



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

MAGNA CRISTINA DE OLIVEIRA

**PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ABORDAGEM DE
ENFERMAGEM**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

MAGNA CRISTINA DE OLIVEIRA

**PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ABORDAGEM DE
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior "Presidente Tancredo de Almeida Neves" - IPTAN, como requisito parcial para obtenção de Título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Professora Esp. Kenia Mirelle Resende e co-orientação da Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli.

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

MAGNA CRISTINA DE OLIVEIRA

**PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ABORDAGEM DE
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior "Presidente Tancredo de Almeida Neves" - IPTAN, como requisito parcial para obtenção de Título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Professora Esp. Kenia Mirelle Resende e co-orientação da Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli.

Msc. Alice Conceição Christófar

Professora Esp. Juliana Cristina Souza Santos

Dedico este trabalho a Deus, agradecendo por iluminar meu caminho durante esta jornada de 5 anos. Obrigada, pela força, fê e coragem a mim concedidas.

“O conhecimento nos faz responsáveis”. (Che Guevara)

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e fé para chegar até aqui, obrigado senhor!

Aos meus pais por todo amor, dedicação e por todos os aprendizados durante a vida, que foram fundamentais para me tornar quem eu sou e por mais essa vitória. Amo vocês!

À minha tia Marlene, sem ela eu não teria conseguido realizar meu sonho de ser enfermeira.

Ao Philipe Cipriani, um namorado maravilhoso, por toda a paciência, incentivo e apoio, pois sem isso seria muito difícil terminar mais essa jornada. Te amo!

À todos os meus amigos, que me ensinaram e ensinam muito, pois com eles pude compartilhar muitos momentos de choros e de risos.

Em especial a minha amiga Camila Campos que com seu desempenho e dedicação muito me ajudou, Valeu amiga!!!

À minha orientadora, que me acompanha desde o início da graduação, acreditando em mim, e neste estudo, assumiu comigo essa responsabilidade.

À professora Ana Cláudia por toda a ajuda, compreensão, paciência, apoio e dedicação.

À todos os mestres por todo aprendizado ao longo desses anos.

A realização deste estudo é o resultado da colaboração e o apoio de inúmeras pessoas que contribuíram de alguma forma para sua concretização. À todos, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. OBESIDADE: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS	13
1.1 Definindo Obesidade.....	13
1.2 Diagnóstico	14
1.3 Causas e consequências da obesidade.....	16
1.4 Tratamento	18
2. A CIRURGIA BARIÁTRICA: UM TRATAMENTO PARA A OBESIDADE	20
2.1 Cirurgia Bariátrica.....	20
2.2.1 Cirurgia Bariátrica: Tipos	22
2.2.2 O Pré-Operatório da Cirurgia Bariátrica	27
2.2.3 O Pós-Operatório da Cirurgia Bariátrica	28
3. PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA: ABORDAGEM DE ENFERMAGEM.....	29
3.1 A importância dos nutrientes e vitaminas	29
3.2 Papel do enfermeiro diante do paciente que realizou cirurgia bariátrica	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Alimentos fáceis de consumir	14
FIGURA 2 – Alimentação balanceada e atividade física	19
FIGURA 3 – Técnica de Bandagem Gástrica.....	23
FIGURA 4 – Balão Intragástrico	24
FIGURA 5 – Técnica de Roux Y	25
FIGURA 6 – Técnica de Scopinaro	26
FIGURA 7 – Bypass Gastrico em Y Roux BGYR e suas principais alterações metabólicas e locais de absorção de nutrientes	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Categoria de peso e IMC	15
TABELA 2 – Classificação e técnica de cirurgias restritivas e mistas	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

BGA – Banda Gástrica Ajustável

BIG – Balão Intragástrico

GV – Gastroplastia Vertical

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica Metabólica

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica e grave, de grande preocupação para a saúde pública. São vários os fatores que podem desencadear o aumento de peso em um indivíduo. Algumas pessoas podem apresentar dificuldades para manter um peso ideal e ter uma vida saudável. Portanto, o tratamento para a obesidade é fundamental e existem vários métodos que têm por objetivo a perda de peso. Um tipo de tratamento que vem sendo muito procurado é a cirurgia bariátrica, um procedimento baseado em evidências científicas e teóricas, que tem por objetivo auxiliar na perda de peso de forma mais fácil e rápida. Contudo, este tipo de cirurgia acarreta uma mudança brusca na vida do paciente, deste modo, além das alterações físicas, ele pode apresentar alterações psicológicas e nutricionais, o que pode desencadear algumas complicações. Diante desse contexto, objetiva-se com este estudo oferecer aos leitores um conhecimento sobre a importância do papel do enfermeiro no período perioperatório da cirurgia bariátrica, enfatizando o pós-operatório. Desta forma, foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico baseada em literatura específica, artigos e manuais referentes ao tema. Ao fim deste estudo, percebeu-se que esse tipo de cirurgia é um tratamento eficaz, mas que requer muita disciplina por parte do paciente e um acompanhamento rigoroso no pós-operatório. Assim, a partir disso, é possível obter sucesso no tratamento, bem como viver de forma saudável.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Enfermeiro; Pós-Operatório.

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é um método muito procurado e utilizado para o tratamento da obesidade, que é uma doença crônica, considerada um grave problema de saúde pública, pois desencadeia complicações à saúde. É um procedimento muito eficaz, pois promove uma perda de peso importante, contribuindo significativamente também para o tratamento de doenças causadas pela obesidade.

O sucesso da cirurgia bariátrica depende muito da adesão do paciente ao tratamento no pós-operatório, pois, complicações podem acontecer. Portanto, antes do procedimento cirúrgico, o paciente e a família devem estar cientes da mudança brusca que esse tipo de cirurgia causa na vida de um indivíduo. O acompanhamento no pós-operatório é essencial para prevenir as complicações e o enfermeiro, que convive a maior parte do tempo com o paciente, possui um papel fundamental, não apenas neste momento, como em todo período perioperatório.

Este estudo tem por objetivo oferecer aos leitores um conhecimento sobre a cirurgia bariátrica e as mudanças ocorridas após este tratamento, enfatizando a importância do acompanhamento do enfermeiro para o sucesso da cirurgia. Pretende-se elucidar sobre os tipos de cirurgias bariátricas, bem como a importância do acompanhamento nutricional e das complicações que podem surgir no pós-operatório. Além disso, objetiva-se proporcionar um conhecimento sobre o papel do enfermeiro durante o período perioperatório, enfatizando a importância deste profissional no pós-operatório.

A escolha do referido tema surgiu pela necessidade de demonstrar a importância do tratamento da obesidade, visto que, é uma doença grave, que pode acarretar várias complicações na vida de um indivíduo, merecendo uma atenção especial. Merecendo uma atenção especial, uma vez que a cirurgia bariátrica é um método de tratamento muito procurado por pacientes obesos.

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema. Segundo a Resolução 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Para melhor compreensão do tema, o presente estudo foi dividido em três capítulos, a saber: o primeiro capítulo traz breves considerações sobre a obesidade, bem como suas causas e consequências. O segundo capítulo aborda os tipos de tratamento para a obesidade,

ênfatizando a cirurgia bariátrica. E por fim, o terceiro capítulo trata da abordagem de enfermagem no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

1. OBESIDADE: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

A obesidade é o distúrbio nutricional da atualidade, sendo uma grande preocupação para a saúde pública, tendo como característica principal, o aumento do tecido adiposo e o ganho de peso. Esse acúmulo excessivo de tecido adiposo é prejudicial à saúde, pois desencadeia consequências em várias fases da vida.

1.1 Definindo obesidade

Considerada como um agravante para a saúde pública em todos os países, a obesidade é uma doença de característica crônica, que pode apresentar diferentes conceitos que serão aqui abordados.

Conforme Buss (2002, p. 50) a obesidade é uma doença crônica que pode desencadear complicações à saúde e vem se tornando uma preocupação de atenção básica à saúde da população. Cruz (2006, p. 84) define obesidade, como uma doença crônica e causadora de preocupação em saúde pública, pois está relacionada ao acúmulo de tecido adiposo no paciente. Ainda refere que quando o indivíduo está com peso acima de 20% do ideal, pode estar acontecendo um desequilíbrio da ingestão de calorias.

Para Pontes *et al* (2009, p. 124) obesidade é uma doença crônica resultante da deposição excessiva de gorduras nos adipócitos¹. Ela apresenta elevada incidência e prevalência, que traz sérios prejuízos à saúde, tornando urgente seu controle. Sua etiologia é complexa e multifatorial, envolvendo a interação entre fatores genéticos e ambientais.

Entende-se que o grande número da população obesa, consome mais calorias do que se gasta. O excesso de gordura, que não é utilizado na produção de energia, vai se acumulando no tecido adiposo consequentemente acontece o ganho de peso, tendo assim, o aparecimento da obesidade. (BRASIL, 2004, s.p.),

Cuppari (2002, p. 132) completa que existe uma diferença entre obesidade e sobrepeso, sendo preciso diferenciar os termos e saber seu significado. Quando referimos ao sobrepeso, significa um aumento exclusivo de peso, e o termo obesidade é a representação de um aumento do tecido adiposo corporal.

Com a globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos (FIG. 1), e a resposta imediata contribuem para o aparecimento da obesidade. Sendo uma questão social

¹Adipócitos: Célula que acumula gordura; célula gordurosa, o mesmo que célula adiposa (REY, 2008, p. 26).

que envolve uma complexa relação entre corpo, saúde, alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história (BRASIL, 2006, p. 09).

Figura 1- Alimentos fáceis de consumir.



Fonte: <http://www.ibacbrasil.com/noticias/enfermagem/obesidade-preocupa-oms-nos-eua-e-no-brasil>.
Acessado em 28 de ago 2014.

O número de obesos está aumentando constantemente, atingindo um percentual de 17% da população. Um aumento no número apresentado em 2006, onde 11% dos brasileiros estavam obesos. Ainda hoje, são apontados que mais de 40% da população está acima do peso (BORGIO, 2013, s.p.).

Pode-se notar que são muitos os indivíduos que estão acima do peso, mas isso não se deve somente a forma de se alimentar e sim às várias causas que serão descritas.

1.2 Diagnóstico

A obesidade é um reflexo da dificuldade que o indivíduo apresenta em controlar seu peso. São muitas as causas que levam a esse distúrbio conforme já citados. Existe uma

maneira de identificar se o indivíduo encontra-se em seu peso ideal, é através da antropometria, que é um conjunto de técnicas para realizar medidas corporais.

Uma forma de diagnosticar a obesidade é avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), onde se realiza o cálculo do peso atual, dividido pela altura ao quadrado. É prático e simples de se fazer esse cálculo, e a sua aplicação é recomendada para adultos. Já a avaliação da massa corporal em crianças e adolescentes é feita através de tabelas que relacionam idade, peso e altura (BRASIL, 2006 p.4).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, existe uma classificação por categorias (TAB. 1) que mostra diferentes graus de obesidade em adultos.

Tabela 1 – Categoria de peso e IMC

CATEGORIA	Índice de Massa Corporal - IMC
ABAIXO DO PESO	Abaixo de 20
PESO NORMAL	Entre 20 e 25
SOBREPESO	Entre 25.1 e 29.9
OBESO	Entre 30.0 e 39.9
OBESO MÓRBIDO	Acima de 40

Fonte: (VALENTE, 2008, p.33).

O autor supracitado (2008, p.33), nos diz que os índices de massa corporal tem significado quando o indivíduo encontra-se abaixo do peso com valores abaixo de 20, referindo que o mesmo está com peso abaixo do normal. Sendo que o normal está na faixa de peso saudável, entre 20 e 25. Já na pré-obesidade, é considerado excesso de peso, quando os cálculos mostram números entre 25,1 e 29,9. Sendo considerados obesos aqueles indivíduos com valores acima de 30 no IMC.

A obesidade pode desencadear diversas consequências para a saúde do indivíduo sendo assim, deve-se redobrar sua atenção quanto à reeducação alimentar, assim como das atividades físicas, pois pode ocorrer o aparecimento de doenças de etiologia crônica.

1.3 Causas e consequências da obesidade

A globalização, a rotina estressante do dia-a-dia e os alimentos de fácil preparo podem proporcionar prazeres e respostas imediatas, sendo muitos os fatores que contribuem para o aparecimento da obesidade. Conforme Valente (2008, p. 31), o consumo exagerado de calorias, sem um gasto posterior de energia, pode ser uma das causas do acúmulo excessivo de gordura no organismo.

Sendo assim, os fatores desencadeantes da obesidade envolvem uma complexa relação entre corpo, saúde, alimentação, sociedade e atividade cotidiana, uma vez que estes grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, variando de acordo com a história (BRASIL, 2006, p. 9).

Valente (2008, p. 34) aponta que modernidades tais como, os elevadores, as escadas rolantes, os automóveis, a digitalização, trazem para o homem comodidade e agilidade, sendo assim, leva-o a um pensamento de que não precisa mais esforçar-se fisicamente, isso reduz o gasto de energia e consequentemente o indivíduo não consegue eliminar algumas calorias que poderiam ser queimadas durante as atividades do dia-a-dia.

De acordo com Rezende *et al* (2008, s.p), como fatores causais podemos citar os genéticos, os fisiológicos, os psíquicos e os ambientais. Além disso, quando se tem a ingestão excessiva e inadequada de alimentos, junto ao sedentarismo ocorre um grande acúmulo de gordura no organismo dos indivíduos.

Algumas influências de classe econômica ou por meio da educação, renda familiar, ocupação, são causas que podem também resultar em alterações no corpo, como a obesidade trazendo consequências para a saúde, podendo acarretar o aparecimento de doenças crônicas (CUPPARI, 2002, p.133).

Quanto mais precocemente a doença se manifesta, piores serão as consequências para a saúde, podendo desencadear diversas doenças concomitantes. Diante de um paciente acima do peso, deve-se ficar atento, pois a obesidade é fator de risco e a concentração de gordura no abdômen pode levar ao aparecimento de doenças isquêmicas, cardiovasculares, hormonais e o diabetes.

De acordo com Brasil (2006, p. 09) o diabetes mellitus representa um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. A obesidade pode trazer o agravamento da doença, sendo preciso fazer um controle alimentar e do peso corporal diariamente.

Para o Portal Novartis (2014, s.p.),

Além do fator genético, o diabetes é uma doença totalmente ligada ao estilo de vida adotado. Uma pessoa com alimentação desequilibrada, rica em gorduras, carboidratos, açúcares e produtos industrializados, e pobre em vegetais, legumes e frutas têm mais propensão a desenvolver o diabetes. Sedentarismo, obesidade e tabagismo também são fatores de risco e, juntos, contribuem para o aparecimento da doença, mesmo que a pessoa.

O diabetes mellitus, é uma classificação da doença que responde cerca de 25 mil óbitos anuais, sendo citado como a sexta causa de morte no país (MARIATH, *et al*, 2007 p. 898). O Portal Novartis (2014, s.p.) assevera que,

O diabetes mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. Apenas no Brasil, 12 milhões de pessoas têm diabetes, e muitas ainda nem foram diagnosticadas.

Segundo Godoy-Matos (2014) *apud* Portal Novartis (2014, s.p.): "O ganho de peso é realmente o grande vilão e a maior causa de diabetes na vida adulta. O acúmulo de gordura na região central do corpo, como no abdome, é bastante arriscado"

Além do diabetes, existem doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, uma doença de característica silenciosa e muitas vezes de difícil diagnóstico, pois não apresenta sintomas claros e tornando-se um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006, p. 9).

Segundo Matavelli e Mion Jr. (2002, s.p.),

Obesidade e hipertensão arterial estão intimamente relacionados, sendo a prevalência de hipertensão cerca de 50% maior nos indivíduos obesos. Além disso, o ganho de peso pode causar elevação da pressão arterial e, ao contrário, a redução de peso pode diminuir a pressão arterial de pacientes hipertensos. No entanto, os mecanismos fisiopatológicos que favorecem o desenvolvimento de hipertensão na obesidade são complexos e multifatoriais. Dentre estas alterações destacam-se alterações hemodinâmicas sistêmicas e renais, resistência à insulina com hiperinsulinemia compensatória, ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina e efeitos da leptina plasmática.

Os mesmos autores (2002, s.p.), ainda completam que,

Outra importante alteração verificada na obesidade é a resistência à insulina, com considerável interesse na possibilidade de que ela possa ser o principal fator responsável pela hipertensão da obesidade. A hiperinsulinemia poderia desencadear mecanismos que aumentam a

retenção renal de sódio, ativam o sistema nervoso simpático e aumentam a reatividade vascular.

A hipertensão pode está associada a fatores familiares, genéticos e ambientais pode acometer jovens e adultos, tendo uma prevalência de seis vezes maior em indivíduos obesos. O aumento de gordura corporal reflete no aumento significativo da pressão arterial, sendo assim, diabetes mellitus e a hipertensão arterial associados, aumentam consideravelmente o risco de agravos a saúde e até mesmo podendo levar à morte súbita no indivíduo (MARIATH, *et al*, 2007, p. 898).

1.4 Tratamento

O tratamento para a obesidade pode parecer fácil, mas a busca por uma vida saudável e a perda de peso apresenta-se como uma enorme dificuldade para vários indivíduos. Associado ao emagrecimento, recomenda-se a prática de atividade física e controle alimentar diariamente. Salve (2006, p. 40) corrobora: “Na atualidade uma dieta saudável e a prática da atividade física, são fundamentais para manter ou reduzir o peso corporal e manter o equilíbrio energético entre o consumo e o gasto energético”.

As atividades físicas e a reeducação alimentar (FIG. 2), podem ajudar o paciente na eliminação de peso, mas pelo fato de serem atividades que exigem disciplina e nem sempre trazerem resultado imediato, alguns indivíduos por vezes optam por realizar um procedimento cirúrgico para obtenção de perda de peso, a cirurgia de redução de estômago, conhecida também como cirurgia bariátrica. Entretanto, nem todos os indivíduos obesos conseguem realizar esse procedimento, pois é necessário passar por várias avaliações e critérios.

FIGURA 2 – Alimentação balanceada e atividade física



Fonte: Disponível em: < <http://www.nutrivial.com.br/327/>>. Acesso em: 01 de set. 2014.

Para Fandinõ *et al* (2004, p. 47), a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente.

Diante do exposto e para um melhor entendimento sobre a temática, o próximo capítulo aborda a cirurgia bariátrica, suas vantagens, desvantagens e implicações.

2. CIRURGIA BARIÁTRICA: UM TRATAMENTO PARA A OBESIDADE

Os casos de obesidade vêm aumentando consideravelmente, no Brasil e no mundo, apresentando-se como um fenômeno mundial. Sabe-se que o ganho de peso significativo traz sérias complicações à saúde, além de doenças crônicas e agravos. Por isso, faz-se necessário procurar por um tratamento para o emagrecimento e controle das doenças concomitantes, visando minimizar os agravos.

Existem diversos tratamentos para a perda de peso, mas, cabe dizer que a reeducação alimentar e a cirurgia estão sendo os métodos mais procurados na atualidade. De acordo com Murara *et al* (2008, p. 87), as abordagens clínicas como a reeducação alimentar, atividade física e alguns tipos de medicamentos geralmente são ineficazes para o a eliminação de peso, por isso, a cirurgia bariátrica é uma opção muito procurada.

A maioria dos pacientes com obesidade são portadores de uma doença prejudicial, assim, reduzindo a qualidade de vida, conseqüentemente a auto-estima também é afetada. Conforme a ABESO (2010, p. 05), o tratamento para obesos fundamenta-se nas intervenções para modificação do estilo de vida, na aparência, na orientação com a dieta, no aumento da atividade física e nas mudanças comportamentais.

No entanto, os pacientes que não obtêm resultados satisfatórios com medidas conservadoras optam por um avançado tratamento como a redução do estômago que tem o objetivo da perda de peso.

A seguir faremos uma abordagem mais detalhada sobre a cirurgia bariátrica, que é um processo cirúrgico muito procurado para o tratamento da obesidade.

2.1 Cirurgia Bariátrica

A Cirurgia Bariátrica é um método procurado para a redução de peso, reunindo técnicas com respaldos científicos e teóricos destinados ao tratamento da obesidade, além de doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

Esse procedimento é muito eficaz, pois proporciona uma perda de peso importante e contribui de forma significativa para o tratamento das doenças que são induzidas pela obesidade e para uma melhor qualidade de vida (BALLANTYNE; FASCRS, 2003; SUTER; GIUST, 2005 *apud* MÔNACO, 2006, p. 291).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM (2004, s.p.),

A primeira opção para se livrar do excesso de peso é o chamado tratamento clínico, que inclui dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de endocrinologista e nutricionista. Também podem fazer parte da equipe um fisioterapeuta e um psicólogo. O objetivo é conscientizar o paciente da necessidade de trocar o sedentarismo e a má alimentação por hábitos de vida mais saudáveis que contemplem atividade física e dieta balanceada.

O mesmo autor (2004, s.p) cita a importância que a cirurgia adquiriu no tratamento da obesidade, visto que a maioria dos pacientes apresentam grande dificuldade em perder peso por intermédio do tratamento clínico. Portanto, a escolha pelo método cirúrgico para obtenção da redução do peso corporal e melhoria na qualidade de vida, tem sido largamente preferida pelos obesos.

Com a finalidade de induzir o emagrecimento, este tem sido um processo muito utilizado nos últimos tempos com várias definições e técnicas que agem no auxílio à perda de peso e na manutenção do mesmo (FANDINÕ, 2004, p. 47).

É proporcionando uma perda de peso significativa de maneira rápida e fácil para o indivíduo que Negrão (2006, p. 18) nos diz: “os tratamentos cirúrgicos realizados e disponíveis visam a redução do volume de ingesta total do paciente e/ou absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido.”

A SBCBM defende que a cirurgia é um conjunto de técnicas com respaldo científico, com ou sem uso de órteses², destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas a obesidade (SBCBM, 2008, s.p). É notório que tendo por objetivo proporcionar uma melhoria na condição de vida do paciente, a cirurgia tem sido uma grande ajuda na perda de peso.

Ferraro (2004) *apud* Negrão (2006, p. 16) completa que,

As cirurgias bariátricas também apresentam resultados significativos em pacientes que apresentam distúrbios do sono (roncos habituais, apneia do sono, má qualidade do sono) relacionados à obesidade. Numerosos estudos demonstraram uma ligação entre a perda de peso com uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes, nos aspectos físicos, social e psicológico.

² Órteses: Dispositivo ou aparelho ortopédico usado para suportar, alinhar, prevenir ou corrigir deformidade ou para melhorar a função de partes móveis do corpo (REY, 2008, p. 651).

O processo cirúrgico muitas vezes é somente indicado como a última opção terapêutica para obesos de grau III, que é quando o mesmo encontra-se em um estágio mais grave da obesidade, e o paciente pode estar apresentando doenças e agravos à sua saúde.

Para Segal *et al* (2002, p.68), a presença da obesidade grau III está associada à piora na qualidade de vida, a alta frequência de co-morbidades, a redução da expectativa de vida e a grande probabilidade de fracasso com os tratamentos menos invasivos.

A indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade baseou-se em análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos que o doente apresentou durante longo tempo de sua vida (GARRIDO 2000, p.68).

Para realizar a cirurgia o indivíduo deve passar por várias etapas e critérios, o peso deve estar acima do limite, de acordo com o padrão mundial, onde é feito uma relação com a massa corpórea, sendo utilizado como critério para exclusão ou inserção do indivíduo no programa cirúrgico.

Segundo Fandinõ *et al* (2004, p. 47) a ausência de causas endócrinas de obesidade é um critério para a realização do procedimento cirúrgico, onde faz uma relação entre o referencial com o peso ideal, em um estudo individualizado.

Conforme BVS (2009, s.p) a obesidade é determinada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) que é calculado dividindo-se o peso (kg) pelo quadrado da altura (metros). O resultado revela se o peso ideal, abaixo ou acima do desejado, tem a relação da classificação do índice de massa corpórea (IMC) de acordo com tabela já mencionada no capítulo primeiro.

Fandinõ *et al* (2004, p. 48), nos dizem que as indicações para a realização do processo cirúrgico para a redução de peso e a perda de massa corpórea deve passar por vários procedimentos e pode ter durar até 05 anos. Sendo assim, quando o IMC está entre 30 e 35, e na presença de co-morbidades, este indivíduo apresenta-se como um forte candidato ao procedimento cirúrgico.

Tendo em vista que a obesidade e o sobrepeso cronicamente acarretam complicações e alta morbi-mortalidade, quando não há perda de peso o paciente busca várias alternativas para eliminá-lo e sentir-se melhor.

2.1.1 Cirurgia Bariátrica: Tipos

No tratamento cirúrgico da obesidade têm-se empregado diferentes modalidades de técnicas cirúrgicas, onde juntamente com a equipe, o paciente faz a escolha da técnica cirúrgica, onde as mesmas são destacadas e são ressaltadas as mais usadas e importantes.

Segundo Zeve *et al* (2010, p. 133), as cirurgias bariátricas podem ser divididas em cirurgias restritivas e mistas (TAB. 2). A restritiva é onde um único órgão é modificado, o estômago, e visa provocar a redução do espaço para o alimento dentro da cavidade gástrica.

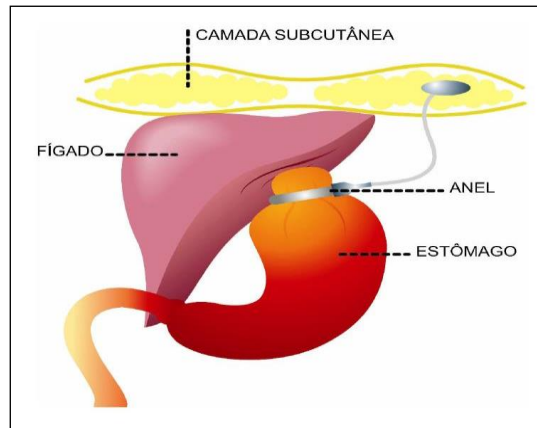
Restritivas são técnicas que visam promover a saciedade precoce, diminuindo a capacidade volumétrica do estômago conhecida como a Banda Gástrica Ajustável (BGA), Gastroplastia Vertical (GV) e o Balão Intragástrico (BIG) (BRATS, 2008, p. 01).

Tabela 2 – Classificação e Técnicas de cirurgias restritivas e mistas

Classificação	Técnica
Restritiva	Bandagem gástrica Gastrectomia vertical Gastrectomia vertical com bandagem Balão Intragástrico
Predominantemente Restritiva	Derivações gástricas em Y de <i>Roux</i> com ou sem anel de contenção
Predominantemente Mal Absortiva	Derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal com ou sem preservação gástrica distal Derivação biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica

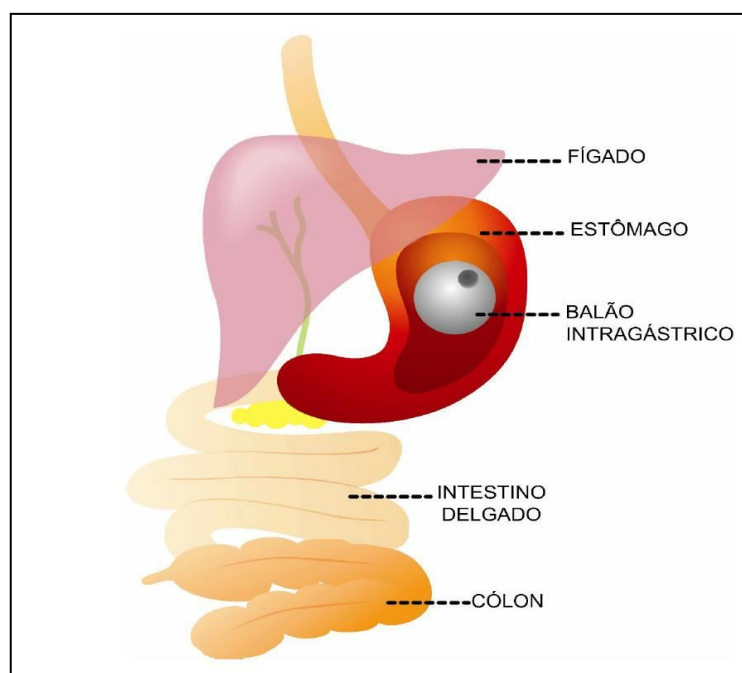
Fonte: SBCBM - Consenso Bariátrico (2008).

Conforme Abreu (2010, s.p.) a BGA é um procedimento cirúrgico no qual uma banda é colocada em volta da parte superior do estômago (FIG. 3), essa banda divide o estômago em duas partes, uma pequena e outra maior e a digestão de alimento ocorre através do processo digestivo normal.

FIGURA 3 – Técnica de Bandagem Intragástrica

Fonte: (NEGRÃO, 2006, p. 22).

Segundo ABESO (2010, p. 76), o BIG é um procedimento endoscópico, e não de uma cirurgia propriamente dita (FIG. 4). Pode ser utilizado como método auxiliar para perda de peso no pré-operatório e o balão só poderá ser utilizado por até seis meses. Já as cirurgias mistas combinam a restrição gástrica e a má-absorção em diferentes proporções como a técnica de Bypass gástrico associado a Y de Roux.

FIGURA 4 – Balão Intragástrico

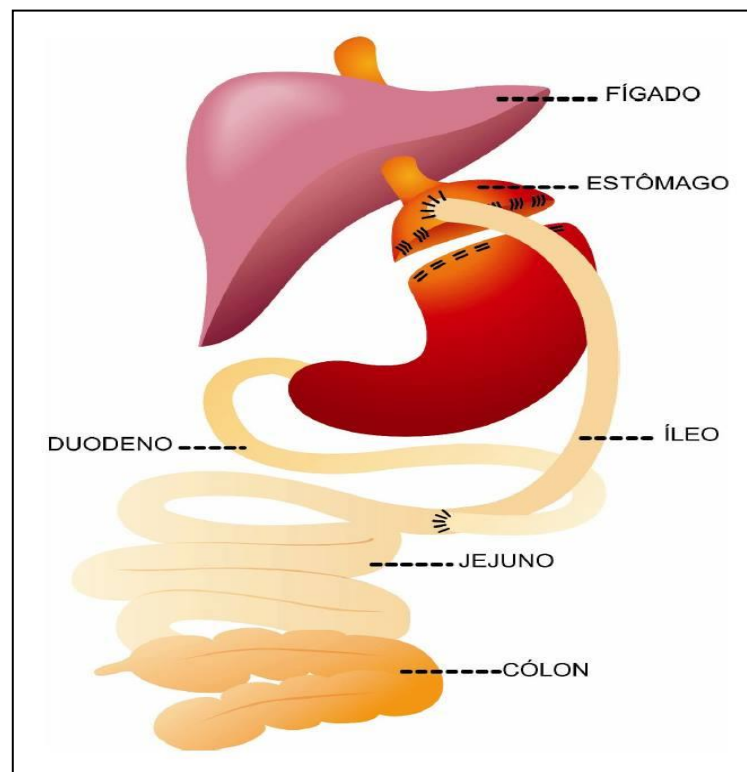
Fonte: (NEGRÃO, 2006, p. 26).

Segundo Garrido (2000, p. 106) é muito realizada a técnica com divisões gástricas verticais com bandagem e derivação Y de Roux. Mesmo sabendo que podem acontecer alguns efeitos indesejáveis, mas nada que não seja bem tolerável.

Segundo ABESO (2010, p. 79), a cirurgia gástrica em Y de Roux, é caracterizada pela criação de uma pequena câmara ou bolsa gástrica junto à pequena curvatura e pela exclusão do restante do estômago, incluindo todo o fundo e o antro gástrico, o duodeno e a porção inicial do jejuno.

De acordo com Fandinõ (2004, p.48), a técnica de Y é um processo que consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml, uma quantidade inferior ao estômago normal (FIG. 5).

FIGURA 5 - Técnica de Roux Y.



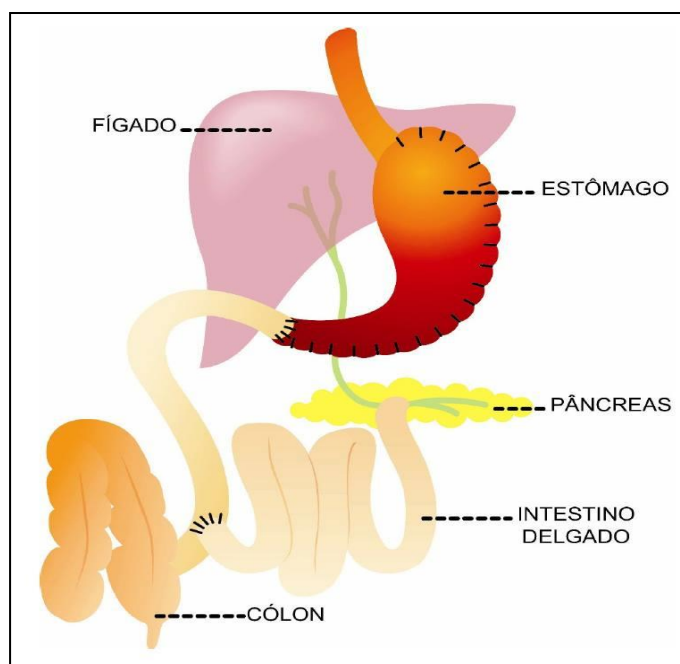
Fonte: (NEGRÃO, 2006, p. 21)

Conforme Abreu (2010, s.p.), de acordo com a técnica criada por Scopinaro (FIG. 6), a cirurgia remove aproximadamente 3/4 do estômago, causando a restrição da ingestão de alimento e redução da saída de ácido. O intestino delgado é então dividido, tendo uma extremidade ligada à bolsa do estômago, para criar o que é chamado de "tubo alimentar".

Deixar o estômago superior suficiente é importante para manter uma nutrição apropriada, sabendo que os alimentos podem não ser mais absorvidos adequadamente.

É uma técnica que possui maior incidência de desnutrição e deficiência de vitaminas lipossolúveis, pois, é caracterizada pela exclusão de todo o jejuno e parte do íleo, sendo criada uma alça intestinal comum, e a perda de peso é secundária (ABESO, 2010, p. 78).

FIGURA 6 – Técnica de Scopinaro



Fonte: (NEGRÃO, 2006, p. 23).

Existem técnicas que utilizam um anel de contenção para reduzir o esvaziamento da pequena câmara gástrica. As mais conhecidas são as de técnicas de Fobi e Capella. A cirurgia de Fobi-Capella é considerada a melhor cirurgia para este fim, consequentemente é o procedimento mais realizado no tratamento da obesidade mórbida em todo o mundo (OLIVEIRA *et al*, 2004, p. 200).

Segundo BRATS (2008, p. 01) gastroplastia inclui diversas técnicas cirúrgicas, que reduzem o volume gástrico através de uma linha de grampeamento, sendo vertical ou horizontal. Após o processo, parte do estômago fica excluída do trânsito alimentar, mas e não é amputada.

Após serem apresentadas ao paciente diferentes técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade, pode-se concluir que a escolha da técnica é feita pelo cirurgião, baseando-se nas

informações referentes ao paciente e qual a técnica será a mais adequada ao mesmo, para que a equipe de enfermagem possa planejar a assistência no período pós-operatório.

2.2.2 O pré-operatório da cirurgia bariátrica

O preparo pré-operatório é um conjunto de condutas e cuidados com o objetivo de otimizar a segurança e os resultados das cirurgias bariátricas. Consiste em uma vasta lista de exames e consultas com vários profissionais que acompanham o processo da cirurgia tanto antes, durante e depois da mesma.

Segundo Fandinó *et al* (2004, p. 49) a equipe multidisciplinar é entendida como um grupo de profissionais de áreas diversas, trabalhando com ações e objetivos, visando avaliar, orientar e seguir os pacientes portadores de obesidade mórbida nos programas de cirurgia bariátrica para obtenção de bons resultados.

No processo de transição, antes de optar em realizar a cirurgia e começar o preparo, o paciente deve ter a certeza e a clareza que sua vida passará por uma mudança brusca e inovadora. Conforme SBCBM (2008, s.p), recomenda-se que o paciente e seus familiares tenham amplo acesso às informações sobre os riscos, benefícios e opções de técnicas cirúrgicas. Estas informações devem ser fornecidas em consultas detalhadas com a equipe multidisciplinar ou através de reunião preparatória com a equipe responsável.

Além de orientar paciente e família sobre todo o processo cirúrgico e sobre a mudança brusca de vida que o cliente enfrentará, é necessário zelar pela segurança do mesmo. Dessa forma, Tanaka (2006, p. 42) afirma que,

Para assistência com segurança do paciente com obesidade mórbida, é necessária a aquisição de mesas cirúrgicas específicas, que suportem até 350kg (quilogramas) no máximo de sua capacidade; maca de transferência tipo guindaste ou semelhante que suporte o mesmo peso; afastadores do tipo Doyen, de maior tamanho e maior largura; instrumentais específicos; pinças e instrumentais de vídeos mais longos; manguito para verificação de pressão arterial de maior tamanho e largura.

O período pré-operatório é o momento onde o paciente tem esclarecidas suas dúvidas, caso ainda as tenha, recebe orientações de como serão os preparos cirúrgicos, os procedimentos, assim como receberá instruções sobre o procedimento anestésico. Cabe ressaltar, que durante as orientações ao paciente e aos familiares, os mesmos receberão

instruções de como proceder no dia anterior à cirurgia, o que levar para a internação e esclarecimento sobre a técnica cirúrgica a ser utilizada.

2.2.3 Pós-operatório da cirurgia bariátrica

É um processo delicado que necessita de muito esforço do paciente, assim como de paciência, pois, é nesse período que acontece a descoberta de uma nova vida e novas descobertas e experiências alimentares.

Segundo a SBCBM (2008, s.p.) o cirurgião, a equipe multidisciplinar, o paciente e seus responsáveis, devem assegurar-se das condições para seguimento do pós-operatório adequado, com consultas regulares de acordo com cada cirurgia.

Conforme Mônaco (2006, p. 297),

O seguimento pós-operatório destes pacientes é fundamental para garantir o acompanhamento nutricional, para monitorar a evolução dos pacientes em relação à perda de peso, aspectos alimentares, adesão à dieta, no sentido de promover o aconselhamento dietético adequado e o impacto na perda ponderal.

Em geral, o pós-operatório é simples pois, basta a aceitação por parte do paciente em seguir as orientações impostas e explicadas, sendo importante acompanhar a evolução cirúrgica para prevenir vômitos, náuseas e a perda irregular de peso.

No pós-operatório a ingestão de líquidos inicia-se no primeiro dia, sendo necessário estimular a deambulação, pois o paciente pode relatar dor, que é suportável. A alta hospitalar dá-se no terceiro ou quarto dia, acontecendo conforme o paciente e suas condições de saúde favoráveis (GARRIDO, 2008, s.p.).

Logo a seguir, o paciente receberá orientações sobre sua nova dieta, que deve ser controlada, hipocalórica e em pequena quantidade.

Verônica *et al* (2006, p. 33), esclarecem que acontece um plano gradual de oferecimento de alimentos para o paciente, sendo que, no início a dieta é líquida, depois pastosa e em seguida alimentação normal, mas com um acompanhamento nutricional.

Após a primeira fase de adaptação, são feitas orientações para a qualidade de vida e o sucesso da cirurgia bariátrica. Com ênfase nas orientações nutricionais, evitando a ingestão de alimentos calóricos, fracionamento da dieta, e comer os alimentos vagarosamente. Para (SOARES E FALCÃO 2007, p. 61).

Então, começa uma etapa rigorosa com a alimentação adequada, rica em nutrientes e vitaminas para o organismo. O descuido da alimentação pode acarretar deficiências nutricionais, assim como outros cuidados necessários nesta fase.

No próximo capítulo será abordado sobre o pós-operatório da cirurgia bariátrica com ênfase na importância da abordagem de enfermagem.

3. PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ABORDAGEM DE ENFERMAGEM

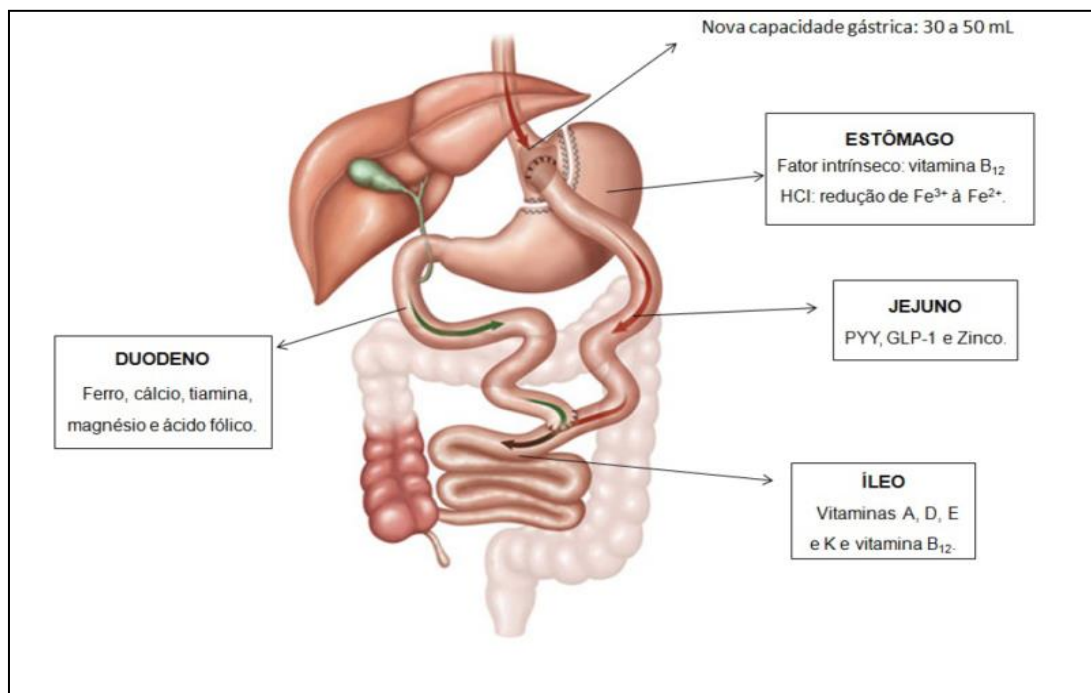
3.1 Abordagens de Enfermagem

Sabemos que o enfermeiro tem diversas atribuições ligadas ao cuidado e a assistência, visto que como premissa básica de sua profissão, o cuidar se sobrepõe e encaixa-se em qualquer seguimento de saúde onde haja a necessidade de cuidado, que vai desde simples ações assistenciais, até as educativas, tão importantes para o paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Os cuidados incluem inclusive atenção ao estado nutricional do paciente, sendo importantíssimo que o mesmo seja acompanhado pelo enfermeiro e equipe multidisciplinar. Diante disso, a seguir, faremos uma breve abordagem sobre vitaminas e carências nutricionais para um melhor entendimento, pois o organismo necessita de nutrientes e vitaminas para seu bom funcionamento, sendo que, as vitaminas são de suma importância para o paciente que foi submetido ao processo cirúrgico.

As vitaminas são moléculas orgânicas que desempenham várias funções no organismo. Geralmente, não podem ser sintetizadas pelas células, portanto, precisam ser supridas na dieta realizada quando se faz uma cirurgia bariátrica, podendo ocorrer a falta de alguns nutrientes e vitaminas, por isso, a importância de uma alimentação equilibrada, para compreender realmente as potenciais deficiências nutricionais após a cirurgia. Segundo Bordalo *et al* (2010, p. 114), a figura abaixo (FIG. 7) indica os locais onde ocorrem a absorção dos nutrientes:

FIGURA 7 – Bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) e suas principais alterações metabólicas e locais de absorção de nutrientes.



Fonte: (BORDALO, 2011, p. 1022)

As carências nutricionais denominadas também como deficiências nutricionais, podem ocorrer devido a vários fatores e entre eles podem ser citadas a falta de absorção adequada e a baixa ingestão de alimentos (CARLINI, 2001, p. 27).

Para Pedrosa *et al* (2009, p. 316), distúrbios nutricionais vão desde carências vitamínicas às minerais, podendo ocorrer também através de ingestão nutricional deficiente e/ou distúrbios gastrointestinais.

Carlini (2001, p. 27), completa que,

Existem alguns tipos de deficiências nutricionais, entre eles o de vitaminas e minerais que são o grupo dos micronutrientes. Embora sejam necessários em pequenas quantidades no corpo humano, suas carências podem gerar consequências importantes como anemias, queda de cabelo, dermatites, que são comuns nos obesos que se submetem à cirurgia bariátrica.

Segundo Soares e Falcão (2007, p. 62), é importante ter um seguimento periódico aconselhado pelo enfermeiro e equipe multidisciplinar, para monitorar o peso, atentando para a detecção de determinadas carências nutricionais.

Quando há a opção pela cirurgia já se tem uma previsão da perda de vitaminas, por isso, trabalhar com a prevenção é importante. Sendo assim, não se deve esperar aparecer doenças para iniciar o uso de suplementos adequados.

3.1.1 A importância dos nutrientes e vitaminas

As vitaminas são divididas em grupos hidrossolúveis e solúveis, divisão que corresponde a maneira e as funções que desempenham, especialmente as solúveis em água. Os micronutrientes essenciais requeridos pelo organismo em pequenas quantidades estão distribuídos em vários tipos de alimentos.

Conforme Rocha (2010, s.p.), as deficiências nutricionais servem para nos alertar sobre a importância da vigilância nutricional após a cirurgia bariátrica. As alterações no estado nutricional de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem aparecer após semanas ou anos.

De acordo Carlini (2001, p. 82),

[...] as técnicas cirúrgicas dos tipos restritivas (que restringem o volume) e disabsortivas (que diminuem a absorção dos nutrientes) tendem a provocar déficits nutricionais importantes como a anemia ferropriva e perniciosa, assim como a alopecia e as dermatites se os pacientes não forem bem monitorados, com o uso de suplementos nutricionais adequados que devem ser usados diariamente.

Os distúrbios nutricionais vão desde carências vitamínico-minerais (ferro, zinco, tiamina (B1), niacina (B3), ácido fólico (B9), vitamina B12, vitamina A, D e E), até manifestações de desnutrição energético protéica (ROCHA, 2012, p. 84).

Segundo Bordalo (2010, p. 115), a vitamina B12 é sintetizada por bactérias. Ela se encontra presente em praticamente todas as formas de tecidos animais, Assim não está presente em plantas, não podendo, portanto, ocorrer em hortaliças e frutas.

A monitoração do paciente submetido à cirurgia bariátrica deve ser rigorosa e contínua, pois a deficiência nutricional pode causar vários danos à saúde. As vitaminas e os sais minerais são extremamente importantes para o bom funcionamento do organismo e a deficiência deles é comum em pacientes submetidos a esse tipo de procedimento, diante disso, ressalta-se a importância da equipe multidisciplinar, especialmente, do enfermeiro.

3.2 Papel do enfermeiro diante do paciente que realizou cirurgia bariátrica

Após a cirurgia bariátrica, a necessidade de acompanhamento de profissionais para o monitoramento da saúde em todas as suas dimensões, torna-se constante na vida do paciente. Existem vários aspectos importantes a serem considerados, incluindo as sérias complicações que podem ocorrer no pós-operatório, bem como o risco de transtornos físicos e psíquicos. O enfermeiro, importante membro da equipe multidisciplinar, possui um papel fundamental no acompanhamento do cliente submetido à cirurgia bariátrica.

O paciente obeso, muitas vezes apresenta muita dificuldade para aderir ao tratamento, apesar da vontade de perder peso. O enfermeiro precisa conhecer e ficar atento a esse perfil, para planejar e implementar estratégias que possibilitem a participação efetiva tanto do paciente, quanto da família para a promoção do sucesso da cirurgia (NEGRÃO, 2006, p. 27-28).

O enfermeiro neste momento como um membro na equipe apresenta uma função de grande importância, pois age em busca de proporcionar ao paciente conforto e uma adaptação a sua nova vida.

O período perioperatório é essencial para a adesão ao tratamento proposto para o paciente e o enfermeiro participa de forma ativa desse período. Ele tem a responsabilidade, em tempo integral, de orientar, cuidar e incentivar o paciente, para que ele consiga vencer as etapas, que muitas vezes são desgastantes e difíceis (NEGRÃO, 2006, p. 28).

A mesma autora (2006, p. 28) relata que,

O enfermeiro assistencial, que participa do atendimento ao paciente obeso dentro da área hospitalar, tem papel primordial na equipe multidisciplinar que assiste este paciente. Este profissional tem o dever de conhecer os aspectos técnicos-científico do tratamento proposto, se inteirar de todas as informações pré, trans e pós-operatórias, visando dar uma assistência de qualidade para que o resultado seja o mais satisfatório possível. Para tanto, o enfermeiro deve conhecer as propostas cirúrgicas, as vantagens e desvantagens da cirurgia eleita, o desencadear de cada uma delas, para que os cuidados de enfermagem sejam fundamentais na recuperação pós-operatória do paciente.

De acordo com Félix (2012, p. 83), o enfermeiro é um instrumento para a educação do paciente, trabalhando com o mesmo a questão do autocuidado e da adoção de comportamentos saudáveis para a redução de peso mantendo uma vida saudável.

O mesmo autor (2012, p. 83) acrescenta sobre a importância da criação de protocolos para atendimento durante o pré e o pós-operatório, com o objetivo de auxiliar o paciente na realização do autocuidado de forma segura e eficaz.

Negrão (2006, p. 29) nos diz que o paciente obeso pode apresentar várias alterações após a cirurgia, principalmente no pós-operatório imediato. Assim, é necessário que a equipe de enfermagem fique de prontidão, com o objetivo de fazer intervenções nos momentos certos, prestando cuidados diretos ou designados pelo cirurgião.

A mesma autora (2006, p. 29) completa,

Partindo do pressuposto que a assistência prestada deve estar baseada em literatura científica, a enfermagem deve se armar de recursos para poder assistir a este paciente de modo a fazer com que todos os cuidados, que direta ou indiretamente, possam depender da equipe de enfermagem, sejam seguidos para um melhor desempenho da equipe que assiste este paciente, a fim de que a sua recuperação tenha o sucesso esperado.

Avaliar de forma precisa, estabelecer diagnósticos e promover o tratamento de problemas clínicos é desafiador para os profissionais. Quando há a presença de vários sintomas, estabelecer a diferença entre eles é ainda mais complexo. Dessa forma, identificar as características que definem o pós-operatório de cirurgia bariátrica proporciona vários benefícios para o cuidado, pois direciona os enfermeiros para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, promovendo o controle de riscos e possibilitando a união da organização, padronização de linguagem científica e a avaliação da prática de enfermagem. A partir disso, fica mais fácil estabelecer diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, o que permite uma assistência objetiva, individualizada, eficaz e segura (MOREIRA *et al*, 2013, p. 169).

As mesmas autoras (2013, p. 174), completam,

É de fundamental importância a implementação do processo de enfermagem para identificação dos diagnósticos de enfermagem e elaboração do plano de cuidado. Os cuidados de enfermagem são essenciais durante o período pós-operatório, visto que é o primeiro momento de adaptação do paciente ao novo estilo de vida.

Como em todo processo cirúrgico, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, também correm riscos de complicações no pós-operatório. O enfermeiro possui o papel fundamental de promover ações e orientar os pacientes e familiares, objetivando prevenir essas

complicações. Negrão (2006, p. 73-80) aponta as possíveis complicações existentes no pós-operatório e as medidas gerais a serem tomadas pelo enfermeiro para preveni-las ou tratá-las:

- **Complicação respiratória:** Realizar a ausculta pulmonar, objetivando identificar ruídos adventícios; estimular exercícios respiratórios constantes; estabelecer medidas a fim de prevenir aspiração em caso de episódios de vômitos; estimular mudança de decúbito.
- **Anestesia e dor:** Avaliação do nível de consciência; controle rigoroso dos sinais vitais; avaliação da intensidade da dor; determinação de intervenções para o manejo da dor (posicionamento no leito, necessidade de analgésicos prescritos, entre outros); assegurar permeabilidade do acesso venoso e sondas nasoentérica ou nasogástrica (quando existentes).
- **Prevenção de Trombose Venosa Profunda e tromboembolismo pulmonar:** Utilização de meias elásticas; estímulo da deambulação precoce; estímulo da movimentação com os pés, objetivando o aumento do retorno venoso; administração de heparina subcutânea quando prescrita; monitoração de sinais de tromboflebite (dor na região dorso-flexão dos pés, devido à circulação insuficiente); identificação de hiperemia, sensibilidade, aumento da temperatura na região da panturrilha e hipertermia.
- **Cuidados com a dieta:** Acompanhar administração da dieta e observar tolerância e aceitação do paciente; ficar atento para qualquer intercorrência ou desconforto durante a administração da dieta (náuseas, vômitos, diarreia após a dieta), oferecendo os cuidados necessários e comunicando ao cirurgião.
- **Pele:** Fazer inspeção constante da pele, devido ao risco de alteração da integridade da mesma; atentar para a importância do uso de colchão específico para prevenir úlcera por pressão; avaliar constantemente a incisão cirúrgica; observar permeabilidade do acesso venoso, com o objetivo de prevenir flebites; manter curativos limpos.
- **Infecção da ferida cirúrgica:** Monitorar sinais e sintomas de infecção; atentar para deiscência da ferida operatória; evoluir presença e característica da secreção; acompanhar e evoluir o processo de cicatrização da ferida.
- **Sinais de hipoglicemia, hiperglicemia, desidratação:** Fazer controle da glicemia capilar; observar a aceitação da dieta; monitorar hidratação; estimular ingestão hídrica e aceitação da dieta; observar eliminações (diurese, vômitos, débitos de dreno), fazer balanço hídrico.

- **Sinais de hemorragia:** Observar sinais de choque (pulsos periféricos finos; taquicardia; aumento da frequência respiratória; palidez cutânea; cianose; pele fria e úmida; sede excessiva; redução de volume da diurese, entre outros).
- **Íleo paralítico:** Atentar para a presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais; verificar sinais de íleo paralítico (ausência de ruídos hidroaéreos, flatulência e distensão abdominal).

A mesma autora (2006, p. 80) enfatiza que durante todo o período perioperatório, o paciente deve ser visto como um ser único, sem divisões e repleto de emoções e comportamentos. Dessa forma, ele e a família podem apresentar o sentimento de euforia, devido a realização da cirurgia e também, podem apresentar momentos de depressão, devido a ansiedade pelos resultados esperados. Além disso, existem os desconfortos físicos causados pela cirurgia. Diante de tais situações, faz-se necessário a presença do enfermeiro e de sua equipe junto ao paciente, incentivando e proporcionando ao mesmo, uma assistência de qualidade, com o objetivo de alcançar o sucesso.

O enfermeiro, como importante membro da equipe multidisciplinar, possui o papel fundamental de acompanhar o paciente submetido à cirurgia bariátrica durante todo o período perioperatório. Para isso, ele precisa promover ações baseadas em evidências científicas, de forma humanizada, promovendo o cuidado holístico. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem permite um cuidado mais seguro, humanizado, individualizado, organizado e eficaz. Assim, é possível oferecer ao cliente, um tratamento mais eficiente, em busca dos resultados esperados de forma mais tranquila e sem complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tratou inicialmente sobre a obesidade, que é um distúrbio nutricional da atualidade, caracterizado pelo acúmulo de tecido adiposo no organismo. A obesidade é considerada uma doença crônica e um grave problema de saúde pública, pois é responsável por causar várias doenças como diabetes, hipertensão e outras doenças cardiovasculares.

No decorrer do trabalho, observou-se que a globalização, o consumismo, o sedentarismo e a necessidade de prazeres rápidos, contribuem de forma significativa para o aumento da incidência e prevalência da obesidade. Além disso, foi concluído durante o estudo, que uma das formas de diagnosticar a obesidade é através da avaliação do Índice de Massa Corporal. A partir disso, é possível classificar a doença por categorias (obeso e obeso mórbido), lembrando que sobrepeso não é considerado obesidade.

Percebeu-se que a busca por uma vida saudável e pela perda de peso, são grandes dificuldades enfrentadas por vários indivíduos obesos. As atividades físicas e a reeducação alimentar auxiliam na perda de peso, mas como o resultado não é imediato, muitos pacientes que sofrem com a obesidade, preferem tratar a doença através de um procedimento cirúrgico denominado cirurgia bariátrica ou redução de estômago, que é um tratamento eficaz, mas como todo tratamento, possui vantagens (perda de peso de forma rápida) e desvantagens (desnutrição, abalos psicológicos, entre outros).

No desenvolvimento deste estudo pode-se enfatizar que a cirurgia bariátrica, é um procedimento que reúne técnicas com respaldos científicos e teóricos, objetivando o tratamento da obesidade e conseqüentemente, o tratamento de doenças associadas ao excesso de gordura corporal. Geralmente, essa terapêutica é indicada como a última opção para obesos de grau III (estágio mais grave da obesidade), onde o indivíduo pode estar apresentando agravos à saúde. Antes da realização da cirurgia o paciente precisa passar por avaliações criteriosas, em várias etapas e, somente após as avaliações, ele será liberado para ser submetido à cirurgia bariátrica, sendo que, o tipo de cirurgia a ser realizada deverá ser conversado e decidido pela equipe multidisciplinar junto com o paciente e família.

Verificou-se que antes de optar por realizar esse tipo de cirurgia e iniciar o preparo para a mesma, o paciente deve estar ciente que sua vida passará por uma mudança brusca e inovadora. Portanto, o esclarecimento é fundamental para que paciente e família aprendam a lidar com as mudanças. Além disso, no preparo pré-operatório, as dúvidas do paciente devem

ser esclarecidas e ele deve receber orientações sobre o procedimento cirúrgico, anestésico e também instruções de como proceder no dia anterior à cirurgia.

Por fim, pode-se dizer que o seguimento pós-operatório da cirurgia bariátrica é fundamental para a garantia do acompanhamento nutricional, para a monitoração do paciente em relação à perda de peso, adesão à dieta, aspectos alimentares e nutricionais. Geralmente, o pós-operatório é simples e a dieta é iniciada com alimentos líquidos, seguindo de dieta pastosa e posteriormente, uma alimentação normal. O acompanhamento nutricional é essencial, pois pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia podem enfrentar distúrbios nutricionais graves, principalmente a deficiência de vitaminas e sais minerais, que são muito importantes para o bom funcionamento do organismo. Por isso, a monitoração do paciente é extremamente importante para o sucesso do tratamento e para a prevenção de distúrbios nutricionais.

Cabe ainda destacar que o enfermeiro é um importante membro da equipe multidisciplinar. Ele possui o papel fundamental de acompanhar o paciente durante todo o período perioperatório, promovendo ações baseadas em evidências científicas, proporcionando ao cliente, um cuidado holístico. Portanto, a implementação da sistematização da assistência de enfermagem permite oferecer ao paciente, um tratamento mais seguro, humanizado, organizado, individualizado e eficaz, com o objetivo de atingir os resultados esperados e prevenir complicações.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, pois é notório que estudos desta natureza, além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar informações, especialmente ao corpo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABESO nº 76 de Outubro 2010 – Edição Especial *Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso*. Posicionamento Oficial da ABESO/ SBEM - 2010.

BIBLIOTECA VITUAL EM SAÚDE. >.Cadernos de Atenção Básica - n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 09 nov. 2013.

BRATS - BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE , nº 05, setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 12 Série A. *Normas e Manuais Técnicos Tiragem*. 1.ª edição, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica – *Obesidade*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica à Saúde. *Hipertensão Arterial Sistêmica*, nº 15. Brasília 2006. disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso: 18 de nov. 2013.

BORDALO Livia Azevedo, TEIXEIRA Tatiana Fiche Sales, BRESSAN Josefina, MOURÃO Denise Machado Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar, *Revista Associação Médica Brasileira*, 2011; 57(1):113-120.

BUSS, Paulo Marchiori. *Programa de Saúde: Promoção da Saúde da Família*, Dezembro, 2002, ProfessoTitular da Escola Nacional de Saúde Pública Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

CARLINI, Maria Paula. *Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. SC: UFSC, 2001, 93p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Engenharia de produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/79769/179251.pdf?sequence=1>> Acesso em: 03 de set. 2014.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS (CEBRIM), Obesidade, (folder), de 2008.disponível em > http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html, acessado em agosto de 2014.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. *Semiologia: Bases para a Prática Assistencial*. Rio de Janeiro, 2006. LAB.

CUPPARI, Linian. *Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto*, Guia de Medicina ambulatorial e hospitalar, São Paulo, 2002. Editora Manole.

FANDINÕ, Julia *et al.* Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.

FIGURA 1> disponível: <http://www.ibacbrasil.com/noticias/enfermagem/obesidade-preocupa-oms-nos-eua-e-no-brasil> acessado em 15 de setembro de 2014.

FIGURA 2> disponível: <http://www.nutritechsports.com.br/blog/10/NUTRI%C7%C3O-E-ATIVIDADE-F%C3%A9CDSICA.html> Acessado em 20 de setembro de 2014.

GARRIDO JUNIOR, A. B. Medidas extremas. *Revista Nova*, São Paulo, Volume 25, p. 80 - 83, Setembro de 2005.

GARRIDO JUNIOR, Arthur B. Cirurgia em Obesos Mórbidos, artigo original. Experiência Pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metab*, s.l., v. 44, n. 1, fevereiro de 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.

<<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/2836-obesidade-atinge-mais-de-40-da-populacao-brasileira>>. Acesso em: 18 de nov.2013.

MARIATH, Aline Brandão, GRILLO, Luciane Peter, SILVA, Raquel Oliveira da, SCHIMITZ, Patrícia *et al.* Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Abril de 2007.

MATAVELLI, Luís Celso; MION JÚNIOR, Décio. Hipertensão e Obesidade. *Revista ABESO*. Edição nº8 – Ano III – Nº 8 – Jun/2002. Disponível em:<<http://www.abeso.org.br/pagina/213/hipertensao-e-obesidade.shtml>>. Acesso em: 01 de set. 2014.

MÔNACO, Daniela Vicinansa *et al.* Impacto da cirurgia bariátrica “tipo capella modificado” sobre a perda ponderal em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Ciência Médica*., Campinas, v. 15, n. 4, p. 289-298, jul./ago., 2006.

MOREIRA, Rosa Aparecida Nogueira *et al.* Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 168-175, 2013.

MURARA, Josilene Rubia; MACEDO, Larissa Linhares Borges de; LIBERALI, Rafaela. Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução de peso corporal e no combate à obesidade mórbida. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo v.2, n. 7, p. 87-99, Jan/Fev. 2008. ISSN 1981-9919.

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva. *Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório*. SP: USP, 2006. 110p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18102006-161459/en.php>> Acesso em: 02 de set. 2014.

PEDROSA Isabella Valois, BURGOS Maria Goretti Pessoa de Araújo, SOUZA Niedja Cristina, MORAIS Caroline Neves. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. *Revista Col. Brasileira. Cirúrgica* ano 2009; 36(4): 316-322.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/antropometria_geral.pdf>. Acesso em: 26 out.2013.

PORTAL NOVARTIS. Disponível em: < <http://www.portal.novartis.com.br/diabetes-mellitus>>. Acesso em: 01 de set. 2014.

REZENDE, Vilma Alves. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em alunos de uma escola da rede pública de Anápolis. *Anuário da produção de iniciação científica discente*, s.l., v. 21, n. 12, 2008.

REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 950 p.

ROCHA José Carlos Gomes Artigo: Deficiência de Vitamina B12 no pós-operatório de Cirurgia Bariátrica 2012. Médico, Chefe do Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Samaritano de Goiânia. *International Journal of Nutrology*, v.5, n.2, p. 82-89, maio/agosto de 2012.

ROCHA, Livia Janine L. F.; VILHENA, Junia de; NOVAES, Joana de Vilhena. Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 77-96, Agosto. 2009.

SALVE, Mariângela Gagliardi Caro. Obesidade e Peso Corporal: riscos e consequências, *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, São Paulo, v. 6, n. 8, Jan/Junho, 2006.

SITE FOLHA UOL. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/08/1332766-parcela-de-brasileiros-obesos-cresce-54-nos-ultimos-seis-anos.shtml>>. Agosto 2013. Disponível em: 30 out.2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA – SBCBM. Disponível em: < sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/prevencao/>. Acesso em: 01 de set. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABOLICA- SBCBM.

Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/cbariatica.php?menu=0>> . Acesso em 13 de jun. 2014.

SOUZA, J. Verônica. *Hábito Alimentar de pacientes Obesos Mórbidos*, Brasília, Maio de 2006. Monografia (Pós graduação).Curso de Especialização em Qualidade de Alimentos. Universidade de Brasília.

TANAKA, Denise Spósito. *O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica no período transoperatório*. SP: USP, 2006. 91p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São

Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-130223/en.php>> Acesso em: 03 de set. 2014.

TOREZAN Erika Franco Gaeti, Artigo: *Revisão das principais deficiências de micronutrientes no pós-operatório do Bypass Gástrico em Y de Roux*, Trabalho de conclusão do Curso Nacional de Nutrologia. International Journal of Nutrology, v.6, n.1, p. 37-42, Janeiro/Abril de 2013.

VALENTE, F. Obesidade: a atual epidemia. *Arq Mudi*, s.l., v. 12, n. 1, p. 31-37, 2008.

ZEVE Jorge Luiz de Mattos, NOVAIS Poliana Oliveira, JUNIOR Nilvan de Oliveira, Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura, *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, julho/dezembro de 2012.