensão, técnica cirúrgica e suas condições de saúde como estado nutricional, presença de patologias associadas e idade.

Dentre os procedimentos hospitalares, a cirurgia é peculiar, pois, ao mesmo tempo que rompe a barreira epitelial, desencadeia uma série de reações sistêmicas que facilitam a ocorrência de um processo infeccioso, originado do campo operatório ou de outro procedimento invasivo. No sítio operatório ocorre hipóxia, alteração do pH e deposição de fibrina. A hipóxia e a acidose dificultam a migração dos neutrófilos e sua atividade microbicida. Por sua vez, a deposição de fibrina contribui com a patogênese da infecção, devido a sua habilidade em seqüestrar bactérias e afetar os mecanismos locais de defesa (FERNANDES, 2000).

Com a incisão cirúrgica, a barreira epitelial de defesa contra os microorganismos é quebrada. Ocorre o rompimento da microvasculatura, interrompendo a chegada ao tecido de glicose, aminoácido e oxigênio, dificultando a retirada de dióxido de carbono, lactato e íon hidrogênio. Isso promove uma alteração da função de leucócitos, fibroblastos e células epiteliais. Também ocorre liberação de cininas, com vasodilatação no local e ativação da coagulação atraindo inicialmente os neutrófilos e, posteriormente, os monócitos. Dessa forma, a epitelização inicia-se logo após o dano no tecido (FERNANDES, 2000).

Outro aspecto importante relacionado ao risco para infecção em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica refere-se aos procedimentos invasivos de punções venosas através de cateteres plásticos para a administração de fluidos. A patogênese das infecções associadas a cateteres é multifatorial e complexa, resultante principalmente de migração de microrganismos da pele no sítio de inserção para dentro do trajeto cutâneo do cateter, com eventual colonização da ponta do mesmo (FERNANDES, 2000). Outros aspectos também interferem para o estabelecimento de fatores de risco relacionados à utilização de cateteres

venosos como: duração prolongada da cateterização, associada a fatores relacionados com o hospedeiro (idade, estado imunológico, estado nutricional), trombogenicidade do material do cateter, freqüente manipulação do cateter, uso de técnica inadequada para sua inserção e manipulação, uso de soluções contaminadas e local inadequado para cateterização (MANDELL, 1998). É importante ressaltar que dentre os pacientes avaliados neste estudo, três permaneceram internados no hospital, mantendo o acesso venoso que possuíam desde sua admissão no bloco cirúrgico, os outros 12 pacientes tiveram seus acessos retirados tão logo receberam alta do centro de recuperação pós-anestésica.

Em relação a outros procedimentos invasivos dos quais o paciente submetido à cirurgia de colecistectomia laparoscópica, destacamos nesse estudo a inserção do tubo endotraqueal durante o período trans-operatório. Para Fernandes (2000), o tubo endotraqueal atua como corpo estranho, traumatizando o epitélio, induzindo resposta inflamatória, diminuindo a capacidade de transporte de muco, além de modificar a flora da cavidade oral, prejudicando a limpeza ciliar e o reflexo da tosse.

Para causar infecção, o microrganismo precisa vencer as defesas do hospedeiro, assim a presença de cânulas endotraqueal para manter a ventilação da paciente, estabelece contato entre o meio externo e o interno, facilitando o acesso de microrganismos (PEREIRA, 2002). Pacientes intubados perdem a barreira natural de defesa da nasofaringe, orofaringe e traquéia.

O risco de desenvolver infecção também está presente no paciente submetido à cirurgia de colecistectomia laparoscópica quando se prevê um risco razoável de coleção de líquido no espaço utilizado para realização do procedimento cirúrgico, na maioria desses casos, se introduz um dreno de Penrose no paciente, possibilitando uma drenagem passiva do local. O cuidado com o local onde o dreno está inserido também é de fundamental importância, uma vez que, este é mais um possível foco de entrada de microrganismos patogênicos (SCOTT et al., 2001).

Para Sabiston Jr. (2002), há fatores de risco como doenças pré-existentes (doenças crônicas como o diabetes mellitus) que associados ao ato cirúrgico favorece o risco de infecção, uma vez que o paciente apresenta uma má perfusão dos tecidos causada pela doença tanto macrovascular quanto microvascular. O aumento da gordura, e as conseqüências da hiperglicemia na viabilidade do patógenos podem potencializar as taxas de infecção. Segundo esses autores, a cicatrização da ferida cirúrgica, em todas as fases, se torna prejudicada no diabetes mellitus, pois a membrana basal dos capilares está espessada, causando menor perfusão do local, a função linfocítica e leucocítica está prejudicada, havendo maior aumento na degradação de colágeno e diminuição da sua deposição.

A obesidade é outro fator de risco para infecção identificado nesse estudo que esteve presente em 33,3% dos pacientes estudados. Segundo Flório (2002), o paciente obeso está mais susceptível a infecção pois há baixa irrigação do local do tecido adiposo, associada ao trauma da parede abdominal, além da área exposta a contaminação ser maior.

A colecistectomia laparoscópica é uma técnica relativamente recente, e o risco de infecção pós-operatória é considerado baixo, mesmo assim, a prevenção da infecção é o maior objetivo quando se utiliza o antibiótico profilático em cirurgias, um dos mais utilizados no local onde este estudo foi desenvolvido e escolhido para ser administrado na clientela selecionada foi a cefazolina, pois possui uma meia-vida mais longa e mantém níveis séricos e teciduais mais confiáveis, sendo ideal para cobrir apenas o período do procedimento cirúrgico (GOFFI, 2004).

Embora qualquer paciente submetido à uma intervenção cirúrgica apresente o risco para infecção, situações específicas poderão aumentar ou minimizar este diagnóstico indicadas pelo número e intensidade de fatores de risco associados.

O enfermeiro representa um papel vital no esforço para reduzir o risco de infecção nos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Sendo o responsável pelo

cuidado do paciente, deve estar presente para avaliar e responder as necessidades básicas alteradas, fornecendo subsídios de intervenções para monitorar e controlar rigorosamente os fatores de risco associados a este problema.

A presença do diagnóstico de enfermagem Risco para infecção nos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica representa uma preocupação extra ao enfermeiro que atua no centro de recuperação pós-anestésica, pois esses pacientes terão alta hospitalar geralmente no mesmo dia da realização do procedimento cirúrgico. Esse fato implica que o paciente e seus familiares recebam informações adequadas sobre possíveis alterações no local da ferida cirúrgica, como presença de dor no local, hiperemia, acúmulo de exsudato e rompimento precoce dos pontos de sutura.

Risco para aspiração

O diagnóstico de enfermagem Risco para aspiração esteve presente em todos pacientes avaliados nesse estudo. Esse diagnóstico é definido pela NANDA (2002) como: “Estar em risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas”.

Neste estudo foram identificados os seguintes fatores de risco para esse diagnóstico de enfermagem: administração de medicamentos (drogas anestésicas que potencializam o vômito), nível de consciência reduzido e situações que impedem a elevação da parte superior do corpo (obesidade, percepção sensorial perturbada e dor).

Para Drain (1994), o uso de determinadas drogas utilizadas na anestesia podem causar náusea e vômito, fato que aumenta o risco para aspiração. Assim, as náuseas e vômitos podem seguir a administração de muitos fármacos, sobretudo os agentes anestésicos que atuam a nível de sistema nervoso central ocorrendo estimulação do centro do vômito na formação reticular lateral do bulbo. Esse centro recebe impulsos da zona gatilho quimiorreceptora na

área pós-trema no quarto ventrículo, do aparelho vestibular via cerebelo, do tronco cerebral superior e estruturas corticais e dos eferentes viscerais que se originam em estruturas periféricas, como o coração e trato gastrointestinal. A barreira hematoencefálica é pouco desenvolvida na área pós-trema, de modo que os quimiorreceptores ficam facilmente acessíveis a substâncias causadoras da êmese (GOODMAN; GILMAN, 2003; NELSON, 2002).

A manipulação indelicada do paciente durante o transporte do centro cirúrgico para o centro de recuperação pós-anestésica e alterações na sua posição durante o período de recuperação imediato também podem desencadear episódios de náusea e vômitos, pelo fato de que as drogas anestésicas sensibilizarem o aparelho vestibular e órgão do equilíbrio (NELSON, 2002; THOMPSON, 1999).

Os pacientes, no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica, submetidos à anestesia geral, selecionados para este estudo, receberam na maioria das vezes a droga anestésica propofol associada a analgésicos opióides.

O anestésico propofol possui efeitos colaterais menores relacionados a náuseas, quando comparado a outros anestésicos, pois apresenta pouca excitação dos quimiorreceptores, significando diminuição dos efeitos desagradáveis no período pós-operatório (MUNHOZ; BRAGA; POTÉRIO, 2002). Essa propriedade do anestésico é muito vantajosa para este tipo de paciente quando pensamos que a maioria recebe alta hospitalar no mesmo dia da realização do ato cirúrgico e que complicações como náusea e vômito poderiam retardar ou até adiar sua ida para casa. Já os opióides possuem efeitos colaterais desagradáveis relacionados à presença de náusea e vômitos, pois estimulam diretamente a zona deflagradora do quimiorreceptor para êmese, na região pós-trema do bulbo (SABISTON JR., 2002).

Dessa forma, em relação à interferência da anestesia no período pós-operatório imediato é de fundamental importância para o enfermeiro, que assiste ao paciente submetido à

colecistectomia laparoscópica, o conhecimento sobre os anestésicos utilizados e de seus efeitos, pois esses dados poderão subsidiar a sua avaliação para prevenir o risco de aspiração.

No estudo de Galdeano (2002), o diagnóstico de enfermagem Risco para aspiração esteve presente em 17 (100%) dos pacientes que avaliados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. A autora identificou o uso de agentes anestésicos, situações que impedem a elevação da parte superior do corpo e nível de consciência reduzida como fatores de risco para esse diagnóstico de enfermagem.

O fato de o paciente submetido à colecistectomia laparoscópica chegar ao centro de recuperação pós-anestésica ainda muito sonolento e com o nível de consciência reduzido, fatores estes provocados pelo uso de analgésicos e anestésicos no período trans-operatório, também é considerado fator de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco para aspiração, pois na presença de vômito, o paciente pode apresentar entrada de fluídos gastrointestinais nas vias traqueobrônquicas (THOMPSON, 1999).

Pacientes obesos também têm grandes riscos de apresentar entrada de fluídos gastrintestinais nas vias traqueobrônquicas, pois possuem movimentação limitada no leito, com dificuldade de moverem-se lateralmente. A obesidade, a ansiedade, o diabetes mellitus e a dor também contribuem para esse fenômeno (NELSON, 2002; THOMPSON, 1999). Nesse estudo, cinco pacientes (33,3%) apresentaram índice de massa corporal acima do normal de acordo com a NANDA (2002). Esse foi um dos motivos que levou a inclusão do fator de risco: situações que impedem a elevação da parte superior do corpo.

Por fim, outros possíveis fatores desencadeante da ocorrência de náusea e vômito no pós-operatório de cirurgia de colecistectomia podem estar associados à presença do CO₂ na cavidade abdominal que aumenta o fluxo de sangue cerebral desencadeando a sua ocorrência. Para que tal fato não ocorra, ou seja, minimizado, é necessário que todo ou grande parte do CO₂ utilizado seja eliminado ao término do procedimento cirúrgico (NURSAL et al., 2003).

Neste estudo, como foi afirmado anteriormente não houve casos de pacientes no pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica que apresentassem o diagnóstico de enfermagem de Náusea ou de Vômito. Um dos motivos para esta ocorrência, pode estar associado à administração de drogas antieméticas no paciente ainda em sala de cirurgia. Essas drogas atuam em neurotransmissores específicos que possuem papel de mediadores de sinais eméticos e de reflexos motores no estômago e formam a base para o uso de antagonistas específicos no tratamento e na prevenção de vômitos (GOODMAN; GILMAN, 2003).

Risco para função respiratória alterada

Nesse estudo, 12 pacientes (80%) apresentaram o diagnóstico de enfermagem Risco para função respiratória alterada.

As diversas responsabilidades do enfermeiro associadas aos inúmeros problemas possíveis de ocorrer com a função respiratória, incluindo a prevenção de problemas, redução ou eliminação de fatores contribuintes, monitorização do padrão respiratório e o controle de uma possível disfunção respiratória aguda, levaram ao estabelecimento nesse estudo do diagnóstico de enfermagem Risco para função respiratória alterada proposto por Carpenito (2002), para aqueles pacientes que no pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral necessitaram de vaporização com oxigênio por algum tempo.

Não utilizamos a NANDA (2002), para identificação desse diagnóstico, por ela não descrever um diagnóstico capaz de prever os possíveis riscos para alteração da função respiratória, uma vez que os diagnósticos de enfermagem relacionados ao sistema respiratório relatam apenas alterações de áreas isoladas desse sistema, como desobstrução ineficaz das vias aéreas ou troca de gases prejudicada, nas quais o enfermeiro pode intervir diretamente nos fatores contribuintes.

Carpenito (2002) define Risco para função respiratória alterada como: “estado em que o indivíduo está em risco de apresentar uma ameaça à passagem de ar através do trato respiratório e a troca de gases (O_2 - CO_2) entre os pulmões e o sistema vascular”. Com base nos fatores apresentados por Carpenito (2002), neste estudo foi identificado como fator de risco para esse diagnóstico a imobilidade secundária aos efeitos sedativos de medicação (anestesia geral).

A função básica do sistema respiratório é suprir o organismo com oxigênio e dele remover o produto gasoso do metabolismo celular, isto é, o gás carbônico. As trocas gasosas ocorrem diretamente entre a célula e o meio circunjacente por meio da difusão simples. O processo cíclico da respiração envolve trabalho mecânico por parte dos músculos respiratórios. Indivíduos em repouso e sem alteração da função respiratória respiram sem realizar um esforço consciente, mas se os músculos forem estimulados a aumentar seu trabalho, ele imediatamente toma conhecimento de sua respiração pela ativação do centro respiratório localizado no tronco cerebral, responsável por gerar o ritmo respiratório, que pode ser modificado por uma série de reflexos originados em receptores diversos, tanto a nível periférico como a nível central (AIRES, 1999).

Observamos em nosso estudo que o anestesista que acompanha o paciente da sala de operação para o centro de recuperação pós-anestésica, na maioria das vezes, recomenda a utilização de vaporização com oxigênio até que o paciente encontre-se bem acordado.

A utilização de anestésico é o possível fator que pode alterar a função respiratória nos pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia, pois, na maioria das vezes, possui efeitos depressores do sistema respiratório. Para os pacientes participantes desse estudo, os anestésicos escolhidos pela equipe de anestesia foram o propofol e os analgésicos opióides que dentre suas propriedades, apresentam influências negativas no funcionamento do aparelho respiratório.

Após indução anestésica com propofol, o impulso respiratório e os mecanismos responsáveis pelo caráter ritmo da respiração podem encontrar-se deprimidos, ocasionando em alguns casos apnéia por trinta segundos, redução do volume-corrente, volume-minuto e capacidade residual funcional. A resposta respiratória ao dióxido de carbono e/ou a hipóxia também podem ser fatores presentes nos pacientes que utilizarem esta droga anestésica. Todos esses efeitos citados podem ser ainda potencializados com o uso de outras medicações opióides (GOODMAN; GILMAN, 2003).

Os opióides deprimem a respiração pelo seu efeito direto que ocasiona diminuição da resposta dos centros respiratórios do tronco cerebral ao dióxido de carbono. Os opióides também deprimem os centros pontinos e bulbares que participam na regulação do ritmo respiratório e a resposta dos centros respiratórios bulbares aos estímulos elétricos (GOODMAN; GILMAN, 2003).

Ao analisarmos a literatura sobre a ocorrência de alterações respiratórias em pacientes no período pós-operatório imediato, observamos que Rossi et al. (2000) identificaram o diagnóstico padrão respiratório ineficaz em seis (21,4%) de 28 pacientes avaliados e que este diagnóstico estabeleceu-se devido à utilização de drogas anestésicas e que, dependendo da droga e da dosagem utilizada na anestesia, as alterações respiratórias podem ocorrer com maior ou menor intensidade a partir do momento que a droga foi administrada até vários dias após a intervenção cirúrgica.

Dentre os trabalhos desenvolvidos com pacientes cirúrgicos, Oliveira Filho (2003) abordou um aspecto mais amplo, enfocando as condutas terapêuticas e avaliações realizadas em uma unidade de recuperação pós-anestésica, a preocupação com a monitorização da saturação de oxigênio (SpO_2) (83,3%), potência das vias aéreas (71,2%), frequência respiratória (64,9%) e utilização de oxigenioterapia (57,1%) estiveram presentes em um total

de 271 avaliações realizadas, representando uma grande preocupação nestes centros de cuidados altamente especializados.

Assim, mesmo a colecistectomia laparoscópica sendo considerada uma cirurgia de baixo risco para o paciente quando comparada a grandes intervenções, esses pacientes também sofrem a administração de anestésicos que os colocam em risco de apresentar complicações pós-anestésicas semelhantes a todos pacientes submetidos à anestesia geral. Cabe então ao enfermeiro do centro de recuperação pós-anestésica estar atento a isso e monitorar o padrão respiratório desta clientela de forma sistematizada e eficaz para que qualquer alteração seja detectada precocemente e que não ocasione danos mais sérios a saúde do paciente.

3.3 Diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica em relação ao seu estabelecimento e resolução no pós-operatório imediato

A colecistectomia laparoscópica, desde a sua introdução no Brasil, iniciou uma verdadeira revolução na cirurgia abdominal, difundindo-se em toda comunidade cirúrgica mundial de forma muito rápida. Demonstrou vantagens como menor trauma cirúrgico, menor tempo de exposição do paciente aos agentes anestésicos, menores risco de desenvolver infecções, retorno mais rápido as atividades rotineiras, melhores resultados estéticos e um avanço importante determinado pela redução do tempo de permanência no hospital (RÊGO et al., 2003). Entretanto, também passou a exigir do enfermeiro do Centro de recuperação pós-anestésica uma maior atenção aos aspectos que envolvem o auto cuidado do paciente após alta hospitalar. Através do estabelecimento e da resolução ou não dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro pode direcionar o tipo de atenção que será dada a um determinado paciente e, assim, realizar um melhor planejamento das orientações e informar ao paciente sobre as possíveis complicações no pós-operatório.

A seguir, apresentaremos na Tabela 6, os diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica de acordo com o seu tempo de resolatividade ou não para cada diagnóstico identificado.

Tabela 6 – Distribuição do tempo de permanência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica. Ribeirão Preto, 2004

Paciente n=15	Integridade tissular prejudicada	Risco para infecção	Percepção sensorial perturbada	Risco para aspiração	Risco para função respiratória alterada	Hipotermia	Risco para temperatura corporal alterada	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	<i>Dor aguda</i>
Permanência ou não do diagnóstico de enfermagem no centro de recuperação pós-anestésica									
1	INR	INR	90	90	90	30	NI	INR	NI
2	INR	INR	30	30	NI	30	NI	NI	30
3	INR	INR	45	45	30	60	NI	NI	30
4	INR	INR	60	60	60	60	NI	NI	NI
5	INR	INR	50	50	90	NI	90	INR	60
6	INR	INR	30	30	60	NI	45	INR	NI
7	INR	INR	60	60	60	NI	90	NI	30
8	INR	INR	60	60	NI	45	NI	NI	NI
9	INR	INR	30	30	45	45	NI	NI	NI
10	INR	INR	45	45	45	60	NI	NI	NI
11	INR	INR	30	30	45	60	NI	NI	NI
12	INR	INR	60	60	90	NI	120	INR	NI
13	INR	INR	30	30	90	60	NI	INR	NI
14	INR	INR	60	60	NI	NI	90	NI	30
15	INR	INR	60	60	60	NI	30	NI	NI

INR = quando o diagnóstico de enfermagem foi identificado e não foi resolvido durante a permanência do paciente no centro de recuperação;
 NI = quando o diagnóstico de enfermagem não foi identificado durante a permanência do paciente no centro de recuperação;
 Os números indicam (30, 45, 60, 90, 120) o tempo em minutos de permanência do diagnóstico de enfermagem nos pacientes no centro de recuperação pós-anestésica

Os diagnósticos de enfermagem Risco para infecção e Integridade tissular prejudicada ocorreram em todos os 15 pacientes avaliados (100%), o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais foi observado em cinco pacientes dos 15 avaliados (33,3%). Os pacientes apresentaram esses três diagnósticos desde a sua admissão no centro de recuperação pós-anestésica e continuaram apresentando após a alta hospitalar. Para os diagnósticos de Integridade tissular prejudicada e Risco de infecção tal fato se deve ao procedimento cirúrgico realizado, pois ocorre um dano na pele e nos tecidos subcutâneos, rompendo a barreira epitelial e desencadeando uma série de reações sistêmicas que podem facilitar a ocorrência de um processo infeccioso, podendo ser originário do próprio campo operatório ou de outro procedimento invasivo realizado neste momento (FERNANDES, 2000; SABISTON JR., 2002).

O diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais também permaneceu após a alta do paciente submetido à colecistectomia

laparoscópica, pois o paciente já o apresentava antes da realização da cirurgia. Ressaltamos que informações sobre perda e controle de peso e reeducação alimentar devem ser realizadas com esses pacientes a fim de estimulá-los a ingestão de uma dieta mais saudável e mais balanceada.

Os diagnósticos de enfermagem Percepção sensorial perturbada, Risco para aspiração e Risco para função respiratória alterada foram identificados respectivamente em 15 (100%), 15 (100%) e 12 (80%) dos pacientes, esses três diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos em decorrência do uso de drogas anestésicas para a realização do procedimento cirúrgico. Essas drogas alteram a quantidade ou o padrão da percepção de estímulos recebidos; possuem efeitos adversos desagradáveis como náusea e vômitos e possuem na maioria das vezes efeitos depressores do sistema respiratório (GOODMAN; GILMAN, 2003; SABISTON JR., 2002).

Uma das condições para que os pacientes tenham alta do centro de recuperação pós-anestésica e alta hospitalar é que todos esses três diagnósticos de enfermagem tenham sido considerados resolvidos. Todos esses diagnósticos foram identificados na primeira avaliação realizada no paciente, ou seja, nos primeiros 15 minutos de sua permanência no centro de recuperação pós-anestésica e foram considerados resolvidos conforme os efeitos das drogas anestésicas foram sendo amenizados e o paciente apresentava-se mais acordado, mantendo os seus olhos abertos, conversando adequadamente, movimentando-se no leito e mantendo um adequado padrão respiratório.

O tempo mínimo para resolução do diagnóstico de enfermagem de Percepção sensorial perturbada e Risco para aspiração foi de 30 minutos e o máximo de 90 minutos, com média de resolução desses diagnósticos de 50 minutos. Para o diagnóstico de enfermagem Risco para função respiratória alterada, o tempo mínimo para sua resolução foi de 30 minutos e o máximo de 90 minutos, com média de 63,8 minutos de permanência desse diagnóstico.

Os diagnósticos de enfermagem Hipotermia e Risco para temperatura corporal desequilibrada estiveram presentes respectivamente em nove (60%) e seis (40%) dos 15 pacientes avaliados nesse estudo. Assim como os diagnósticos apresentados anteriormente, esses também foram estabelecidos tão logo o paciente foi admitido no centro de recuperação pós-anestésica. Foram considerados resolvidos quando o paciente encontrava-se normotérmico, de acordo com valores estabelecidos previamente, ou quando não apresentasse mais os fatores de riscos no caso de diagnóstico de Risco para temperatura corporal desequilibrada. O tempo mínimo de permanência do diagnóstico de Hipotermia foi de 30 minutos e o máximo 60 minutos. A média de permanência desse diagnóstico foi de 50 minutos. O diagnóstico de Risco para temperatura corporal desequilibrada manteve-se presente nos pacientes por no mínimo 30 minutos e no máximo 120 minutos, com média de permanência de 77,5 minutos.

O diagnóstico de enfermagem Dor aguda teve seu momento de estabelecimento diferente dos demais citados anteriormente, pois não foi detectado a partir da primeira avaliação realizada. Na Tabela 6, nota-se que o diagnóstico de enfermagem de dor aguda esteve presente por no mínimo 30 minutos e no máximo por 60 minutos nos pacientes em período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. A média para a resolução desse diagnóstico foi de 36 minutos.

O diagnóstico de Dor aguda começou a manifestar-se nos pacientes que o apresentaram a partir de sua segunda hora de permanência no centro de recuperação pós-anestésica. O fato de os pacientes terem apresentado manifestações desse diagnóstico de enfermagem mais tardiamente pode estar relacionado ao término do efeito das drogas anestésicas e dos analgésicos utilizados no trans-operatório. Tão logo esse diagnóstico era estabelecido medicações analgésicas eram administradas ao paciente após seu consentimento e conforme prescrição médica. Observamos que apenas um paciente permaneceu com dor na

avaliação subsequente ao seu estabelecimento, sendo resolvida logo em seguida. Nenhum paciente desse estudo recebeu alta hospitalar do centro de recuperação pós-anestésica na vigência de dor.

A dinâmica de identificação e resolução dos diagnósticos de enfermagem, nos diferentes períodos de avaliação do pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica, reforça a importância do trabalho realizado pelo enfermeiro que deve estar atento a evolução dos pacientes que ocorre rapidamente. Esse fato é reforçado uma vez que a maioria desses pacientes recebe alta hospitalar no mesmo dia da realização da cirurgia, necessitando de uma rápida identificação de possíveis complicações bem como de sua solução imediata.

4 CONCLUSÕES

Os resultados identificados neste estudo nos permitiram concluir que:

- Em relação aos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia, submetidos à anestesia geral com base na Taxonomia II da NANDA e no Modelo Conceitual de Horta, este estudo permitiu a identificação de nove categorias diagnósticas pertencentes às necessidades psicobiológicas, a saber: Integridade tissular prejudicada (100%), Risco para infecção (100%), Percepção sensorial perturbada (100%), Risco para aspiração (100%), Risco para função respiratória alterada (80%), Hipotermia (60%), Risco para temperatura corporal desequilibrada (40%), Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (33,3%) e Dor aguda (33,3%).
- Quanto à análise dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia, em relação aos fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco identificados para os diferentes diagnósticos, este estudo permitiu concluir que: para o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudica, o fator relacionado identificado foi mecânico (cirurgia de colecistectomia laparoscópica) e a característica definidora identificada em todos os pacientes foi tecido subcutâneo e pele destruídos. Em relação ao diagnóstico de Percepção sensorial perturbada, todos os pacientes avaliados apresentaram como fator relacionado recepção e transmissão sensorial alterada e característica definidora padrões de comunicação alterados. Para o diagnóstico de Hipotermia os fatores relacionados identificados foram medicamentos que causam vasodilatação, exposição a ambiente frio e incapacidade para tremer e as

características definidoras identificadas foram redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais, tremor e piloereção. Para o diagnóstico de Dor aguda, o fator relacionado presente em todos pacientes foi agentes lesivos (manipulação cirúrgica) e as características definidoras identificadas foram relato verbal, evidência observada, expressão facial e comportamento de defesa. Para o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, o fator relacionado identificado foi ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas e a característica definidora que esteve presente nesses pacientes foi peso 20% acima do ideal para a altura e compleição. Para a categoria diagnóstica Risco para infecção, os fatores de risco identificados em todos pacientes foram: procedimentos invasivos, destruição de tecidos, exposição ambiental aumentada e defesa primária inadequada (pele e tecido subcutâneo rompidos). O fator de risco doença crônica esteve presente em 33,3% dos pacientes para esse diagnóstico. No diagnóstico de enfermagem Risco para aspiração, os fatores de risco identificados foram administração de medicamentos, nível de consciência reduzido e situações que impedem a elevação da parte superior do corpo (obesidade). Os fatores de risco identificados para o diagnóstico Risco para temperatura corporal desequilibrada foram administração de medicamentos que causam vasodilatação e exposição a ambiente frio. A categoria diagnóstica Risco para função respiratória alterada apresentou o fator de risco imobilidade secundária aos efeitos sedativos de medicação (anestesia geral) em 80% dos pacientes.

Em relação ao estabelecimento e resolução dos diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório imediato, este estudo permitiu concluir que: os diagnósticos de enfermagem Risco para aspiração, Percepção sensorial perturbada e Hipotermia atingiram a média de resolução de 50 minutos. Para os diagnósticos de Risco para

função respiratória alterada, Risco para temperatura corporal desequilibrada e Dor aguda o tempo médio de permanência foi de 63,7; 77,5 e 36 minutos, respectivamente. Destacamos que os diagnósticos de Integridade tissular prejudicada, Risco para infecção e Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais estiveram presentes desde a admissão do paciente no Centro de recuperação pós-anestésica até o momento da alta do paciente.

- Dentre os pacientes estudados que apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda, verificou-se a presença do seguinte fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem: Agentes lesivos (devido à manipulação cirúrgica para a realização da cirurgia de colecistectomia laparoscópica), presente em cinco pacientes (33,3%). As características definidoras identificadas nessa população foram: Relato verbal (33,3%), Evidência observada (20%), Expressão facial (20%), Comportamento de defesa (6,7%) e Gestos protetores (6,7%). Observamos que todas as características definidoras apresentadas pelos pacientes no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica estão descritas na Taxonomia II da NANDA (2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O elenco dos diagnósticos de enfermagem identificados nesse estudo está agrupado na categoria de necessidade psicobiológica. Partindo-se do Modelo conceitual de Horta (1979), o primeiro conceito que se impõe é que os desequilíbrios criam necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que levam o indivíduo a buscar, manter ou recuperar seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

Nesse sentido, corroboramos com Maslow (1970) que pressupõe, pela hierarquização das necessidades, que um indivíduo só procura satisfazer o nível seguinte após um mínimo de satisfação das necessidades dos níveis anteriores que representam ameaças a sua sobrevivência.

A importância de conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica, possibilita aos enfermeiros que atuam nos centros de recuperação pós-anestésica planejar individualmente o cuidado prestado a essa clientela pela assistência de enfermagem organizada com base no processo de enfermagem.

Com os avanços da cirurgia ambulatorial e para que esta seja realizada com total sucesso, o enfermeiro deve estar preparado para atender este tipo de clientela mais específica. Para isso um detalhado plano de cuidados deve ser estabelecido previamente, desde orientações realizadas no período pré-operatório até aquelas referentes à sua alta hospitalar. Se o enfermeiro não educar o paciente, provavelmente ele chegará ao hospital sem um preparo adequado e, após sua alta, poderá ter problemas para se auto cuidar.

A utilização do processo de enfermagem neste contexto é fundamental, auxiliando o enfermeiro na sua prática diária a atuar com qualidade e rapidez para solucionar os problemas

apresentados pelo paciente. Representa um avanço também para o serviço, uma vez que proporcionará uma assistência individualizada e com qualidade.

O paciente cirúrgico ambulatorial passa por todas as fases do período perioperatório, porém com uma diferença básica em relação ao paciente internado, esse período é mais rápido, já que a sua permanência no ambiente hospitalar é curta.

A organização da assistência de enfermagem, com base no processo de enfermagem para esse tipo de clientela, pode contribuir, dentre outros fatores, para o critério de estabelecimento da alta do paciente. Uma vez estabelecidos os diagnósticos de enfermagem pelo enfermeiro, ele deverá atuar para que estes sejam solucionados rapidamente, a solução de um ou de vários diagnósticos de enfermagem pode fornecer subsídios para avaliar a possibilidade de alta do paciente.

Esse estudo fornece uma base para a implementação do processo de enfermagem no período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica. Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem nessa clientela, os enfermeiros podem basear-se na elaboração de intervenções fundamentadas e específicas em relação às necessidades individuais de cada paciente.

Nesse estudo, utilizamos apenas duas etapas do processo de enfermagem, a coleta de dados e a identificação dos diagnósticos de enfermagem, mas sabendo a importância das demais etapas, entendemos que esse foi apenas o início de futuras mudanças e de propostas para implementação do processo de enfermagem no paciente cirúrgico ambulatorial submetido à cirurgia de colecistectomia laparoscópica.

A dor, uma das maiores causas de desconforto pós-operatório, principalmente após os procedimentos laparoscópicos conforme descrito anteriormente e foco de interesse desse estudo, não foi observada em uma porcentagem elevada dos pacientes. O fato de parte dos pacientes não ter apresentado dor pode estar associado à administração de analgésicos durante

o período trans-operatório de forma profilática neste grupo estudado. Esses resultados se referem a uma clientela particular, atendida em um hospital que tem realizado medicações profiláticas para o alívio da dor. Assim, a realização de pesquisa semelhante a essa em outro centro de saúde poderá apresentar outros resultados para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ACOSTA, I.; CORREA, O. Enfisema subcutâneo como complicación de la colecistectomia por laparoscopia. **Anestesiólogo**, n.6, p.104-106, 2001

AGODOA, L. Acute renal failure in the PACU. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.17, n.6, p.377-383, 2002.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Applying nursing process: promoting collaborative care**. 5. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 2002.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Application of nursing process: a step by step guide**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986.

AIRES, M.M. Fisiologia da Respiração. In: AIRES, M.M. **Fisiologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. 8, p.499-558.

ANDRADE FILHO, A.C.de C. **Dor: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. 286 p.

AORN - ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. Clinical Guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.16, n.5, p.305-314, 2001.

ARMSTRONG, D.; BORTZ, P. An integrative review of pressure relief in surgical patients. **AORN Journal**, v.73, n.3, p.645-674, Mar. 2001.

ASPAN - AMERICAN SOCIETY OF PERIANESTHESIA NURSES. **Clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia**. Disponível em <http://www.aspan.org/PDFfiles/HYPOTHERMIA_GUIDELINE10-02.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2004.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 618p.

AWAD, I.T.; et al. A Comparison of the Effects of Droperidol and the Combination of Droperidol and Ondansetron on Postoperative Nausea and Vomiting for patients Undergoing laparoscopic Cholecystectomy. **Journal of Clinical Anesthesia**, n.14, p.481-485, 2002.

BARONE, C.P.; PABLO, C.S.; BARONE, G.W. History of the PACU. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.18, n.4, p.237-241, 2003.

BARRAT, C.; CAPELLUTO, E.; CHAMPAULT, G. Intraperitoneal thermal variations during laparoscopic surgery. **Surgical Endoscopy**, n.13, p. 136-138, 1999.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BERBER, E.; STRING, A.; GARLAND, A.; ENGLE, K.L.; KIM, K.M.; ITUARTE, P.; SIPERSTEIN, A.E. Intraoperative thermal regulation in patients undergoing laparoscopic vs open surgical procedures. **Surgical Endoscopy**, n.15, p. 281-285, 2001.

BONNET, F. **Dor no meio cirúrgico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CAPELLUTO, E.; CHAMPAULT, G. Variations de la température intrapéritonéale au cours de la cholécystectomie laparoscopique. **Ann Chir**, n.125, p.259-262, 2000.

CARNEIRO, G.; et al. Influência da Distribuição da Gordura Corporal sobre a Prevalência de Hipertensão Arterial e outros Fatores de Risco Cardiovascular em Indivíduos Obesos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p.306-311, 2003.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

CARVALHO, E.M.; RUFFINO, M.C. Processos cognitivos para o desenvolvimento de competências para estabelecer diagnósticos de enfermagem: experiência na graduação. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 4, 1998, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Comunicação e o processo de enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. cap.9, p.138-156.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M.; FERRAZ, A.E.P.; VEIGA, E.V.; RUFFINO, M.C.; ROBAZZI, M.L.C.C. O processo de diagnosticar e o seu ensino. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.30, n.1, p.33-43, 1996.

CASTRO, A. B. **A Clínica de Dor: organização, funcionamento e bases científicas**. Curitiba: Maio, 2003. 326 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991, 164p.

CHOK, K. S. H. et al. Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy in Hong Kong Chinese – An Outcome Analysis. **Asian Journal of Surgery**, v.7, n.4, out., 2004.

CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, Y.W. **Nursing process: application of theories, frameworks, and models**. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1990, 367p.

CINGI, M. D. A., et al. Laparoscopic Cholecystectomy: is it a conscious preference among turkish patient with symptomatic gallstones? – Prospective Study. **World Journal Surgery**, n.28, p.1053-1056, 2004.

CONNOR, E.; WREN, K.R. Detrimental effects of hypothermia: a systems analysis. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v.15, n.3, p.158-163, 2000.

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem**. São Paulo, 2000.

CORRÊA, C.G. **Dor**: Validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. 134f. Dissertação (mestrado)– Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

COZBY, P.C. Métodos de pesquisa em ciência do comportamento. Tradução Paula Inez Cunha Gomide, Emma Otta. São Paulo: Atlas, 2003.

COWLING, G.E.; HAAS, R.E.; Hypotension in the PACU: an algorithmic approach. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v.17, n.3, p.159-163, 2002.

CRESWELL, J.W. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five traditions. London: Sage Publications, 1998. 403p.

CRUZ, I.C.F. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica – estudo piloto. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.24, n.3, p.345-358, 1990.

DALRI, M. C. B. **Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I da NANDA**. 1993. 203f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

_____. **Assistência de enfermagem a paciente portador de queimadura utilizando um software**. 2000. 328f. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

DANZIG, V.; KRSKA, Z.; DEMES, R.; DANZIGOVÁ, Z.; LINHART, A. Hemodynamic Response to Laparoscopic Cholecystectomy – Impacts of Increased Afterload And Ischemic Dysfunction Of The Left Ventricle. Disponível em: <<http://www.biomed.cas.cz/physiolres/pdf/prepress/644.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2004.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. Nursing diagnoses with interventions. In: DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Nurse's pocket guide**: nursing diagnosis with interventions. 3.ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1991.

DOYLE, R.L. Assessing and modifying the risk of postoperative pulmonary complications. **Chest**. Northbrook, v.115, p.77-82, 1999.

DRAIN, C. B. **The post anesthesia care unit**: a critical care approach to post anesthesia nursing. Philadelphia: Saunders, 1994. 268p.

EATON, J. Detection of Hyponatremia in the PACU. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v.18, n.6, p.392-397, 2003.

FERNANDES, A. T. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. 1721 p.

FLECK, M.P. da A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.4, p.446-455, 2003.

FLETCHER, R.G.; FRETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. Tradução Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 281p.

FLORIO, M. C. S. **Cirurgia Ambulatorial**: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. 2002. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FLORIO, M.C.S.; GALVÃO, C.M. Cirurgia Ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.5, set-out., 2003, p.630-637.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L.M. Cleft lip and palate: pre and postoperative nursing diagnoses. In: BIENNIAL CONFERENCE ON NURSING DIAGNOSIS. PROGRAMME, 14., 2000, Orlando. **Anais...** Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2000. p.106-110.

FONTES, P.R.O.; et al. Colecistectomia laparoscópica em cirróticos. **Arq Gastroenterol**, v.39, n.4, p.212-216, out-dez., 2002.

FORTUNA, A. FORTUNA, A.O. Dor pós-operatória. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v.77, n.5, p.291-94, 1984.

FREITAS, M.C. de et al. Trabalhando com diagnóstico de enfermagem no estágio de unidade de terapia intensiva. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 3., ENCONTRO CEARENSE SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1996, Fortaleza. 1996. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1996. p.8

GALDEANO, L.E. **Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca**. 2002. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GARCIA, T.R. **Cuidando de adolescentes grávidas**. 1996.256f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

GEORGE-GAY, B.; PARKER, K. Understanding the complete blood count with differential. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.18, n.2, p.96-117, 2003.

GIFT, A. G.; STANIK, J.; KARPENICK, J. WHITMORE, K.W.; BOLGIANO, C.S. Oxygen saturation in postoperative patients at low risk for hypoxemia: is oxygen therapy needed? **Anesth Analg**, v.72, p.368-372, 1995.

GOFFI, F. S. **Técnica Cirúrgica**: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. São Paulo: Atheneu, 2004. 822 p.

GOLEMBIEWSKI, J. A.; O'BRIEN, D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.17, n.6, p.364-376, 2002.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. G.; HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L. E. **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 10.ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003. 1647 p.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3.ed. Mosby, 1994.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 863p.

HCFMRP-USP (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO). Disponível em <<http://intranet.hcrp.fmrp.usp.br/intranetsiteprod>>. Acesso em: 2 de fev. de 2004.

HENDERSON, V. On nursing care plans and their history. **Nurs. Outlook**, St. Louis, v.21, n.6, p.378-379, Jun. 1973.

HORTA, W.de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.99p.

HULLEY, S.B.; et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2003. 374 p.

IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

JARVIS, C. **Physical examination and health assessment**. 2.ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1996. 937p.

JESUS, C.A.C. **Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica**. 1992. 279f. Dissertação . (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1992.

_____. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Rev. Saúde Distrito Federal**, v.6, n.1/2, jan./jun. 1995.

_____. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem**. 2000. 232f. Tese . (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2000

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

KENNEY, J.W. relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, Y.W. (Ed.). **Nursing process: application of theories, frameworks, and models**. 2.ed. St. Louis: Mosby, 1990, cap.1, p.3-19.

KRENZISCHEK, D.; WILSON, L. Na introduction to the ASPAN pain and comfort clinical guideline. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.18, n.4, p.228-231, 2003. Revista Escola Enfermagem USP, v. 37, n.4, p.34-42, 2003.

LUBLIN, M.; et al. Symptoms before and after laparoscopic cholecystectomy for gallstones. **Am. Surgery**, v.70, n.10, p.863-866, Oct. 2004.

LUCK, A.J.; MOYES, D.; MADDERN, G.J.; HEWETT, P.J. Core temperature changes during open and laparoscopic colorectal surgery. **Surgical Endoscopy**, n.13, p. 480-483, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. cap.2, p.11-24.

MAHON, S.M. Concept analysis of pain: implications related to nursing diagnoses. **Nurs. Diag.**, v.5, n.1, p.14-25, 1994.

MANDELL, G.L. **Atlas de Doenças Infecciosas**. Porto Alegre: Artmed, 1998. 920 p.

MANIAS, E.; BOTTI, M.; BUCKNALL, T. Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. **Journal of Clinical Nursing**, v.11, p.724-733, 2002.

MAREK, J.F.; BOEHNLEIN, M. JO. Postoperative Nursing. In: PHIPPS, W.J; SONAS, J.K.; MAREK, J.F. **Medical – Surgical nursing: concepts and clinical practice**. 6.ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1999. Cap. 20, p. 525-549.

MARQUES-LOPES, I.; et al. A. Aspectos Genéticos da Obesidade. Revista de Nutrição, Campinas, v.17, n.3, jul-set., 2004.

MASLOW, A.H. **Motivation and personality**. 2.ed. New York: Harper & Row; 1970. 369 p.

MATSUZAKI, Y.; MATSUKAWA, K.O.; YAMAMOTO, Y.; NAKAMURA, M.; OSHIBUCHI, T. Warming by resistive heating maintains perioperative normothermia as well as forced air heating. **Journal of Anaesthesia**, v.90, n.5, p.689-691, 2003.

MEEKER, M.H.; ROTHOROCK, J.C. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1997. 1272 p.

MIKI, Y.; et al. Laparoscopic cholecystectomy and time-course changes in renal function. **Surgical Endoscopy**, n.11, p.838-841, 1997.

MILLER, C.A. **Nursing care of older adults**. 3.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1999.

MOHANA, J. **O mundo e eu**. 2.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1964.

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

MUNHOZ, D.C.; BRAGA, A.F.A.; POTÉRIO, G.M.B. Influência do Propofol e do Etomidato no Bloqueio Neuromuscular produzido pelo Rocurônio. Avaliação pela Aceleromiografia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.52, n.6, p.673-680, nov.-dez. 2002.

NANDA – NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288p.

NELSON, T.P. Postoperative nausea and vomiting: understanding the enigma. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.17, n.3, p.178-189, 2002.

NOMA, H.H.; MALTA, M.A.; NISHIDE, V.M.; Enfermagem em unidade de terapia intensiva assistindo ao paciente em pós-operatório na UTI – aspectos gerais, 1997. Disponível em <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/posoputi.htm>>. Acesso em: 21 de abr. de 2004.

NURSAL, T.Z.; et al. Effect of drainage on postoperative nausea, vomiting, and pain after laparoscopic Cholecystectomy. **Arch Surg**, n.388, p.95-100, 2003.

OLIVEIRA FILHO, G. R. Rotinas de Cuidados Pós-Anestésicos de Anestesiologistas Brasileiros. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.53, n.4, p. 518-534, Jul-Ago. 2003.

PAGLIUCA, L.M.F. Necessidades humanas básicas afetadas em um grupo de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, na UTI. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.22, p.83-102, ago. 1988. Número especial.

PASERO, C. The Challenge of pain assessment in the PACU. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.17, n.5, p.348-350, 2002.

PASINI, D. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 3., ENCONTRO CEARENSE SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1996, Fortaleza. 1996. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1996. p.59.

PEREIRA, M.G. Aferição dos Eventos. In:_____. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002. p.358-376.

PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.6, n.4, p.41-48, out. 1998a.

PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.6, n.3, p.77-84, jul. 1998b.

PEREIRA, P. R. B. **Procedimentos Cirúrgicos Básicos**. São Paulo: Atheneu, 2002. 185 p.

PICCOLI, M.; GALVÃO, C.M. Enfermagem Perioperatória: identificação do diagnóstico enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.9, n.4, p.37-43, 2001.

PIERCE, J.D.; CLANCY, R.L. Effects of hypoxia on diaphragm activity in anesthetized rats. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.16, n.3, p.181-186, 2001.

PIMENTA, C.A.M. et al. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Rev. Paul. Enf.**, v.11, n.1, p.3-10, 1992.

PIMENTA, C.A.M. **Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer**. 1995. 232f. Tese . (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

PINOTTI, H.W.; et al. Formação do cirurgião em cirurgia laparoscópica do aparelho digestivo. Experiência de 1.818 intervenções sem acidentes e sem mortalidade. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.45, n.4, p.337-341, 1999.

POLIT, D.; HUNGLER, B.P. Coleta de dados da pesquisa. In: **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995, p.163-219.

PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 1428p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**: conceitos básicos, teorias e prática hospitalar. 2.ed. São Paulo: Santos, 1997. 999p.

READY, L.B.; EDWARDS, W.T. **Tratamento da dor aguda**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

REDMOND, M.C. Malignant Hyperthermia: perianesthesia recognition, treatment, and care. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.16, n.4, p.259-270, 2001.

RÊGO, R.E.C.; et al. Tratamento cirúrgico da Litíase vesicular no idoso: análise dos resultados imediatos da colecistectomia por via aberta e videolaparoscópica. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p.293-299, 2003.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J. W. **Nursing process**: conceptual models. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1990a. cap.7, p.132-57.

RISNER, P.B. Nursing diagnosis: diagnostic statements. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J. W. **Nursing process**: conceptual models. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1990b. cap.8, p.158-78.

ROSSI, L.A. **O processo de enfermagem em uma unidade de queimados**: análise e reformulação fundamentada na metodologia da problematização. 1992. 222f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

ROSSI, L.A.; TORRATI, F.G.; CARVALHO, E.C.; MANFRIM, A.; SILVA, D.F. Diagnóstico de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev. Escola Enfermagem USP**, v.34, n.2, p.154-164, 2000.

SABISTON Jr., D.C. **Sabiston Tratado de Cirurgia**: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Tradução André Luis de Souza Melgaço. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1896 p.

SANTOS, J.S.; et al. Mutirões de Colecistectomia por Videolaparoscopia em Regime de Cirurgia Ambulatorial. **Acta Cirurgica Brasileira**, v.16, supl.1, p.52-56, 2001.

SCOTT, E.M.; LEAPER, D.J; CLARK, M.; KELLY, P.J. Effects of warming therapy on pressure ulcers – a randomized trial. **AORN Journal**. v.73, n.5, p.921-933, Mai. 2001.

SENRA, D.F.; IASBECH, J.A.; OLIVEIRA, S.A. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v.8, n.3, p.446-454, 1998.

SLIM, K.; et al. Effect of CO₂ gas warming on pain after laparoscopic surgery. **Surgical Endoscopy**, n.13, p. 1110-1114, 1999.

SORES, J.F.; SIQUEIRA, A.L. **Introdução à estatística médica**. 2.ed. Belo horizonte: Coopmed, Koogan, 1998. p.30-50.

SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.3, p.446-447, maio-jun. 2002.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. cap.1, p.1-8.

TALAMINE, M.A.; et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient and nursing perspective. **Aust N Z Journal Surgery**, v. 69, n. 12, p. 841-843, Dec. 1999.

TEIXEIRA, M.J.; CORRÊA, C.F.; PIMENTA, C.A.M. **Dor**: conceitos gerais. São Paulo, Limay. 1994.

THOMPSON, H.J. The management of post-operative nausea and vomiting. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.5, p.1130-1136, 1999.

TIMBY, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.836 p.

WARREM, J. Accountability and nursing diagnosis. **J. Nurs. Adm.**, v.13, n.10, p.34-37, 1983.

WELLS, N. The effect of relaxation on postoperative muscle tension and pain. **Nursing Research**, p.236-238, 1981.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 2.ed.- Porto Alegre: Bookman, 2001, 205p.

ZAGO, M.M.F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.27, n.1, p.67-71, 1993.

ZINN, G.R.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.3, p.326-332, maio-jun. 2003.

ZIOLKOWSKI, L.; STRZYZEWSKY, N. Perianesthesia assessment: foundation of care. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.16, n.6, p.359-370, 2001.

APÊNDICE A

Ficha de avaliação do paciente em pós-operatório imediato

Ficha de avaliação do paciente em pós-operatório imediato	
---	--

Iniciais e registro do Paciente:

Idade e sexo:

Cirurgia Realizada:

Data e hora da chegada ao SER:

Tipo de Anestesia/Droga Anestésica:

Informações do pré-operatório	
-------------------------------	--

[illegible]

Informações do intra-operatório	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

[illegible]

Informações do pós-operatório	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

[illegible]

Necessidades Psicobiológicas / Necessidades de Oxigenação e Respiração

Hora inicial da avaliação:	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Frequência respiratória								
Ritmo (regular/irregular)								
Profundidade (normal/superficial/profunda)								
Saturação de O ₂								
Artefatos: (L/min)								
▪ vaporização (s/n) ¹								
▪ máscara de O ₂ (s/n)								
▪ máscara de Venturi (s/n)								
▪ cateter nasal (s/n)								
Desconforto respiratório:								
▪ taquipneico (s/n)								
▪ batimento de asa (s/n)								
▪ respiração curta (s/n)								
▪ respiração pela boca (s/n)								
▪ dispnéico (s/n)								
▪ musculatura acessória (s/n)								
Ausculta Pulmonar:								
▪ Murmúrios vesiculares(P/A) ²								
▪ sibilos (P/A)								
▪ crepitações (P/A)								
▪ estertores								
▪ roncocal (P/A)								
Tosse: (P/A): seca/produtiva: especificar								

Outras informações: (deformidade da parede torácica, presença de secreção nas vias aéreas, traqueostomia).

Gasometria arterial - data e hora do exame:

pH= _____ Sat. O₂= _____ %
 pCO₂= _____ mmol/L BE= _____
 pO₂= _____ mmHg HCO₃= _____

¹(s/n) = sim ou não; ²(P/A) = presente ou ausente

Necessidades Psicobiológicas / Necessidades de Circulação

		15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Frequência cardíaca (bpm)									
Pressão arterial (mmHg)									
Pulsos:									
▪ braquial	D								
	E								
▪ pedioso	D								
	E								
▪ femural	D								
	E								
Ritmo (regular/irregular)									
Amplitude (cheio/fino)									
Perfusão Tecidual (segundos)									
Rede Vascular: (preservada/prejudicada)									

Infusão de soro:	Hemoderivados	Acesso venoso:
Tipo: _____ mL/h ou gts/min início : __h término: __h	Tipo: _____ mL/h ou gts/min : __h término: __h	Central Periférico
Tipo: _____ mL/h ou gts/min início : __h término: __h	Tipo: _____ mL/h ou gts/min : __h término: __h	Tipo: _____ Tipo: _____
Tipo: _____ mL/h ou gts/min início : __h término: __h	Tipo: _____ mL/h ou gts/min : __h término: __h	Local: _____ Local: _____
Total de entrada de líquidos E.V em _____ horas:		

Necessidades de Termorregulação

	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Temperatura Axilar (°C)								
Manta Térmica: (s/n)								
Tremores: (s/n)								
Piloereção: (s/n)								
Sudorese: (s/n)								

Necessidade de circulação

Outras informações:(presença de sangramento, tipo de acesso venoso: abocath, cateter central, escalpe. Presença de doença circulatória, paciente apreensivo).

Necessidade de termoregulação

Outras informações:(Paciente necessita colocar vários cobertores).

Necessidades Psicobiológicas / Necessidades de Integridade Tecidual

	15min	30min	45min	90min	120min	180min	240min	60'
Característica da Pele: especificar								
▪ corada/pálida								
▪ hidratada/seca								
▪ anictérica/ictérica								
▪ acianótica/cianótica								
▪ hematoma (s/n)								
▪ equimose (s/n)								
▪ petéquia (s/n)								
▪ presença de lesão (s/n): tipo								
Avaliação do turgor: (normal/diminuído)								
Mucosa oral: (íntegra/alterada)								
Higiene oral: (preservada/não preservada)								
Curativo Cirúrgico:								
▪ curativo oclusivo (s/n)								
▪ limpo e seco (s/n)								
▪ sujo e seco (s/n)								
▪ sujo e úmido (s/n)								
Local da ferida cirúrgica:								

Necessidades de Mobilidade

	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Tônus Muscular: (normo/hipo/hipertônico)								
Posição do paciente no leito:								
Movimentos amplos: (s/n)								
Movimentos discretos dos MMSS: (s/n)								
Movimentos discretos dos MMI: (s/n)								
Imobilidade: (s/n)								
Restrição de Movimentos: (s/n)								

Necessidade de Integridade Tecidual

Outras informações: (presença de cianose generalizada ou periférica, lesões cutâneas tipo mácula, pápula, vesícula e ulcerações.

Presença de sangramento na ferida cirúrgica.

Necessidade de Motilidade

Outras informações:(presença de distúrbio da SNC e periférico, presença de movimentos involuntários, plegia, paraplegia, necessita de ajuda para levantar, sentar, deambular e virar).

Necessidades Psicobiológicas / Necessidades de Alimentação e Hidratação

	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Tipo de Alimentação:								
▪ jejum (s/n): hora do início								
▪ via oral (s/n)								
▪ SNG () SNE () SOG ()								
▪ alimentação (s/n)								
▪ drenagem (s/n)								
▪ clampada (s/n)								
Abdome: especificar								
▪ plano/globoso								
▪ normotenso/tenso/distendido/escavado								
Ruídos Hidroaéreos: especificar								
▪ ausente/presente/diminuído								
Distensão Abdominal: especificar								
▪ ausente/moderada/grave								

Resultados de exames laboratoriais

Data e hora do exame:

Hb= _____ mmol/L

K= _____ mmol/L

Ht= _____ %

Ca= _____ mmol/L

Na= _____ mmol/L

Pla. = _____ 10⁹/L

Peso:

Altura:

Índice de massa corporal:

Necessidades de Eliminação

	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Náusea: (s/n)								
Vômito: (s/n)								
Drenos: (s/n)-volume								
Sonda Vesical: alívio/demora-volume								
Micção Espontânea (s/n)-volume								
Cistostomia: (s/n)-volume								
Eliminação Intestinal: (s/n)								

Total da diurese em h: _____ ml **Total de dreno em h: _____ ml**

Necessidade de Alimentação e Hidratação

Outras informações:(presença de doença abdominal, característica do líquido drenado da SNG/SNE, prescrição do soro de hidratação
aceitação via oral).

Necessidade de Eliminação

Outras informações:(característica e quantidade de vômito, característica, coloração e odor da diurese, presença de sonda em irrigação,
local do dreno, presença de diarréia, melena ou sangue nas fezes).

Necessidades Psicobiológicas / Necessidades de Senso Percepção

	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Local da Dor								
Intensidade da Dor: escala 0 - 10								
Nível de Consciência:								
escala de Glasgow								
Abertura Ocular:								
▪ espontâneo - 4								
▪ estímulos verbais - 3								
▪ estímulos dolorosos - 2								
▪ ausentes - 1								
Resposta Verbal:								
▪ orientado - 5								
▪ confuso - 4								
▪ palavras apropriadas - 3								
▪ sons inteligíveis - 2								
▪ ausentes - 1								
Resposta Motora:								
▪ obedece comandos verbais - 6								
▪ localiza estímulos - 5								
▪ retirada ineficaz - 4								
▪ padrão flexor - 3								
▪ padrão expressor - 2								
▪ ausentes - 1								
Total da escala Glasgow:								
Pupilas:isocóricas/anisocóricas								
Pupilas:reagentes/não reagentes								
Pupilas: Tamanho (mm)

Outras informações importantes:

Outras informações importantes:

Necessidades Psicobiológicas / Necessidades de Senso Percepção

	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Relato verbal ou codificado (s/n)								
D.O.: Comunicação verbal de queixa de dor ou manifestações através de gestos indicativos da área dolorosa, ou ainda presença de face de dor e movimentos de fricção da área afetada.								
Evidência observada (s/n)								
D.O*.: Alteração do comportamento frente a experiência dolorosa, observada através do relato verbal de dor, aparência abatida, olhos sem brilho, cenho franzido, careta de dor, reação de defesa e evitação evidenciado pelo comportamento físico de proteção a área afetada, diminuição do interesse do indivíduo pelo ambiente que o cerca, concentrado-se em seu próprio sofrimento.								
Posição antálgica para evitar dor (s/n)								
D.O*.: Postura física não habitual assumida pelo indivíduo visando minimizar a sensação dolorosa, caracterizada pela posição fetal, em caracol e outras.								
Comportamento de defesa (s/n)								
D.O*.: Relação de defesa e evitação que acompanha a dor caracterizada por comportamento físico de proteção da área afetada.								
Gestos protetores (s/n)								
D.O.: Movimento do corpo, principalmente dos braços e pernas na tentativa de resguardar e proteger a região do corpo onde sente dor.								
Expressão facial (s/n)								
D.O*.: Expressão facial caracterizada por aparência abatida, olhos sem brilho, movimentos fixos ou desordenados, cenho franzido, "careta" de dor.								
Distúrbio do sono (s/n)								
D.O*.: Referência verbal de mudança na quantidade ou qualidade do sono relacionada às suas necessidades biológicas e emocionais em função da presença de dor, caracterizado por dificuldade em adormecer ou sono interrompido e despertar cansado.								
Foco em si próprio (s/n)								
D.O*.: Relato de diminuição de interesse do indivíduo pelo ambiente que o cerca, com tendência a concentra-se em seu próprio sofrimento.								
Comportamento de distração (s/n)								
D.O.: Alteração no comportamento do paciente observada pela realização de atividades repetitivas (fazer a mesma pergunta várias vezes), presença de movimentos extrínsecos (movimentos de mãos/pés), dificuldade de manter a atenção em um determinado foco por muito tempo, desvia bruscamente a atenção e diminuição do interesse do indivíduo pelo ambiente que o cerca.								
Comportamento expressivo (s/n)								
D.O.: Alteração do comportamento observado na presença de fenômeno doloroso, paciente apresenta-se gemente, choroso, irritado, inquieto, impaciente, agitado e vigilante.								

D.O*: Definição Operacional (segundo validação realizada por Corrêa, 1997)

Necessidade de Senso Percepção

Outras informações importantes:

[illegible]

Necessidades Psicossociais / Necessidade de Comunicação								
	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Desorientação no tempo/espço/pessoa: especificar								
Não fala ou não pode falar: especificar								
Fala com dificuldade: (s/n)								
Dificuldade p/ expressar-se verbalmente (s/n):especificar								
Afasia: enfraquecimento ou perda da expressão das palavras em virtude de lesão de alguns centros cerebr Disfasia: descordenação da fala e incapacidade de dispor as palavras de modo compreensível relacionado a lesão cere Dislexia: perturbação na aprendizagem da leitura pela dificuldade no reconhecimento da correspondência entre símbolos gráficos e fonei								
Dificuldade p/ formar palavras ou sentenças (s/n): especificar								
Afonia: perda total ou parcial da voz em virtude de lesão dos órgãos fonador Dislalia: perturbação na articulação de palavras por lesão em órgãos fonador Disartria: distúrbio na articulação das palavras por paralisia ou lesão dos órgãos fonador								
Verbalização imprópria (s/n)								
D.O: Uso de frases sem sentido lógico, dissociadas do contexto.								

Necessidades Psicossociais / Necessidade de Ensino-Aprendizagem								
	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Sabe qual é seu problema de saúde: (s/n)								
Verbaliza seu problema: (s/n)								
Tem informação sobre a cirurgia a que foi submetido: (s/n)								
Verbaliza conhecimento sobre o período pós-operatório: (s/n)								
Escolaridade/profissão:								

Necessidade de Comunicação

Outras informações importantes:

Necessidade de Ensino-Aprendizagem

Outras informações importantes:

Necessidades Psicossociais / Necessidade Segurança/Auto-Estima								
	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Tagarelice: (s/n)								
Ansiedade:								
▪ observação atenta e vigilante (s/n)								
D.O**: Paciente tem seus reflexos aumentados, permanecendo atento no que acontece ao redor, fica olhando ao redor.								
▪ agitação (s/n)								
D.O**: Nota-se excitação excessiva observa-se tagarelice, agitação psicomotora, mostra-se impulsivo.								
▪ olhar em torno (s/n)								
D.O**: Paciente tem seus reflexos aumentados, permanecendo atento aos acontecimentos ao seu redor, fica olhando em torno de si mesmo.								
▪ nervoso (s/n)								
D.O**: Permanece inquieto, agitado, impaciente.								
▪ preocupado (s/n)								
D.O**: Pode-se observar tensão facial, mostra-se apreensivo.								
▪ movimentação excessiva das mãos/braços/pernas (s/n)								
D.O**: Nota-se excitação excessiva, tagarelice, agitação psicomotora, mostra-se impulsivo.								
Baixa auto-estima (s/n)								
D.O**: Relato de auto-avaliação negativa caracterizada por sentimentos de inutilidade, inadequação e auto-desvalorização.								
Presença da família (s/n)								
Descrever reações do paciente na presença da família:								

Necessidades Psicoespirituais/Necessidade Espiritual								
	15min	30min	45min	60min	90min	120min	180min	240min
Demonstra manifestações religiosas: (s/n)								
Ex.: Reza em voz alta, presença de artigos religiosos, chama por entidades religiosas								
Solicita assistência espiritual: (s/n)								
Ex.: Pede presença de algum tipo de líder religioso								

D.O**: Definição Operacional (segundo validação realizada por Bergamasco et al.; 2004))

Necessidade de Segurança/Auto-Estima

Outras informações importantes:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Necessidade Espiritual

Outras informações importantes:

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings present.

APÊNDICE B
Raciocínio diagnóstico

Iniciais do paciente: M.T.V **Sexo:** Feminino **Idade:** 63 anos **Estado Civil:** Casada **Cirurgia realizada:** Colecistectomia Laparoscópica
Anestesia: Geral **Duração da anestesia:** 1 h e 40 min.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação causal
<p>Paciente submetida à cirurgia de colecistectomia laparoscópica, com duração de 1h 40 min.</p> <p>Presença de acesso venoso periférico com abocath n° 20 em MSE, a punção foi realizada e retirada no mesmo dia da realização da cirurgia, 07/12/2004.</p> <p>Intubação orotraqueal durante o período intra-operatório com COT 7,5 que foi retirada após término da cirurgia.</p> <p>Destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada.</p> <p>Defesas primárias inadequadas (pele e tecidos subcutâneos rompidos).</p> <p>Administração de antibiótico profilático, cefazolina às 9:30h para prevenir infecções.</p>	Ausência de infecção	Risco para infecção	<p>Risco para infecção descreve um indivíduo cujas defesas contra hospedeiros estão comprometidas, aumentando assim o risco dos organismos patógenos ambientais (CARPENITO, 2002).</p> <p>A pele proporciona a primeira linha de defesa, a abertura da pele, tanto cirúrgica quanto traumática, potencializa a infecção. A cicatrização da ferida cirúrgica é uma resposta complexa e altamente organizada do tecido com solução de continuidade causada por uma agressão. A capacidade orgânica de cicatrizar feridas é uma das mais poderosas propriedades de defesa que o ser humano possui. Este processo é infalível na ausência de infecções endógenas e exógenas, mecanismos de interferência, ou certos processos patológicos (DRAIN, 1994).</p> <p>Para causar infecção, o microrganismo precisa vencer as defesas do hospedeiro, assim a presença de cateteres como abocath utilizado para acesso venoso e de cânulas orotraqueal para manter a ventilação da paciente, mantêm contato entre o meio externo e o interno, facilitando o acesso de microrganismos (TOZZI et al., 2002).</p> <p>A colecistectomia laparoscópica possui tempo operatório menor quando comparada a cirurgia de laparotomia, possibilitando um menor tempo de exposição do paciente, bem como o seu tempo de permanência no hospital no período pós-operatório, diminuindo assim complicações relacionadas à cicatriz cirúrgica, como por exemplo, o risco de infecção (RÊGO et al., 2003). O procedimento cirúrgico é realizado através da abertura de quatro orifícios na cavidade abdominal; na região supra umbilical, região subxifóide e na região do hipocôndrio direito superior e inferior, por estes pequenos orifícios são introduzidos os trocartes utilizados no procedimento, há penetração dos mesmos até o peritônio, manipulação da víscera e do ducto e artéria cística, por tal fato a técnica estéril é imprescindível (PINOTTI et al., 1999; TOZZI et al., 2002). É notório que o grau de trauma ou agressão cirúrgica é diretamente proporcional ao grau da resposta inflamatória pós-operatória e da imunossupressão, assim a diminuição da lesão do tecido da parede abdominal na laparoscopia contribui para vários efeitos fisiológicos benéficos, entre eles a diminuição do risco de desenvolver infecções (TOWSEND et al., 2002). A prevenção da infecção é o maior objetivo quando se utiliza o antibiótico profilático em cirurgias, um dos mais utilizados, é a cefazolina, como o caso da paciente em estudo, pois possui uma meia-vida mais longa e mantém níveis séricos e teciduais mais confiáveis, sendo ideal para cobrir apenas o período do procedimento cirúrgico (GOFFI, 2001).</p>

D.E: Risco para infecção relacionado a procedimentos invasivos, destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada, defesas primárias inadequadas (pele e tecido subcutâneo rompidos).

Iniciais do paciente: M.T.V **Sexo:** Feminino **Idade:** 63 anos **Estado Civil:** Casada **Cirurgia realizada:** Colecistectomia Laparoscópica
Anestesia: Geral **Duração da anestesia:** 1 hora e 40 minutos.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação causal
<p>Paciente submetida à intervenção cirúrgica de colecistectomia laparoscópica.</p> <p>Paciente apresenta na região abdominal presença de quatro orifícios provenientes da ferida cirúrgica, localizados na região supra-umbilical, região subxifóide, um no hipocôndrio direito e outro no epigástrico, estes orifícios encontram-se com curativos oclusivos limpos e secos.</p>	<p>Que a ferida cirúrgica seja fechada por fechamento primário, ou seja, através de pontos simples no final do procedimento cirúrgico.</p> <p>A ferida cirúrgica deve estar na fase inflamatória ou reativa, onde as defesas do corpo são direcionadas para limitação da quantidade de danos e para evitar mais lesões.</p>	Integridade tissular prejudicada	<p>Paciente portadora de Colecistite crônica calculosa, necessitando ser submetida a colecistectomia laparoscópica.</p> <p>O acesso à cavidade peritoneal durante a laparoscopia é efetuado através de quatro pequenas incisões para colocação de quatro trocartes, um na região supra-umbilical, outro na região subxifóide e outros dois trocartes são colocados na mesma linha, um no hipocôndrio direito e outro no epigástrico, para que haja a apreensão e dissecação da vesícula e posterior hemostasia (PINOTTI et al., 1999; TOZZI, 2002; TOWNSEND et al., 2002).</p>

D.E: Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores mecânicos (cirurgia de colecistectomia laparoscópica) manifestada por tecido subcutâneo e pele destruídos.

Iniciais do paciente: M.T.V **Sexo:** Feminino **Idade:** 63 anos **Estado Civil:** Casada **Cirurgia realizada:** Colecistectomia Laparoscópica
Anestesia: Geral **Duração da anestesia:** 1h 40min.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação causal
<p>Paciente exposta em ambiente frio da sala de cirurgia por aproximadamente 1hora e 40 minutos.</p> <p>Anestesia geral, utilizando drogas que causam vasodilatação como o propofol e uso de relaxantes musculares, como o tracríum.</p> <p>Temperatura axilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Às 10h 15min = 35,3 °C - Às 10h 30min = 35,3 °C - Às 10h 45min = 35,4 °C <p>Paciente chegou ao centro de recuperação com um lençol e um cobertor.</p>	<p>Paciente apresente uma temperatura axilar > 35,5 °C (PORTO, 2001).</p>	<p>Hipotermia</p>	<p>A hipotermia pós-operatória é definida como uma temperatura $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ e é um problema crescente nos centros de recuperação pós-anestésica. Acredita-se que mais de 60% dos pacientes nestas unidades apresentam hipotermia (CONNOR; WREN, 2000). Alguns fatores podem aumentar o risco de o paciente cirúrgico apresentar hipotermia no pós-operatório como, por exemplo, paciente ser do sexo feminino, baixa temperatura do ambiente, tanto da sala de operação como o centro de recuperação, uso de anestesia geral com utilização do propofol, que eleva a perda da capacidade de vasoconstrição, e a vasodilatação resultante possibilita um fluxo maior de sangue para a periferia, o que aumenta a perda de calor; além disso, a anestesia geral mascara o reflexo normal de tremor produtor de calor, resultando numa perda maior de calor; além da utilização de relaxantes musculares como o tracríum que contribuem para a perda da capacidade de produzir tremores (TOWSEND et al., 2002). A criação e manutenção do pneumoperitônio na cirurgia de colecistectomia, havendo a introdução de dióxido de carbono na cavidade abdominal, e devido ser um gás frio pode haver contribuição para o estabelecimento da condição de hipotermia (AORN, 2001; SANTOS et al., 2001).</p>

D.E: Hipotermia relacionada a exposição em ambiente frio, medicações que causam vasodilatação (propofol) e incapacidade para tremer (tracríum), manifestada por redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Iniciais do paciente: M.T.V **Sexo:** Feminino **Idade:** 63 anos **Estado Civil:** Casada **Cirurgia realizada:** Colecistectomia Laparoscópica
Anestesia: Geral **Duração da anestesia:** 1h 40min.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação causal
<p>Paciente no período pós-operatório de Colecistectomia Laparoscópica, submetida à anestesia geral, utilizando as drogas anestésicas: sufentanil e propofol.</p> <p>Paciente está sonolenta.</p> <p>Escala de Glasgow: 10h 15min = 14</p> <p>Escala de Glasgow: 10h 30min = 14</p> <p>Paciente não apresentava abertura ocular espontânea, somente a estímulos verbais.</p>	<p>Paciente seja capaz de identificar os estímulos que está recebendo.</p>	<p>Percepção Sensorial perturbada</p>	<p>Devido a utilização de drogas anestésicas (sufentanil e propofol), associadas a utilização de drogas antieméticas, paciente chegou sonolenta ao centro de recuperação pós-anestésico. As propriedades farmacológicas e farmacocinéticas dos anestésicos utilizados são de início da ação rápida e a duração relativamente curta. O metabolismo destas drogas ocorre no fígado e após o término de sua infusão o efeito de sedação pode ocorrer de 20 min. a 1 hora depois, A paciente selecionada para este estudo, permaneceu sonolenta e com dificuldade para manter abertura ocular espontânea por cerca de 30 minutos após a sua chegada no centro de recuperação, tal fato pode ser associado a utilização dos anestésicos descritos acima, que agem no SNC provocando analgesia, hipnose e amnésia (TOWNSEND et al., 2002; SANTOS et al., 2001).</p>

D.E: Percepção sensorial perturbada relacionada a recepção e transmissão sensorial alterada manifestada por mudança na resposta usual aos estímulos.

Iniciais do paciente: M.T.V **Sexo:** Feminino **Idade:** 63 anos **Estado Civil:** Casada **Cirurgia realizada:** Colecistectomia Laparoscópica
Anestesia: Geral **Duração da anestesia:** 1 h e 40 min.

Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação causal
<p>Paciente no período pós-operatório de Colecistectomia Laparoscópica, submetida à anestesia geral, utilizando as drogas anestésicas: sufentanil e propofol.</p> <p>Paciente está sonolenta, com nível de consciência rebaixado:</p> <p>Escala de Glasgow: 10h 15min = 14</p> <p>Escala de Glasgow: 10h 30min = 14</p> <p>Administração de drogas cloridrato de metoclopramida e ondansetrona às 9h 30min em sala de operação para prevenir náusea e vômito.</p>	<p>Paciente livre do risco de entrada de secreções nas vias traqueobrônquicas</p>	<p>Risco para aspiração</p>	<p>O centro do vômito localiza-se no bulbo, próximo ao núcleo dorsal do nervo vago; ele pode ser excitado por impulsos recebidos a partir de centros cerebrais como, por exemplo, os agentes anestésicos e narcóticos (propofol e sufentanil) que sensibilizam o aparelho vestibular e órgão do equilíbrio. Isso explica por que dois dos principais fatores etiológicos da náusea e vômito são a manipulação indelicada do paciente durante o transporte e alterações de posição no período de recuperação imediato (NELSON, 2002; THOMPSON, 1999). A sonolência e o nível de consciência rebaixado também apresentam grande risco caso haja o vômito, de a paciente apresentar entrada de fluidos gastrointestinais nas vias traqueobrônquicas. No caso da paciente deste estudo foram utilizadas drogas para prevenir a ocorrência de náusea e vômitos no pós-operatório imediato, como a cloridrato de metoclopramida e a ondansetrona e escolhido o anestésico propofol, que possui efeitos colaterais relacionados a náuseas menores quando comparado a outros anestésicos (TOWSEND et al., 2002).</p>

D.E: Risco para aspiração relacionado a administração de medicamentos (propofol e sufentanil) e nível de consciência reduzido.

APÊNDICE C

Tempo de resolução dos diagnósticos de enfermagem

<i>Iniciais do paciente:</i> M.T.V <i>Sexo:</i> Feminino <i>Idade:</i> 63 anos <i>Estado Civil:</i> Casada <i>Cirurgia realizada:</i> Colecistectomia Laparoscópica <i>Anestesia:</i> Geral								
Diagnóstico de enfermagem	15 min	30 min	45 min	60 min	90 min	120 min	180 min	240 min
Integridade tissular prejudicada	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	
Risco para infecção	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	
Hipotermia	presente	presente	presente	resolvido	resolvido	resolvido	resolvido	
Percepção sensorial perturbada	presente	presente	resolvido	resolvido	resolvido	resolvido	resolvido	
Risco para aspiração	presente	presente	resolvido	resolvido	resolvido	resolvido	resolvido	

APÊNDICE D

Termo de esclarecimento aos sujeitos da pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

1. NOME DA PESQUISA: **Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes em Período Pós-Operatório Imediato de Cirurgia de Colecistectomia Laparoscópica**
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cristina Camargo Dalri. - COREN N° 83491
3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA:- não há

Estamos convidando você, que irá passar por uma intervenção cirúrgica, para participar de uma pesquisa na qual pretendemos investigar os diagnósticos de enfermagem e as manifestações de dor em pacientes no pós-operatório imediato.

Caso você concorde em participar você terá que responder a algumas perguntas sobre sua experiência relacionada ao momento que antecede a sua cirurgia, e em um segundo momento, após a realização da cirurgia, e você já se encontrar no Centro de Recuperação pós-anestésica, onde será novamente avaliado. Você não será identificado e as informações que você nos der serão confidenciais.

Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a identificar os diagnósticos de enfermagem e as manifestações e dificuldades dos pacientes que sentem dor no período pós-operatório, para que possamos planejar de forma mais completa a assistência durante todo este período de internação. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no tratamento.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL
Telefone para contato 6023402

EU _____ R.G. _____
_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido;
 2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
 3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
 4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
 5. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.
- Tenho ciência do exposto acima e desejo utilizar o produto como método terapêutico recomendado pelo médico que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

APÊNDICE E

Validação de aparência e conteúdo

Validação de aparência e conteúdo

Por gentileza, gostaria de solicitar a você que realizasse a validação de aparência e conteúdo do instrumento que pretendo utilizar em um estudo sobre “*Diagnósticos de Enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica*” que tem como objetivos: **identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em pós-operatório imediato usando a taxonomia II da NANDA e o modelo conceitual de Horta; identificar dentre os pacientes estudados que apresentaram o diagnóstico de Dor Aguda, as manifestações de dor apresentadas por eles no pós-operatório imediato e compará-las com as características definidoras da NANDA.**

Por favor, responda as seguintes questões:

- 1) Os itens/questões, agrupados no instrumento por necessidades são suficientes para identificar alterações nas necessidades nas quais estão inseridas?
- 2) Em sua opinião há repetição de questões nas diferentes necessidades?
- 3) O instrumento favorece a formulação dos diagnósticos de enfermagem, considerando o objetivo do estudo?
- 4) Alguma alteração deve ser feita para melhorar o instrumento?
- 5) Expresse a sua opinião quanto à forma de apresentação e conteúdo do instrumento.

Observações:

- o instrumento de coleta formulado foi baseado no modelo conceitual de Wanda Aguiar Horta;
- as respostas aos questionamentos acima podem ser realizadas no verso desta folha;
- as alterações necessárias, segundo sua opinião, podem ser feitas no próprio instrumento.

Obrigada pela sua colaboração,

Cristina Camargo Dalri

ANEXO

Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 02 de dezembro de 2003

Ofício nº 3588/2003
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **"MANIFESTAÇÕES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 170ª Reunião Ordinária realizada em 01/12/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 11576/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
CRISTINA CAMARGO DALRI
PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos