



ARTIGO ORIGINAL

**INDICADORES CLÍNICOS NUTRICIONAIS DA NANDA INTERNACIONAL EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO**

***NUTRITIONAL CLINICAL INDICATORS OF NANDA INTERNATIONAL IN POST OPERATORY PATIENTS***

***INDICADORES CLÍNICOS NUTRICIONALES DE LA NANDA INTERNACIONAL EN LOS PACIENTES EN EL POSTOPERATÓRIO***

Jéssica Naiara Medeiros Araújo<sup>1</sup>  
Laisla Alves Moura<sup>2</sup>  
Mércio Gabriel Araújo<sup>3</sup>  
Danielly Oliveira Pitombeira<sup>4</sup>  
Ana Paula Nunes de Lima Fernandes<sup>5</sup>  
Allyne Fortes Vitor<sup>6</sup>

Doi: 10.5902/2179769221472

**RESUMO: Objetivo:** descrever os indicadores clínicos nutricionais de pacientes em pós-operatório baseados no domínio Nutrição da NANDA Internacional. **Método:** estudo transversal descritivo, realizado num hospital universitário, nos meses de outubro a dezembro de 2012, a partir de roteiro estruturado para investigar dados sociodemográficos e indicadores clínicos. A amostra foi constituída por 80 indivíduos. Realizou-se análise estatística descritiva e os dados foram dispostos em tabelas. **Resultados:** identificaram-se oito diagnósticos com predominância de: nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002) (58,8%); volume de líquidos excessivo (00026) (43,8%); e risco de função hepática prejudicada (00178) (42,5%). **Conclusão:** o estado nutricional individual é um parâmetro importante no processo cirúrgico, seja para a realização do procedimento ou após o mesmo. Assim, os cuidados e as ações de enfermagem devem priorizar e atender as necessidades dos diagnósticos identificados no intuito de evitar complicações pós-operatórias.

**DESCRITORES:** Fenômenos fisiológicos da nutrição; Diagnóstico de enfermagem; Período pós-operatório; Enfermagem.

**ABSTRACT: AIM:** to describe the nutritional clinical indicators of post operatory patients based on the nutrition field of NANDA International. **Method:** cross-sectional descriptive study conducted in a university hospital from October to December 2012. A structured script was used to investigate sociodemographic and clinical indicators. The sample

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: jessicanaiaara\_rn@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: laislaalves19@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: mercio\_gabriel@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: danipitombeira@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: anapaulanlf@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: allynefortes@gmail.com

consisted of 80 individuals. A descriptive statistical analysis and data were arranged in tables. **Results:** Eight diagnoses were identified with a predominance of: unbalanced nutrition: lower than body requirements (00002) (58.8%); Excessive volume of liquid (00026) (43.8%) and risk of impaired hepatic function (00178) (42.5%). **Conclusion:** the individual nutritional status is an important parameter in the surgical process, either for the procedure or after it. Thus, care and nursing actions must prioritize and meet the needs of diagnoses identified in order to avoid postoperative complications.

**Descriptors:** Physiological phenomena of nutrition; Nursing diagnosis; Postoperative period; Nursing.

**RESUMEN:** **Objetivo:** describir indicadores clínicos nutricionales del paciente en postoperatorio basados en la nutrición en el ámbito de la NANDA Internacional. **Método:** estudio descriptivo transversal realizado en un hospital universitario entre los meses de octubre y diciembre de 2012, por medio de guion estructurado para investigar los indicadores sociodemográficos y clínicos. La muestra fue construida con 80 individuos. Se realizó análisis estadística descriptiva y los datos se organizaron en tablas. **Resultados:** se identificó ocho diagnósticos con predominio de: nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales (00002) (58,8%); volumen excesivo de líquido (00026) (43,8%) y el riesgo de deterioro de la función hepática (00178) (42,5%). **Conclusión:** el estado nutricional individual es un parámetro importante en el proceso quirúrgico, sea para el procedimiento o para el postoperatorio. Por lo tanto, la atención y las acciones de enfermería deben priorizar y asistir las necesidades de los diagnósticos identificados con el fin de evitar complicaciones postoperatorias.

**Descriptor:** fenómenos fisiológicos de nutrición; Diagnóstico de enfermería; Postoperatorio; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O período pós-operatório (PO) é definido pelo tempo que se estende desde a saída do paciente da sala de cirurgia até a sua alta. Trata-se de um período crítico no qual o paciente necessita de um cuidado integral de modo a reduzir, principalmente, a dor provocada pela cirurgia, reestabelecer o equilíbrio fisiológico para a promoção da recuperação cirúrgica e prevenir outras complicações.<sup>1</sup>

Diversos fatores contribuem para o aparecimento de complicações no PO, os quais estão diretamente relacionados com o estado nutricional, metabólico e hídrico no momento da admissão. Define-se por estado nutricional o grau no qual as necessidades fisiológicas são atendidas de uma maneira suficiente para suprir as demandas metabólicas do organismo. São considerados fatores agravantes dessas condições: o tempo de jejum no período pré e pós-operatório; a presença de sintomas gastrointestinais (que prejudicam a ingestão e absorção dos alimentos) e o uso de suplementação de nutrientes por meio da nutrição parenteral ou via sonda nasointestinal.<sup>2-3</sup>

O risco nutricional está intrinsecamente relacionado ao histórico do paciente, sobretudo sua história pregressa e seu estado geral, relacionados à doença atual. Portanto, é de significativa relevância a identificação dos pacientes em risco, com vistas a direcioná-los ao tratamento mais adequado.<sup>4</sup>

Neste sentido, o Inquérito Brasileiro de Nutrição (IBRANUTRI) traçou o perfil nutricional de pacientes hospitalizados.<sup>5</sup> Como resultado, foi enfatizado que pacientes nutridos adequadamente têm permanência hospitalar média de seis dias, enquanto pacientes moderadamente desnutridos apresentam média de nove dias e, ainda, aqueles desnutridos graves ficam cerca de 13 dias internados. Entende-se que, ao diminuir o tempo

de internação do paciente, diminui-se o risco de infecção, complicações e custos adicionais.<sup>5</sup>

Com o intuito de manter ou recuperar o estado nutricional, hídrico e metabólico do paciente em pós-operatório, a terapia nutricional pode ser utilizada por diferentes meios como a nutrição parenteral, cateteres intravenosos ou nutrição por sondas enterais, gastrostomias ou jejunostomias.<sup>5</sup>

Diante da complexidade em manter o estado nutricional adequado para cada paciente, o Ministério da Saúde lançou em 1998 a portaria 272 que determina a necessidade de uma equipe mínima para aplicar e monitorar o paciente em terapia nutricional, hídrica e metabólica, que deve ser composta por um profissional médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista.<sup>6</sup>

Por considerar a desnutrição ou subnutrição comum em pacientes em pós-operatório, é de suma importância o seu acompanhamento por uma equipe multiprofissional para minimizar os riscos de uma recuperação cirúrgica retardada. Logo, é possível e necessário identificar o risco de subnutrição entre os pacientes no momento da admissão a partir do uso de um instrumento com valor científico reconhecido.<sup>7</sup>

Pelo contato mais prolongado estabelecido com o paciente durante a internação, a equipe de enfermagem desenvolve papel fundamental no cuidado preventivo, a fim de evitar complicações pós-cirúrgicas relacionadas às dificuldades de nutrição. Ademais, esta categoria dispõe de uma ferramenta científica consolidada. O processo de enfermagem (PE) constitui um método que direciona a prática profissional de uma maneira sistemática e integral, de acordo com a individualidade de cada paciente. Está organizado em cinco etapas inter-relacionadas, que incluem a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.<sup>1,8,9</sup>

Como forma de proporcionar a padronização e continuidade das ações de enfermagem, os profissionais contam ainda com a DE. A NANDA Internacional (2015) é composta por 13 domínios, 47 classes e 235 diagnósticos. Nesse estudo será enfatizado o Domínio 2, referente à Nutrição, composto por diagnósticos e indicadores clínicos. Ressalta-se que os indicadores clínicos são as características definidoras e fatores relacionados referentes às necessidades nutricionais adultas e pediátricas.<sup>10</sup>

Destarte, o desenvolvimento de estudos voltados para a taxonomia NANDA Internacional, em especial para os domínios, justifica-se pela necessidade de clarificar e aprimorar tal taxonomia de forma a possibilitar seu uso na assistência desenvolvida pelo profissional enfermeiro.<sup>10</sup> Nesse sentido emerge a seguinte questão de pesquisa: quais são os indicadores clínicos nutricionais de pacientes em pós-operatório baseados no domínio Nutrição da NANDA Internacional?

Neste estudo, destaca-se a prevenção de agravos relacionados a problemas nutricionais evidenciados no domínio Nutrição da NANDA Internacional (2014).<sup>10</sup> Diante do exposto, foi objetivo deste estudo caracterizar os indicadores clínicos do Domínio Nutrição, da taxonomia NANDA Internacional (2014), em pacientes de pós-operatório internados em um hospital público localizado no nordeste brasileiro.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado em um hospital universitário público localizado no nordeste brasileiro. O referido local possui três unidades de clínica cirúrgica, com 31 leitos cada, totalizando 93 leitos. Esse estabelecimento de saúde foi selecionado por ser considerado referência estadual na realização de cirurgias.

A população foi composta por pacientes em pós-operatório internados nas unidades de clínica-cirúrgica do referido hospital. A amostra foi estabelecida com base na aplicação

de uma fórmula desenvolvida para estudos com populações infinitas e que leva em consideração o nível de confiança, a prevalência de procedimentos cirúrgicos e o erro amostral. A fórmula utilizada para o cálculo da amostra foi:  $N = (Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q) / E^2$ , na qual N= tamanho da amostra;  $Z_{\alpha}$ = 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 adotado foi de 95%; prevalência de 50%, valor que maximiza o tamanho da amostra; e o erro amostral de 7,8%. Desta maneira, a amostra foi constituída de 80 indivíduos.

Para inclusão na amostra, os pacientes deveriam apresentar idade igual ou superior a 18 anos e estar em condições emocionais e físicas para responder aos questionamentos. Quanto às condições emocionais, os pacientes incluídos na pesquisa foram aqueles que se sentiram e referiram estar emocionalmente aptos no momento da coleta de dados. A capacidade cognitiva que corresponde às condições físicas foi avaliada pelo *Mini Mental State Examination* (MMSE), o qual considerou como parâmetro de inclusão 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).<sup>11</sup> Foram excluídos da amostra aqueles pacientes que durante a coleta de dados apresentaram situações de emergência com risco de morte.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2012, mediante um roteiro de coleta de dados e exame físico baseado na Taxonomia II da NANDA Internacional (2012), com destaque para o domínio Nutrição, alvo desse estudo. O referido roteiro continha tópicos sobre os dados de identificação e de admissão, além de informações complementares, como os exames e procedimentos realizados, o tratamento farmacológico e exame físico. Além disso, permitia o registro de informações relacionadas aos aspectos nutricionais do paciente, de maneira a possibilitar a observação dos indicadores clínicos dos diagnósticos do Domínio 2 da NANDA Internacional.

A pesquisa foi iniciada após anuência da instituição e aprovação no comitê de ética e pesquisa, sob parecer número 121.028 e registrado mediante o CAAE 07614812.6.0000.5537. Foram respeitadas as condições de pesquisa impostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a inferência diagnóstica se utilizou o processo de raciocínio diagnóstico de Gordon. Assim, os dados coletados de maior importância para identificação das necessidades dos pacientes foram interpretados e agrupados de acordo com a semelhança das informações ou existência de alguma relação entre si. Após isto, realizou-se a seleção do diagnóstico, comparando-se os indicadores clínicos contidos no Domínio 2 da NANDA Internacional, referente à Nutrição com os dados obtidos na avaliação do paciente. Após esta última etapa, ocorreu a inferência diagnóstica por parte de cada pesquisador de maneira individual e, em seguida, houve uma reunião entre os pesquisadores para analisar a concordância e consenso no julgamento do diagnóstico para indicar permanência ou exclusão deste na pesquisa.<sup>12</sup>

Os pacientes que concordassem em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram descritos pontos essenciais, assim como o fato de que o participante poderia abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus ou impedimento. A análise descritiva foi realizada por um pacote estatístico específico R versão 3.0.0, de acesso livre, e os dados foram dispostos em tabelas para uma melhor visualização. A análise descritiva foi composta por frequências relativa e absoluta e medidas de tendência central e de dispersão.

## RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas, a amostra apresentou maior prevalência do sexo masculino (60%) com média de idade 47,46 ( $\pm 16,15$ ). A maioria (70%) declarou renda de dois salários mínimos, com uma média de anos de estudos de 6,75 ( $\pm 4,87$ ). O tipo de cirurgia mais frequente (70%) foi a abdominal.

A partir da coleta de dados, identificaram-se oito diagnósticos do domínio Nutrição, dos quais os mais frequentes foram: Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002) (58,8%), Volume de líquidos excessivo (00026) (43,8%) e Risco de função hepática prejudicada (00178) (42,5%), conforme podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Diagnósticos de enfermagem do domínio Nutrição identificados nos pacientes em pós-operatório. Natal, RN, Brasil, 2012. (n=80)

Diagnóstico de Enfermagem	N	%	IC(95%)*
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	47	58,8	0,49 - 0,71
Volume de líquidos excessivo	35	43,8	0,34 - 0,56
Risco de função hepática prejudicada	34	42,5	0,31 - 0,54
Deglutição prejudicada	21	26,3	0,17 - 0,37
Risco de desequilíbrio eletrolítico	14	17,5	0,09 - 0,27
Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	10	12,5	0,05 - 0,20
Volume de líquidos deficiente	11	13,8	0,06 - 0,22
Risco de volume de líquidos deficiente	05	6,3	0,01 - 0,12

Dados coletados em 2012. \*IC= Intervalo de Confiança.

Quanto aos fatores de risco e relacionados, a Incapacidade de ingerir alimentos apresentou maior predominância (56,3%), e em sequência o Abuso de substância (27,5%) e Volume de líquidos excessivo (25%). As características definidoras mais expressivas foram o Estilo de vida sedentário (56,3%), Hemoglobina diminuída (31,3%) e o Edema (25%), observados na tabela 2.

Tabela 2 - Fatores de risco/relacionados e características definidoras do Domínio Nutrição identificados nos pacientes em pós-operatório. Natal, RN, Brasil, 2012. (n=80)

Fatores de Risco/Relacionados	N	%	IC(95%)*
Incapacidade de ingerir alimentos	45	56,3	0,45 - 0,65
Abuso de substância	22	27,5	0,11 - 0,30
Volume de líquido excessivo	20	25,0	0,16 - 0,36
Medicamentos hepatotóxicos	16	20,0	0,11 - 0,30
Ingestão excessiva em relação à atividade física	10	12,5	0,17 - 0,37
<b>Características Definidoras</b>			
Estilo de vida sedentário	45	56,3	0,45 - 0,67
Hemoglobina diminuída	25	31,3	0,21 - 0,42
Edema	20	25,0	0,15 - 0,35
Ruídos intestinais hiperativos	13	16,3	0,08 - 0,25
Pele seca	04	5,0	0,00 - 0,10

Dados coletados em 2012. \*IC= Intervalo de Confiança.

## DISCUSSÃO

O desequilíbrio nutricional referente à ingestão, hidratação ou metabolismo reflete negativamente na recuperação do paciente, notadamente em relação ao alcance dos resultados esperados para o período pós-operatório. Condições de desvio neste âmbito constituem fatores de risco para infecções, maior tempo de internação e morbimortalidade, principalmente quando relacionadas aos extremos de idade.<sup>13-14</sup>

Subestimar atitudes direcionadas a diagnosticar ou tratar essa condição no período pré-operatório, pode oferecer um maior risco de complicações pós-operatórias, mortalidade e aumento dos custos do tratamento. Neste sentido, avaliações precoces da nutrição, do equilíbrio dos líquidos corporais e do estado do metabolismo são exequíveis, bem toleradas e pouco dispendiosas.<sup>15</sup>

Nesta seção, serão discutidos os indicadores clínicos nutricionais referentes aos diagnósticos de enfermagem, fatores de risco/relacionados e características definidoras com resultados mais significativos nesta pesquisa.

Conforme observado, o diagnóstico mais prevalente foi “Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais”, definido como a ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas.<sup>10</sup> Por meio de prontuários de pacientes no pós-operatório de transplante hepático, assistidos na sala de recuperação pós-anestésica do hospital universitário de Fortaleza, Ceará, foi possível identificar a presença deste diagnóstico na totalidade dos pacientes.<sup>16</sup> Já em uma unidade de internação clínico-cirúrgica de um hospital-escola de Maringá, Paraná, foi identificado este diagnóstico em 14,2% dos pacientes.<sup>17</sup>

Apesar desses achados, estudo evidenciou a presença do diagnóstico “Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais” em apenas 2% da amostra de pacientes em pós-operatório de prostatectomia.<sup>18</sup> Este DE exige uma atenção especial, pois conforme observado, a ingestão inadequada de nutrientes setorna fator importante para a recuperação no período pós-operatório.<sup>14-15</sup> Uma justificativa para esta discrepância pode residir na alta frequência de cirurgias abdominais, presente nesta pesquisa como a colecistectomia, apendicectomia e jejunostomia.

No que concerne ao DE “Volume de líquidos excessivo”, definido como retenção aumentada de líquidos isotônicos, apresenta-se comum no pós-operatório devido ao volume infundido no paciente durante a cirurgia como método preventivo de hipovolemia. No entanto, pode provocar a disfunção de múltiplos órgãos.<sup>10,16</sup>

Uma revisão integrativa<sup>15</sup> relata que intervenções precoces, a exemplo da mobilização e alimentação por via oral, apresentam bons resultados para a evolução do pós-operatório. Não obstante, é fundamental a otimização do gerenciamento de fluídos perioperatórios, incluindo-se uma combinação de administração de cristalóides em proporção fixa para substituir a perda extravascular e evitar o excesso de líquido, juntamente com administração individualizada de colóides, quando necessário.<sup>15</sup>

Outro DE com frequência expressiva no estudo ora elaborado, refere-se ao “Risco de função hepática prejudicada”, definido como vulnerabilidade à diminuição na função hepática, que pode comprometer a saúde.<sup>10</sup> Concernente a este resultado, estudo buscou identificar os principais DE em uma clínica cirúrgica, nos quais o referido diagnóstico esteve presente em 14,2% da amostra pesquisada.<sup>17</sup>

Quanto a este indicador clínico, sabe-se que o fígado participa da maior parte do processo de metabolização das drogas e pode sofrer as reações adversas iniciais provocadas pela terapia medicamentosa.<sup>14</sup> Mesmo com a baixa incidência, as afecções hepáticas devem ser prevenidas ou precocemente diagnosticadas, devido aos riscos que

oferecem aos pacientes, que podem variar, desde náuseas e vômitos até a hepatocefalopatia, coagulopatia e falência hepática fulminante.<sup>19</sup>

Dos fatores relacionados ou de risco mais frequentes, destaca-se a “Incapacidade de ingerir alimento”. A ingestão prejudicada dos alimentos é causada por diversos fatores, como doença, inapetência, alterações no paladar, mudanças de hábitos alimentares, insatisfação com a dieta oferecida e o próprio ambiente hospitalar.<sup>20-21</sup> Este fator relacionado, associa-se com o pós-operatório de cirurgias abdominais, prostatectomia e cardíacas.

Além deste, o fator “Abuso de substâncias” também apresentou relevância, as evidenciadas nessa pesquisa foram uso de bebidas alcoólicas e tabagismo. Sabe-se que o abuso de substâncias lícitas aumenta a sobrecarga hepática, além de constituir um grave problema de saúde pública, principalmente devido aos danos sociais e comportamentais relacionados ao usuário.<sup>22</sup>

Com destaque, o “Volume de líquidos excessivo” também foi identificado como um fator relacionado/risco com frequência significativa. Este é definido como retenção aumentada de líquidos isotônicos.<sup>10</sup> Conforme já discutido na categoria diagnóstica, o volume de líquidos deve ser infundido com cautela nos pacientes, com a finalidade de evitar complicações, principalmente no pós-operatório, público-alvo do presente estudo.

Em relação às características definidoras mais prevalentes, o “Estilo de vida sedentário” apresentou ênfase neste estudo. Ressalta-se que é entendido como um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.<sup>10</sup> É inegavelmente associado à atividade física insuficiente ou por atividades com pouco exercício físico, pois sabe-se que os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo são bem conhecidos e incluem um menor risco de doenças cardiovasculares, obesidade, resistência à insulina e câncer de mama.<sup>23</sup>

Quanto à característica “Hemoglobina diminuída”, um estudo de coorte prospectivo realizado na região sul do Brasil demonstrou elevação da ocorrência de anemia no período pós-operatório. Entretanto, o quadro não foi associado com a desnutrição, mas com a hipoalbuminemia e presença de sangue oculto nas fezes.<sup>24</sup> Como forma de prevenir infecção do sítio cirúrgico, sugere-se a redução de leucócitos na transfusão perioperatória de pacientes com anemia.<sup>25</sup>

Sobre a característica definidora “Edema”, entende-se que é um fenômeno fisiológico que ocorre em virtude de um desequilíbrio entre a pressão hidrostática e a coloidosmótica, que resulta em extravasamento de líquido para o interstício. Ocasionalmente ou agravado pela disposição prolongada da mesma postura, este indicador clínico setorna relevante na população deste estudo, pois os pacientes em pós-operatório tendem a adotar uma manutenção prolongada na mesma posição e reduzir a deambulação. Neste sentido, existe a necessidade de prevenir o edema com a finalidade de evitar agravos e reduzir o tempo de internação hospitalar.<sup>26</sup>

A realização de uma avaliação nutricional no momento da admissão hospitalar tem um grande impacto na evolução do paciente. Desse modo, identifica-se a necessidade do profissional enfermeiro avaliar o risco nutricional rigorosamente, em especial na admissão do paciente no pós-operatório. É evidente que as condições nutricionais devem ser analisadas como qualquer outra característica clínica, ao relacionar a interferência direta na recuperação pós-operatória.<sup>17</sup>

## CONCLUSÃO

As condições nutricionais do paciente necessitam ser sistematicamente analisadas pelos membros da equipe de saúde. Tratando-se de uma intervenção cirúrgica, torna-se

imprescindível a adoção de uma criteriosa investigação por parte do enfermeiro quanto ao risco nutricional ainda na fase pré-operatória com o intuito de garantir um restabelecimento precoce da saúde.

Enfatiza-se que as condições nutricionais são essenciais para a recuperação do paciente e a não adoção de tal investigação pode ocasionar maior risco de complicações pós-operatórias, de mortalidade, aumento do tempo de internação hospitalar e, conseqüente, aumento dos custos do tratamento.

Destarte, a intervenção nutricional é essencial, ao se considerar que faz parte do tratamento no pós-operatório. Assim, mesmo aqueles pacientes em bom estado nutricional, devem ser continuamente avaliados, uma vez que a deterioração do estado nutricional devido o estresse cirúrgico e doenças críticas pode se constituir um fator determinante para o seu prognóstico.

Contudo, reconhecem-se as limitações deste estudo, principalmente pelas peculiaridades do seu delineamento. Dessa forma, sugere-se a realização de outras pesquisas que avaliem a potencialidade de desenvolvimento dos DE do Domínio Nutrição, ao avaliar além da prevalência, também a incidência destes DE nos pacientes em pós-operatório, assim como também a acurácia dos indicadores clínicos específicos para esta população.

Devido à significativa presença desses DE em pacientes em pós-operatório, conforme identificado, recomenda-se ainda outros estudos a fim de direcionar intervenções de enfermagem adequadas, com benefícios à qualidade de vida do paciente, redução do tempo de internação hospitalar e a promoção de uma assistência resolutiva.

Nesse sentido, o estudo alcançou o objetivo proposto ao descrever os principais indicadores clínicos nutricionais de pacientes em pós-operatório no domínio Nutrição do NANDA Internacional.

Ressalta-se a importância desse estudo para a assistência de enfermagem ao clarificar os principais indicadores clínicos contidos no domínio Nutrição que subsidiarão o profissional enfermeiro na sua prática profissional. Ainda, tal estudo possibilita que novas pesquisas sejam realizadas para melhorar o processo de raciocínio diagnóstico nesse domínio. E, por fim, colabora para o processo ensino/aprendizagem na área da enfermagem ao possibilitar evidências na inferência diagnóstica desse domínio.

## REFERÊNCIAS

1. Duarte SCM; Stipp MAC; Mesquita MGR; Silva MM. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 26];16(4):657-65. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/03.pdf>.
2. Franco JB, Morsoletto RHC. Perfil nutricional de pacientes hospitalizados em um hospital público do município de Ituiutaba. Rev Bras Nutr Clin. 2012;27(3):187-92.
3. Oliveira LB, Rocha Junior PB, Guimarães NM, Didonet MT. Variáveis relacionadas ao tempo de internação e complicações no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal. Com Ciências Saúde [Internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 27];21(4):319-30. Disponível: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/variaveis\\_relacionadas\\_tempo\\_internacao.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/variaveis_relacionadas_tempo_internacao.pdf).
4. Aquino RC, Philippi ST. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2011 [acesso em 2015 mar 8];57(6):637-43. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6/v57n6a09.pdf>.





5. Garcia RS, Tavares LRC, Pastore CA. Rastreamento nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário do sul do Brasil: o impacto do risco nutricional em desfechos clínicos. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 mar 8];11(2):147-52. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000200002>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral. Portaria MS/SNVS nº 272, de 8 abril de 1998 [acesso 2015 mar 10]. Aprova o Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral [Internet]. Disponível: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/160-solucao-parenteral?download=826:portaria-n-272-1998>.
7. Benetti JC, KREWER MG, Souza MN, Goldmeir S. Pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: correlação entre dois métodos de medida da pressão arterial. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 17];3(3):394-401. Disponível: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8501/pdf>.
8. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Anexo da Resolução nº 0453, de 16 de janeiro de 2014. Norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Brasília (DF): COFEN; 2014.
9. Silva VS, Filho ESB, Queiroz SMB, Abreu RNDC. Utilização do Processo de Enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 mar 7];18(2):351-7. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32585/20701>.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. *Nursing Diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
11. Dahlke AR, Curtis LM, Federman AD, Wolf MS. The mini mental status exam as a surrogate measure of health literacy. *J Genl Intern Med* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 13?];29(4):615-20. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965750/>.
12. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. St. Louis: Mosby; 1994.
13. Van Stijn MFM, Korkic-Halilovic I, Bakker MSM, van der Ploeg T, van Leeuwen PAM, Houdijk APJ. Preoperative nutrition status and postoperative outcome in elderly general surgery patients: a systematic review. *JPEN, J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 mar 26];37(1):37-43. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1177/0148607112445900>.
14. Mirmiran P, Hosseinpour-Niazi S, Mehrabani HH, Kavian F, Azizi F. Validity and reliability of a nutrition screening tool in hospitalized patients. *Nutrition*. 2011 [acesso em 2015 ago 26];27(6):647-52. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20800450>.
15. Walczewski MRM, Justino AZ, Walczewski EAB, Coan T. Avaliação dos resultados de intervenção após mudanças realizadas nos cuidados peri-operatórios em pacientes submetidos a operações abdominais eletivas. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 mar 25];39(2):119-25. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000200007>.
16. Ramos IC, Oliveira MAL, Braga VAB. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 mar 7];10(1):116-26. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.8610>.



17. Novaes ES, Torres MM, Oliva APV. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 20 mar 2015];28(1):26-31. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>.
18. Saldanha EA, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Medeiros ABA, Lopes MVO, Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 mar 8];14(4):774-82. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459014>.
19. París AS, García JM, Gómez-Candela C, Burgos R, Martín A, Matía P. Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 set 6];28(3):592-9. Disponível: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6472.pdf>.
20. Sousa AA, Gloria MS, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev. Nutr* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 set 6];24(2):287-94. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n2/a09v24n2.pdf>.
21. Ferreira D, Guimaraes TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 set 6];11(1):41-6. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n1/a08v11n1.pdf>.
22. Almeida ND. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. *Psicol Argum* [Internet]. 2011 [2015 mar 10];29(66):295-302. Disponível: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5288&dd99=view&dd98=pb>.
23. Moraes ACF, Guerra PH, Menezes PR. The worldwide prevalence of insufficient physical activity in adolescents; a systematic review. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [2015 mar 10];28(3):575-84. Disponível: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6398.pdf>.
24. Joia-Neto L, Lopes-Junior AG, Jacob CE. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD, Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 ago 26];23(4):266-9. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202010000400012>.
25. Hranjec T, Swenson BR, Sawyer RG. Surgical site infection prevention: how we do it. *Surg Infect (Larchmt)*. 2010 [2015 mar 10];11(3):289-94. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20518648>.
26. Brito APNP, Rodrigues E, Vianna DL, Fernandes SMS. Investigação de edema postural de membros inferiores em agentes de trânsito. *J Vasc Bras* [Internet]. 2013 [acesso em 22 ago 2015];12(4):289-95. Disponível: [http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n4/pt\\_1677-5449-jvb-jvb2013055.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n4/pt_1677-5449-jvb-jvb2013055.pdf).

Data de recebimento: 17/03/2016

Data de aceite: 20/01/2017

Contato do autor responsável: Mércio Gabriel de Araújo

Endereço postal: Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, Avenida Senador Salgado Filho, Lagoa Nova, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, CEP 59.078-970

Email: mércio\_gabriel@hotmail.com