



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Juliana Simas Justino

**O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DO PACIENTE
OBESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**Florianópolis
2018**

Juliana Simas Justino

**O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DO PACIENTE
OBESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lúcia Nazareth Amante
Coorientador: Prof^ª Dr^ª Luciara Fabiane Sebold

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Justino, Juliana Simas

O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DO
PACIENTE OBESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA / Juliana
Simas Justino ; orientador, Lúcia Nazareth Amante,
coorientador, Luciara Fabiane Sebold, 2018.

78 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

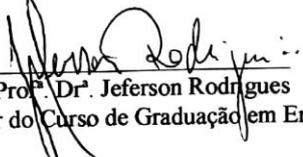
1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Obesidade. 4. Unidade
de Terapia Intensiva. I. Amante, Lúcia Nazareth. II.
Sebold, Luciara Fabiane. III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Juliana Simas Justino

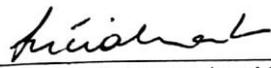
**O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DO PACIENTE
OBESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

O presente Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) foi julgado adequado e aprovado, em 06 de novembro de 2018, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro de pela Universidade Federal de Santa Catarina.

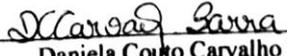
Florianópolis, 06 de novembro de 2018.


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora


Lúcia Nazareth Amante (presidente)


Luciana Fabiane Sebold


Daniela Couto Carvalho Barra


Juliana Balbinot Reis Girondi

Dedicatória

À minha mãe Eloiza e a minha vó Maurina, pelo seu cuidado e dedicação, que me deram a esperança para seguir em frente e a segurança e a certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Agradeço a minha mãe Eloiza e a minha avó Maurina que não pouparam esforços para que eu concluísse esta graduação, pois sem elas eu não teria forças para essa longa jornada.

Ao meu avô Lourivaldo (In memoriam), que partiu quando eu ainda era criança e não teve a oportunidade de ver a neta seguindo a mesma carreira que ele. Vô infelizmente você não está aqui para me dar um abraço e ver meu diploma, mas onde o senhor estiver eu espero que esteja orgulhoso de mim.

Agradeço a minha família pela paciência que tiveram comigo nos últimos 5 anos e que entenderam a necessidade da minha ausência em muitos momentos para que a conclusão deste curso pudesse ser realizada.

À professora Prof. Dr^a Lúcia Nazareth Amante pela paciência na orientação, apoio e pela confiança depositada neste trabalho.

À Prof.^a Dr^a. Luciara Fabiane Sebold, minha co-orientadora, por ter acreditado no meu potencial e por ter me proporcionado a oportunidade de ingressar no mundo da pesquisa.

A minha banca, Prof^a Dr^a Juliana Balbinot Reis Girondi, Prof^a Dr^a Daniela Couto Carvalho Barra e Prof^a Dr^a Melissa Orlandi Honório Locks pelas contribuições no estudo.

Agradeço a todos os mestres do curso de graduação em Enfermagem que compartilharam seus conhecimentos em sala e acompanharam a minha jornada enquanto universitária.

À Bárbara Mohr que em três anos de convivência me deu forças para seguir em frente na graduação, Bárbara muito obrigada por esses três anos de amizade e companheirismo.

Aos meus amigos Palloma e Raul, meu casal preferido obrigada por todas tardes de conversa, comidas e aprendizado, esses momentos com vocês foram essenciais nesses últimos anos.

As minhas amigas Bianca Martins Dacoregio e Amanda Andrade, pela tranquilidade, calma e serenidade que elas transmitem. Meninas vocês me transmitiram calma nos momentos que eu mais precisava, obrigada por tudo.

À Cibele Gonçalves de Souza por todo apoio, risadas e pelo companheirismo.

As minhas amigas Anne e Chris que apesar da distância me proporcionaram as melhores risadas nos momentos em que eu mais precisei.

Ao grupo “Bolsistas da Fabi” pelo aprendizado e união durante os projetos e pela amizade que se formou.

Aos meus colegas de turma pelo companheirismo nos últimos anos.

A minha querida professora e amiga Laura Cristina de Silva Lisboa de Souza (*In Memoriam*), pelo apoio durante a graduação e por cada palavra de conforto.

JUSTINO, Juliana Simas. **O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DO PACIENTE OBESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, 2018.

76f. TCC (Graduação) – Curso de Enfermagem, Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica, predominante tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, e afeta crianças, adolescentes, adultos e idosos, além disso, é um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis. O sobrepeso e a obesidade são uma condição anormal ou um excesso acumulado de gordura no tecido adiposo que pode prejudicar saúde. O objetivo desta pesquisa foi conhecer como a equipe de enfermagem cuida do paciente obeso na unidade de terapia intensiva. É uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva, desenvolvida em unidades de terapia intensiva de quatro instituições de saúde da grande. A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada com os Profissionais da Equipe de Enfermagem que trabalham nas unidades de terapia intensiva nos hospitais selecionados, a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada que foi aplicada afim de serem sanados os questionamentos que surgiram ao decorrer da entrevista. A análise de dados foi realizada segundo a Análise Conteúdo de Bardin que categoriza os resultados para interpretação no estudo, as categorias que surgiram desta pesquisa foram intituladas Sobrecarga de ao cuidar de um paciente obeso e Infraestrutura e tecnologias para o cuidado ao paciente obeso. Este projeto faz parte de um macroprojeto intitulado “redes de atenção à saúde: tecnologias de cuidado à pessoa com sobrepeso e/ou obesidade da grande Florianópolis” aprovado pelo Comitê de ética. Os resultados trouxeram repetidamente a questão da sobrecarga física que este paciente gere ao profissional de enfermagem, e pouco se falou sobre a avaliação deste paciente e a importância dela na unidade de terapia intensiva. O objetivo inicial deste trabalho pode ser considerado alcançado, os achados dos cuidados realizados com o paciente obeso em unidade de terapia intensiva e as suas dificuldades, trazem oportunidades de novos estudos nessa área afim de melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem ao paciente obeso na unidade de terapia intensiva.

Descritores: Obesidade, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados de Enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------------|---|----|
| Figura 1 | Complicações da obesidade. Florianópolis/SC, 2018..... | 24 |
| Figura 2 | Técnica cirúrgica Bypass em Y de Roux. Florianópolis/SC, 2018..... | 27 |
| Figura 3 | Material utilizado na Técnica cirúrgica Banda Gástrica. Florianópolis/SC, 2018..... | 28 |
| Figura 4 | Técnica de procedimento Banda Gástrica. Florianópolis/SC, 2018..... | 28 |
| Figura 5 | Desvascularização da grande curvatura. Florianópolis/SC, 2018..... | 29 |
| Figura 6 | Gastrectomia longitudinal por grampeamento. Florianópolis/SC, 2018..... | 29 |
| Figura 7 | Aspecto final da gastrectomia vertical. Florianópolis/SC, 2018..... | 29 |
| Figura 8 | Técnica cirúrgica de duodenal switch. Florianópolis/SC, 2018..... | 30 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|---|----|
| Quadro 1 | Causas e fatores de risco para sobrepeso e obesidade. Florianópolis/SC, 2018..... | 15 |
| Quadro 2 | Distribuição dos profissionais de enfermagem que trabalham em unidade de terapia intensiva de acordo com a categoria e o hospital pesquisado. Florianópolis/SC, 2018..... | 39 |
| Quadro 3 | Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados que trabalham em unidade de terapia intensiva de acordo com a categoria e o hospital pesquisado. Florianópolis/SC, 2018..... | 39 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------------|---|
| CO₂ | Dióxido de Carbono |
| HU/Filial | Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago / Filial Empresa |
| EBESERH | Brasileira de Serviços Hospitalares |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| Kg | Quilogramas |
| LAPETAC | Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico |
| MSH | Hormônio alfa-melanócito estimulador |
| POMC | Pró-opiomelanocorticotropina |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SISVAN | Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SOP | Síndrome do ovário policístico |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 PERGUNTA DE PESQUISA | 17 |
| 2. OBJETIVO Geral | 18 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 18 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 3.1 OBESIDADE | 19 |
| 3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS | 30 |
| 3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA..... | 33 |
| 4. MÉTODO | 39 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 39 |
| 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO | 40 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 41 |
| 4.4 COLETA DOS DADOS | 42 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS | 43 |
| 4.6 CUIDADOS ÉTICOS | 43 |
| 5. RESULTADOS | 46 |
| 5.1 MANUSCRITO: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OBESO NA TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM..... | 47 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 61 |
| REFERÊNCIAS | 62 |
| ANEXO A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM | 72 |
| ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 73 |
| ANEXO C - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO | 75 |
| ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 76 |

1.INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, que ocorre tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, e que afeta crianças, adolescentes, adultos e idosos, além disso, é um fator de risco para outras doenças crônicas e não transmissíveis.

A *World Health Organization* (WHO) utiliza a definição de sobrepeso e obesidade como uma condição anormal ou um excesso acumulado de gordura no tecido adiposo que pode prejudicar a saúde (WHO, 2016).

Para a avaliação da obesidade é calculado o índice de massa corporal (IMC) que leva em consideração o peso em quilos (kg) pela altura ao quadrado, apesar de ser o cálculo mais utilizado ele não é totalmente fidedigno, pois não é correlacionado com a gordura corporal (ABESO, 2016). É considerada com sobrepeso a pessoa com o IMC maior do que ou igual a 25 kg/m² e obesidade o IMC maior do que ou igual a 30 kg/m². A obesidade ainda é dividida em grau I, II e III, sendo considerada obesidade grau I a pessoa com IMC entre 30-34,9 kg/m², obesidade grau II com IMC de 30 a 39,9 kg/m² e, com obesidade grau III, aquele com IMC maior que $\geq 40,0$ kg/m² (WHO, 2016).

Segundo dados do IBEG de julho de 2018, o Brasil tem uma população de 208,4 milhões de habitantes. Segundo dados relatório divulgado até o mês de outubro de 2018 pelo Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), o país tem uma população de três milhões e sessenta e nove mil e quinhentos e quarenta habitantes adultos com sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2018).

As causas da obesidade são multifatoriais, tais como fatores genéticos, ambientais, estilo de vida e os fatores emocionais. Associado a esses fatores, temos um ambiente obesogênico que estimula o consumo de alimentos com alta densidade calórica, o que tem sido aumentado na população, devido às mudanças sociais e comportamentais, as quais influenciam nos hábitos alimentares. O estilo de vida da sociedade moderna propicia uma diminuição de refeições realizadas em casa e aumenta o consumo de *fast food* pela praticidade e pelo menor tempo para se alimentar devido aos horários de trabalho, do baixo custo da comida industrializada. Concomitante a esse cenário houve a diminuição das atividades físicas que também é um fator determinante para a prevalência da obesidade no mundo, incluindo o Brasil (ABESO, 2016).

O excesso de peso dificulta a homeostase, alterando a fisiologia, bem como as reações a estressores. Esses efeitos agravam as condições de saúde, tornando-as mais complexas, e por isso as pessoas obesas têm mais probabilidade de ter sua condição de saúde agravada.

Além disso, causa diversas alterações fisiológicas que podem dificultar a adaptação da pessoa aos estressores das doenças, pois o aumento de peso/massa corporal tem efeito em múltiplos órgãos podendo alterar a resposta fisiológica esperada em determinada doença. Neste sentido, podem dificultar a melhora clínica causando instabilidade clínica, por isso os sistemas cardíaco e respiratório devem ter monitoramento constante e constitui uma prioridade em pacientes obesos (DAMBAUGH; ECKLUND, 2016).

Em decorrência das comorbidades, como Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, aterosclerose e outras que são oriundas da obesidade, atualmente há um grande número de pacientes em estado crítico, ou necessitando de cuidados intensivos. O paciente obeso, devido às suas complicações, tratamento, comorbidades ou por outra razão, pode ser internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (GOULART et al., 2017).

Um dos ambientes para cuidar de uma condição crítica de saúde é a UTI, que segundo a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, é uma área crítica de internação de pacientes graves com comprometimento de um ou mais sistemas fisiológicos, com perda de sua homeostase e que necessitam atenção profissional especializada continuamente, materiais e tecnologias específicos para o diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010a).

A equipe de enfermagem de terapia intensiva deve ter competência para assegurar uma assistência completa e segura ao paciente. A equipe de enfermagem presta assistência a pacientes com necessidades complexas e que estão em condições críticas de saúde exigindo um tratamento para a manutenção da vida com cuidados invasivos de hemodinâmica e que precisam de avaliações constantes devido ao alto risco de complicações. Associado a este tratamento, há necessidade de prestar assistência às necessidades físicas, emocionais, clínicas e prioridades de cada paciente que se encontra internado na unidade. Nesse universo de cuidado encontra-se também o paciente obeso, que além do agravo à saúde, tem toda a complexidade de cuidado que seu corpo exige. Cuidar de um paciente crítico já gera cuidados complexos, mas cuidar de um paciente obeso em uma UTI pode se tornar um desafio maior devido ao aumento das complicações que podem surgir (SHEA; GAGNON, 2015).

Desenvolvidos para quantificar a gravidade dos pacientes e estimar o risco de morte, os indicadores de prognósticos possibilitam comparar diferentes graus de gravidade da doença, os mais utilizados nas UTI são o *Acute Physiologic Chronic Health Evaluation* (APACHE) II, o APACHE III, o *Simplified Acute Physiological Score* (SAPS) II e o SAPS III, mas nenhum desses indicadores considera o peso ou o IMC do paciente como um indicador, sendo assim não leva em consideração a obesidade como um indicador de

prognóstico que pode alterar a gravidade do paciente em terapia intensiva (MOOCK et al., 2010).

Dentre estas complicações podem ser citadas as do sistema renal que envolvem o aumento da taxa de filtração glomerular, aumento na depuração de fármacos, falência renal; as complicações do sistema respiratório, que incluem a doença pulmonar restritiva, macroglossia, orofaringe e um maior risco de broncoaspiração, e as do sistema cardiovascular, que incluem a síndrome coronariana aguda, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio (SANCHES et al., 2007).

Diante de toda a problemática enfrentada pelos pacientes obesos e os cuidados a que os mesmos demandam, a equipe de enfermagem pode fazer uma construção social sobre a obesidade, repleta de preconceitos. De acordo com Shea e Gagnon (2015) pode ocorrer de um paciente obeso encontrar pessoas que o tratem com atitudes negativas mesmo em um hospital percebendo esses paciente como preguiçosos; com falta de autocontrole; e não tem força de vontade. Esses profissionais podem ser afetados pela sua educação, idade, peso corporal e experiências clínicas anteriores. Mas o mesmo estudo demonstra que enfermeiros com mais formação profissional, mais jovem e sem experiência clínica possuem atitudes mais positivas com pacientes obesos (SHEA; GAGNON, 2015).

A internação de pacientes obesos em UTI suscita a queixa por parte da equipe de enfermagem pela maior demanda de tempo na realização dos cuidados de enfermagem e a necessidade de um maior número de profissionais para sua mobilização, seja durante o banho no leito ou na mudança de decúbito (GOULART et al., 2017).

Além disso, a equipe de enfermagem apresenta maior exaustão física quando presta assistência a pacientes obesos e refere que cuidar desses pacientes é mais difícil, além da preocupação com a sua própria segurança devido a maior exigência física que os profissionais devem fazer para realizar os cuidados de enfermagem. Essa preocupação dos profissionais de enfermagem pode influenciar a assistência que eles devem prestar, devido ao aumento de trabalho e muitas vezes, por não possuírem os equipamentos adequados e profissionais suficientes para atender a essa demanda (SHEA; GAGNON, 2015).

O interesse em desenvolver o trabalho de conclusão de curso veio da experiência vivenciada nos projetos como bolsista nos quais se estudou sobre hábitos saudáveis e obesidade, permitindo uma maior aproximação com a temática. Assim adquiri mais conhecimentos sobre o contexto dos pacientes com obesidade e as possíveis complicações durante a vida dos mesmos. Já a aproximação com a UTI ocorreu durante a quinta fase do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina “O Cuidado no Processo de Viver

Humano III - condição crítica de saúde”, quando tive a oportunidade de aprender sobre o paciente que se encontra em situação crítica internado em uma UTI, bem como o contexto do cuidado de enfermagem.

Atraída por essas duas áreas, surgiu a vontade de desenvolver o trabalho de conclusão de curso associando o cuidado de enfermagem com paciente obeso no ambiente da UTI. Essa pesquisa demonstra sua importância porque o cuidado de enfermagem é a essência da profissão e com o aumento da incidência da obesidade na população, mais pessoas obesas irão precisar de atendimento e por isso os profissionais da equipe de enfermagem precisam estar preparados para acolhê-los de maneira humanizada e ética.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Como é realizado o cuidado de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva?

2. OBJETIVO GERAL

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o cuidado de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é uma pesquisa bibliográfica sobre o tema abordado no trabalho acadêmico, uma vez que auxilia na delimitação sobre o tema escolhido, na descoberta de pesquisas já realizadas sobre o tema. A revisão de literatura se torna importante, pois apoia a pesquisa, as dúvidas que possam ser investigadas, atualizam o conhecimento e enriquece o estudo (ECHER, 2001). Nesta revisão de literatura foram abordados os seguintes tópicos: obesidade e suas especificações como conceito, causas, complicações, metabolismo e tratamentos; Unidade de terapia intensiva e alguns dos seus aspectos históricos e normativos; cuidados de Enfermagem em unidade de terapia intensiva e cuidados de enfermagem para paciente obeso na UTI.

3.1 OBESIDADE

Uma doença crônica agregada ao excesso de gordura corporal, essa é definição da obesidade mais disseminada entre livros e artigos. A obesidade possui uma etiologia complexa e multifatorial, que é consequência da relação de fatores sócio comportamentais, emocionais, ambientais e genéticos (SOUZA; GUEDES; BENCHIMOL, 2015; MOORE, 2016; BARROSO et al., 2017; OLIVEIRA, 2016).

O caderno de atenção básica apresenta a definição proposta pela WHO que entende a obesidade como um agravo de origem multifatorial resultante de um aumento do balanço energético levando ao acúmulo de gordura, aliado aos fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (BRASIL, 2014).

A obesidade tem como causa principal o aumento da ingestão alimentar e a diminuição do gasto energético. O consumo de alimentos na atualidade se caracteriza por um aumento do consumo predominantemente daqueles com altos teores de açúcar, gorduras saturadas, gorduras trans, sal e pelo consumo baixo de carboidratos complexos e fibras, além do crescente aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados e redução de ingestão de alimentos básicos como ovos, peixe, leguminosas, raízes e arroz (BRASIL, 2014; MOORE, 2016).

O aumento de peso como problemas da tireoide, síndrome de Cushing, síndrome do ovário policístico e também alguns fármacos podem contribuir para o desenvolvimento dessa doença (MOORE, 2016).

A influência da genética na obesidade não é totalmente conhecida, em 2005 tinham sido descobertos cerca de 100 sítios cromossômicos que tinham algum tipo de relação com a

obesidade, alguns deles envolvidos com a regulação da fome e saciedade, metabolismos e no mecanismo de armazenamento corporal. Não se sabe como esses genes atuam no organismo, mas espera-se que essas descobertas possam proporcionar intervenções mais focadas no que causa a doença e que ajudem no tratamento (MOORE, 2016).

Algumas síndromes que agem no sistema regulatório do hipotálamo podem aumentar as chances do desenvolvimento da obesidade. Essas alterações podem acontecer na leptina ou no seu receptor, na pró-opiomelanocorticotropina (POMC) que causa uma diminuição do hormônio alfa-melanócito estimulador (MSH) que leva a obesidade. Além disso, a obesidade pode ser uma causa ou uma consequência de uma doença, como o diabetes mellitus tipo 2 que pode se manifestar por um súbito aumento do peso (ELSE; HAMMER, 2016).

A relação do ambiente com a obesidade é um dos principais fatores dessa doença, pois os hábitos alimentares, a acessibilidade aos alimentos; principalmente com alto teor calórico, o alto consumo de refrigerante e outras bebidas adoçadas artificialmente, o sedentarismo, como o grande tempo gasto em frente à televisão, computadores e celulares, contribuem para o aumento de peso (MOORE, 2016).

A redução de atividade física também é um fator ambiental, e é importante no desenvolvimento da obesidade quando associado às mudanças alimentares. Nos últimos anos, o aparecimento de alimentos obesogênicos, que devido a sua facilidade de consumo, baixo custo econômico e a divulgação diária pela mídia, também provocam esse crescente aumento de obesidade na população mundial (MOORE, 2016).

Os fatores psicológicos e emocionais influenciam o comportamento humano, principalmente na questão do aumento do peso. Uma das maneiras que as pessoas utilizam para suportar e enfrentar as emoções como o estresse, a ansiedade, o tédio, a felicidade é comer, que quando frequente, pode gerar um aumento de peso. Essa relação entre fatores psicológicos e obesidade não é totalmente conhecida. Outros fatores que podem influenciar no desenvolvimento da obesidade são: a condição financeira e cultural das pessoas (MOORE, 2016).

O quadro 1 apresenta a relação dos fatores com as atitudes que associadas contribuem para o aumento de peso.

Quadro 1 - Causas e fatores de risco para sobrepeso e obesidade. Florianópolis/SC, 2018.

| | |
|----------------------------------|--|
| Socioculturais neuropsíquicos e | <ul style="list-style-type: none"> a) Comer mais por alterações do humor, busca de prazer, problemas psicoemocionais como depressão, instabilidade de humor, ansiedade, e não por fome ou apetite, b) Comer porções grandes ou muito calóricas. c) Consumir alimentos industrializados que são de fácil acesso, baratos, calóricos e saborosos. d) Compulsão alimentar |
| Baixo nível de atividade física | <ul style="list-style-type: none"> a) Falta de motivação, tempo, oportunidade, local, equipamento, orientação. b) Mecanização e redução do esforço físico no trabalho a cada década c) Tempo cada vez maior vendo TV e usando o computador |
| Taxa metabólica basal baixa | <ul style="list-style-type: none"> a) Genética b) Queda normal com a idade c) Hipotireoidismo |
| Efeito colateral de medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> a) Antidepressivos amitriptilina, mirtazapina, paroxetina. b) Corticoides c) Lítio d) Hipoglicemiantes (sulfanilureia e insulina) e) Anticoncepcionais e progestagenos f) Anti-histamínicos de primeira geração g) Antirretrovirais h) Anticonvulsionantes (volproato, gabapentina, carbamazepina) i) Betabloqueadores |
| Doenças genéticas | <ul style="list-style-type: none"> a) Alström b) Turner c) Prader-Willi d) Sotos e) Laurence-Moon-Biedl f) Hipotireoidismo g) Síndrome de Cushing h) Lesão hipotalâmica i) Cohen |
| Doenças endócrinas | <ul style="list-style-type: none"> a) Hipotireoidismo b) Síndrome de Cushing c) Lesão hipotalâmica d) Insulinoma e) Hiper corticismo f) Hipogonadismo masculino g) Hipopituitarismo |

Fonte: Oliveira (2016).

O organismo necessita de energia para manter suas funções vitais, essa energia é principalmente oriunda da ingestão de alimentos, que graças os reservatórios de glicogênio e de gordura, essa energia é armazenada (ANGELUCCI; MANCINI, 2015). O metabolismo é

um processo no qual os nutrientes como gorduras, proteínas e carboidratos são transformados em energia celular, além da glicose e aminoácidos que também são usados como energia celular. A glicose é transformada em glicogênio e fica armazenada no tecido adiposo, assim como as gorduras que são transformadas em triglicerídeos, também armazenado no tecido adiposo, onde age na produção de adipocinas que afetam no sentido de aumentar o ganho de peso (MOORE, 2016).

Geralmente, as pessoas são capazes de igualar a ingestão alimentar ao gasto energético para manter o peso corporal estável, isto é possível devido ao sistema fisiológico de regulação da homeostase. Essa manutenção é complexa e acontece pelos sinais periféricos ao hipotálamo, esse sistema busca garantir a energia ao corpo mesmo em momentos em que as pessoas passam longos períodos sem se alimentar. Além do sistema fisiológico regulatório, essa manutenção do peso corporal ocorre por meio do sistema de prazer e recompensa (ANGELUCCI; MANCINI, 2015).

Há no organismo humano diversos sistemas que regulam o peso corporal e envolvem os neurotransmissores cerebrais que controlam a ingestão alimentar. Essa regulação pode ser de curto prazo, quando os controles de regulação são relacionados à sensação de fome, apetite e saciedade. E a regulação de longo prazo refere-se ao controle das reservas energéticas do tecido adiposo e está regulação influencia na dificuldade de emagrecimento (MENDONÇA, 2014).

O eixo intestino-encéfalo atua na regulação de curto prazo da ingestão de alimentos e saciedade, essa comunicação ocorre pelos componentes neurais e hormonais. Isso causa uma sensação de saciedade devida à distensão mecânica do estômago, além disso, ocorre secreção de hormônios em resposta a ingestão alimentar, os quais agem sobre o hipotálamo para produzir o hormônio da saciedade. Os sinais hormonais são principalmente os de saciedade anorexígenos que são secretados pelo intestino, que agem também na mobilidade gastrointestinal, podem ter também os sinais orexigénico que também é secretado pelo intestino, o hormônio peptídico grelina, assim sabe-se que a saciedade é regulada pelo sistema gastrointestinal (ELSE; HAMMER, 2016).

Na regulação em longo prazo, os adipócitos vão secretar o hormônio chamado leptina proporcionalmente à quantidade de triglicerídeos armazenada no tecido adiposo. Nessa regulação em longo prazo, o consumo excessivo de alimentos com alto teor calórico causa um aumento de gordura armazenada, que por consequência leva a um aumento na secreção de leptina. Esse hormônio atua no hipotálamo, e isso faz com que o indivíduo consuma uma menor quantidade de alimentos para ingerir menos calorias, e a leptina também causa

aumento na atividade do sistema nervoso simpático para que mais calorias sejam queimadas. Quando a ingestão alimentar não é suficiente, a gordura armazenada passa a ser utilizada para promover energia celular, e a secreção de leptina diminui, alterando sua ação no hipotálamo a fim de conservar calorias (ELSE; HAMMER, 2016).

A fome é regulada por hormônios que agem no hipotálamo, como a leptina que age controlando o metabolismo energético, uma das principais funções da leptina é promover a redução da ingestão de alimento, elevar o gasto energético e promover a regulação neuroendócrina e do metabolismo de glicose. Sabe-se que indivíduos obesos podem apresentar níveis elevados de leptina, mas eles acabam se tornando resistentes à ação desse hormônio, devido ao aumento dos depósitos de gordura, que geram maior síntese de leptina, aumento de seu nível na circulação, assim o cérebro desenvolve resistência à ação da leptina (MENDONÇA, 2014).

É imprescindível o conhecimento das comorbidades associadas à obesidade, para que possa ser realizado um diagnóstico e tratamento precoce. Em um estudo denominado de *National Health and Nutrition Examination Study III*, foi possível associar a obesidade com a Diabetes Mellitus tipo 2, doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana, hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal, apneia do sono e câncer (MANCINI, 2015).

Uma das complicações da obesidade pode ser a doença pulmonar restritiva causada pelo aumento do volume sanguíneo pulmonar e espessura da parede torácica, além de resistência das vias aéreas superiores e do aumento na produção de dióxido de carbono (CO₂). Essas condições são associadas a um padrão obstrutivo, com uma diminuição da capacidade vital e volume-minuto, por isso uma intubação traqueal pode ser complicada devido à alteração na anatomia cervical, macroglossia e orofaringe, além de ter um maior risco de broncoaspiração, caso o paciente obeso manifeste hérnia hiatal, aumento da pressão intra-abdominal, acidez gástrica e um aumento do volume gástrico (SANCHES et al., 2007).

O paciente com obesidade pode apresentar comprometimento respiratório passando a exigir que o profissional faça avaliações respiratórias constantes, avaliações dos resultados da gasometria arterial e conhecimentos de ventilação mecânica em longo prazo e desmame (DAMBAUGH; ECKLUND, 2016).

A obesidade é um fator de risco para síndrome coronariana aguda, doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial e Diabetes Mellitus. O aumento de peso causa uma elevação na pré e na pós-carga devido ao aumento da volemia, níveis de renina, aldosterona e catecolaminas. Além disso, a obesidade pode causar hipertrofia

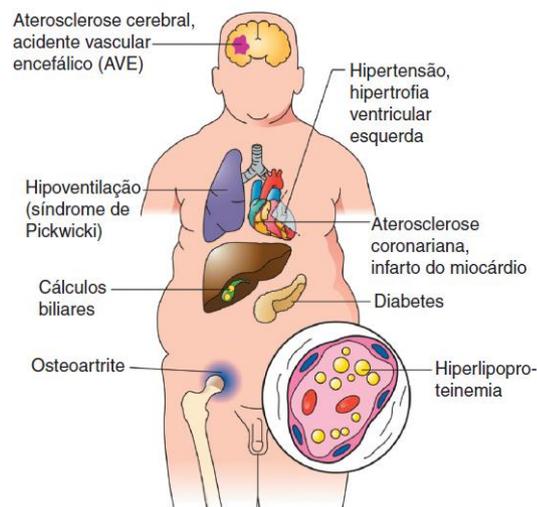
miocárdica e disfunção diastólica, levando a um aumento no trabalho cardíaco. Quando acontece uma suspeita de instabilidade hemodinâmica é sugerida a instalação de um cateter arterial para a monitorização da pressão arterial. O paciente com IMC acima de 40 kg/m² possui risco elevado de morte súbita causada por tromboembolismo pulmonar agudo, principalmente no pós-operatório e paciente com sobrepeso e IMC abaixo de 40 kg/m² também possuem fatores de risco para eventos trombóticos (SANCHES et al., 2007).

O estudo *American Cancer Prevention Study II* apresentou uma associação entre a obesidade e o câncer, o IMC foi associado à incidência de câncer de esôfago, cólon e reto, câncer de endométrio, câncer de ovário, câncer de mama, fígado, vesícula, pâncreas, rim, linfoma não Hodgkin e mieloma múltiplo (MANCINI, 2015).

Além disso, a osteoporose e depressão também podem estar associadas à obesidade, como também outras doenças como o refluxo gastroesofágico, asma brônquica, insuficiência renal crônica, infertilidade, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos (SOP), veias varicosas e doença hemorroidária, disfunção cognitiva e demência, hipertensão intracraniana idiopática (MANCINI, 2015).

A Figura 8 apresenta, de forma simplificada, as complicações que podem surgir a partir da obesidade.

Figura 1 - Complicações da obesidade. Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: Moore (2016).

Atualmente, o tratamento deve ser disponibilizado para aqueles indivíduos que apresentem um IMC igual ou maior que 30 kg/m² ou para aqueles que apresentam um IMC

entre 25 e 29,9 kg/m² ou que apresentem uma circunferência abdominal aumentada e que tenham um ou mais fatores de risco. É importante ressaltar a mudança no estilo de vida que esse indivíduo irá passar a qual inclui uma diminuição de ingestão calórica, aumento da atividade física e terapias comportamentais, que são fundamentais no controle de peso. Além disso, pode ser necessário tratamento farmacológico e procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade, isso em conjunto com a mudança no estilo de vida. Vale ressaltar que inicialmente deverá ser realizada uma avaliação do índice de obesidade, e quais são os possíveis fatores de risco para outras complicações (MOORE, 2016).

Um dos tratamentos utilizados no controle da obesidade é o tratamento dietético, que consiste em restrição calórica e uma composição adequada da dieta. Esse tratamento é prescrito individualmente conforme as necessidades e singularidades do sujeito, proporcionando metas a serem cumpridas durante o tratamento. Esse tratamento pode variar entre as dietas de baixa caloria que promovem um limite de ingestão calórica de 1.200 calorias por dia, e as de pouquíssimas calóricas, que limitam a ingestão calórica de 450 calóricas diárias. Apesar de serem usadas como um tratamento, essas dietas se tornam perigosas se não forem acompanhadas por um médico e por profissionais da área da saúde, pois podem causar problemas cardíacos (MOORE, 2016).

É recomendado que a ingestão de alimentos seja distribuída em quatro ou cinco refeições diárias, cujo volume dessas porções deve ser menor do que o habitual, auxiliando a redução da ingestão calórica. Uma abordagem utilizada por nutricionistas é a criação de um diário para que os indivíduos escrevam as refeições realizadas durante o dia. É importante saber qual a dieta ideal para cada indivíduo: dietas com restrição de lipídios procuram limitar as calorias diárias e as dietas hiperproteicas podem ser eficazes no início, porém aumentam o risco de cálculos renais, promovem redução da quantidade de fibras e aumenta o risco de câncer e hipercolesterolemia (MOORE, 2016).

A prática de atividade física auxilia na redução dos riscos que são relacionados à obesidade, como doenças cardiovasculares e diabetes, auxiliando na redução da gordura abdominal. É importante ressaltar que as atividades físicas devem começar de uma maneira lenta, principalmente para aqueles indivíduos que nunca praticaram exercícios e essa intensidade e duração devem ser aumentadas gradativamente. É indicado que adultos pratiquem no mínimo 150 minutos semanais de atividade física intensa (MOORE, 2016).

Alguns medicamentos podem ser utilizados em conjunto com as mudanças no estilo de vida, esses fármacos podem ser divididos em dois grupos, os que auxiliam na redução da ingestão alimentar agindo no sistema nervoso central, bloqueando ou ativando os

neurotransmissores da fome e saciedade e outro grupo constituído pelos fármacos que agem periféricamente, bloqueando a absorção de lipase no sistema digestório. É imprescindível que esses fármacos sejam utilizados com acompanhamento médico e de maneira cuidadosa devido aos efeitos colaterais (MOORE, 2016).

Além destes fármacos, o *American College of Physicians* (ACP) recomenda o tratamento farmacológico para aqueles pacientes com obesidade e comorbidades associados. Um dos objetivos essencial nesse tratamento é a redução de riscos cardiovasculares, e outras doenças associadas à obesidade (BERTI et al., 2015).

Quando esses tratamentos não possuem efeito, o tratamento cirúrgico é indicado para indivíduos com obesidade grave, ou seja, aqueles com IMC acima de 40 kg/m², ou IMC entre 35 kg/m² e 40 kg/m², mas que possuem outras comorbidades. As cirurgias realizadas podem auxiliar na redução significativa de peso. Atualmente, existem três tipos de cirurgia, as cirurgias restritivas que promovem uma redução na quantidade de alimento ingerido, as cirurgias que promovem uma má absorção e derivam de alguns segmentos do intestino e as cirurgias restritivas e derivativas combinadas (MOORE, 2016).

As cirurgias bariátricas, ou cirurgias da obesidade são um conjunto de técnicas cirúrgicas, com ou sem uso de órteses, destinadas à promoção de redução de peso e ao tratamento de doenças que estão associadas com a obesidade (MARCHESINI, 2006). A cirurgia bariátrica é importante devido ao auxílio na eliminação ou diminuição das comorbidades associadas (MOORE, 2016).

O IMC é utilizado como um dos indicativos para a cirurgia bariátrica, pacientes com IMC maior que 40 kg/m² ou 35 kg/m² que sejam portadores de outras comorbidades associadas à obesidade. O objetivo principal desse tratamento é a redução significativa do peso e a sua manutenção, além de auxiliar no controle das doenças associadas à obesidade (BERTI et al., 2015).

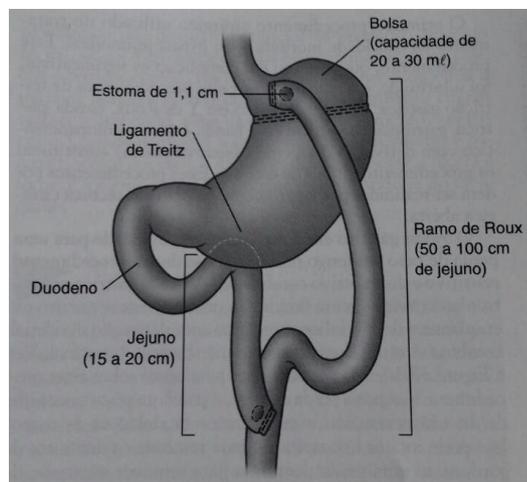
A cirurgia bariátrica promove a redução da capacidade gástrica ou uma alteração do trânsito gastrointestinal, com objetivo de restringir a ação bílio-digestiva e causar uma diminuição da absorção dos alimentos. Atualmente existem três tipos de cirurgias bariátricas, a do tipo restritiva, de má-absorção e o procedimento misto que é uma fusão entre os dois primeiros tipos. Esse tipo de procedimento provoca uma redução no tamanho do estômago, assim a digestão e absorção de nutrientes acontecem normalmente, mas o paciente sente a sensação de saciedade ingerindo uma quantidade menor de alimentos. Na cirurgia que envolve a má absorção ocorre a diminuição da absorção do intestino delgado devido a um desvio de segmentos do intestino delgado. Atualmente no Brasil, existem quatro tipos de

cirurgia bariátrica, o *bypass* gástrico, banda gástrica ajustável, gastrectomia vertical e a duodenal Switch (AMANTE et al., 2015).

Esse tipo de tratamento cirúrgico promove benefícios além da redução do peso, auxilia na melhora da função cardíaca, redução de triglicerídeos e colesterol, melhora na motilidade, redução de infecções relacionadas com obesidade, diminuição de úlceras varicosas, esteatose hepática, asma, síndrome do ovário policístico (SOP) e infertilidade (BERTI et al., 2015).

O procedimento mais utilizado no Brasil é o *Bypass* gástrico, conhecido também como gastroplastia com desvio intestinal em Y de *Roux*. Esse procedimento é considerado misto, e ocorre grampeamento da parte do estomago, reduzindo o espaço para o alimento, além disso, ocorre um desvio do intestino em sua porção inicial promovendo um aumento dos hormônios que dão a sensação de saciedade diminuindo a fome (AMANTE et al., 2015). No *Bypass* gástrico em Y de *Roux* é realizado o grampeamento do estomago em linha horizontal, assim reduzindo a sua capacidade para 20 a 30 ml. Após isso o jejuno é seccionado distalmente ao ligamento de Treitz e a sua extremidade distal é anastomosada à nova bolsa e o segmento proximal do jejuno é anastomosado ao jejuno (SMELTZER et al., 2014).

Figura 2 - Técnica Cirúrgica de *Bypass* de Y de *Roux*. Florianópolis/SC, 2018.

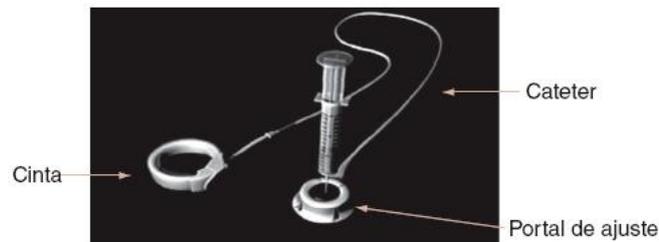


Fonte: SMELTZER et al. (2014).

A cirurgia que envolve a banda gástrica é um dispositivo de silicone constituído de uma cinta, um cateter e um portal de ajuste que pode ser insuflada ou desinsuflada por meio da injeção de soro fisiológico no portal de ajuste e transferida a ela por cateter. A banda gástrica é inserida por videolaparoscopia, e o ajuste é feito de modo gradual, assim a banda vai comprimir a parede gástrica diminuindo o diâmetro para a passagem dos alimentos. (PAJECKI, 2015). Resumindo na banda gástrica é colocada uma prótese que restringe a

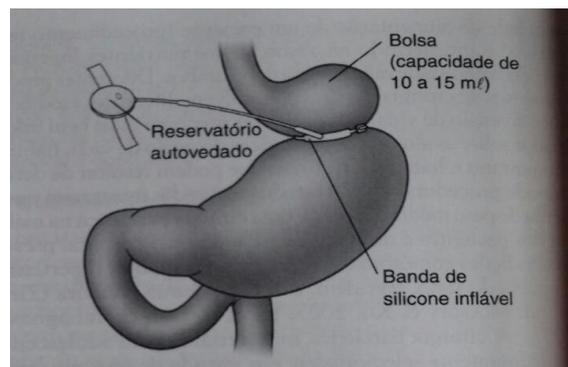
ingestão oral por reduzir a capacidade do estômago para 10 a 15 ml, essa prótese permite que essa pequena porção do alimento passe para a parte restante do estômago (SMELTZER et al., 2014).

Figura 3 - Material utilizado na técnica de banda gástrica. Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: PAJECKI (2015).

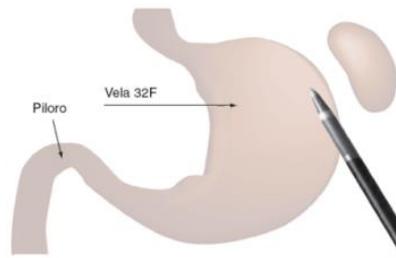
Figura 4 - Técnica de procedimento Banda Gástrica. Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: SMELTZER et al. (2014).

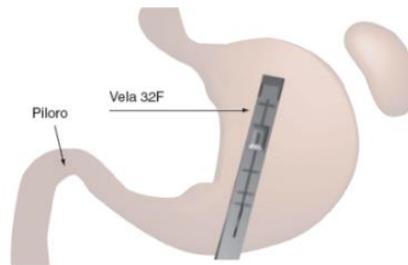
A gastrectomia vertical é uma técnica cirúrgica em que o formato do estômago é transformado para parecer um tubo, assim diminui a sua capacidade (AMANTE et al., 2015). Esse procedimento é realizado normalmente por via laparoscópica, é introduzida uma sonda, e após isso ocorre a desvascularização da curvatura do estômago, para que se possa realizar a gastrectomia (COHEN; CARAVATTO; PETRY, 2015). Na gastroplastia vertical é realizado um grampeamento na curvatura menor do estômago, assim cria uma bolsa gástrica com capacidade entre 10 e 15 ml (SMELTZER et al., 2014).

Figura 5 - Desvascularização da grande curvatura. Florianópolis/SC, 2018.



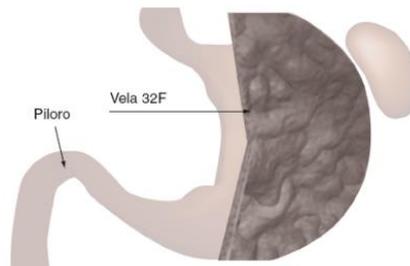
Fonte: COHEN; CARAVATTO; PETRY (2015).

Figura 6 - Gastrectomia longitudinal por grampeamento. Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: COHEN; CARAVATTO; PETRY (2015).

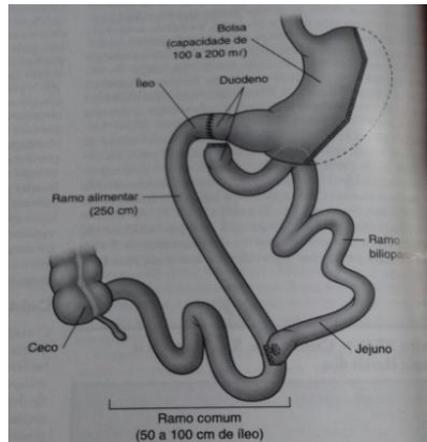
Figura 7 - Aspecto final da gastrectomia vertical. Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: COHEN; CARAVATTO; PETRY (2015).

O procedimento chamado de duodenal *Swith* é uma gastrectomia associada a um desvio intestinal, a gastrectomia vertical se inicia próximo ao piloro e é nortado ao ângulo de His, o duodeno passa por uma dissecação, o bulbo duodeno é anastomosado ao íleo (MARCHESINI; MARCHESINI, 2015; AMANTE et al., 2015). Resumindo metade do estômago é removida, deixando uma pequena área que comporta cerca de 60 ml. Todo o jejuno é excluído do restante do trato gastrintestinal. O duodeno é desconectado e vedado. O íleo é seccionado acima da junção ileocecal, e a extremidade distal do jejuno é anastomosada à primeira porção do duodeno. A extremidade distal do ramo biliopancreatico é anastomosada ao íleo (SMELTZER et al., 2014).

Figura 8 - Técnica cirúrgica de duodenal switch. Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: SMELTZER et al. (2014).

3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS

Durante a guerra da Crimeia em 1854, a jovem enfermeira Florence Nightingale mudou os parâmetros de cuidados, quando trouxe fatores para um ambiente favorável para facilitar o processo de cura tais como: ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e a alimentação. Além disso, ela sugeriu que os soldados que tivessem ferimentos mais graves fossem tratados em um ambiente separado, pois eles precisavam de uma assistência mais intensiva devido aos ferimentos. Com essas mudanças entre os pacientes, Florence Nightingale atingiu uma diminuição na taxa de mortalidade, que antes era de 40% e após esse cuidado passou para 2% (JERONIMO, 2011).

A primeira UTI foi criada no Hospital Johns Hopkins, localizado nos Estados Unidos no ano de 1926, já no Brasil a primeira UTI foi instalada em São Paulo, no hospital Sírio Libanês no ano de 1971. A UTI acompanhou os progressos na área da saúde advindos da evolução tecnológica, do estudo sobre as doenças, descobrimento de novos fármacos, isso subsidiou que a unidade possa prestar o cuidado necessário ao paciente em situação crítica (JERONIMO, 2011).

A UTI é o local onde é prestada assistência aos pacientes que precisam de cuidados durante 24 horas, devido ao seu estado crítico de saúde. Por essa gravidade dos pacientes, é necessário que essa unidade tenha os recursos adequados, como recursos materiais, tecnológicos e uma equipe multiprofissional corretamente especializada para poder prestar os cuidados necessários com qualidade a esse paciente em estado grave (AZEVEDO, 2009).

Uma vigilância constante é necessária nessa unidade, assim a planta física deve oportunizar que os profissionais possam observar os pacientes de uma maneira fácil e eficiente (AZEVEDO, 2009).

A equipe multiprofissional deve contar com médico intensivista 24 horas, sendo o ideal que cada médico preste assistência a no máximo 10 pacientes. A enfermagem também faz parte dessa equipe, permanecendo 24 horas, além disso, a equipe multiprofissional da UTI conta com fisioterapeuta, nutricionista, assistente social (AZEVEDO, 2009). Segundo a resolução do N° 0527/2016 que foi revogada pela Resolução Cofen n° 543/2017, traz que pacientes em cuidados intensivos necessitam de um profissional de enfermagem para $1,33 \cong 1,5$ pacientes, um enfermeiro para $2,56 \cong 2,5$ pacientes e um técnico de enfermagem para $2,77 \cong$ três pacientes (BRASIL, 2017).

A Resolução da diretoria colegiada (RDC) n° 50 de 2002 é uma resolução da agencia nacional de vigilância sanitária sobre o planejamento, elaboração e avaliação dos projetos físicos de instituições de saúde, contendo as exigências necessárias de estrutura física para as unidades de saúde. Segundo a RDC n° 50, a UTI deve possuir no mínimo cinco leitos, e necessita de assistência medica e de enfermagem 24 horas, além de apoio laboratorial, diagnóstico por imagem nas 24 horas, monitoramento e assistência respiratória, assistência nutricional, recursos para manter em condições adequadas pacientes com morte cerebral que tiveram autorização para retirada de órgãos, bem como manter os familiares informados sobre a situação do paciente. A UTI pode ser geral, aquela que recebe pacientes cirúrgicos e clínicos em situação grave, ou pode ser especializada como uma UTI coronariana que atende pacientes com problemas cardíacos (JERONIMO, 2011).

Hospitais terciários e secundários que tenham mais de 100 leitos e hospitais especializados são obrigados a terem a UTI em sua instituição, e caso as maternidades prestem atendimento a gestante de alto risco, devem ter em sua instituição uma UTI adulto e para neonatos (JERONIMO, 2011).

Ainda seguindo as exigências da RDC n° 50, a UTI deve ter uma sala de utilidades, sala de espera para familiares, quarto de repouso para os profissionais, rouparia, copa, vestiário. Dos recursos tecnológicos que devem constar na UTI estão inclusos os ventiladores mecânicos, monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, oxímetro, monitor de pressão arterial não invasiva e invasiva, aspirador de secreções, bombas infusoras de medicamentos e dieta, desfibrilador (JERONIMO, 2011).

A Lei de n° 94.406 de 1987 regulamenta a Lei n° 7.498 de 1986, sobre o exercício profissional da enfermagem e recomenda que a equipe de enfermagem seja composta pelos

enfermeiros, técnicos de enfermagem. Devido à gravidade da situação dos pacientes internados em UTI, é recomendado que esses profissionais de enfermagem estejam capacitados para trabalhar nessa área, seja por uma especialização em terapia intensiva e/ou alta complexidade ou por experiência profissional, além de um constante treinamento para poderem lidar com os novos recursos tecnológicos que aparecem nessa unidade (JERONIMO, 2011).

A Resolução nº 543 de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem aponta as novas diretrizes para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem, assim é recomendado que a UTI possua no mínimo 18 horas de enfermagem por paciente no cuidado intensivo, divididos em enfermeiros (52% da equipe de enfermagem) e técnicos de enfermagem (48% da equipe de enfermagem), além disso, deve ter um profissional de enfermagem para 1,33 pacientes (BRASIL, 2017).

A Resolução nº 7 de 2010, define paciente grave (indivíduo que está com comprometimento em um ou mais sistemas fisiológicos e que necessita de cuidado contínuo); e UTI como uma área crítica designada aos pacientes graves que precisam de assistência de profissionais especializados (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 390 de 06 de julho de 2005, traz quais são os equipamentos necessários para prestar assistência ao paciente obeso em uma UTI, seja para aquele paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica, ou para aquele paciente com outro diagnóstico, mas que seja obeso. Os equipamentos incluídos nessa portaria são respiradores volumétricos que sejam capazes de suportar elevado volume e pressão, maca do tipo Fowler, balança digital até 300 Kg, esfigmomanômetro especial, cadeiras específicas para esses pacientes (BRASIL, 2005).

A Portaria Nº 492 de 2007 indica as normas para assistência ao paciente obeso, e traz quais são os materiais necessários para atender com qualidade o paciente obeso, como cadeira, maca, cadeira de rodas, balança antropométrica adequadas que tenham capacidade para 300 kg, esfigmomanômetro com manguito especial (BRASIL, 2013b).

Apesar de todas estas regulamentações, a Portaria Nº 425 de 2013, apresenta as normas e exigências para a alta complexidade que presta cuidados ao paciente com obesidade. Esses locais precisam oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade (BRASIL, 2013a).

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia científica para organizar e sistematizar o cuidado, o enfermeiro utiliza a SAE para aplicar os conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência, que favorece a escolha de intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo. Por meio da SAE é possível proporcionar maior segurança aos pacientes, melhorar na qualidade assistencial e, principalmente, proporcionar maior autonomia aos profissionais de enfermagem, além de estimular a construção de conhecimentos teóricos e científicos, oferecendo respaldo científico para as atividades. Neste sentido, as atividades realizadas recebem destaque, maior credibilidade e visibilidade (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Nascimento et al (2008) relatam que a SAE proporciona uma maior autonomia e segurança ao enfermeiro, pois caso aconteça alguma coisa, o profissional estará seguro por meio dos registros realizados.

Carvalho e Kusumota (2009) apontam que a SAE refere-se à organização do trabalho de enfermagem, por meio de um conjunto de ações que visam alcançar formas seguras de oferecer assistência de enfermagem. A SAE permite ao enfermeiro elaborar planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. Cada forma soluciona uma situação, porém todas possuem o mesmo objetivo, que é a produção de resultados positivos para a saúde dos pacientes e para a equipe de trabalho.

A Resolução do COFEN nº 358/2009 resolve que a implementação da sistematização da Assistência de Enfermagem deve ocorrer em instituições públicas ou privadas onde o cuidado profissional de Enfermagem é realizado. Cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo que seja possível alcançar os resultados de enfermagem esperados (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem segundo a Resolução do COFEN nº 358/2009 estrutura-se em cinco etapas; a coleta de dados ou histórico de enfermagem que busca coletar informações sobre a vida do paciente; o diagnóstico de enfermagem que procura analisar os dados coletados para melhor tomada de decisão; o planejamento de enfermagem que busca definir os resultados que poderiam ser obtidos com as intervenções de enfermagem; a implementação que é a ação de realizar as intervenções escolhidas na etapa anterior; e a última etapa é avaliação de enfermagem que procura avaliar os resultados das ações prestadas nas etapas anteriores (COFEN, 2009).

Já segundo Horta (1979, pág. 35) o processo de enfermagem é “a dinâmica das ações sistematizadas que visa à assistência ao ser humano”. O processo de enfermagem é dividido

em 6 etapas, e estabelece uma sequência das mesmas na seguinte ordem: (1) Histórico de enfermagem; (2) diagnóstico de enfermagem; (3) planejamento; (4) implementação, (5) evolução e (6) Prognóstico. As 5 primeiras etapas do processo de enfermagem segundo Horta (1979) são similares, a diferença se dá na sexta etapa que Horta traz, o prognóstico busca opinar sobre a competência do paciente em seguir as orientações sobre as necessidades humanas básicas.

A UTI é uma unidade de alta complexidade, que geralmente possui uma assistência mais especializada, porém nos últimos anos essa unidade vem aderindo a SAE para gerar uma maior qualidade do cuidado, proporcionando ao enfermeiro de UTI uma rápida intervenção nas complicações que podem aparecer, além de priorizar os problemas que possam causar essas complicações (MARQUES et al., 2008). Na UTI, o processo de enfermagem promove uma integração, organização e assegura uma continuação na assistência pela equipe de enfermagem, viabilizando uma avaliação da sua eficiência e permite alterar um cuidado com bases na evolução do paciente (BARRA; SASSO, 2010).

O estudo de MARQUES et al. (2008) mostra que os enfermeiros consideram que a SAE possibilita um cuidado organizado e humanizado, sabem que essa metodologia possui vantagens como a diminuição da infecção hospitalar, redução de custos. Oliveira et al. (2012) afirmam que as vantagens da SAE incluem uma maior qualidade da assistência, melhor organização, maior segurança para paciente e equipe, possibilita uma melhora na troca de informações e comunicação, permitindo uma discussão entre os profissionais da equipe multidisciplinar

Cabe destacar que MARQUES et al. (2008) apontam como obstáculos para a realização da SAE a má formação e a falta de conhecimento do profissional sobre a mesma, bem como a falta de funcionários, pois esta situação gera mais trabalho e diminui o tempo que o enfermeiro poderia estar realizando a SAE da maneira adequada.

Podemos ver no estudo de Massaroli et al. (2015) que esses fatores se repetiram como dificuldade na utilização da SAE, associado ao tempo excessivo despendido com os registros, a falta de experiência na unidade ou em outros setores que utilizam a SAE, a falta de conhecimento para realizar o exame físico, a grande quantidade de papéis, a burocracia da unidade, o pouco apoio da instituição, ausência de oferta de capacitações pelas instituições de saúde.

Presume-se que em uma UTI, por virtude de sua complexidade, o processo de enfermagem se tornou indispensável para o cuidado do indivíduo, sabe-se que devido à gravidade a entrevista não é realizada, assim obriga que o enfermeiro faça um exame físico

completo e adequado, observando quais os sistemas, mas prejudicados, possibilitando uma intervenção rápida e segura para manter o paciente estável (AMANTE; ROSSETTO; SCHEIDER, 2009).

A tecnologia é capaz de alterar o estilo de vida do indivíduo nas esferas social, econômico, físico, emocional, ambiental e cultural. As tecnologias na área da saúde são divididas em três categorias; as tecnologias leves que descrevem a relação paciente e profissional, as tecnologias leves-duras que definem o conhecimento do profissional e sua habilidade no uso dos equipamentos tecnológicos e a tecnologia dura que identifica os equipamentos, objetos e instrumentos propriamente ditos (MERHY; CHAKKOUR, 2002).

É irrelevante discutir o quanto a tecnologia proporcionou o avanço na área da saúde, a doença que antes era dada como mortal, agora pode ser controlada, muitas vezes até curada. Na área da UTI, uma unidade conhecida pela complexidade, instabilidade e morte, a tecnologia proporciona suporte aos órgãos que estão falhando ou estão comprometidos, por exemplo uma máquina de dialise que promove a filtração do sangue que é feita pelos rins, o ventilador mecânico que respira pelo paciente, o desfibrilador que junto com medicamentos e capaz de fazer um coração voltar a bater (SILVA; FERREIRA, 2009).

A UTI se tornou uma unidade com alta concentração de tecnologia dura, pois devido à complexidade dos pacientes se fazem necessários à utilização de diversos equipamentos para auxiliar na manutenção da vida. Esse maior uso de tecnologia, porém, requer um trabalho a mais para a equipe de enfermagem, a falta de profissionais e de material adequado são motivos para aumentar o estresse do profissional (INOUE et al., 2008).

A UTI é um local repleto de monitores com multiparâmetros, equipamentos de infusão, ventiladores mecânicos, que auxiliam na monitorização do paciente, que a cada alteração em algum parâmetro, vai sinalizar de maneira sonora e com luzes que ocorreu essa alteração, e apensar da tecnologia dura ser importante com a criação desses equipamentos, a tecnologia leve se torna imprescindível para a manutenção desses equipamentos (BASTOS, 2002; FONSECA; SANTOS, 2007)

Independentemente dos benefícios que a tecnologia traz para os pacientes e para os profissionais da enfermagem, deve-se atentar aspectos que provocam sobrecarga, tais como os ruídos que os equipamentos fazem, a necessidade de fixação de parâmetros e dados dos equipamentos e saber avaliar o paciente além dos equipamentos, pois eles também podem mostrar dados alterados que não condizem com a condição do paciente (OLIVEIRA; LISBOA, 2007).

Com esse avanço tecnológico, a enfermagem precisou se adaptar e estudar para manusear e conhecer os dados apresentados pelos equipamentos, passando a perceber o corpo de outra maneira, observando fatores que antes não seria possível. Embora com todo esse avanço ainda é necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento básico para cuidar do paciente, e não se basear somente nos dados do equipamento. O enfermeiro deve basear suas decisões relacionando seu conhecimento e os dados obtidos nos equipamentos, assim terá um subsídio para suas decisões e essas serão mais seguras (SILVA, 2009; SILVA; FERREIRA, 2011).

Geralmente equipada com muita tecnologia, com um perfil de local de sofrimento, a UTI se tornou uma unidade com uma forte relação entre máquina e profissional, pois apesar da tecnologia realizar grandes avanços na área da saúde é necessário que exista um profissional capacitado para manusear esses equipamentos, o profissional deve trabalhar em conjunto com a tecnologia e o cuidar humanizado (PASSOS et al., 2015). Nos últimos anos vem crescendo a iniciativa de tornar esse ambiente mais humanizado, apesar do grande número de equipamentos tecnológicos. O principal foco dessa iniciativa é manter a dignidade e o respeito do paciente nesse momento de doença (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

A tecnologia ajuda no trabalho da enfermagem pela rapidez que se dá os parâmetros e dados do paciente, isso possibilita um tempo maior para realizar os cuidados de enfermagem junto ao paciente, aumentando sua qualidade na assistência. Além de proporcionar um tempo para criar um diálogo com a família do paciente (SILVA; FERREIRA, 2011).

Sabe-se, porém que existem certas dificuldades para humanizar esse cenário, o principal é a falta de diálogo entre os profissionais e os familiares, a enfermagem precisa acolher esse familiar, escutar suas dúvidas e medos, mostrar empatia por aquele que tem um parente internado em estado crítico. Esse acolhimento, que cria um diálogo e vínculo de confiança entre profissional e familiar, são práticas de Humanização que são simples de realizar (VEDOOTTO; SILVA, 2010).

Silva et al. (2012) salientam a importância de ter a família ao lado do paciente na UTI, pois isso auxilia na recuperação do paciente, além de fornecer informações que possam melhorar o cuidado e acordo com Camponogara et al. (2011), o afastamento da família pode ser prejudicial, impossibilitando a realização das orientações e das informações sobre o estado do paciente.

Em qualquer situação, uma doença traz medo e receio, sendo capaz de afetar não só o estado físico do indivíduo, mas também seu estado emocional, seu ambiente de convívio e as pessoas que o cercam (AZEVEDO, 2009). Em UTI esse temor pode ser tornar maior devido

ao estigma que essa unidade traz que remete a morte iminente, isso gera estresse ao paciente e a família diante do desconhecido, a ausência de familiares, que são o apoio emocional, os equipamentos que ali se encontram e seus barulhos constantes, as bombas infusoras, as luzes e a quase inexistência de privacidade com conversas ouvidas na unidade. Por outro lado, unidades que promovem um ambiente com luz natural, elementos da natureza, cores suaves, sons tranquilizadores e visões agradáveis podem levar ao uso de uma menor quantidade de analgésicos para dor, e auxilia em uma recuperação acelerada (MORTON; FONTAINE, 2017).

Esse estresse pode gerar um aumento no nível de catecolaminas, glicocorticoides devido a ativação do eixo hipotálamo-hipófise que causa uma reação ao estresse. Em um momento inicial essa resposta ao estresse pode levar a um aumento na frequência cardíaca, vasoconstrição, elevação da pressão arterial, o fluxo sanguíneo é desviado para os órgãos vitais para proteção. Pode ocorrer também diminuição da temperatura corporal, hiperventilação, taquipneia, hiperglicemia e resistência à insulina. E se prolongado é capaz de acarretar imunossupressão, comprometimento do aporte de oxigênio, hipoperfusão, dificuldade na cicatrização que comprometem a recuperação (MORTON; FONTAINE, 2017).

Em todas as fases da vida o indivíduo passa por momentos de instabilidade, medo e precisam suportar um sofrimento físico e emocional. Uma internação em um ambiente de UTI é uma vivência que provoca cicatrizes não só físicas, mas emocionais também, cicatrizes que permanecem com aquele indivíduo durante toda a vida (VIANA; WHITAKER, 2011).

Os autores Stein-Parbury e McKinley (2000) observaram em uma revisão com 26 estudos que de 30% a 100% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva tinham lembranças da sua internação. Morton e Fontaine (2017) trazem que indivíduos podem ter memórias relacionadas ao período em que ficaram internados na UTI, são lembranças de medo, ansiedade, disfunção cognitiva, as vezes lembranças que remeteram a segurança e a proteção, que em algumas lembranças trazia a enfermagem passando esse sentimento de segurança.

Uma hospitalização gera angústia, ocorre um sentimento de desorganização junto a família, um sentimento de mudanças que vão acontecer, sejam mudanças físicas, emocionais ou financeiras (VIANA; WHITAKER, 2011). Uma internação causa incertezas na família do paciente, o que será feito agora? Esse familiar vai sobreviver? E é necessário um acolhimento por parte da enfermagem a esses familiares, promover um clima de segurança ao fornecer informações de uma maneira simplificada para que essa família possa entender o que está

ocorrendo. Quando isso acontece, os familiares sentem-se seguros e confiantes com a equipe que cuida daquele ente querido (MAESTRI et al., 2012).

Durante a internação, além dos cuidados ao paciente, a equipe de enfermagem deve prestar assistência às famílias, por que nesse momento eles também sentem medo, estresse, impotência. A equipe de enfermagem deve estar desde a internação em contato com a família, buscando criar um vínculo de confiança, fornecendo informações atualizadas sobre a condição de seu ente e ao prestar essa assistência a equipe de enfermagem transmite uma humanização naquele momento difícil, se solidariza com aqueles familiares, respeita sua diversidade cultural, e considera a família no contexto saúde-doença (MORTON; FONTAINE, 2014).

É papel da enfermagem conversar com os familiares antes das visitas, principalmente na primeira visita, explicando que o paciente estará com diversos equipamentos ligados a ele, serão monitores que ficam apitando constantemente, equipes, ventilador mecânico, para o familiar não ter um susto tão grande ao ver o seu familiar naquela situação, além de explicar os cuidados de higiene e precaução necessários nesse ambiente (MORTON; FONTAINE, 2014).

A visita do familiar na UTI gera angústia, pois existe um sentimento de que naquela unidade um paciente não tem mais possibilidades de viver. Por isso a enfermagem deve fornecer as orientações sobre essa unidade, explicar que o paciente está conectado a diversos aparelhos que podem fazer barulho, mas que são esses equipamentos que ajudam o paciente a sobreviver. É necessário deixar essa visita mais esclarecida o possível, para tornar isso tranquilo para o familiar e permitir que esse familiar possa visitar mais vezes pois ele vai perceber que estar internado em uma UTI não precisa ser traumatizante para ninguém (KOTZ et al., 2014).

4. MÉTODO

Este projeto faz parte de um macroprojeto intitulado Redes de atenção à saúde: tecnologias de cuidados a pessoa em excesso de peso e/ou obesidade da grande Florianópolis aprovado pelo Comitê de ética sobre o parecer N° do Parecer CEP: 1.631.404 (Anexo 1). Este macroprojeto é de responsabilidade da Dr^a Prof.^a Luciara Fabiane Sebold, e está vinculado ao grupo de pesquisa Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico (LAPETAC).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativa exploratória descritiva. Na pesquisa qualitativa não há uma preocupação com a relevância numérica, mas sim com a compreensão dos entrevistados, buscando esclarecer o porquê de determinadas coisas para produzir novas informações. Sendo assim esse tipo de pesquisa busca os aspectos da realidade que não podem ser quantificados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Para Minayo (2001) esse tipo de pesquisa a pesquisa traz um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Como o objetivo deste trabalho é conhecer quais os cuidados de enfermagem ao paciente obeso em unidade de terapia intensiva, optou-se por esta abordagem metodológica.

A pesquisa descritiva ocorre geralmente nos temas que envolvem as ciências humanas e sociais A pesquisa descritiva busca observar, catalogar, investigar e relacionar fatos que se relacionam (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Este tipo de pesquisa propõe-se relatar características de fatos, é comumente utilizada para elevar os conhecimentos sobre o assunto, possibilitando uma observação mais completa (CHEHUEN NETO, 2012).

A pesquisa exploratória tem por objetivo relacionar-se com o fato ou obter uma nova visão sobre esse fato, ela se restringe a buscar mais informações sobre determinado assunto a ser pesquisado (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). A pesquisa exploratória tem o propósito de fortalecer, elucidar e alterar conceitos, buscando novas hipóteses. Esse tipo de pesquisa é utilizado quando o assunto a ser pesquisado não possui muito esclarecimento e é pouco investigado (CHEHUEN NETO, 2012).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo realizou-se em quatro unidades de terapia intensiva de hospitais da grande Florianópolis, foram eles, o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU/Filial EBERH), Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes por serem hospitais referência em cirurgia bariátrica da grande Florianópolis, Instituto de Cardiologia de Santa Catarina; e Hospital Governador Celso Ramos, por atenderem pacientes obesos.

O Hospital Universitário HU/Filial EBESERH está localizado no bairro Trindade em Florianópolis, ele foi fundado em 1980 e presta atendimento exclusivo aos usuários do sistema único de saúde (SUS) e é considerado um hospital de referência no estado, além de ser o único hospital federal do Estado de Santa Catarina. O HU/Filial EBESERH possui atendimento emergencial para adultos, crianças, ginecológica-obstétrica e conta ainda com um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2017). Conta com uma Unidade de Terapia Intensiva geral, clínica e cirúrgica, voltada para o atendimento de alta complexidade em diversas áreas, como, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Vascular, Onco-hematologia, Neurocirurgia (cirurgia de epilepsia), Nefrologia, Urologia, Ginecologia e Obstetrícia. Atualmente a UTI do HU conta com 20 leitos divididos em duas partes com dez leitos em cada parte, porém está em funcionamento apenas 11 leitos, quatro leitos na parte “A” e 7 leitos na parte “B” e com 15 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem e 08 auxiliares de enfermagem, totalizando 63 profissionais da equipe de enfermagem.

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes está localizado no bairro Praia Comprida, município de São José. Ele foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987, e ativado no dia 02 de março do mesmo ano. O hospital conta com emergência adulta, pediátrica, ambulatório, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, centro obstétrico, triagem obstétrica, alojamento conjunto, banco de leite humano, unidade de neonatologia, serviço de oftalmologia (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES). Atualmente a UTI deste hospital conta com 16 leitos comuns mais dois leitos de isolamento, porém está em funcionamento apenas 11 leitos da UTI e não foi possível obter a informação do número de profissionais de enfermagem.

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina está localizado no bairro de Praia Comprida em São José, anexo ao Hospital Regional. O instituto foi inaugurado em 19 de abril

de 1963, ele busca atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares, através de promoção e recuperação da saúde (INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA, 2017). Atualmente a UTI do Instituto de Cardiologia conta com 15 leitos e com 21 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem, totalizando 72 profissionais da equipe de enfermagem no setor.

O Hospital Governador Celso Ramos está localizado no centro do município de Florianópolis, e foi inaugurado em 1966. O Celso Ramos é referência em traumatologia e neurologia, nesse hospital existem 14 leitos de unidade de terapia intensiva e conta com 13 enfermeiros, não foi possível obter a informação do número de técnicos do setor.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O total de profissionais de enfermagem que trabalham nestes hospitais está apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem que trabalham em unidade de terapia intensiva de acordo com a categoria e o hospital pesquisado. Florianópolis/SC, 2018.

| Instituição | Enfermeiros | Técnicos de enfermagem |
|---|--------------------|-------------------------------|
| Hospital Universitário HU/Filial EBSEH | 15 | 40 |
| Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes | 14 | 46 |
| Instituto de Cardiologia de Santa Catarina | 21 | 51 |
| Hospital Governador Celso Ramos | 13 | 43 |
| Total | 63 | 180 |

Fonte: Elaborado pela autora.

A seleção da amostra foi por conveniência, selecionada de acordo com a intenção/necessidade do pesquisador (POLIT; BECK, 2011).

Inicialmente optou-se por entrevistar um enfermeiro e um técnico de enfermagem de cada turno de trabalho de cada UTI, totalizando 36 profissionais de enfermagem entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atenderam os critérios de inclusão: estar trabalhando na UTI com no mínimo 12 meses de atuação na Unidade de Terapia Intensiva de adultos e como critérios de exclusão: os profissionais que estejam afastados por férias ou por licença. Porém no decorrer desta pesquisa optou-se utilizar o critério de saturação, ou seja, no momento em que não há novas informações, considerou que alcançou a redundância, assim

não é necessário realizar mais entrevistas mesmo que não tenham sido realizadas todas as entrevistas previstas inicialmente (POLIT; BECK, 2011). Sendo assim no momento em que não haviam mais informações novas sobre o cuidado ao paciente obeso na UTI decidiu-se encerrar as entrevista, totalizando um total de 20 entrevistas realizadas, conforme o quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados que trabalham em unidade de terapia intensiva de acordo com a categoria e o hospital pesquisado. Florianópolis/SC, 2018.

| Instituição | Enfermeiros | Técnicos de enfermagem |
|---|--------------------|-------------------------------|
| Hospital Universitário HU/Filial EBSEH | 6 | 6 |
| Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes | 1 | 1 |
| Instituto de Cardiologia de Santa Catarina | 2 | 2 |
| Hospital Governador Celso Ramos | 1 | 1 |
| Total | 10 | 10 |

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada (Anexo 1). A entrevista semiestruturada é usada quando os pesquisadores possuem questões amplas, e trazem alguns questionamentos básicos que oferecem grandes possibilidades de interrogativas, que surgem à medida que o entrevistado segue com sua linha de pensamento e experiências a partir do foco principal (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). Assim, a entrevista semiestruturada se torna um diálogo entre o entrevistado e o pesquisador que conforme o rumo da conversa pode realizar novas perguntas que não estavam no roteiro inicial, porém podem se tornar importantes para a compreensão do foco principal da pesquisa (FILHO; FILHO, 2015).

O roteiro incluiu dados dos profissionais, questões já estabelecidas e questões que **puderam** ser incluídas para explorar melhor o que os profissionais de enfermagem utilizam como possíveis tecnologias de cuidado, experiências, conhecimentos e práticas de cuidado de enfermagem a pessoa obesa. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital de voz e posteriormente, e transcritas na íntegra.

Os profissionais foram contatados em seus respectivos locais de atuação, para participarem do estudo, e neste momento foram agendadas as entrevistas, acordando o dia, o

horário e o local de acordo com a conveniência dos informantes. E a participação no estudo se deu com a autorização mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) utilizado no macroprojeto redes de atenção à saúde: tecnologias de cuidados a pessoa em excesso de peso e/ou obesidade da grande Florianópolis. O período de coleta de dados foi de março a julho de 2018.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise ocorreu a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2001), que busca categorizar achados para melhor interpretação no estudo. A análise de conteúdo pode ser compreendida em três fases: a pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise é a fase que consiste na organização, é um período de intuições com o objetivo é tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais. É durante essa fase que são escolhidos os documentos a serem submetidos à análise, que são formulados as hipóteses e os objetivos e elaborados os indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2011). Nesta primeira etapa todas as entrevistas foram transcritas para o computador, após foram separadas por hospital e por profissional de enfermagem.

Exploração do material é a de codificação das informações encontradas, de decomposição e enumeração, em função de regras previamente formuladas. É a fase de administração sistemática das decisões tomadas (BARDIN, 2011). Todas as transcrições foram impressas para leitura, durante a qual as partes que mais se destacavam foram grifadas com um marcador de texto. Os trechos destacados foram organizados em temas eixos os quais deram origem a duas categorias de análise intituladas Sobrecarga de trabalho ao cuidar de um paciente obeso e Infraestrutura e tecnologias para o cuidado ao paciente obeso, as falas foram digitadas no computador de acordo com cada categoria e por profissão.

A última fase é o do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a fim de tornar eles mais significativos e validos (BARDIN, 2011). O conteúdo elaborado na fase de exploração do material foi lido a fim de se buscar as evidencias para desvelar o olhar da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente obeso na unidade de terapia intensiva analisando-o à luz das produções científicas.

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

Em conformidade a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013), todos os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos devem ser apreciados, em seus aspectos éticos, pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Esta pesquisa seguiu os seguintes aspectos: princípio da autonomia, respeitando a autonomia de escolha dos informantes do estudo em participar, continuar, interromper ou desistir a qualquer momento do estudo; princípio da beneficência, potencialização dos benefícios advindos no decorrer do trabalho; princípio da não maleficência, comprometimento com o mínimo de danos possível; princípios de justiça e equidade; divulgação dos resultados alcançados, quaisquer que sejam sua natureza, representando a possibilidade de compartilhar conhecimento e submissão à crítica da comunidade científica.

Baseado nos aspectos de direito dos princípios éticos, os informantes, assim como as informações relevantes a sua participação, serão preservados e garantidos através do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE). Diante disso todos os informantes do estudo serão esclarecidos quanto aos objetivos e a importância deste estudo e se o sujeito concordar em participar da pesquisa será convidado a assinar do TCLE. Sendo disponibilizada uma cópia do documento ao participante, com o contato do pesquisador principal e demais pesquisadores, assim como a disponibilidade do mesmo para esclarecimento de dúvidas, desistência e corte dos dados por ele disponibilizados.

Os informantes foram informados que a pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e garantindo-se a indenização diante de eventuais danos decorrentes da mesma. As entrevistas podem trazer benefícios no que diz respeito a reflexão do cuidado prestado ao paciente em sobrepeso/obeso já que serão questionados sobre sua rotina de trabalho. Dúvidas de interesse dos informantes e em relação à entrevista foram sanadas. Além disso, os seus resultados podem contribuir para que haja uma melhora na oferta de serviços, tecnologias e reforçar a rede de cuidados a pessoa em sobrepeso/obesidade. Reforça-se que, poderá existir um risco de constrangimento no fornecimento de informações, caso ocorra o participante poderá ser encaminhado, se desejar aos serviços de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, porém, também existe a possibilidade de o participante não participar da entrevista ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar e ter qualquer prejuízo. Ao participante também é garantido à liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória e, se sentir lesado de alguma forma, basta entrar em contato com a pesquisadora principal por telefone ou e-mail, que lhe será dado apoio necessário. Vale destacar que durante todo o processo de pesquisa, os dados foram mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo preservada a imagem dos informantes, a confidencialidade, garantindo-se a não utilização dos dados em prejuízo de pessoas ou suas instituições de trabalho, garantindo também o respeito

aos valores culturais, morais e religiosos dos informantes. O material impresso e gravado coletado nas entrevistas foram arquivados por cinco anos nos arquivos do grupo de pesquisa Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico LAPETAC.

Este projeto faz parte de um macroprojeto intitulado Redes de atenção à saúde: tecnologias de cuidados a pessoa em excesso de peso e/ou obesidade da grande Florianópolis aprovado pelo Comitê de ética sobre o parecer número 1.631.404 (Anexo 3), de responsabilidade da Dr^a Prof.^a Luciara Fabiane Sebold, e está vinculado ao grupo de pesquisa Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico (LAPETAC).

5. RESULTADOS

Tendo em vista as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem da Resolução do CNE/CES nº 3 de 07 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001), e seguindo a normativa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2015) os resultados serão apresentados na forma de manuscrito.

5.1 MANUSCRITO: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OBESO NA TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RESUMO: Esta pesquisa objetiva conhecer como é realizado o cuidado de enfermagem pela equipe de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva. É uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo exploratória descritiva. Foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de terapia intensiva de quatro hospitais da grande Florianópolis. A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, que buscava saber como é a rotina de trabalho na unidade de terapia intensiva quando havia um paciente obeso internado. A partir da fala dos entrevistados surgiram categorias que abordavam sobre a carga de trabalho ao cuidar de paciente obeso; a dificuldade de realização de procedimentos em paciente obeso e sobre a infraestrutura e tecnologias utilizadas para o cuidado ao paciente obeso. Este estudo permitiu descobrir quais os cuidados realizados com o paciente obeso na unidade de terapia intensiva e refletir acerca das dificuldades destes profissionais realizarem esses cuidados.

Descritores: Obesidade, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A obesidade, doença complexa, não totalmente compreendida, que pode afetar de crianças a pessoas idosas e ser considerado um fator de risco para outras doenças crônicas. A obesidade é uma doença crônica, podendo ser definida como uma condição anormal ou um excesso acumulado de gordura no tecido adiposo (WHO, 2016). O Ministério da Saúde, por meio do caderno de atenção básica, expõe que a obesidade é um agravo de origem multifatorial resultante de um aumento do balanço energético levando ao acúmulo de gordura, aliado aos fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (BRASIL, 2014).

A obesidade é atualmente reconhecida como um dos mais importantes problemas de saúde pública atingindo pessoas de países desenvolvidos e que estão em desenvolvimento. Existe aproximadamente 475 milhões de adultos obesos, 1,5 bilhão de superobesos e mais de 200 milhões de crianças em idade escolar que estão acima do peso (WORLDOBESITY, 2015). No Brasil, segundo dados do IBGE de 2018, há uma população de 208,4 milhões de habitantes e segundo dados relatório divulgado até o mês de outubro de 2018 pelo Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), o país tem uma população de três milhões e sessenta e nove mil e quinhentos e quarenta habitantes adultos com sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2018).

A obesidade é um fator de risco para diversas doenças cardiovasculares, Diabetes mellitus e outras comorbidades, cuja evolução clínica desfavorável leva a necessidade destas pessoas receberem cuidados intensivos. Além das comorbidades o paciente obeso pode

necessitar de cuidados intensivos por outra razão, como para recuperação de cirurgias, como a bariátrica, e pode ser internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (GOULART et al., 2017).

Oliveira e Cavallari (2016) apontam que a obesidade pode resultar em um aumento no risco de morte para motoristas que sofrem acidentes de trânsito, assim como aumenta o risco de lesões de diferentes partes do corpo e aumenta o tempo de internação ambiente hospitalar, cujo período aumenta caso o paciente já tenha uma comorbidades associada a obesidade.

A UTI é um setor do hospital especializado em manter a vida de pacientes gravemente enfermas e que necessitam de equipamentos tecnológicos para sobreviver. Neste sentido, o cuidado de enfermagem é fundamental para a recuperação do paciente, o enfermeiro que trabalha nesse cenário de alta complexidade e com múltiplos cuidados, visa a recuperação do paciente e precisa correlacionar seu cuidado com esses equipamentos (MAGALHÃES et al., 2018; AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018).

Durante dos estudos sobre hábitos saudáveis e obesidade, foram encontrados achado que trazem que o paciente obeso internado na UTI, independente do motivo, sobrecarrega a equipe de enfermagem, pois para a realização do cuidado de enfermagem necessita de um número maior de profissionais e a obesidade é subjugada a todo ambiente da UTI, não sendo entendida como uma complicação a mais para o paciente (GOULART et al., 2017; SHEA; GAGNON, 2015).

Por esta razão, a pergunta de pesquisa é: Como é realizado o cuidado de enfermagem pela equipe de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva? Tendo como objetivo conhecer como é realizado o cuidado de enfermagem pela equipe de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva, desenvolvida em quatro instituições de saúde da grande Florianópolis, das quais duas são referência em cirurgia bariátrica. Foram convidados a participar da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham nas unidades de terapia intensiva desses hospitais, totalizando 10 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, configurando uma amostra de conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Definiram-se como critérios de inclusão estar trabalhando no mínimo 12 meses na Unidade de Terapia Intensiva de adultos e como critérios de exclusão estar afastado por férias ou por licença. Os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa

assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para preservar o anonimato dos entrevistados, foi atribuído à colocação de “profissional de enfermagem” junto a uma identificação numérica, por exemplo, “Profissional de enfermagem 1” (PE 1); “Profissional de enfermagem 2” (PE 2), e assim sucessivamente até atingir o total de participantes (PE 20).

A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2018, por meio de entrevista semi-estruturada, que investigou idade, formação, tempo de atuação no serviço, e as questões que buscavam saber como é a rotina de trabalho na UTI quando havia um paciente obeso internado, cujas respostas foram gravadas em um gravador digital. Utilizou-se o critério de saturação dos dados para encerramento da coleta de dados (POLIT; BECK, 2011). Essas entrevistas foram transcritas posteriormente e configuraram o material para análise de dados.

A análise dos dados foi a Análise de Conteúdo de Bardin (2001), que categoriza os resultados para interpretação no estudo. A pré-análise que consiste em organizar e sistematizar as ideias iniciais consistiu da transcrição das entrevistas e organização das respostas em arquivos do WORD. A segunda etapa, que é a exploração do material que consiste em codificar as informações encontradas, sendo assim as transcrições foram lidas em sua íntegra e as partes que mais se destacavam foram grifadas, e agrupadas em categorias: Na terceira e última etapa que é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que busca ter o conteúdo lido a fim de se buscar as evidências para desvelar o olhar da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente obeso na unidade de terapia intensiva analisando-o à luz das produções científicas.

Esta pesquisa faz parte de um macroprojeto intitulado Redes de atenção à saúde: tecnologias de cuidados a pessoa em excesso de peso e/ou obesidade da grande Florianópolis aprovado pelo Comitê de ética sobre o parecer número 1.631.404.

RESULTADOS

Foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem em quatro hospitais da grande Florianópolis, sendo que 10 destes são enfermeiros e 10 são técnicos de enfermagem.

Destes 20 profissionais de enfermagem entrevistados, 19 são mulheres e um é homem. A média de idade ficou em 38 anos, sendo que a profissional mais nova tem 28 anos e o profissional com mais idade tem 55 anos.

Desses profissionais, quatro possuem mestrado, um é mestre especializado em unidade de terapia intensiva e três indicaram que possuem uma pós-graduação sem especificar a modalidade.

Sobre o tempo de atuação como profissional de enfermagem a média foi de aproximadamente 11 anos, sendo que o profissional que trabalha há mais tempo na área da saúde completou 30 anos de atuação e o profissional que trabalha a menos tempo completou dois anos de atuação.

As falas dos profissionais de enfermagem foram divididas em duas categorias; Sobrecarga de trabalho ao cuidar de um paciente obeso e Infraestrutura e tecnologias para o cuidado ao paciente obeso,

I - Sobrecarga de trabalho ao cuidar de um paciente obeso

Esta categoria traz as falas dos profissionais de enfermagem que remetem ao cuidado de enfermagem, como cuidados de higiene e conforto, mudança de decúbito e sobre questão de carga de trabalho, além da realização de alguns procedimentos que são realizados pela equipe de enfermagem, apontando que alguns procedimentos podem se tornar mais difíceis para ser realizados em um paciente obeso.

Existe uma sobrecarga da equipe, por que muitas vezes o paciente é pesado, então, as vezes requer que você chame quatro pessoas por exemplo, as vezes aumenta um pouco a sobrecarga de trabalho, por conta disso, por que se não a equipe pode ter algum tipo de lesão né (PE 6).

Se a gente não tiver uma posição adequada, um manuseio adequado a nossa coluna não vai durar cerca de dez anos, as vezes a gente esquece um pouquinho nisso, e isso as vezes a gente lembra no paciente obeso, a gente lembra por que a gente sente, por que a gente sente visual, a gente olha o visual e já sente a dor antes de tocar (PE 10).

O paciente obeso é mais difícil de avaliar, não dá para movimentar ele para ver se está com escarra ou não (PE 16).

A rede venosa dele é bem mais difícil, o cuidado com a pele muda também, a gente intensifica mais o cuidado com a pele [...] É mais difícil, principalmente para chegar até o coração e demanda mais força, procura se fazer como está no protocolo, trocar a cada 3 minutos, mas as vezes a gente nem aguenta 3 minutos, já troca porque faz muito mais esforço físico – Sobre RCP (PE 1).

Tem que ter mais cuidado em relação a que seja efetiva a massagem, o tórax geralmente não é a coisa mais difícil de massagear né, seria assim mais se tivesse que manipular o paciente mesmo, tracionar ele, deitar [...] Passar uma sonda as vezes é mais difícil, vai precisar ir em mais pessoas caso precise segurar o abdome para passar uma sonda vesical (PE 5).

II – Infraestrutura e tecnologias para o cuidado ao paciente obeso

Nesta categoria apresentam-se as falas dos profissionais de enfermagem referentes ao ambiente e a sua estrutura física, equipamentos e tecnologias utilizadas na unidade de terapia intensiva quando está internado um paciente obeso. Destaca-se que mesmo com

equipamentos, o esforço físico repetitivo com o paciente obeso pode desencadear problemas osteo-musculares e muitas vezes o equipamento também não suporta o peso.

Já teve pacientes enormes aqui e a gente não tem estrutura nem de maca, nem do colchão piramidal, por que o nosso pneumático só suporta até 80 quilos 110 quilos no máximo, então o que acaba prejudicando na questão de escaras (PE 13).

Já teve paciente que precisava de tomografia e não podia ir por que a tomografia não aceitava, a tomografia é até 120 quilos e 120 quilos e qualquer uma pessoa que tenha de 1,90 m hoje já tem 120 quilos, então não comporta. A gente não tem estrutura, acho que aqui em Florianópolis não tem UTI que suporte pessoa com obesidade mórbida, mesmo não tem (PE 14).

E não adianta questionar por que isso é uma realidade que está cada vez mais comum, que a gente não vai fugir né, e doente não pode de jeito nenhum ser marginalizado por isso, por que está mais comum, e a gente sabe que não é fácil emagrecer, é fácil engordar (PE 11).

“Se morrer o paciente obeso, sempre tem que avisar também, o caixão tem que ser bem maior, isso também é um outro cuidado, por que se não as vezes a funerária vem com um caixão normal e o corpo não vai caber no caixão, até isso a gente tem que lembrar (PE 5)

DISCUSSÃO

A unidade de terapia intensiva em consequência da gravidade de seus pacientes é apontada como um setor que está mais exposto a erros e que requer uma carga de trabalho maior dos profissionais de enfermagem, necessitando assim de um dimensionamento de profissionais de enfermagem adequado para que os pacientes possam receber seus cuidados de maneira adequada e com qualidade (PADILHA et al., 2017).

A definição de carga de trabalho de enfermagem pode ser entendida como todo o trabalho que a enfermagem realiza de modo direto com os pacientes e suas funções administrativas, além de considerar a média de pacientes conforme sua dependência e tipos de cuidados que são atendidos diariamente por esses profissionais. Tendo em vista a carga de trabalho da enfermagem em horas, os efeitos de um dimensionamento inadequado do número de profissionais de enfermagem afetam exatamente na qualidade de trabalho desses profissionais, que muitas vezes precisam prestar atendimento ao um número de pacientes superior ao preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (TOFFOLETTO et al., 2018). Estes mesmos autores afirmam que a falta de profissionais pode interferir nas taxas de infecção, eventos adversos como erros na medicação, aumento no tempo de internação desses pacientes, além é claro do risco ocupacional que esses profissionais ficam expostos, como prejuízos na parte física, emocional e cognitiva.

Estudo de Goulart et al. (2017) mostra que ao utilizar a ferramenta *Nursing Activities Score* (NAS) para medir a carga de trabalho de enfermagem em UTI não houve diferença

entre o cuidado de um paciente obeso e um paciente não obeso. Nesse estudo Goulart et al. (2017) também mostram que os cuidados de higiene geraram uma pontuação mais elevada quando se tratava de paciente obeso, pois precisaram ser realizados com três ou mais profissionais. Neste sentido, os pacientes obesos não geram necessariamente um aumento na carga de trabalho relacionado a horas, mas sim um aumento no quantitativo de profissionais para cuidar de um paciente, já que são necessários mais profissionais para realizar cuidados que são considerados simples, como a mobilização no leito. O número menor de profissionais de enfermagem pode favorecer um aumento de eventos adversos (GOULART et al., 2017).

De acordo com Thompson (2017) o paciente obeso pode tornar os cuidados de enfermagem mais complexos devido as complicações que a obesidade pode causar no paciente. Por isso o enfermeiro deve realizar uma avaliação clínica que englobe os sistemas fisiológicos que podem trazer adversidades no cuidado ao paciente obeso, como uma avaliação mais detalhada do sistema pulmonar, cardiovascular e renal destes pacientes.

O cuidado com as emoções e sentimentos destes pacientes não foi citado, neste sentido podemos inferir que a sobre carga de trabalho destes profissionais acabe levando estes aspectos para segundo plano.

Os profissionais de enfermagem atuam diariamente desenvolvendo relações com os pacientes, profissionais de enfermagem do próprio setor e de outras áreas, criando uma relação multiprofissional. O desenvolvimento destas relações agregado aos cuidados de enfermagem complexos que são realizados em unidade de terapia intensiva pode levar ao adoecimento destes profissionais (REZENDE; BORGES; FROTA, 2012; MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

A síndrome de *burnout* pode ser definida como uma síndrome psicológica decorrente do estresse causado pela profissional e trabalho (MACHADO; PORTO-MARTINS, 2013). Os Sinais e sintomas que estão relacionados a esta síndrome e que podem afetar os profissionais de enfermagem são cansaço, sobrecarga no trabalho, desgaste emocional, limitada realização pessoal levando a abstenções na vida individual, profissional, familiar e social (SILVA et al., 2018).

Além de questões relacionados a síndrome de *burnout*, os trabalhadores da área da saúde, principalmente os profissionais da enfermagem podem desenvolver distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho que são provocados pelas atividades realizadas durante a atividade laboral, como levantamento de peso de pacientes com sobre peso e com obesidade, esforço físico, posturas improprias. Esses distúrbios podem ser considerados um

dos problemas que mais causam incapacidade e o afastamento desses profissionais do trabalho (LELIS et al., 2012; RIBEIRO et al., 2012).

As falas indicam que a mudança decúbito é difícil de ser realizada devido ao tamanho da cama ou pela dificuldade de mobilização, dando a ideia de que não é realizada com frequência. Esse cuidado é importante de ser realizado e quando realizado em pacientes obesos precisa de atenção extra, pois o decúbito lateral pode levar a uma oscilação dos parâmetros ventilatórios, já que em geral pessoas com obesidade apresentam uma respiração superficial. Esta respiração superficial é resultado do peso causado pela gordura peitoral durante a inspiração e a elevação do diafragma causada pela gordura abdominal, podendo levar ao fechamento das vias aéreas levando a uma diminuição do volume reserva expiratório, isso causa um aumento da frequência respiratória, aumentando o consumo de oxigênio em repouso (THOMPSON, 2017).

Outro agravo que pode ocorrer decorrente de complicações respiratórias no paciente obeso é a síndrome de hipoventilação por obesidade (SHO), também chamada de Síndrome de Pickwick. Essa síndrome não tem seu mecanismo totalmente esclarecido, porém sabe-se que a obesidade causa uma menor distinção da caixa torácica, reduzindo os volumes pulmonares, podendo levar a esse paciente a um colapso das pequenas vias respiratórias causando uma limitação do fluxo expiratório, além da resistência das vias respiratórias e da força muscular reduzida, aumentando assim o trabalho respiratório. Em função disso, desenvolve uma insuficiência no mecanismo de compensação, aumentando a frequência cardíaca resultando em hipoxemia e hipercalemia. Cuidados simples da equipe de enfermagem podem prevenir essas complicações, como elevar a cabeceira da cama e manter o paciente se possível em posição de Trendelenburg (GENTA et al., 2015). Apesar do paciente obeso ter o risco de desenvolver a síndrome de hipoventilação por obesidade e outras complicações respiratórias, cuidados ao sistema respiratório deste paciente não foram citados pelos profissionais de enfermagem, a dúvida gerada é se esses profissionais não citaram esses cuidados por não haver essas complicações nos pacientes do setor ou por desconhecerem essas complicações respiratórias.

Considerado o maior órgão, a pele é fundamental para a integridade do corpo humano protegendo nosso organismo da entrada de substâncias e microrganismos, impede a saída de fluidos corporais, protege contra lesões mecânicas, físicas, químicas e/ou biológicas, auxilia na termoregulação, entre outras funções para garantir a homeostase do organismo (GONZÁLEZ; YAMADA, 2015).

O paciente obeso devido ao acúmulo de gordura tem também um excesso de pele, e pode apresentar a perfusão sanguínea diminuída e acarretando em problemas de pele como dermatite de contato devido ao atrito, crescimento de fungos devido a umidade que permanece no local, além do desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes que ficam acamados, como é o caso do paciente na unidade de terapia intensiva (THOMPSON, 2017).

A obesidade pode ser relacionada com algumas doenças dermatológicas como *acantose nigricans*, queratose pilar, estrias distensivas e adipose dolorosa e com redistribuição de gordura. Além de causar um piora em doenças dermatológicas, por exemplo, insuficiência venosa crônica, celulite, infecções de pele, síndrome de resistência à insulina (YOSIPOVITCH; DEVORE; DAWN, 2007). Quando citado na fala dos profissionais de enfermagem a questão da pele do paciente obeso, a maioria deles comentou sobre a dificuldade de mobilizar esse paciente seja para realizar a mudança de decúbito ou para avaliar se este paciente está com lesão por pressão. Nenhum deles, porém citou a avaliação da pele do paciente, se é realizada e/ou como é realizada ou se fazem uso de alguma escala para avaliação da pele e risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Mittag et al. (2017) apontam cuidados de enfermagem que foram citados por enfermeiros que podem auxiliar na prevenção e no tratamento de lesões, quais sejam: mudança de decúbito, hidratação da pele, colchão especial, avaliação diária da pele, medidas de higiene e conforto, protegendo a pele contra umidade, massagem, aplicação da escala de Braden, proteção de proeminências ósseas. Nesta pesquisa, foram citados cuidados semelhantes ao estudo de Mittag et al. (2017), no qual os profissionais de enfermagem citaram os cuidados de mudança de decúbito mesmo sendo difícil, a colocação de um colchão piramidal, a hidratação da pele com hidratante e a manutenção da umidade na pele deste paciente.

As diretrizes de 2015 da *American Heart Association* (AHA) evidenciam aos profissionais da área da saúde as últimas recomendações para realização correta da ressuscitação cardiopulmonar. Uma das diretrizes recomenda que o profissional deva realizar as compressões torácicas de maneira efetiva em uma profundidade de duas polegadas no paciente adulto.

O profissional da área da saúde que prestar atendimento de ressuscitação cardiopulmonar em paciente obeso deve levar em consideração a fisiopatologia desse paciente que alteram suas vias aéreas, condições de acesso venoso periférico, e a profundidade das compressões torácicas que se tornam mais difíceis devido ao grande volume do corpo (DAMBAUGH; ECKLUND, 2016; SANCHES et al., 2007).

De acordo com Marques, Melo e Santos (2014) a assistência ao paciente obeso requer estrutura física e equipamentos adequados para esses pacientes, além de exigir um maior número de profissionais para realizar algum cuidado a este paciente. É necessário que o ambiente hospitalar proporcione condições mínimas para prestar assistência ao paciente obeso com qualidade, possuindo equipamentos adequados e na unidade de terapia intensiva os equipamentos que podem ser necessários e devem estar adequados para atender ao paciente obeso são respiradores volumétricos que sejam capazes de suportar elevado volume e pressão, maca do tipo Fowler, balança digital até 300 Kg, esfigmomanômetro especial, poltronas específicas para esses pacientes (BRASIL, 2005).

Neste estudo, a fala dos profissionais de enfermagem revela que a estrutura dos hospitais onde foram realizadas as entrevistas não é adequada para atender pacientes com obesidade. Quando questionados sobre o uso de alguma tecnologia para o paciente obeso, os profissionais de enfermagem falaram que não tem cadeira de rodas adequadas a esses pacientes; que sabem que existe o esfigmomanômetro adequado, mas que não sabem se tem na unidade; que as camas são maiores e algumas são especiais para o paciente obeso, porém essas camas suportam até um certo peso, assim como o colchão piramidal, que as vezes não é usado por não suportar o peso do paciente. Neste sentido, observa-se que esses setores não estão preparados para prestar assistência ao paciente obeso, apesar de dois destes hospitais serem referência no serviço de cirurgia bariátrica.

Outro cuidado que a equipe de enfermagem deve ter é questionar os locais de exames de imagens como a tomografia e a ressonância magnética se eles dispõem de equipamentos que suportem o paciente obeso (THOMPSON, 2017). Sobre a questão de exames a serem realizados no paciente obeso, poucos profissionais falaram sobre isso, mas eles relataram que sempre precisam informar ao local que o paciente é obeso para saber se eles têm condições de realizar esse exame, por exemplo, o tomógrafo de um destes hospitais não suporta realizar o exame em paciente obeso, então esse paciente precisa se deslocar para outra unidade de saúde ou cidade onde possa realizar o exame. Uma das falas que mais causaram reflexão foi a questão do óbito do paciente obeso, a necessidade de avisar ao serviço de funerária sobre a obesidade do paciente, para que não corra o risco da funerária trazer um caixão onde não caiba esse paciente, e isso gerou a dúvida se os serviços de funerária possuem caixões especiais para estes pacientes ou se até no momento de fragilidade desta família eles encontram esta dificuldade para enterrar seu ente querido.

CONCLUSÃO

A busca pela resposta de como é realizado o cuidado de enfermagem pela equipe de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva promoveu uma reflexão acerca de questões que não são normalmente abordados sobre o paciente obeso na UTI. A primeira reflexão veio a partir das primeiras falas dos profissionais de enfermagem que imediatamente ao serem questionados sobre o cuidado ao paciente obeso remeteu esses cuidados aos pacientes que estão internados no setor devido pós-operatório de cirurgia bariátrica, que é um dos tratamentos da doença. Esses profissionais tiveram a dificuldade de responder questões sobre o cuidado ao paciente obeso, independente se paciente está na UTI em pós-operatório da cirurgia bariátrica ou internado por conta de um acidente de trânsito.

A fala dos profissionais de enfermagem permitiu perceber que apesar da existência de políticas públicas voltadas para a obesidade, o paciente obeso é negligenciado em questões da estrutura física, causando problemas para realizar os cuidados de enfermagem, necessitando muitas vezes do dobro de profissionais para poder realizar um cuidado a esse paciente, deixando o trabalho da equipe de enfermagem mais cansativo como foi observado na fala destes profissionais.

Sugere-se realização de novas pesquisas sobre este tema em outras unidades hospitalares e em hospitais de outras regiões, para observar se existem semelhanças ou diferenças entre as respostas obtidas. A falta de conteúdo sobre este tema se mostra preocupante devido ao aumento da obesidade nos últimos anos, a importância de estudos que auxiliem na busca novos cuidados e tecnologias que possam permitir um cuidado com qualidade e holístico ao paciente obeso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Quenfins; FÓFANO, Gisele Aparecida. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Rev**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, pg. 191-196, 2016. Disponível:

<<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2494>>. Acesso em: 23 set. 2018.

ALVES, Everton Fernando. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. **Unopar Cient Ciênc Biol Saúde**. Paraná, p. 115-22, 2013. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/707/672>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

AHA. American Heart Association. **Destaques das diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE**. <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

AZEVEDO FILHO, Francino Machado de; RODRIGUES, Maria Cristina Soares; CIMIOTTI, Jeannie P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.217-223, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0217.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Edições 70. Reimpressão da Edição revista e atualizada. São Paulo, SP, 2011.

BRASIL. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**
Obesidade: Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. **Portaria Nº 425, de 19 de Março de 2013**: Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em: 01 set. 2018.

_____. **Portaria Sas/ms de nº Nº 390, de 06 de julho de 2005**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0390.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

_____. **Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional**. Relatório de acesso público, SISVAN. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.192-200, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

DAMBAUGH, Lori A; ECKLUND, Margaret M. Progressive Care of Obese Patients. **Critical Care Nurse**, Columbia, v. 36, n. 4, p.58-63, ago. 2016. Disponível em: <<http://ccn.aacnjournals.org/content/36/4/58.full>>. Acesso em: 01 set. 2018

FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques et al. Cuidado Humanizado ao Paciente Crítico: uma Revisão Integrativa. **Revista Saúde & Ciência Online**, Paraíba, v. 1, n. 7, p.94-101, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/513/331>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

FONSECA, Grazielle Gorete Portella; PARCIANELLO, Márcio Kist; ZAMBERLAN, Cláudia. Agentes Estressores em Unidade de Tratamento Intensivo Coronariana e o Cuidado Humanizado de Enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Minas Gerais, p.654-661, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/343/428>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em 29 ago. 2018

GENTA, Pedro Rodrigues et al. Efeitos da Obesidade no Pulmão: Asma, Apneia do sono e Hipoventilação. In: MANCINI, Marcio C (Org.). **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 302-306.

GONZÁLEZ, Carol Viviana Serna; YAMADA, Beatriz Farias Alves. Anatomia Funcional. In: YAMADA, Beatriz Farias Alves. **Pele: O manto protetor: Higiene & Hidratação**. São Paulo: Andreoli, 2015, p. 35-55.

GOULART, Luana Loppi et al. Carga de trabalho de enfermagem relacionada ao índice de massa corporal de pacientes críticos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.31-38, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739006.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

LELIS, Cheila Maíra et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 3, n. 25, p.477-482, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300025>. Acesso em 02 set. 2018.

MACHADO, Pedro Guilherme Basso; PORTO-MARTINS, Paulo Cesar. Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. **Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 13, p.35-44, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/83/83>>. Acesso em: 23 set. 2018.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, p.1-9. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/84232/48586>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

KOTZ, Marlize et al. Tecnologias, Humanização e o Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: uma Revisão Bibliográfica. **Revista Uningá Review**, Paraná, v. 3, n. 18, p.50-55, jun. 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1512/1127>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

MARQUES, Emilly Souza; MELO, Géssyca Cavalcante de; SANTOS, Regina Maria dos. O significado de cuidar do paciente obeso para um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v. 1, n. 16, p.151-160, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a18.pdf>>. Acesso em 23 set. 2018.

MENEGHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. Fatores Ocupacionais Associados aos Componentes da Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 20, p.225-233, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2>>. Acesso em: 23 set. 2018.

MITTAG, Barbara Franco et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Estima**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.19-25, jan. 2017. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447/pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

OLIVEIRA, Dalmo Claro; CAVALLARI, Maria Luiza. Lesões e eventual mortalidade no trânsito envolvendo condutores e passageiros obesos: uma revisão sistemática. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 2, n. 21, p.52-56, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/sej/article/view/133994/129815>>. Acesso em: 16 ago. 2018

PADILHA, Katia Grillo et al. Carga de Trabalho de Enfermagem, Estresse/Burnout, Satisfação e Incidentes em Unidade de Terapia Intensiva de Trauma. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 3, n. 26, p.1-8, set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1720016.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

POPPER, María Cecilia Santos. O impacto da incorporação das novas tecnologias na assistência de enfermagem. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana (Ed.). **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas integrativas**. Barueri: Manole, 2017, p. 9-20.

REZENDE, Roseli; BORGES, Najla Moreira Amaral; FROTA, Oleci Pereira. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Com. Ciências Saúde**, Paraíba, v. 3, n. 23, p.243-252, jan. 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a6_sindrome_burnout_absenteismo.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

RIBEIRO, Natália Fonseca et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 2, n. 15, p.429-438, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200020>. Acesso em: 25 set. 2018.

SANCHES, Giselle Domingues et al. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 205-209, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

SHEA, Jacqueline Marie; GAGNON, Marilou. Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit: A Study of Nurses' Experiences. **Advances In Nursing Science**, Estados Unidos, v. 38, n. 3, p.17-37, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26061972>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

SILVA, Graziela de Souza Alves da et al. Estresse e Burnout em Profissionais de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva. **Rev. Cient. Sena Aires**, Goiás, v. 1, n. 7, p.5-11, jun. 2018. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/297/207>>. Acesso em: 23 set. 2018

THOMPSON, Carol. Paciente obeso mórbido. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana (Ed.). **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas integrativas**. Barueri: Manole, 2017, p. 936-946.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al. Comparação entre Gravidade do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem antes e após a Ocorrência de Eventos Adversos em Idosos em Cuidados Críticos. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianopolis, v. 27, n. 1, p.1-11, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000100323&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 set. 2018.

TORRE, Mariana. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. Barueri: Manole, 2017, p. 936-946.

WHO. World Health Organization. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Geneva, 2000. 268 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf?ua=1&a=1>. Acesso em: 15 ago. 2018.

WORLD OBESITY FEDERATION. **About Obesity**. Inglaterra, 2015. Disponível em: <<http://www.worldobesity.org/>>. Acesso em 16 ago. 2018.

YOSIPOVITCH, Gil; DEVORE, Amy; DAWN, Aerlyn. Obesity and the skin: Skin physiology and skin manifestations of obesity. **J Am Acad Dermatol**, Illinois, v. 6, n. 56, p.901-916, jun. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17504714>>. Acesso em: 25 set. 2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi conhecer como é realizado o cuidado de enfermagem pela equipe de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva, por meio da pergunta aos profissionais de enfermagem: como é realizado o cuidado de enfermagem pela equipe de enfermagem para o paciente obeso na unidade de terapia intensiva. Considera-se que o objetivo foi alcançado. Os resultados trouxeram muito a questão da sobre carga física que este paciente gera ao profissional de enfermagem, que não vai conseguir realizar o cuidado sozinho com este paciente, será necessário o auxílio de outros profissionais, pouco se falou sobre a avaliação deste paciente e a importância dela na unidade de terapia intensiva.

As limitações deste estudo se deram inicialmente acerca da pesquisa sobre este tema, poucos foram os achados científicos e atualizados que traziam informações sobre o cuidado ao paciente obeso na unidade de terapia intensiva. Ocorreu durante esse estudo um raciocínio clínico para poder trazer uma fundamentação adequada sobre o paciente obeso e quais as complicações que ele poderia desenvolver durante o período de internação, para estabelecer um paralelo e revelar o quanto a obesidade não é percebida como uma doença crônica não transmissível. Inclusive para a discussão deste estudo houve a dificuldade de encontrar evidências sobre os cuidados a serem realizados a esse paciente na unidade de terapia intensiva.

Para futuras pesquisas esse instrumento poderia ser transformado em um questionário estruturado, buscando informações diretas sobre determinados procedimentos que ocorrem nesse setor.

Recomenda-se novos estudos sobre esta temática devido ao crescente aumento de pessoas obesas que em algum momento da sua vida precisaram de atendimento hospitalar independente de ser em unidade de terapia intensiva ou em unidades de internação.

REFERÊNCIAS

- AHA. American Heart Association. **Destaques das diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE**. <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.
- ALMEIDA, Quenfins; FÓFANO, Gisele Aparecida. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Rev**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, pg. 191-196, 2016. Disponível: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2494>>. Acesso em: 23 set. 2018.
- ALVES, Everton Fernando. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. **Unopar Cient Ciênc Biol Saúde**. Paraná, p. 115-22, 2013. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/707/672>>. Acesso em: 29 ago. 2018.
- AMANTE, Lúcia Nazareth et al. **Cuidado de Enfermagem no Período Perioperatório: Intervenções para a prática**. Curitiba: Editora Crv, 2015.
- AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.54-64, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007>. Acesso em: 06 fev. 2018
- ANGELUCCI, Adriana P; MANCINI, Marcio C. Fisiopatologia da obesidade e da ciclicidade do peso. In: MANCINI, Marcio C et al (Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 40-51
- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade. 2016/ABESO**. 4. ed. São Paulo. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- AZEVEDO, Edjane Guerra de. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. Goiânia: Ab Editora, 2009.
- AZEVEDO FILHO, Francino Machado de; RODRIGUES, Maria Cristina Soares; CIMIOTTI, Jeannie P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.217-223, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0217.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho; SASSO, Grace Teresinha Marcon dal. Tecnologia Móvel à Beira do Leito: Processo de Enfermagem Informatizado em Terapia Intensiva a partir da Cipe

1.0®. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p.54-63, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a06>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Edições 70. Reimpressão da Edição revista e atualizada. São Paulo, SP, 2011.

BARROSO, Taianah Almeida et al. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. **International Journal Of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 30, p.416-424, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n5/pt_2359-4802-ijcs-30-05-0416.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

BRASIL. **Portaria Sas/ms de nº N° 390, de 06 de julho de 2005**. Disponível em: <<http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/obesidade/obesidade/portaria-sas-ms-no-390-de-06-de-julho-de-2005.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 01 out. 2017.

_____. **Portaria Nº 425, de 19 de Março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em: 01 out. 2017.

_____. **Portaria nº 492, de 30 de abril de 2013**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0492_30_04_2013.html>. Acesso em: 01 out. 2017.

_____. **Resolução Cofen 543/2017**: Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, maio 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 01 out. 2017.

_____. **Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional. SISVAN**. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

_____. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade: Cadernos de Atenção Básica**, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. O Saber e a Tecnologia: Mitos de um Centro de Tratamento Intensivo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.131-136, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10505.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

BERTI, Luiz Vicente et al. Princípios básicos do tratamento: Seção A. Indicações e Objetivos. In: MANCICI, Marcio C (Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 579-581.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.192-200, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

CAMPONOGARA, Silviomar et al. O Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: uma Revisão Bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p.124-132, abr. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237/1520>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

CARVALHO, Emilia Campos de; KUSUMOTA, Luciana. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.554-557, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/22.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

CERVO, Amado L; BERVIAN, Pedro A; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007. 162 p.

CHEHUEN NETO, José Antônio (Org.). **Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação**. Curitiba: Editora Crv, 2012. 303 p.

COHEN, Ricardo; CARAVATTO, Pedro Paulo de Paris; PETRY, Tarissa Z. Princípios básicos do tratamento: Seção C. Gastrectomia Vertical Laparoscópica. In: MANCICI, Marcio C (Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 584-589.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 06 de fev. 2018.

DAMBAUGH, Lori A; ECKLUND, Margaret M. Progressive Care of Obese Patients. **Critical Care Nurse**, Columbia, v. 36, n. 4, p.58-63, ago. 2016. Disponível em: <<http://ccn.aacnjournals.org/content/36/4/58.full>>. Acesso em: 10 set. 2017

DOENGES, Marilynn E; MOORHOUSE, Maty Frances; MURR, Alice C. **Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções/ Prioridades/ Fundamentos**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 725 p.

ECHER, Isabel Cristina. A Revisão de Literatura na Construção do Trabalho Científico. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 2, n. 22, p.5-20, jul. 2001. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4365/2324>>.
Acesso em: 07 out. 2017

ELSE, Tobias; HAMMER, Gary D. Distúrbios do Hipotálamo e da Hipófise. In: HAMMER, Gary D.; MCPHEE, Stephen J. **Fisiopatologia da doença**. 7. ed. Porto Alegre: Amgh, 2016, p. 545-570.

FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques et al. Cuidado Humanizado ao Paciente Crítico: uma Revisão Integrativa. **Revista Saúde & Ciência Online**, Paraíba, v. 1, n. 7, p.94-101, mar. 2018. Disponível em:
<<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/513/331>>.
Acesso em: 29 ago. 2018.

FILHO, Milton Cordeiro Farias; FILHO, Emílio José Monteiro Arruda. **Planejamento da Pesquisa Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

FONSECA, Cláudia Maria Barboza Machado; SANTOS, Mônica Loureiro dos. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.699-708, 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/20.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

FONSECA, Grazielle Gorete Portella; PARCIANELLO, Márcio Kist; ZAMBERLAN, Cláudia. Agentes Estressores em Unidade de Tratamento Intensivo Coronariana e o Cuidado Humanizado de Enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Minas Gerais, p.654-661, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/343/428>>.
Acesso em: 29 ago. 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em:
<<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em 29 ago. 2018

GENTA, Pedro Rodrigues et al. Efeitos da Obesidade no Pulmão: Asma, Apneia do sono e Hipoventilação. In: MANCINI, Marcio C (Org.). **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 302-306.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. Disponível em:
<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017

GONZÁLEZ, Carol Viviana Serna; YAMADA, Beatriz Farias Alves. Anatomia Funcional. In: YAMADA, Beatriz Farias Alves. **Pele: O manto protetor: Higiene & Hidratação**. São Paulo: Andreoli, 2015, p. 35-55.

GOULART, Luana Loppi et al. Carga de trabalho de enfermagem relacionada ao índice de massa corporal de pacientes críticos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.31-38, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739006.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Epu, 1979.

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES.

Histórico. Disponível em:

<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3353&Itemid=522>. Acesso em: 22 out. 2017.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO.

Apresentação. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12>. Acesso em: 22 out. 2017.

INOUE, Kelly Cristina et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p.209-214, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a10v61n2.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA. **Histórico.** Disponível em:

<http://icsc.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>. Acesso em: 22 out. 2017.

JERONIMO, Rosangela A. Sala (Org.). **Técnicas de UTI**. 2. ed. São Paulo: Rideel, 2011.

KOTZ, Marlize et al. Tecnologias, Humanização e o Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: uma Revisão Bibliográfica. **Uningá Review**, Paraná, v. 18, n. 3, p.50-55, jun. 2014. Disponível em:

<https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140602_093246.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018

LELIS, Cheila Maíra et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 3, n. 25, p.477-482, jan. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300025>. Acesso em 02 set. 2018.

MACHADO, Pedro Guilherme Basso; PORTO-MARTINS, Paulo Cesar. Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. **Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 13, p.35-44, jan. 2013. Disponível em:

<<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/83/83>>. Acesso em: 23 set. 2018.

MAESTRI, Eleine et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p.75-81, fev. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a10.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, p.1-9. 2018. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/84232/48586>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MANCINI, Marcio C. Obesidade e doenças associadas. In: MANCINI, Marcio C.

(Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 252-262.

MARQUES, Emilly Souza; MELO, Géssyca Cavalcante de; SANTOS, Regina Maria dos. O significado de cuidar do paciente obeso para um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf, Goiás**, v. 1, n. 16, p.151-160, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a18.pdf>>. Acesso em 23 set. 2018.

MARQUES, Soraia Matilde et al. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 12, p.469-476, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/conteudo/5>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

MASSAROLI, Rodrigo et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.252-258, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1277/127739655008/>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MARCHESINI, João B (Org.). Consenso Bariátrico. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica**, Paraná, p.1-17, jan. 2006.

MARCHESINI, João Batista; MARCHESINI, João Caetano Dallegrave. Princípios básicos do tratamento: Seção E. Derivações Biliopancreáticas. In: MANCICI, Marcio C (Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 594-598.

MENEGHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. Fatores Ocupacionais Associados aos Componentes da Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 20, p.225-233, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2>>. Acesso em: 23 set. 2018.
MENDONÇA, Rejane Teixeira. **Obesidade infantil e na adolescência**. São Paulo: Rideel, 2014.

MERHY, Emerson; CHAKKOUR, Mauricio. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 113-150.

MINAYO, Maria Cecília Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MITTAG, Barbara Franco et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Estima**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.19-25, jan. 2017. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447/pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

MOOCK, Marcelo et al. O impacto da obesidade no tratamento intensivo de adultos. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 2, n. 22, p.133-137, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200006>. Acesso em: 18 mar. 2017.

MOORE, Jessie. Alterações do estado nutricional. In: GROSSMAN, Sheila C.; PORTH, Carol Mattson (Org.). **Fisiopatologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 1264-1284.

MORTON, Patricia Gonce; FONTAINE, Dorrie K. **Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORTON, Patricia Gonce; FONTAINE, Dorrie K. **Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem: uma abordagem holística**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2018.

OLIVEIRA, Ana Paula Cândido et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 601-612, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3992/3146>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

OLIVEIRA, Dalmo Claro; CAVALLARI, Maria Luiza. Lesões e eventual mortalidade no trânsito envolvendo condutores e passageiros obesos: uma revisão sistemática. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 2, n. 21, p.52-56, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/sej/article/view/133994/129815>>. Acesso em: 16 ago. 2018

OLIVEIRA, Elias Barbosa; LISBOA, Marcia Tereza Luz. The impact of noise for the nursing workers health and the work process. **Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1237>>. Acesso em: 08 fev. 2018

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **BlackBook: Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

PADILHA, Katia Grillo et al. Carga de Trabalho de Enfermagem, Estresse/Burnout, Satisfação e Incidentes em Unidade de Terapia Intensiva de Trauma. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 3, n. 26, p.1-8, set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1720016.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

PAJECKI, Denis. Princípios básicos do tratamento: Seção B | Banda Gástrica. In: MANCICI, Marcio C (Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 582-583.

PAJECKI, Denis; GARMS, Allan; CORREA, Eduardo de Barros. Princípios básicos do tratamento: Seção D. Derivação Gastrojejunal em Y-de-Roux com e sem Anel. In: MANCICI, Marcio C (Org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 590-593.

PASSOS, Silvia da Silva Santos et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.368-374, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a13.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

POPPER, María Cecilia Santos. O impacto da incorporação das novas tecnologias na assistência de enfermagem. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana (Ed.). **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas integrativas**. Barueri: Manole, 2017, p. 9-20.

REIS, Camila Calhau Andrade; SENA, Edite Lago da Silva; FERNANDES, Marcos Henrique. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.4212-4222, jun. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3983/pdf_1860>. Acesso em: 08 fev. 2018.

REZENDE, Roseli; BORGES, Najla Moreira Amaral; FROTA, Oleci Pereira. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Com. Ciências Saúde**, Paraíba, v. 3, n. 23, p.243-252, jan. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a6_sindrome_burnout_absenteismo.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

RIBEIRO, Natália Fonseca et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 2, n. 15, p.429-438, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200020>. Acesso em: 25 set. 2018.

SANCHES, Giselle Domingues et al. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 205-209, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

SHEA, Jacqueline Marie; GAGNON, Marilou. Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit: A Study of Nurses' Experiences. **Advances In Nursing Science**, Estados Unidos, v. 38, n. 3, p.17-37, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26061972>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

SILVA, Fernanda Duarte da et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.719-727, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/11.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SILVA, Graziela de Souza Alves da et al. Estresse e Burnout em Profissionais de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva. **Rev. Cient. Sena Aires**, Goiás, v. 1, n. 7, p.5-11, jun. 2018. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/297/207>>. Acesso em: 23 set. 2018

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações Sociais dos Enfermeiros sobre a Tecnologia no Ambiente da Terapia Intensiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p.489-97, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a12v18n3>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1403-1411, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a18.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da. O Significado da Tecnologia na Assistência de Enfermagem em Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca. **Revista Rev Socerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.210-218, ago. 2009. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2009_v22_n04_02rcarlos.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SMELTZER, Suzanne C et al (Org.). Cuidados aos Pacientes com distúrbios gástricos e duodenais. In: SMELTZER, Suzanne C. et al (Org.). **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 1048-1070.

SOUZA, Luciana Lopes de; GUEDES, Erica Paniago; BENCHIMOL, Alexander Koglin. Definições Antropométricas da obesidade. In: MANCICI, Marcio C. **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 4-9.

STEIN-PARBURY, Jane; MCKINLEY, Sharon. Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. **Am J Crit Care**, Columbia, v. 9, n. 1, p.20-27, jan. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10631387>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 298 p.

THOMPSON, Carol. Paciente obeso mórbido. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana (Ed.). **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas integrativas**. Barueri: Manole, 2017, p. 936-946.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al. Comparação entre Gravidade do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem antes e após a Ocorrência de Eventos Adversos em Idosos em Cuidados Críticos. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p.1-11, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000100323&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 set. 2018.

TORRE, Mariana. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. Barueri: Manole, 2017, p. 936-946.

VEDOOTTO, Denise de Oliveira; SILVA, Rosângela Marion da. Humanização com o familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, dez. 2010. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.3135/html>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas e vivencias**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; NOVAIS, Poliana Oliveira; OLIVEIRA JÚNIOR, Nilvan de. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 5, p.132-140, dez. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10966/8206t>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

WHO. World Health Organization. **Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic**. Geneva, 2000. 268 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 31 ago. 2017.

WORLD OBESITY FEDERATION. **About Obesity**. Inglaterra, 2015. Disponível em: <<http://www.worldobesity.org/>>. Acesso em 16 ago. 2018.

YOSIPOVITCH, Gil; DEVORE, Amy; DAWN, Aerlyn. Obesity and the skin: Skin physiology and skin manifestations of obesity. **J Am Acad Dermatol**, Illinois, v. 6, n. 56, p.901-916, jun. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17504714>>. Acesso em: 25 set. 2018.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO COM OS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM**

Dados de Identificação:

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Cargo: _____
4. Formação: _____
5. E-mail: _____
6. Telefones de contato: _____
7. Tempo de atuação no serviço: _____
8. Descreva como é sua rotina de trabalho diário.
9. Descreva sua rotina de trabalho quando tem uma pessoa obesa para cuidar

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos convidamos a Sr.(a) a participar da pesquisa intitulada: “REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TECNOLOGIAS DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E/OU OBESIDADE NA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SANTA CATARINA”. Esta pesquisa está sendo realizada por pesquisadores do Laboratório de Pesquisa em Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico (LAPETAC) da Universidade Federal de Santa Catarina. Está sob a coordenação da Prof^a Dr^a. Luciara Fabiane Sebold ¹. Tem como objetivo: Investigar a Rede de Atenção à Saúde às Doenças Crônicas na linha de cuidado da organização, prevenção e tratamento do sobrepeso/obesidade e, as tecnologias de cuidado utilizadas pelos profissionais da enfermagem da Grande Florianópolis. Através deste estudo pretende-se evidenciar a rede de cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade, assim, buscando junto com a equipe de enfermagem, as possibilidades de assistência. Por isso sua contribuição é de fundamental importância. Sua participação consistirá em responder alguns questionamentos acerca de seu cuidado com as pessoas em sobrepeso e/ou obesidade no cotidiano do trabalho. Ressalta-se que em nenhuma hipótese seu nome será divulgado, preservando assim o anonimato, bem como garantimos o sigilo das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo recusar-se em qualquer momento de não participar do estudo não tendo com isso nenhum prejuízo. A pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e, comprovadamente exista, garantimos ressarcimento financeiro, bem como, diante de eventuais danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa garantimos indenização. Prevemos risco de constrangimento no fornecimento de informações, mas estaremos disponíveis para lhe confortar e parar os questionamentos até sua afirmativa para continuidade, porém, existe ainda a possibilidade do (a) senhor (a) não participar ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar. O Senhor (a) terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória. Se o Senhor (a) se sentir lesado de

¹ Prof^a Dr^a Luciara Fabiane Sebold. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. End. Rua das Roseiras, 685. São José. Santa Catarina. CEP: 88108-460. Fone: (48) 88369036.

alguma forma podemos tentar resolver seus desacordos, disponibilizando apoio caso achar necessário.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados em literatura científica. O presente documento será assinado em duas vias, uma ficara à guarda da pesquisadora e a outra deverá ser guardada pelo Senhor (a). Caso tenha qualquer dúvida pode entrar em contato com a pesquisadora coordenadora da Pesquisa Dr^a Luciara Fabiane Sebold. (RG 3085604 SSP/SC e CPF 983.993.739-15). Fone: (48) 988369036/ 37213436. E-mail: Fabiane.sebold@ufsc.br – Endereço: Rua das Roseiras, 685. Roçado – São José/SC – CEP – 88108460, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite. O senhor (a) também poderá entrar em contato com as seguintes pesquisadoras Dr^a Lúcia Nazareth Amante (RG 839.298 SSP/SC e CPF 432.410.189-20). Fone: (48) 999115466/ 37213420. E-mail: lucia.amante@ufsc.br – Endereço: Rua Des. Pedro Silva, 3162/210 Coqueiros– CEP – 88080-701, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite. Juliana Simas Justino (RG 5.623.716 SSP/SC e CPF 077.944.859-67). Fone: (48) 988047430/ 33647059. E-mail: jusimasj14@gmail.com – Endereço: Rua Walter Richter 192 José Mendes – CEP – 88021-050, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite.

O Senhor (a) também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina que avaliou e liberou o desenvolvimento deste estudo, através do endereço Prédio Reitoria II - R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094. Email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Registramos que este estudo segue as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil – Resolução 466/2012.

Nº do Parecer CEP: 1.631.404

ANEXO C - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE**

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar como participante da pesquisa “REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TECNOLOGIAS DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E/OU OBESIDADE NA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SANTA CATARINA”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Declaro ainda, que tenho conhecimento do apoio que deve ser prestado pelas pesquisadoras, caso eu tenha necessidades físicas, mentais ou emocionais. Autorizo uso de gravador para o registro da entrevista, registro fotográfico e autorizo a divulgação das imagens registradas, caso seja necessário e desde que seja mantido meu anonimato.

Florianópolis, ____ de _____ de 2017.

CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TECNOLOGIAS DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E/OU OBESIDADE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Luciana Fabiane Sebold

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51516115.8.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.631.404

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Luciana Fabiane Sebold, do departamento em Enfermagem. Estudo prospectivo, com 150 (50 gestores e 100 outros profissionais) participantes. Critérios de inclusão: gestores e outros profissionais do sistema de saúde de 3 municípios da Grande Florianópolis. Critérios de exclusão: aqueles que não quiserem participar. Intervenções: serão realizadas consultas a bancos de dados públicos (DATASUS) e entrevistas semi-estruturadas com os participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a Rede de Atenção à Saúde às Doenças Crônicas na linha de cuidado da organização, prevenção e tratamento do sobrepeso/obesidade e, as tecnologias de cuidado utilizadas pelos profissionais da enfermagem da Grande Florianópolis. **Objetivo Secundário:** 1. Realizar revisão integrativa sobre a tecnologia de cuidado de enfermagem com pessoas em sobrepeso/obesidade; 2. Mapear e analisar como está estruturada a Rede de Atenção à Saúde às Doenças Crônicas na linha de cuidado da organização, prevenção e tratamento do sobrepeso/obesidade de acordo com os componentes da rede de atenção; 3. Analisar os modos de cuidar dos profissionais da enfermagem e as tecnologias de cuidado utilizadas nos diferentes cenários de cuidado: atenção básica, média e alta complexidade, serviço móvel de urgência, unidades de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.831.404

pronto atendimento, da pessoa em sobrepeso e /ou obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A análise de riscos está razoavelmente adequada, apesar de não informar o participante da possibilidade de quebra de sigilo. A explicitação dessa possibilidade, apesar de não estar especificamente regulamentada na legislação, além de constituir um alerta ao participante sobre uma possibilidade real e eventualmente fora do controle dos pesquisadores (um computador furtado, por exemplo), seria uma proteção adicional aos próprios pesquisadores em caso de danos decorrentes de um evento como esse.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo chefe do departamento ao qual o pesquisador responsável está vinculado. Declaração dos responsáveis legais pelas secretarias de saúde dos municípios e dos hospitais envolvidos na pesquisa, autorizando-a nos termos da resolução 466/12. Cronograma, informando que a coleta de dados se dará a partir de janeiro de 2017. Orçamento, informando que as despesas de R\$ 3.500,00 serão custeadas por financiamento próprio. Roteiros das entrevistas a serem feitas com os participantes. TCLEs para os participantes, que atende às exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_560416.pdf | 24/08/2016 17:15:48 | | Aceito |
| Outros | Cartaresposta.docx | 24/08/2016 17:15:11 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | PrefeituraFpolis.pdf | 24/08/2016 17:11:18 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.631.404

| | | | | |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|--------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | PrefeiSaoJose.pdf | 24/06/2016 17:11:05 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | PrefeiPalho.pdf | 24/06/2016 17:10:53 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | HospitalIC.pdf | 24/06/2016 17:10:42 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | HospitalHU.pdf | 24/06/2016 17:10:31 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | HospitalHRSJ.pdf | 24/06/2016 17:09:58 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | HGCR.pdf | 24/06/2016 17:09:47 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto.pdf | 24/06/2016 17:04:12 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto030616.pdf | 03/06/2016 11:18:09 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEprofissionais.docx | 03/06/2016 10:35:32 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEgestores.docx | 03/06/2016 10:35:14 | Luciara Fabiane Sebold | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 08 de Julho de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **O olhar da equipe de enfermagem sobre o cuidado do paciente obeso em unidade de terapia intensiva**, da estudante **Juliana Simas Justino**, atendeu aos requisitos da disciplina INT 5182, com o cumprimento das etapas indicadas pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destacando todo o empenho, compromisso, dedicação e responsabilidade da referida estudante.

O projeto de pesquisa foi elaborado dentro das linhas de pesquisa do Laboratório de Pesquisa e Tecnologias para o Cuidado de Saúde no Ambiente Médico-Cirúrgico (*LAPETAC/UFSC*), evidenciando um tema que constitui objeto de estudo, qual seja conhecer como a equipe de enfermagem cuida do paciente obeso na unidade de terapia intensiva. Os resultados da pesquisa mostram que existe sobrecarga física da equipe de enfermagem gerada pelo cuidado realizado junto ao paciente obeso, cuja condição não é reconhecida como doença, mas que requer avaliação clínica a qual foi pouco mencionada.

O artigo elaborado tem sustentação teórica, demonstrando o compromisso com a construção do conhecimento, análise crítica e aproximação com o método científico. Neste sentido, está indicado para publicação. Há que se enfatizar a postura ética, reflexiva e espírito crítico que geram a conclusão de um trabalho de ótima qualidade.

Florianópolis, 19 de novembro de 2018.


Prof Dra Lúcia Nazareth Amante