

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Diagnósticos de enfermagem do domínio eliminação e troca identificados em pacientes em pós-operatório

Nursing diagnoses of disposal area and exchange in patients identified in postoperative

Diagnósticos de enfermería del dominio eliminación y cambio identificados en pacientes en puesto-operatório

Allyne Fortes Vitor¹, Laísia Alves Moura², Jéssica Naiara de Medeiros Araújo³, Lana Jeórgia Alves Moisés⁴, Raianny Alves Costa⁵, Raissa Gomes da Costa⁶

ABSTRACT

Objective: To characterize the nursing diagnoses domain Disposal and Exchange of taxonomy NANDA-I in patients in the postoperative period at a university hospital in the city of Natal-RN. **Method:** This was a descriptive, cross-sectional, whose sample consisted of 80 patients. Data collection occurred in november and december 2012, by history, physical examination and application on a form prescribed based the domains of NANDA-I Taxonomy. Approved by the Ethics Committee and Research CAAE 07614812.6.0000.5537. **Results:** The diagnoses were identified: dysfunctional gastrointestinal Motility (55.8%), Constipation (20.9%) and (23.3%) had both diagnoses. **Conclusion:** Thus, it is important that nurses adopt measures relating to resolving Disposal and Exchange domain for patients in the postoperative period in order to provide adequate assistance. **Descriptors:** Nursing diagnosis, Postoperative period, Gastrointestinal motility, Constipation.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os diagnósticos de enfermagem do domínio Eliminação e Troca, da taxonomia NANDA-I em pacientes no período pós-operatório internados em um hospital universitário, localizado no município de Natal-RN. **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, cuja amostra foi constituída por 80 pacientes. A coleta de dados ocorreu em novembro e dezembro de 2012, por meio de anamnese, exame físico e aplicação de um formulário elaborado com base nos domínios da Taxonomia da NANDA-I. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa CAAE 07614812.6.0000.5537. **Resultados:** Os diagnósticos identificados foram: Motilidade gastrintestinal disfuncional (55,8%), Constipação (20,9%) e (23,3%) apresentaram os dois diagnósticos. **Conclusão:** Dessa forma, é importante que os enfermeiros adotem intervenções resolutivas referentes ao domínio Eliminação e Troca para os pacientes em pós-operatório de maneira a proporcionar uma assistência adequada. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Período pós-operatório, Motilidade gastrintestinal, Constipação intestinal.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el diagnóstico de enfermería del dominio Eliminación y Exchange de la taxonomía NANDA-I en pacientes en el período postoperatorio en un hospital universitario en la ciudad de Natal-RN. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, cuya muestra estuvo constituída por 80 pacientes. La recolección de datos tuvo lugar en noviembre y diciembre de 2012, por la historia, examen físico y aplicación en la forma prescrita en base a las áreas de la taxonomía de la NANDA-I. Aprobado por el Comité de Ética e Investigación CAAE 07614812.6.0000.5537. **Resultados:** Se han identificado los diagnósticos: Motilidad gastrintestinal disfuncional (55,8%), Estreñimiento (20,9%) y (23,3%) tenían ambos diagnósticos. **Conclusión:** Por lo tanto, es importante que los enfermeros adoptan medidas relativas a la solución de dominio Eliminación y Exchange para los pacientes en el postoperatorio con el fin de proporcionar una asistencia adecuada. **Descriptor:** Diagnóstico de enfermería, Periodo postoperatorio, Motilidad gastrintestinal, Estreñimiento.

1Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta II da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: allyne@ufrnet.br 2Enfermeira. Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGENF-UFRN). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: laislaalves19@gmail.com 3Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal (RN), Brasil. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: jessicanaiara_rn@hotmail.com 4Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal (RN), Brasil. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: lanajeorgia@hotmail.com 5Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal (RN), Brasil. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: raiannya@hotmail.com 6Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal (RN), Brasil. E-mail: raissagomesdacosta@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O pós-operatório é considerado uma etapa decisiva na recuperação da saúde do paciente e, portanto, necessita de assistência eficaz por parte da equipe de saúde, com destaque para a enfermagem na perspectiva de estar presente por mais tempo na assistência durante este período. Assim, ao considerar a importância da organização do cuidado para a recuperação eficaz e segura, ressalta-se o papel da sistematização da assistência de enfermagem.¹

A eliminação intestinal é uma função de relevância, pois sua ausência pode ocasionar complicações gastrointestinais como a constipação, doença que envolve a diminuição da frequência de evacuação, o aumento da consistência do bolo fecal e dificuldade de eliminação das fezes. Dessa forma o paciente pode apresentar desconforto, distensão abdominal, obstrução e até perfuração do intestino.^{2,3} Em especial os pacientes em pós-operatório, devido ao uso de analgésicos opióides, ingestão oral diminuída e traumas do intestino durante a cirurgia que podem inibir o movimento intestinal. Assim, a enfermagem deve focar a realização de intervenções de acordo com os problemas encontrados, dessa forma, deve estimular a deambulação precoce, promover a ingestão oral progressiva e administrar possível emoliente prescrito.¹

Nesse sentido a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi colocada como uma possibilidade de oferecer uma identidade à enfermagem. A SAE pode ser entendida como uma forma planejada de realizar o cuidado assistencial ao paciente.⁴ O Processo de Enfermagem (PE) está inserido na SAE como um instrumento metodológico composto pelas seguintes etapas inter-relacionadas: coleta de dados; diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, prescrição de enfermagem e avaliação.^{4,5}

A operacionalização da SAE, desta forma propõe a assistir o ser humano mediante ações específicas de promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade e prevenção de agravos. Além disso, envolve um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas, que possibilitam aplicar o método científico na prática assistencial, relacionar o problema de saúde, manifestado da intervenção da enfermagem e os resultados que a assistência de enfermagem produziu na mudança do estado de saúde do paciente.⁶

Para tanto, são utilizadas taxonomias como os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I⁷, a Nursing Intervention Classification (NIC)⁸ e a Nursing Outcomes Classification (NOC).⁹ Tais classificações permitem demonstrar a variedade de intervenções compatíveis com a prática de enfermagem, e nortear a avaliação das intervenções implementadas. Essas classificações possibilitam, ainda, a padronização da linguagem e favorecem o desenvolvimento de sistemas computadorizados de informação, armazenamento de dados uniformizados e avaliar a eficiência das ações de enfermagem.⁶

A taxonomia (2013) NANDA-I é composta por 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos, com ênfase neste estudo para o domínio 3, Eliminação e troca, o definido

como a secreção e excreção de produtos residuais do corpo, composto por 4 classes e 17 diagnósticos.⁷

Devido à significativa presença de pacientes em situação de pós-operatório que apresentam manifestações clínicas presentes nesse domínio, conforme verificado em estudos anteriores^{13,15-7,18,20}, torna-se necessário descrevê-los e, desse modo, quiçá, contribuir para uma assistência de enfermagem mais direcionada e integral ao paciente em período de pós-operatório.

Portanto, foi objetivo deste estudo, caracterizar os diagnósticos de enfermagem do domínio Eliminação e Troca, da taxonomia NANDA-I em pacientes pós-operatórios internados em um Hospital Universitário de Natal-RN/ Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, realizado em um hospital escola, referência em cirurgias no estado do Rio Grande do Norte, localizado no município de Natal.

A população foi composta por pacientes pós-operatórios internados em unidades de clínica-cirúrgica e, por conseguinte, a amostra foi constituída por 80 pacientes, calculada na seguinte fórmula: $N = (Z_{\alpha/2} \cdot P \cdot Q) / E^2$, onde N= tamanho da amostra, $Z_{\alpha/2}$ = o nível de confiança, P= prevalência de pacientes atendidos nas unidades de clínica-cirúrgica, Q= complemento da prevalência (1- P), E= o erro amostral. O nível de confiança estabelecido foi 95%, ao passo que o erro amostral foi 5%. A amostragem seguiu-se de forma consecutiva, de maneira que os indivíduos da amostra foram selecionados, sequencialmente, ao ser considerada a presença desses pacientes nas respectivas unidades de internação no mesmo momento da coleta de dados.

Os critérios de inclusão empregados na seleção foram: estar internado nas unidades de clínica cirúrgica do referido hospital; estar em período pós-operatório; ter idade maior ou igual a 18 anos; apresentar condições físicas e emocionais de responder às perguntas e de ser submetido ao exame físico. Em contrapartida, os pacientes que apresentaram situações de emergência no decorrer da coleta de dados foram excluídos da amostra. Salienta-se a aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar capacidade cognitiva dos participantes, o qual varia em pontuações de acordo com o nível de escolaridade; dessa maneira os pacientes incluídos obtiveram as seguintes pontuações: > 15 (se analfabeto); > 22 (se de 1 a 11 anos de estudo) e > 27 (se tempo de estudo superior a 11 anos). No que concerne às condições emocionais, os pacientes que se sentiram e mencionaram estar emocionalmente capazes de realizá-lo no momento da coleta de dados, foram aqueles incluídos na pesquisa.

Os dados foram colhidos num intervalo de tempo de dois meses - novembro a dezembro do ano de 2012. Após serem fornecidas as devidas explicações sobre o estudo e

seguinte autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta de dados foi executada por meio de anamnese e exame físico, mediante a aplicação de um roteiro baseado nos domínios da Taxonomia NANDA-I (2013), com ênfase no Domínio Eliminação e Troca.

Em seguida, os dados coletados foram organizados em um banco de dados, para registro das informações sociodemográficas, diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e os fatores relacionados.

Para inferência dos diagnósticos de enfermagem e suas respectivas características definidoras e fatores relacionados, foi utilizado o processo de raciocínio diagnóstico de Gordon, o qual preconiza a coleta das informações; interpretação das informações, na qual foram observadas e identificadas as necessidades do paciente; agrupamento das informações e por fim, a denominação do agrupamento, isto é, a formulação do diagnóstico de enfermagem.¹¹ A análise estatística descritiva foi empregada, com obtenção de frequências, médias, desvio-padrão e intervalos de confiança, além de aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov para averiguar a normalidade da distribuição. Os dados foram apresentados em tabelas.

Ressalta-se que, antes do início da coleta de dados, esta investigação obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer número 121.028 em 26/10/2012 e CAAE 07614812.6.0000.5537, em conformidade com as determinações da Resolução nº 196/96 atualizada pela resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 80 pacientes entrevistados, 43 apresentaram diagnósticos do domínio Eliminação e Troca, destes 65,1% correspondiam ao sexo masculino. A maioria (81,4%) declarou viver com companheiro e 51,2% eram procedentes de Natal-RN. Com relação à religião, 74,4% considerava-se praticante. O tipo de cirurgia mais prevalente de acordo com o sítio cirúrgico foi a abdominal (65,1%), seguido de torácica (14%), cabeça/pescoço (11,6%) e vascular (9,3%).

A média da idade consistiu em 47,63 ($\pm 16,474$) anos e 6,03 ($\pm 4,869$) anos de estudo. A renda familiar expressa em salários mínimos obteve mediana de dois salários (1,0-3,0). Assim sendo, é formidável explicar que como a variável renda familiar apresenta uma distribuição assimétrica, empregou-se o valor da mediana. As outras variáveis apresentaram distribuição simétrica ($p > 0,05$).

Na tabela 1 abaixo, estão listadas as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes participantes do estudo.

TABELA 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes em situação de pós-operatório. Natal, 2014.

Variáveis	N	%	IC(95%)			
Sexo						
Masculino	28	65,1	65,1-65,1			
Feminino	15	34,9	34,9-34,9			
Estado civil						
Com companheiro	35	81,4	81,4-81,4			
Sem companheiro	8	18,6	18,6-18,6			
Procedência						
Natal	22	51,2	51,2-51,2			
Interior do RN	21	48,8	48,8-48,8			
Religião						
Praticante	32	74,4	74,4-74,4			
Não praticante	11	25,6	25,6-25,6			
Tipo de cirurgia						
Abdominal	28	65,1	65,1-65,1			
Torácica	6	14,0	14,0-14,0			
Cabeça/pescoço	5	11,6	11,6-11,6			
Vascular	4	9,3	9,3-9,3			
	Média	DP	Mediana	P25	P75	K - S (valor p)
Idade (anos)	47,6 3	16,474	48,50	34,25	63,50	0,144
Escolaridade (anos)	6,03	4,86 9	6	1	8	0,179
Renda familiar (salários)	2,28	1,70 8	2	1	3	0,000

DP- Desvio padrão; P25- Percentil 25; P75- Percentil 75; K - S - Teste de Kolmogorov-Smirnov.

A partir da coleta de dados, identificaram-se dois diagnósticos do Domínio Eliminação e Troca. O DE Motilidade gastrointestinal disfuncional foi o mais frequente (55,8%) nos pacientes; 23,3% apresentaram os dois diagnósticos, Motilidade gastrointestinal disfuncional e Constipação; e em 24% dos clientes esteve presente apenas o DE Constipação. Tais resultados podem ser observados na tabela 2.

TABELA 2 - Diagnósticos de enfermagem enquadrados no domínio Eliminação e Troca identificados nos pacientes em pós-operatório. Natal, 2014.

Diagnósticos de enfermagem	N	%	IC(95%)
Motilidade gastrointestinal disfuncional	24	55,8	40,0-71,0
Motilidade gastrointestinal disfuncional + Constipação	10	23,3	10,0-36,0
Constipação	09	20,9	0,8-34,0

IC- Intervalo de confiança.

As tabelas 3 e 4 seguintes expressam as características definidoras e os fatores relacionados que conduziram o desenvolvimento dos DE relatados acima na tabela 2.

TABELA 3 - Características definidoras identificadas nos pacientes em pós-operatório. Natal, 2014.

Características definidoras	N	%	IC(95%)
Ruídos intestinais hipoativos	24	55,8	40,0-71,0
Ruídos intestinais hiperativos	10	23,3	10,0-36,0
Esforço para evacuar	7	16,3	5,0-28,0
Fezes duras e formadas	6	14,0	3,0-25,0
Frequência diminuída	5	11,6	2,0-22,0
Diarreia	3	7,0	-1,0-15,0
Dor à evacuação	2	4,7	-2,0-11,0
Vômito	1	2,3	-2,0-7,0

IC- Intervalo de confiança.

TABELA 4 - Fatores relacionados identificados nos pacientes em pós-operatório. Natal, 2014.

Fatores relacionados	N	%	IC(95%)
Cirurgia	43	100	-
Estilo de vida sedentário	26	60,5	45,0-76,0
Ansiedade	10	23,3	10,0-36,0
Agentes anti-inflamatórios não esteróides (AINE)	7	16,3	5,0-28,0

IC- Intervalo de confiança.

Os dados sociodemográficos descritos neste estudo foram análogos aos identificados em outros estudos de pacientes em pós-operatório com características sociodemográficas semelhantes, mormente com relação à média de idade que consistiu em 47,46 anos. Em uma pesquisa exploratória que abordou a comparação entre diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório, a faixa etária predominante nos adultos foi entre 40 e 49 anos.¹²

Outro estudo prospectivo que avalia a constipação após histerectomia, a média de idade dos participantes foi de 46,6 anos, consoante com a encontrada nos sujeitos desta pesquisa.¹³

Além da associação com a renda, a escolaridade influencia a adesão ao tratamento, estudo que avaliou esses aspectos socioeconômicos, discute que indivíduos com maior conhecimento sobre a doença tem uma maior adesão ao tratamento. Ainda comenta que a baixa renda está relacionada com a baixa escolaridade, aliando-se ao conhecimento limitado sobre a doença, o que pode contribuir de forma significativa na adesão.¹⁴

Além do mais, a baixa escolaridade identificada nos participantes pode, de acordo com uma pesquisa semelhante, comprometer a recuperação pós-operatória em virtude da dificuldade de entendimento das orientações transmitidas pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, deve ser considerado e avaliado durante o planejamento das intervenções de enfermagem, o grau de escolaridade dos sujeitos.¹²

Os DE identificados neste estudo estão em consonância com os encontrados em pacientes no período pós-operatório de estudos semelhantes. Vale salientar que apesar de 10 pacientes apresentarem os dois DE, Motilidade gastrointestinal disfuncional e Constipação, os mesmos serão discutidos separadamente. Será levado em consideração o número total de pacientes que apresentaram cada um dos diagnósticos.

Segundo observou-se, o DE Motilidade gastrointestinal disfuncional foi o mais prevalente, presente em 34 sujeitos da amostra pesquisada e, conforme é apontado por outros estudos, esse diagnóstico é complexo e multifatorial. Esta constatação deve-se ao fato da regulação da motilidade ocorrer mediante uma complexa interação entre estímulo e feedback e envolver, portanto, um grande número de hormônios e peptídeos neuroendócrinos. Desta forma, é constatado por outros estudos que cirurgias abdominais, desequilíbrio eletrolítico, comorbidades preexistentes e idade dos pacientes podem contribuir para o aparecimento de disfunção intestinal e assim, figurarem-se como variáveis que poderiam interferir na inferência deste diagnóstico de enfermagem.¹⁵

No estudo ora elaborado, as cirurgias abdominais foram identificadas em 65,1% dos pacientes. Uma pesquisa clínica que utilizou um projeto experimental para comparar diferentes métodos para estimular o retorno da função gastrointestinal após cirurgia abdominal, constatou que pacientes submetidos a este tipo de cirurgia apresentam reduzido peristaltismo gastrointestinal devido à manipulação cirúrgica do intestino, além da administração de opióides após a cirurgia.¹⁶

Nesse sentido, recuperar as funções intestinais após a cirurgia é considerada problemática, o porquanto, o estômago e o jejuno normalmente readquire a mobilidade fisiológica 12 a 24 horas após a cirurgia, enquanto que relativo ao cólon, isto pode demorar entre 48 e 72 horas. Ademais, conforme achados de uma revisão sistemática, o medo da dor e da sujeira na cama percebido em alguns pacientes no pós-operatório pode contribuir decisivamente para a alteração na atividade intestinal.¹⁷

Concernente ao DE Constipação manifestado em 19 participantes, pesquisas indicam elevada prevalência em ambiente hospitalar e relacionam esta com dificuldade, sobretudo com alterações da qualidade de vida dos pacientes. É uma condição comum em pós-operatório decorrente do atraso na recuperação dos padrões de motilidade e contratilidade intestinal e resulta no acúmulo intestinal de flatos e fezes que por sua vez, não são direcionadas ao reto. Por estas razões, pode interferir na eliminação de metabólitos importantes, além de reter microorganismos patogênicos e assim aumentar o risco de complicações no pós-operatório e prolongar ainda mais a internação hospitalar.¹⁸⁻⁹

Tal condição pode ser compreendida como menos de três evacuações por semana ou evacuações incompletas, durante o qual exista dificuldade ou esforço em no mínimo um quarto do tempo. Em estudo que avalia a constipação após o procedimento cirúrgico, esse diagnóstico foi descrito como um problema frequente. Os achados sugerem que existem alterações intestinais após o procedimento cirúrgico e são relacionadas principalmente a lentificação ou alterações no reto.¹³

Nota-se uma elevada presença de constipação intestinal no pós-operatório, de ainda causa obscura. Nestes casos, considera-se a influência das lesões de nervos durante o procedimento cirúrgico e com consequências expressivas na qualidade de vida e no bem-estar dos pacientes.²⁰

Pesquisa que avaliou os primeiros dias após a cirurgia relacionou esta indisposição a necessidade de utilização de analgésicos, incorporação de modificações na dieta, a imobilização e a pouca familiarização com o ambiente hospitalar e com os procedimentos assistenciais.¹⁸

Dentre as características definidoras identificadas no estudo, Ruídos intestinais hipoativos, foi a mais constatada, presente em 55,8% dos participantes. Sabe-se que os ruídos intestinais são sons referentes aos movimentos peristálticos responsáveis pela movimentação do bolo alimentar através do trato gastrointestinal. Desta maneira, a hipoatividade desses ruídos é considerada uma evidência clínica decisiva para a comprovação de íleo paralítico e constipação em pacientes acamados.²¹

Característica definidora como Ruídos intestinais hiperativos esteve presente em 23,3% da amostra do estudo, é definido pela frequência superior a 35 por minuto.²² Uma revisão crítica da ausculta dos sons intestinais, revela que o aumento extremo dos sons do intestino podem ser causados potencialmente por obstrução intestinal, gastroenterite, diarreia inflamatória, uso de laxantes e hemorragia gastrintestinal. Chama-se atenção para a obstrução intestinal, que pode ser a causa de sons intestinais hipoativos ou hiperativos, uma vez que depende do comprometimento da motilidade intestinal, se irá impedir os sons de serem produzidos ou aumentar o peristaltismo como uma tentativa de superar a obstrução.²³ A característica definidora Fezes duras e formadas estiveram presentes em 14% dos sujeitos da pesquisa. É uma manifestação do DE Constipação que surge sob influencia de fatores fisiológicos, farmacológico, funcionais, mecânicos e psicológicos.⁷

Conforme esperado, a Cirurgia apresentou-se como fator relacionado (FR) em todos os participantes do estudo, e sobre isso, estudo comenta que além da ingestão insuficiente de água e de fibras, o menor número de refeições, doenças crônicas e uso de medicamentos, os traumas decorrentes de procedimentos cirúrgicos podem levar ao aparecimento do DE Constipação.¹² O FR Estilo de vida sedentário, também apresentou uma frequência expressiva (60,5%). É importante investigar o estilo de vida e o perfil de atividade física dos pacientes, já que o sedentarismo é um fator significativo para a presença da constipação intestinal, estudo demonstra que pacientes com pouca atividade ou inatividade física, apresenta uma maior chance de desenvolver problemas relacionados ao trato gastrintestinal, e tem uma relação importante com a constipação, já que a contratilidade do cólon é maior quando a pessoa está em movimento.²⁴

Os achados de diversos estudos^{15,17,25-6} corroboram com os resultados do presente estudo segundo a variável fator relacionado. Apontam a influência de fatores intrínsecos à hospitalização e aos procedimentos cirúrgicos no surgimento de irregularidades gastrointestinais, exemplificados pelo jejum oral no preparo para procedimentos, a presença de restrição na ingestão hídrica, a imobilização no leito, o estresse, intervenções farmacológicas à base de medicamentos constipantes, moduladores da resposta inflamatória, as respostas adversas ao uso de opiáceos (vômitos e náuseas) e à desidratação.

16,3% dos participantes do atual estudo utilizavam Agentes anti-inflamatórios não esteroides.

O FR Ansiedade foi percebido em 23,3% dos pacientes. Em suma, o pós-operatório promove distúrbios psicológicos e físicos, como medo e ansiedade sobre complicações, e causa assim alterações na motilidade intestinal e náuseas. Com o intuito de reduzir o medo e a ansiedade, os pacientes precisam de informações sobre o preparo, o procedimento em si e a recuperação pós-operatória. De acordo com uma revisão sistemática, o paciente considera fundamental evitar náuseas e vômitos para uma recuperação cirúrgica satisfatória. Dessa forma, a assistência de enfermagem deve ser efetiva no sentido de manter o paciente bem informado e participante das decisões referentes à sua saúde. Os enfermeiros podem ser decisivos na medida em que usam da disponibilidade, compreensão e educação em saúde como objetivo de tornar a recuperação pós-operatória menos assustadora.¹⁷

CONCLUSÃO

O período pós-operatório, portanto, constitui um período que traz consigo instabilidade física e psíquica para o paciente, por isso, a assistência de enfermagem é fundamental para sua recuperação e reabilitação, principalmente, quando sistematizada, propiciando um cuidado integralizado e individual.

Os achados deste estudo demonstram que os pacientes em situação de pós-operatório encontram-se em sua grande maioria propensos a apresentarem problemas identificados no Domínio Eliminação e Troca, o que altera de forma significativa a recuperação e a qualidade de vida do paciente.

Destaca-se o importante papel da enfermagem, ao demonstrar atenção, informações sobre o preparo, o procedimento e o pós-operatório, além de manter sempre o paciente informado de forma a proporcionar sua participação nas decisões referentes à sua saúde.

Destarte, com a identificação dos diagnósticos, planos de cuidados de enfermagem poderão ser traçados na tentativa de solucionar tais DE, o que trará benefícios aos pacientes, assistindo-os com qualidade e de forma holística, uma vez que é um momento fundamental de adaptações e modificações importantes no estilo de vida.

Porém, não se pode deixar de mencionar as limitações deste estudo, no qual ocorreu a dificuldade de encontrar artigos em bases de dados nacionais que relacionem e mostrem a significância da presença desses DE nos pacientes em pós-operatório. Dessa maneira, sugere-se a realização de estudos que avaliem o potencial de desenvolvimento dos DE do domínio Eliminação e Troca, e ainda a análise da incidência e prevalência desses DE nos pacientes não só após a realização de procedimentos cirúrgicos, mas também nos internados em geral.

Em virtude da expressiva presença desses DE em pacientes em situação de pós-operatório, conforme observado, aconselha-se também um maior aprofundamento quanto à identificação de intervenções de enfermagem resolutivas, fundamentadas nas taxonomias

requeridas durante o Processo de Enfermagem, que melhorem o estado de saúde e a qualidade de vida do paciente, além de diminuir o tempo de internação hospitalar, de maneira a proporcionar uma assistência adequada.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
2. Pich PC, Vieira DG, Cortese RDM, Goes VF. Avaliação do Trânsito Intestinal em Relação ao Estilo de Vida em Idosos de um Clube de Terceira Idade. UNOPAR Cient, Ciênc biol saúde [Internet]. 2013 [citado em 20 nov 2013]; 15(3): 207-13. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevista.unopar.br%2Fbiologicaesaude%2FrevistaBiologicas%2FgetArtigo%3Fcodigo%3D00001126&ei=7B7HUqzONMbMkQevolDgCA&usg=AFQjCNH_Ox6WfBgBRpxgXAUstihoxYJi7A
3. Guerra TLS, Mendonça SS, Marshall NG. Incidência de constipação intestinal em uma unidade de terapia intensiva. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2013 [citado em 20 nov 2013]; 25(2): 87-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a05.pdf>
4. Carvalho ACTR, Oliveira KT, Almeida RS, Souza FS, Menezes HF. Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Rev pesqui cuid fundam (Online) [Internet]. 2013 [citado em 20 dez 2013]; 5(2):3723-29. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2080/pdf_765
5. Salomão, GSM, Azevedo RCS. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. Acta paul enferm [Internet]. 2009 [citado em 16 out 2013]; 22(5): 691-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/15.pdf>
6. Pereira JC, Stuchi RAG, Arreguy-Sena C. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. Cogitare enferm [Internet]. 2010 [citado em 16 out 2013]; 5(1): 74-81. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v15n1/v15n1a11.pdf>
7. NANDA-Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
9. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
10. Brasil. Resolução n. 466/12. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
11. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 1ª ed. Louis: Mosby; 1994.
12. Bitencourt GR, Santana RF, Cavalcanti ACD, Cassiano KM. Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 [citado em 12 out 2013]; 13(4): 604-11. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a03.htm>
13. Cesar MAP, Antunes LB, Aguiar RM. Existe a Constipação após Histerectomia? Avaliação Clínica e Monométrica. Rev bras Coloproct [Internet]. 2010 [citado em 06 out 2013]; 30(2): 191-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n2/v30n2a10.pdf>
14. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SEM, Dias CMGC, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao

- tratamento na agenda da Saúde da Família. *Physis: revista de saúde coletiva* [Internet]. 2011 [citado em 22 dez 2013]; 21(1): 87-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a05.pdf>
15. Röhm KD, Boldt J, Piper SN. Motility disorders in the ICU: recent therapeutic options and clinical practice. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* [Internet]. 2009 [citado em 16 ago 2013]; 12(2): 161-7. Disponível em: <http://journals.lww.com/clinicalnutrition/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=03000&article=00011&type=abstract>
16. Crainic C, Erickson K, Gardner J, Haberman S, Patten P, Thomas P, et al. Comparison of Methods To Facilitate Postoperative Bowel Function. *Medsurg Nurs* [Internet]. 2009 [citado em 12 out 2013]; 18(4): 235-8. Disponível em: <http://web-ebshost-com.ez18.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=d024cc33-f3ab-474a-bb47-119f3abe9790%40sessionmgr114&hid=4107>
17. Wallström Å, Frisman GH. Facilitating early recovery of bowel motility after colorectal surgery: a systematic review. *J clin nurs* [Internet]. 2013 [citado em 17 ago 2013]; 23: 24-44. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez18.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jocn.12258/pdf>
18. Rasmussen LS, Pedersen PU. Constipation and defecation pattern the first 30 days after thoracic surgery. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2010 [citado em 15 ago 2013]; 24: 244-50. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez18.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00713.x/pdf>
19. Zhou SY, Liu T, Qin HZ, Li Y. Characteristics of commonly used scales for diagnosis and treatment outcome evaluation in constipation. *Shi jie hua ren xiao hua za zhi* [Internet]. 2013 [citado em 17 nov 2013]; 21(25): 2611-6. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/2611.asp>
20. Maggiori L, Bretagnol F, Ferron M, Panis Y. Laparoscopic ventral rectopexy: a prospective long-term evaluation of functional results and quality of life. *Tech Coloproctol* [Internet]. 2013 [citado em 06 out 2013]; 17:431-6. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/855/art%253A10.1007%252Fs10151-013-0973-3.pdf?auth66=1388957718_195b0b8ba0b286ed28189f1a9c307c14&ext=.pdf
21. Osamu S, Yutaka S, Kenichi M, Takaaki S. Temporal changes in occurrence frequency of bowel sounds both in fasting state and after eating. *J Artif Organs* [Internet]. 2013 [citado em 17 nov 2013]; 16:83-90. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/305/art%253A10.1007%252Fs10047-012-0666-0.pdf?auth66=1388958252_98ab27e08f17213a4cfa17623c124b1c&ext=.pdf
22. Porto CC. *Semiologia Médica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
23. Braid H. A critical review of auscultating bowel sounds. *Br J Nurs* [Internet]. 2009 [citado em 26 dez 2013]; 18(18): 1125-9. Disponível em: <http://web-ebshost-com.ez18.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=d8eb5e5c-eb7-436e-a480-6c69cb6a55bb%40sessionmgr110&hid=4209>
24. Anzuategui LSY, Hoffmann K, Martins C, Maciel MARM, Anzuategui RR, Riella MC. Prevalência de Obstipação Intestinal em Pacientes em Diálise Crônica. *J bras nefrol* [Internet]. 2008 [citado em 12 out 2013]; 30(2):137-43. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=73
25. Silva MSJ, Teixeira JB, Nóbrega MFB, Carvalho SMA. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2009 [citado em 15 ago 2013]; 11(2): 309-17. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a11.htm>
26. Ramos IC, Oliveira MAL, Braga VAB. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. *Cienc cuid Saúde* [Internet]. 2011 [citado em 15 ago 2013]; 10(1): 116-26. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8610/pdf>

Recebido em: 06/03/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 29/10/2014
Publicado em: 01/04/2015

Endereço de contato dos autores:
Jéssica Naiara de Medeiros Araújo
Rua Dom Joaquim de Almeida, 2076 aptº 202/ Lagoa Nova
CEP: 59056140 - Natal - RN
E-mail: iessicanaiara_rn@hotmail.com.