

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

ANNA JULIA MANOEL TEIXEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

Paracatu

2022

ANNA JULIA MANOEL TEIXEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientador: Professora Leilane Mendes Garcia.

Paracatu

2022

ANNA JULIA MANOEL TEIXEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientador: Professora Leilane Mendes Garcia.

Banca Examinadora:

Paracatu-MG, 04 de Junho de 2022.

Professora Leilane Mendes Garcia.
Centro Universitário Atenas

Professor Leandro Garcia Silva Batista
Centro Universitário Atenas

Professora Msc. Rayane Campos Alves
Centro Universitário Atenas

Gosto de borboletas. Fazem lembrar que na vida, tudo se transforma. Para se transformarem em lindas e coloridas borboletas, há um processo de metamorfose, é preciso tempo, paciência... nada diferente de nossas vidas. O que é belo demora, mas chega! Sempre chega!

Adriana Araújo Leal, 2016.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, por concluir mais uma conquista na minha vida, por me guiar a vencer todos os obstáculos ao longo do curso e na realização de mais um sonho.

A minha família, meus pais Gilvaina Pires de Oliveira Teixeira e Geronimo Benedito Manoel Teixeira e irmãos, Felipe Manoel Teixeira e Iasmin Olivia Manoel Teixeira, por toda motivação e conselhos, por não me deixarem desistir nos momentos que achei que não seria capaz.

Também ao meu melhor amigo e namorado Marcos Vinicius Silva Monteiro pela paciência, dedicação, companheirismo e apoio nos momentos difíceis durante essa caminhada.

Aos professores por todo conhecimento compartilhado em especial a Professora Leilane Mendes Garcia essa pessoa incrível, que sempre esteve a disposição com muito profissionalismo, sabedoria, dedicação e amor para realização deste trabalho.

Ao Centro Universitário Atenas por fornecer todas as condições que me proporcionaram muitos aprendizados no decorrer destes anos.

A todos que contribuíram direto ou indiretamente durante essa longa jornada da graduação.

RESUMO

A obesidade mórbida é caracterizada pelo excesso de tecido adiposo no organismo, relacionada com diversas comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares, entre outras. Ao considerar o risco associados a essas comorbidades, a cirurgia bariátrica se torna cada vez mais procurada devido ao tratamento eficaz que proporciona com excelentes resultados como redução do peso e melhora de comorbidades, em comparação a outros métodos utilizados. A assistência da enfermagem é fundamental em todo processo da gastroplastia, pré, trans e pós-operatório, onde o enfermeiro irá desenvolver um plano de cuidado com todas as orientações essenciais para que o paciente tenha segurança na realização do procedimento e uma boa recuperação.

Palavras-chave: Obesidade Mórbida. Cirurgia Bariátrica. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Morbid obesity is characterized by excess adipose tissue in the body, related to several comorbidities such as diabetes mellitus, arterial hypertension, dyslipidemia, cardiovascular diseases, among others. When considering the risk associated with these comorbidities, bariatric surgery becomes increasingly sought after due to the effective treatment it provides with excellent results such as weight reduction and improvement of comorbidities, compared to other methods used. Nursing care is essential in the entire gastroplasty process, pre, trans and post-operatively, where the nurse will develop a care plan with all the essential guidelines for the patient to have safety in performing the procedure and a good recovery.

Keywords: Morbid Obesity. Bariatric Surgery. Nursing Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
DE	Diagnóstico de Enfermagem
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência da Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	11
1.2 HIPÓTESE	11
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 OBJETIVO GERAL	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	12
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	13
1.6 ESTRUTURAS DO TRABALHO	13
2 CARACTERIZANDO A OBESIDADE	14
3 A RELEVÂNCIA DO PRÉ-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	16
4 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO TRANSOPERATÓRIO E PÓS-OPERATÓRIO	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Segundo a definição de Marques (2015), a obesidade é uma doença metabólica genética exacerbada pela exposição a fenômenos sociais, culturais, ambientais e econômicos, estando relacionada a outros fatores como idade, gênero, raça e sedentarismo.

Caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que prejudica a saúde, o que gera consequências e várias comorbidades como hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II e alguns tipos de câncer (ABESO, 2009).

“No começo deste século, a Organização Mundial da Saúde (OMS) chamava atenção para o fato de que no mundo há mais de um bilhão de adultos com sobrepeso e aproximadamente trezentos milhões de adultos obesos, sendo que cerca de 60% da população mundial, num futuro próximo, apresentarão algum problema de saúde relacionado à obesidade.” (OLIVEIRA, 2009 p. 02).

Atualmente, existem vários tratamentos para perda de peso, sendo as mais proeminentes como reeducação alimentar, psicoterapia, medicamentos e exercícios físicos. No entanto, a maioria das pessoas com obesidade mórbida não conseguem seguir essas opções. Assim, além dos problemas relacionados ao excesso de peso, outros problemas como depressão e ansiedade persistentes afetam ainda mais o comportamento alimentar inadequado e agravam a incidência (REPETTO, 2003).

De acordo com Coutinho (2003), a equipe multidisciplinar do paciente obeso deve abranger um plano de ação com reeducação alimentar, exercícios físicos, terapias e uso de medicamentos para controle da ansiedade e obesidade, no entanto em alguns pacientes que apresentam obesidade mórbida, essa conduta clínica é insuficiente e a gastroplastia se impõe como a única opção de tratamento.

A equipe multiprofissional composta pelo cirurgião, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, proporcionam aos pacientes uma melhor qualidade no processo de pré, trans e pós-operatório da bariátrica, o que proporciona apoio em busca da recuperação da saúde, enaltecimento da imagem corporal, autoestima e da readaptação social (PINTO, 2005).

A cirurgia bariátrica na atualidade é considerada a melhor alternativa para o tratamento da obesidade mórbida, agregando com outras terapias para o controle de peso e de comorbidades associadas ao excesso de tecido adiposo. Proporciona

uma perda ponderal sustentável, a longo prazo, melhora também o metabolismo com a extinção de diversas patologias, favorecendo o bem-estar biopsicossocial (KOSHY, 2013).

Os cuidados da enfermagem nesta fase devem focar na recuperação do indivíduo e seu bem-estar, em busca da prevenção de complicações e autocuidado, com isso o paciente vivencia uma melhor experiência no pós-operatória, melhor perda de peso e resolução das comorbidades e na qualidade de vida (BARROS, 2015).

A assistência de enfermagem é de grande importância no processo bariátrico ao possibilitar a identificação de diagnósticos da enfermagem, além de realizar a construção do plano de cuidado. Os cuidados dos enfermeiros são primordiais durante todo o período que antecedente e posteriormente considerando que a vida do paciente irá entrar em um processo de transformação para um novo estilo de vida (MOREIRA, 2013).

“Apesar da relevância da atuação da enfermagem para a segurança dos pacientes no período perioperatório, ainda não é amplamente reconhecido de como ela vem buscando conhecimento e atuando em benefício dos pacientes submetidos às cirurgias bariátricas.” (ALMEIDA, 2009, p. 03).

Diante das informações expostas, este estudo tem como finalidade identificar, compreender e analisar a importância da enfermagem na assistência aos pacientes obesos submetidos às cirurgias bariátricas no período perioperatório, pois seu papel é de grande relevância em todo processo juntamente com a equipe multidisciplinar traçando um plano de ação para um tratamento qualificado e eficaz.

1.1 PROBLEMA

Qual é o papel do enfermeiro na assistência humanizada ao paciente com obesidade mórbida submetido a cirurgia bariátrica?

1.2 HIPÓTESE

Espera-se que os profissionais de enfermagem prestem assistência aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em período integral com intuito de atender todas as suas necessidades com humanização e auxiliar nos cuidados perioperatório.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a importância da atuação do enfermeiro no perioperatório da cirurgia bariátrica.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) caracterizar a obesidade e as necessidades humanas básicas comumente apresentadas pelo paciente submetido a cirurgia.
- b) compreender as intervenções de enfermagem no pré-operatório.
- c) descrever a atuação do enfermeiro e possíveis complicações no transoperatório e pós-operatório.

1.4 JUSTIFICATIVA

O enfermeiro é o profissional que assiste o paciente por completo no ato da sua admissão até a alta hospitalar atuando com humanização e acompanhando todo processo do pré, trans e pós-operatório. Após experiência pessoal de realização de cirurgia bariátrica, me motivo a elaboração deste trabalho pela contribuição do profissional de Enfermagem no perioperatório da cirurgia bariátrica, visto que o paciente se encontra fragilizado e precisa de um atendimento humanizado para sua completa reabilitação.

Segundo Tavares (2007), a enfermagem desempenha um papel muito importante no processo do tratamento e na reabilitação, pois irão identificar e reconhecer suas fragilidades, e, em atribuição delas, observará se pacientes atingirão sucesso ou fracasso na cirurgia.

“O profissional de enfermagem é protagonista no processo de recuperação imediata dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, uma vez que o cuidado intensivo no pós-operatório proporciona uma recuperação passível de menos riscos de complicações” (NEVES *et al.*, 2018, p. 06).

Entende-se que o enfermeiro deverá elaborar um plano de cuidado, seguindo às necessidades de cada paciente. O enfermeiro deve estar sempre atento a quaisquer mudanças nas condições clínicas do paciente cirúrgico, compreender sua

atuação e estar apto a intervir caso seja necessário, o que justifica a relevância da temática abordada (TAVARES, 2007).

1.5 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, utiliza-se como metodologia uma revisão bibliográfica, a fim de levantar os principais conceitos e posicionamentos sobre a temática em questão. Na pesquisa bibliográfica, serão utilizados livros, periódicos e artigos científicos, indexados com descritores de forma isolada “obesidade”, “bariátrica” e “cirurgia bariátrica”.

A contextualização e análise do problema, será realizada com levantamento bibliográfico por meio de fontes científicas, livros, revistas e artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e fontes do acervo da biblioteca do Centro Universitário Atenas.

Após o levantamento bibliográfico, será realizada uma pesquisa exploratória a fim de verificar a relevância das obras consultadas para o estudo. Em seguida, seleção das informações a fim de escolher elementos capazes de atender aos objetivos da pesquisa.

Para este estudo recorreu-se a pesquisa bibliográfica, conforme menciona Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos científicos no período de 1977 a 2018.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho contém em sua estrutura três capítulos.

O primeiro abordando a contextualização do assunto, construção do problema, as hipóteses e os objetivos, justificativa e metodologia.

O segundo capítulo, por sua vez, descreve a caracterização da obesidade.

O terceiro capítulo aborda a relevância do pré-operatório da cirurgia bariátrica

O quarto capítulo aborda a intervenções do enfermeiro do transoperatório e pós-operatório.

2 CARACTERIZANDO A OBESIDADE

A obesidade é considerada um dos fatores de maior risco para o adoecimento da população. Pode ser desencadeada por fatores genéticos, fatores sociais, hábitos, estilo de vida e devido a quadros patológicos que favorecem o desenvolvimento da obesidade como doenças endócrinas sendo as mais comuns o hipotireoidismo e a Doença de Cushing (BRASIL, 2012).

De acordo com Garrido (2000), a obesidade é definida como uma doença metabólica genética, agravada pela exposição a fenômenos sociais, culturais, ambientais e econômicos, relacionados à idade, sexo, raça e estilo de vida sedentário. Considerada um tipo de doença crônica, que corresponde a epidemias globais, levando a mortes prematuras por doenças cardiovasculares e diabetes.

Em 1998, a revista WHO publicou o quanto o sedentarismo e a vasta ingestão de gorduras e carboidratos complexos na alimentação têm grande gravidade no sucessivo número de casos de obesidade mundial (WHO, 1998).

“A Organização Mundial de Saúde afirma: a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar. Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30” (OMS, 2021).

Conforme afirmado pela OMS (2021), a obesidade se tornou um problema mundial para a saúde associada a várias comorbidades que são causadas no indivíduo obeso. Os tratamentos utilizados são farmacológicos como medicamentos ansiolíticos, antidepressivos para controle da ansiedade quando associada a patologias anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e os não farmacológicos como a reeducação alimentar, exercícios físicos, bem como terapia cognitiva em pacientes diagnosticados com obesidade mórbida. A abordagem clínica geralmente é ineficiente quando então é indicado a cirurgia bariátrica como opção de tratamento.

A indicação da cirurgia bariátrica é baseada em alguns pré-requisitos, sendo o primeiro o excesso de peso calculando o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo a sua classificação: 18,5 ou menos abaixo do normal, entre 18,6 e 24,9 normal, entre 25,0 e 29,9 sobrepeso, entre 30,0 e 34,9 obesidade grau I, entre 35,0 e 39,9 obesidade grau II, acima de 40,0 obesidade grau III ou obesidade mórbida. Os pacientes indicados para cirurgia bariátrica são os que apresenta o IMC > 35

associados com comorbidades e/ou IMC > 40 classificados com obesidade mórbida (OMS, 2021).

As cirurgias bariátricas e metabólicas estão sendo utilizadas no decorrer dos últimos anos para emagrecimento e cura das patologias onde acontece a alteração do aparelho digestivo. Acarreta uma modificação hormonal no organismo o que possibilita melhorias para as comorbidades, sendo possível suspender o uso de medicamentos contínuos com por exemplo de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, entre outros.

“Atualmente, a cirurgia bariátrica tornou-se o principal tratamento para emagrecimento e recuperação das comorbidades relacionadas à obesidade, é considerada o método mais eficaz de perda de peso, onde os pacientes têm o apoio da equipe multidisciplinar que é de grande importância para o sucesso” (VIANA, 2009).

Nesse contexto, percebe-se a promoção e progresso na saúde dos indivíduos submetidos aos procedimentos bariátricos. No quesito qualidade de vida ocorre uma redução nos índices de mortalidade, diminuição de patologias preexistentes, existentes ou que possam se desenvolver devido ao sobrepeso dos pacientes e melhoria nos problemas ortopédicos e articulares (VIANA, 2009).

É possível observar que a obesidade oferece alguns riscos físicos e mentais, ao propiciar o aumento da ansiedade, desencadear depressão, compulsões alimentares e a necessidade de reposição de vitaminas ao longo da vida. Embora o procedimento bariátrico também ofereça riscos na saúde do paciente, ele tem sido um excelente coadjuvante na melhoria da qualidade de vida das pessoas a ele submetido (FANDINÕ, 2004).

3 A RELEVÂNCIA DO PRÉ-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com Moreira (2013) Sistematização da Assistência (SAE), também conhecida como processo de enfermagem, é uma abordagem que orienta as ações do enfermeiro no seu cotidiano e oferece assistência a partir das necessidades individuais dos clientes e seus familiares. A classificação do cuidado envolve não apenas os procedimentos padrão, mas também a necessidade de agir de acordo com os princípios científicos, proporcionando assim uma assistência de qualidade (MOREIRA, 2013).

A sistematização perioperatória tem por objetivos, proporcionar uma assistência integral e individualizada, ajudando o paciente e a família conhecer e compreender o procedimento que será realizado a fim de tranquilizá-los e tentar diminuir os riscos que um procedimento pode oferecer. Preconiza que a visita pré e pós-operatória sejam a melhor ferramenta para manter a assistência de forma qualificada dando continuidade à sistematização (CARVALHO, 2007).

Na consulta de enfermagem identificamos os DE no pré-operatório, estão ligados diretamente nos resultados durante todas as outras etapas cirúrgicas. Sendo assim, é eminente a importância da prática da SAE através da consulta de enfermagem, pois é possível identificar os DE e traçar um plano de ação apropriados com a prática assistencial do profissional enfermeiro (NEVES, 2018).

No pré-operatório a enfermagem tem a responsabilidade de orientar e auxiliar os pacientes no preparo para a cirurgia, dentre esses cuidados estão realização do transporte ao centro cirúrgico, orientar a maneira correta de vestir a camisola cirúrgica disponibilizada pelo hospital e retirada de roupa íntima, certificar se o paciente seguiu o jejum de maneira adequada, aferição dos sinais vitais, retirada de esmalte e adornos, verificação de antecedentes alérgicos, retirada de prótese dentária, preparo gastrointestinal entre outros (CHRISTOFORO, 2009)

No pré-operatório da gastroplastia é fundamental que o paciente passe pela avaliação clínica específica para determinar as condições dos riscos cirúrgicos, que é realizado através de diferentes tipos de exames com fundamento básico em prepará-lo para obter o sucesso na cirurgia, através do ponto de vista psicológico, nutricional e físico (PETROIANU, 2008).

O período pré-operatório é o momento adequado para o estabelecimento do relacionamento interpessoal, sendo fundamental manter contato prévio com o paciente para explicar sobre os procedimentos que serão realizados. O medo da anestesia, o desconhecimento do preparo pré-operatório, o procedimento cirúrgico e a dúvida sobre a recuperação provocam ansiedade

que pode ser evitada com acolhimento e comunicação clara e sincera com o paciente e sua família. (LIMA, 2007).

Segundo Costa (2015), o enfermeiro simultaneamente com a equipe multidisciplinar necessita de métodos estratégicos no período antecedente da cirurgia no qual o paciente e seus familiares se deparam em um momento de aflição, por isso é necessário o esclarecimento de dúvidas com intuito de antecipar e prevenir problemas futuros.

A orientação para o cuidado nutricional deve ser iniciada antes da cirurgia bariátrica, para esclarecer a evolução da dieta no período pós-operatório. As mudanças da dieta devem ser orientadas conforme o momento em que o paciente se encontra, evitando que o mesmo se confunda e tenha complicações, tais como: náuseas, vômitos, síndrome de dumping, diarreia, constipação, obstrução gástrica, intolerâncias alimentares, perda de peso insuficiente, ganho de peso após procedimento, ruptura da linha de grampeamento e deficiência de alguns micronutrientes específicos, tais como ácido fólico, ferro e vitamina B12 (MARTINS, 2010).

A constância de consultas com equipe multidisciplinar está diretamente relacionada aos resultados pós-cirurgia. A perda de peso no pré-operatório deve ser incentivada pois os indivíduos que serão submetidos a gastroplastia devem ter consciência que o aumento excessivo de peso não trará benefícios, já que quanto maior o excesso de gordura, maior o risco de complicações e maior tempo no bloco cirúrgico sob efeito anestésico (HATOUM, 2009).

Conforme Smeltzer (2015), as orientações do paciente que será submetido ao procedimento são relevantes na prevenção de intercorrências. Os indivíduos que fazem uso excessivo de drogas ou álcool, pessoas com intoxicação aguda são suscetíveis a lesões e alterações durante o período anestésico. Desse modo a enfermagem deve captar todas as informações no período de admissão de forma verídica.

Conforme Bond (2009), a prática de atividade física no pré-operatório, mesmo que em nível reduzido, pode auxiliar a perda do excesso de peso após a cirurgia. A recomendação de exercícios físicos para as pessoas que irão se submeter a cirurgia, tanto no pré-operatório e no pós-operatório, é essencial devido aos seus benefícios para a saúde do indivíduo. Porém com o acúmulo de peso algumas pessoas se sentem receosas e medo quanto à possibilidade de sofrerem lesões e até mesmo constrangidas a praticarem as atividades.

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tornam-se mais ativos, e conseqüentemente, perdem mais peso quando comparados aos pacientes operados sedentários, mesmo quando não se atinge uma perda ponderal

esperada no pós-operatório os benefícios provenientes do exercício físico não deixam de existir (BASTOS, 2014).

No que se refere a cirurgia bariátrica, o sedentarismo corresponde a um fator de risco metabólico, independente do peso inicial do paciente, são inúmeros benefícios à saúde decorrentes do aumento da prática de atividade física no pós-operatório independentemente da quantidade de peso perdido após a cirurgia (BOND, 2009).

De acordo com Morais (2009), é fundamental que a equipe multidisciplinar tenha uma linguagem de fácil compreensão para que as orientações sejam realizadas. São inúmeras as informações que os pacientes recebem e na maioria das vezes podem causar confusões. Sendo assim, cabe ao profissional averiguar e criar estratégias como um documento escrito para melhor eficácia no cuidado.

A equipe de enfermagem presta a assistência integral ao atuar diretamente na prevenção e promoção do cuidado com objetivo de evitar complicações que podem ocorrer devido ao paciente não receber as informações adequadas. O profissional é responsável em acompanhar o paciente para que ele consiga superar todas as fases da internação hospitalar até a sua alta. Sendo assim, é primordial que o enfermeiro tenha conhecimento de todas as técnicas cirúrgicas, benefícios e malefícios, para executar os planos de cuidados e possibilitar conforto ao paciente e seus familiares, tendo em vista o sucesso da cirurgia (NEGRÃO, 2006).

4 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO TRANSOPERATÓRIO E PÓS-OPERATÓRIO

Conforme Moreira (2013), o transoperatório se inicia quando o paciente é encaminhado ao bloco cirúrgico e finaliza no ato da sua admissão da sala de recuperação do pós-operatório. O enfermeiro deve realizar o acompanhamento de todo procedimento, com construção de um plano de cuidado para oferecer ao paciente, intervenções de qualidades e essenciais com prevenção de complicações após a cirurgia.

No bloco cirúrgico, o enfermeiro deve posicionar o paciente na mesa cirúrgica com cuidado e segurança evitando intercorrências como quedas, realizar a punção venosa, monitorar sinais vitais, avaliar permeabilidade do acesso venoso, seguir cautelosamente a assepsia, registrar todos medicamentos e materiais utilizados (RODRIGUES, 2012).

Após os procedimentos de admissão na sala de operação e da indução anestésica, recomenda-se que o paciente receba meias antiembolismo nos membros inferiores e, sob as meias, vão perneiras do sistema de compressão sequencial com um controlador pneumático que provê a região de pulsos intermitentes de ar comprimido, os quais inflam, sequencialmente, as múltiplas câmaras das perneiras, que se iniciam nos tornozelos e terminam nas coxas. Com isso, é aumentado o fluxo sanguíneo nos membros inferiores (SCHMITT, 2004).

A enfermagem é responsável tanto na assistência de cuidados, quanto no gerenciamento e organização da sala cirúrgica como conferência de todos materiais, medicamentos e manutenção dos equipamentos que serão utilizados no ato cirúrgico (MOREIRA, 2013).

A atuação da enfermagem é fundamental no processo de recuperação imediata dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, tendo em vista que o cuidado intensivo no pós-operatório proporciona uma recuperação passível de menor riscos de complicações (MOREIRA, 2013).

É de grande relevância a implementação do processo de enfermagem com a finalidade de descrever os diagnósticos de enfermagem para elaboração do plano de cuidado. As intervenções dos profissionais são essenciais durante no período pós-operatório, visto que é o momento de adaptação do paciente ao novo estilo de vida (MOREIRA, 2013).

“É possível perceber alguns diagnósticos de enfermagem mais frequentes, como Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz; Perfusão tissular periférica;

Nutrição desequilibrada maior que as necessidades corporais; Risco de lesão por posicionamento perioperatório e Risco de infecção” (NEVES, 2018).

Segundo Ferreira (2016), existem diagnósticos de enfermagem (DE) mais comuns após a cirurgia bariátrica, ressaltando que a prática pode ser usada para a elaboração de planos de cuidados específicos para esses pacientes como método para uma recuperação de qualidade.

De acordo com Moreira (2013), cuidados de Enfermagem durante a assistência no processo cirúrgico englobam:

- a) Controle da sensibilidade periférica: observar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia); controlar o discernimento entre pontiagudo e rombudo, quente e frio; examinar a pele na busca de alterações na integridade.
- b) Monitorização dos sinais vitais: Pressão arterial; Frequência cardíaca; Frequência respiratória; Temperatura; Dor.
- c) Controle de líquidos: Registrar ingestão e eliminação, administração de diuréticos conforme prescrição médica, quando adequado; acompanhar resultados de exames laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (hematócrito, sódio, osmolaridade urinária); avaliar indicadores de sobrecarga/retenção hídrica (edema, distensão jugular etc.).

De acordo Steyer (2016), é importante seguir as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ao executar cuidados como administração de medicamentos, dreno e troca de curativos de cateter venoso central para prevenção de possíveis infecções e sempre orientar o paciente e a família sobre cada procedimento.

O pós-operatório apresenta risco de possíveis complicações, como a deiscência da anastomose ou da linha de grampeamento que pode estar relacionada com uma cicatrização ineficaz do tecido que permiti a saída de material gastrointestinal através da linha de grampos, sendo o enfermeiro profissional capacitado para orientar para amenizar as intercorrências. Essa complicação é uma das causas mais comuns de morte após a cirurgia, conciliada com embolia pulmonar, pode representar mais de 50% das causas levados a óbitos em pacientes submetidos à gastroplastia. Os pacientes que tem maior risco nesse problema, são principalmente os que tem idade avançada, múltiplas comorbidades principalmente homens e superobesos (CAPELLA, 2006).

A hemorragia gastrointestinal é uma das complicações mais precoces, sua ocorrência é com maior frequência em pacientes que já foram submetidos a cirurgia abdominais anteriormente devido as aderências que requer a adesiólise intraoperatória. O enfermeiro deve avaliar a presença de palidez, tontura, confusão, taquicardia, hipotensão, hematêmese, sangue vermelho vivo pelo reto, queda no nível de hemoglobina, grande quantidade de líquido sanguinolento dos drenos abdominais, baixa produção de urina e comunicar ao cirurgião essas possíveis alterações para intervenções e prevenir possíveis danos ao paciente (LEWIS, 2009).

A complicação da obstrução intestinal está interligada à hérnia interna que é uma complicação temida e bem reconhecida após o procedimento. A definição da hérnia interna é a protusão do intestino através de uma complicação dentro da cavidade abdominal, as hérnias internas estão presentes no período pós-operatório tardio, em vez de mais precoce. Essa complicação possui os sinais e sintomas mais comum sendo necessário atenção do profissional quando existir dor abdominal por distensão, com ou sem obstrução intestinal, náusea, vômitos, que ocorrem devido às alterações na anatomia gastrointestinal e os pacientes podem não apresentar sinais e sintomas típicos de obstrução intestinal. Geralmente, o surgimento ocorre vários meses a anos após a operação, mas pode ocorrer no período pós-operatório (ACQUAFRESCA, 2014).

A equipe multidisciplinar deve empenhar-se de forma integral disponibilizando uma assistência de qualidade, o conhecimento sobre as estratégias de como reduzir o risco e incidência das complicações deve ser adquirido ao longo do tempo. O cirurgião juntamente com o enfermeiro que presta cuidados diretamente no pós-operatório imediato devem acompanhar a evolução do paciente, estar familiarizado com essas complicações, a fim de reconhecê-las precocemente e realizar a melhor intervenção (ACQUAFRESCA, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos trabalhos, conclui-se que a obesidade mórbida acomete a população de maneira descontrolada nos últimos anos devido ao sedentarismo, alimentação rica em gorduras, carboidratos e alimentos industrializados, relacionada com doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias entre outras.

A cirurgia bariátrica é um dos métodos que vem sendo utilizado na atualidade devido a eficácia no tratamento, o que favorece a perda de peso ponderal e melhoria das comorbidades apresentadas pelo indivíduo. Porém, pela sua complexidade é primordial uma equipe multidisciplinar capacitada para prestar a assistência de maneira holística ao paciente. O enfermeiro presta a assistência integral ao paciente em todo o período pré, trans e pós-operatório, por isso, é fundamental o conhecimento do procedimento e a implementação do processo de enfermagem que prioriza cada paciente de forma individual para atender suas necessidades com elaboração do plano de cuidado.

O processo de enfermagem é essencial no pré-operatório onde através de toda a história do paciente possibilitará ações para redução de possíveis complicações no transoperatório, ao fornecer orientações do paciente, sanar todas as dúvidas e possibilitar segurança durante procedimento, pois à medida que o ato cirúrgico se aproxima, os níveis de ansiedade aumentam. O atendimento, desta forma, necessita ser individualizado, isto é, deve atender as necessidades e expectativas de cada um, como ser holístico, levando em conta suas crenças, medos e anseios.

No pós-operatório o paciente se depara com uma mudança drástica do seu estilo de vida, e pode estar sujeito a algumas complicações e infecções onde a equipe de enfermagem deve acompanhar a evolução de perto e possuir conhecimento para intervenções rápidas.

Na alta hospitalar são repassadas inúmeras orientações a serem seguidas para uma recuperação de sucesso, recomenda-se que os profissionais utilizem uma linguagem simples e que passe as informações por escrito para que não ocorra esquecimento por parte do paciente em seguir algumas recomendações essenciais.

A enfermagem se mostra eficaz, com prestação de assistência direta e indireta ao paciente, o atendimento humanizado é um diferencial em qualquer procedimento cirúrgico.

Sendo assim, pode-se constatar que os problemas sugeridos na pesquisa foram respondidos, as hipóteses levantadas foram confirmadas e os objetivos alcançados ao decorrer dos capítulos.

REFERÊNCIAS

ACQUAFRESCA Pablo A., PALERMO Mariano, ROGULA Tomasz, DUZA E. Guillermo, SERRA Edgardo. **COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS PRECOSES APÓS BYPASS GÁSTRICO: REVISÃO DA LITERATURA.** p.06. Buenos Aires-ARG, 2014.

ALMEIDA Martha Elisa Ferreira de M.Sc., COSTA Priscila Dias . **Assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica.** p.03 Viçosa, MG. Mai – Jun. 2009.

BARROS Livia Moreira, FROTA Natasha Marques, MOREIRA Rosa Aparecida Nogueira, ARAÚJO Thiago Moura, CAETANO Joselany Áfio. **Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica:** Rev Gaúcha Enferm. p. 21-7.Março. Fortaleza-CE. 2015.

BASTOS Amália Almeida, PINHEIRO Rosikely Calandrine Mendes, ARAÚJO Mariana Silva Melendez. **Determinantes de sucesso após a cirurgia bariátrica:** fatores pré-operatórios que influenciam nos resultados pós-operatórios. p.09 Brasília, DF – Agosto. 2014.

BOND Dale S., PHELAN Suzanne, WOLF Luke G., EVANS Ronald K., MEADOR Jill G., KELLUM John M., MAHER James W., RENA Alan R.. **Becoming physically active after bariatric surgery is associated with improved weight loss and health-related quality of life. Obesity (Silver Spring).**p17:78–83. Providence, Rhode Island, USA. 2009.

CAPELLA Rafael F., LANNACE Vicente A., CAPELA Joseph F.. **Bowel obstruction after open and laparoscopic gastric bypass surgery for morbid obesity.** J Am Coll Surg. 203(3): 328–35. Hackensack, NJ, EUA. 2006.

CARVALHO Rachel de, Bianchi Estela Regina Ferraz. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação.:** Manole.P. 03. Barueri, SP. 2007.

CHRISTOFORO Beredina Elsinia Bouwman, CARVALHO Denise Siqueira. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AO PACIENTE CIRURGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.** São Paulo-DF.2009.

COUTINHO Walmir F., BENCHINOL Alexandre K. **Obesidade mórbida e afecções associadas.** In: Garrido Júnior AB, editor. Cirurgia da obesidade. p. 13-7. São Paulo: Atheneu; 2003.

FANDINÕ Julia, BENCHIMOL Alexandre K., COUTINHO Walmir F., APPOLINARIO JC. **Cirurgia Bariátrica:** aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev Psiquiatr [Internet]. p. 47-51. Rio de Janeiro-RJ. 2004.

FERREIRA Eric Benchimol, PEREIRA Milca Severino, Souza Adenicia Custódia Silva, ALMEIDA Carlos Cristiano Oliveira de Faria, TALEB Alexandre Chater. **Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia**

profissional. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. p.86-92. Fortaleza-CE. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

JUNIO Arthur B. Garrido. **Cirurgia da Obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2003.

JUNIO Arthur B. Garrido. **Manual de obesidade para o clínico “O papel da cirurgia no tratamento obesidade”.** 10 ed.: p. 243 – 257. São Paulo: Roca, 2002.

KOSHY Anooa A., Bobe Alexandria M., Brady Matthew J. **Potential mechanisms by which bariatric surgery improves systemic metabolism.** Transl Res. p. 63-72. Chicago-USA. 2013.

LEITE Marco Antonio, VALENTE Dayse Coutinho, MARCHESINI João Batista, JUNIOR Arthur Belarmino Garrido, TINOCO Renam Catharina. **Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida:** indicações, seleção e preparo dos pacientes. Programa de Auto-Avaliação. Bol Inform Col Bras Cir. p. 5-9. Rio de Janeiro-RJ. 2003.

LEWIS Catherine E., JENSEN Candice, TEJIRIAN Talar, DUTSON Erik, MEHRAN Amir. **Early jejunojejunostomy obstruction after laparoscopic gastric bypass: case series and treatment algorithm.** Surg Obes Relat Dis. P.203–7. Los Angeles. 2009.

LIMA FB, SILVA JLL, GENTILE AC. **A relevância da comunicação terapêutica na amenização do estresse de clientes em pré-operatório:** cuidando através de orientações. Inf Prom Saúde. p. 3(2):17-18. Niterói-RJ. 2007.

MARCELINO Liete Francisco, PATRICIO Zuleica Maria. **A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica:** uma questão de saúde coletiva. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). p. 3. Santa Catarina. mar. 2011.

MARQUES, Gesiel. **Assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia:** um estudo bibliográfico. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Instituto Municipal de Ensino Superior. Assis. p.42. São Paulo. 2015.

MARTINS Juliana Seiler Simão, PAGANOTTO Mariana. **Hábitos de vida no pós-operatório de gastroplastia:** correlação com peso. Cad Esc Saúde. P.30-45. Curitiba-PR. 2010.

MASON Edward E., MUNNS James R., KEALEY Gerald P., WANGLE Roger, CLARKE William R., CHENG H. F., PRINTEN Kenneth J.. **Effect of gastric bypass on gastric secretion.** Surg Obes Relat Dis. p.155–60 [discussion: 161–2]. Texas-USA. 1977.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Quase metade da população brasileira está acima do peso.** Portal Saúde, 10 Abr. 2012.

MORAIS Gilvânia Smith Nóbrega, COSTA Solange Fátima Geraldo, FONTES Wilma Dias, CARNEIRO Alan Dionizio. **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado.** Acta Paul Enferm. João Pessoa-PB. 2009.

MOREIRA Aparecida, CAETANO Joselany Áfio, BARROS Livia Moreira, GALVÃO Marli Teresinha Gimenez. **Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev Esc Enferm USP. p. 168-75. São Paulo. 2013.

MOREIRA, Rosa Aparecida Nogueira, BARROS Livia Moreira, RODRIGUES Andrea Bezerra, CAETANO Joselany Áfio. **Diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev. REVRENE/Rede de Enfermagem do Nordeste. p.960-970. Fortaleza-CE. 2013.

MOREIRA Rosa Aparecida Nogueira, CAETANO Joselany Áfio, BARROS Livia Moreira, GALVÃO Marli Teresinha Gimenez. **Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 1, p. 168-175, Fevereiro. 2013.

NEVES Emerson, FERREIRA Késsia Alves, MELO Thays Bruna de Assis, ALMEIDA Marco Antonio de, BEZERRA Patrícia Vieira Viana, BEZERRA Fabiana Figueiredo, BARCELAR Leticia Franca Fiuza. **A Relevância do enfermeiro no acompanhamento de pacientes no pós-operatório submetidos a cirurgia bariátrica:** revisão de literatura. p.05 - 06 Ipatinga-MG. Set – Nov. 2018.

OLIVEIRA Deíse Moura, MERIGHI Miriam Aparecida Barbosa, JESUS Maria Cristina Pinto de. **A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social.** P.01 Viçosa-MG. Out. 2014.

PETROIANU A, Miranda ME, Oliveira RG. Blackbook cirurgia – **Medicamentos e rotinas médicas.** 1ªed. Blackbook editora. Belo Horizonte-MG.2008.

REPETTO Giuseppe, RIZZOLLI Jacqueline, BONATTO Cassiane. **Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso:** Here, There, and Everywhere. Arq Bras Endocrinol Metab. p. 633-635.Porto Alegre-RS. 2003.

RODRIGUES, Renata Tavares Franco, LACERDA Rúbia Aparecida, LEITE Rita Burgos, GRAZIANO Kazuko Uchikawa. **Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso:** revisão integrativa da literatura. Rev. esc. enferm. USP, v. 46, n. spe, p. 138-147. São Paulo. Oct. 2012.

SCHMITT Márcia Teresinha. **Cirurgia da obesidade mórbida:** atuação da enfermeira em uma equipe multidisciplinar. Rev SOBECC.P.9(4):15-8.São Paulo. 2004.

STEYER Nathalia Helene, OLIVEIRA Magáli Costa, GOUVÊA Mara Regina Ferreira, ECHER Isabela Cristina, LUCENA Amália de Fátima. **Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev. Gaúcha Enferm. p.37(1). Porto Alegre-RS. 2016.

TAVARES Telma Braga, NUNES Simone Machado, SANTOS Mariana Oliveira
Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Revista Médica de Minas Gerais. p. 359-366. Belo Horizonte. ago. 2010.

VILAS BÔAS ML, Pinto LO, Oliveira I. **Trabalho em equipe é fundamental para cirurgia bariátrica.** São Paulo-SP. jan. 2010.

WHO - World Health Organization. Obesity – **preventing and managing the global epidemic.** Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1998. Geneva-SUI, 1998.