



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

CLEIDE SOLANGE GONÇALVES

**CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-
OPERATÓRIO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX**

SÃO JOÃO DEL REI / MG
2018

CLEIDE SOLANGE GONÇALVES

**CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-
OPERATÓRIO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Gilberto de Souza.

SÃO JOÃO DEL REI / MG
2018

CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX

Gonçalves, Cleide Solange

RESUMO

A obesidade é considerada uma doença crônica, de etiologia multifatorial e que causa prejuízos tanto físicos quanto psicológicos. O presente estudo tem por finalidade descrever quais os cuidados que a equipe de enfermagem deve ter em relação ao pós-operatório de Bypass Gástrico em Y de Roux. A metodologia empregada foi à pesquisa bibliográfica nas seguintes fontes Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e base de dados de enfermagem (BDENF). O bypass é uma cirurgia invasiva onde o médico acaba retirando uma grande parte do estômago ligando o início do intestino à pequena porção restante do estômago, o que faz com que ocorra diminuição do espaço disponível para a comida, consequentemente reduz a quantidade de calorias absorvidas. Concluiu-se que a equipe de enfermagem pode atuar na pós-cirurgia bariátrica junto ao paciente de diversas maneiras, entre elas, ajudando-o na deambulação, na promoção do autocuidado e do medicamento e também as recomendações alimentares que são fundamentais nesta nova fase de vida do paciente pós-cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Equipe de Enfermagem; Tratamento da Obesidade.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Carvalho e Luz¹, a obesidade é uma doença crônica, porém, não contagiosa, cuja principal característica é o acúmulo em excesso de gordura corporal. Tem relação ao aumento do índice de mortalidade e vem acompanhada de algumas comorbidades, como: hipertensão arterial, diabetes mellito, dislipidemias, câncer e doença cardiovascular.

De acordo Carvalho e Luz¹, a cirurgia bariátrica é considerada uma das opções para o tratamento da obesidade, sendo esta um procedimento invasivo que é utilizado para diminuir a quantidade de alimento que entra ou que é absorvido no trato gastrointestinal, tendo como principais benefícios para o paciente a perda e manutenção do peso, bem como a cura ou controle das comorbidades, levando a melhora da qualidade de vida. Esta cirurgia é considerada o método mais efetivo para perda de peso, com redução média entre 35 a 40%.

Carvalho e Luz¹ explicam que existem mais de um tipo de cirurgia bariátrica, entre as mais conhecidas cita-se a que reduz o tamanho do estômago, que apresenta três

variações denominadas: banda vertical ajustável, gastroplastia vertical e gastroplastia vertical com bypass em y de Roux. A bypass em y de Roux é também conhecida como Capella ou Fobi-Capella, proporcionando a reedução do volume do estômago, ocorrendo uma pequena disabsorção dos alimentos, pois eles deixam de passar pela primeira parte do intestino delgado.

O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia bariátrica deve estar atento a alguns sintomas do paciente como complicações respiratórias, formação de úlcera por pressão, eventos tromboembólicos, vômitos, diarreia e desidratação e o seu acompanhamento é imprescindível nesta fase do processo de emagrecimento.

Este justifica-se, principalmente, para que o profissional de enfermagem conheça as propostas cirúrgicas, as vantagens e desvantagens da técnica empregada e o desencadear de cada uma delas, uma vez que essas informações auxiliam os cuidados de enfermagem, que são fundamentais na recuperação pós-operatória do paciente.

A metodologia empregada foi à pesquisa bibliográfica e como estratégia de busca os achados referentes aos estudos foram obtidos por meio de consulta em três bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e base de dados de enfermagem (BDENF). O período de publicação dos periódicos ficou estabelecido entre os anos de 2013 a 2017.

O trabalho foi dividido em três capítulos: Primeiro capítulo referente à obesidade, como ela ocorre e suas comorbidades, no segundo capítulo foram retratadas sobre a cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade: Bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) e por fim, terceiro e último capítulo, a respeito dos cuidados de enfermagem no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

2 OBESIDADE

Marques² define obesidade como uma patologia metabólica com precedência genética e que acaba se agravando por causa da exposição do indivíduo a fenômenos culturais, sociais, ambientais e econômicos, porém a obesidade está associada a outros fatores como sexo, idade, raça e também o sedentarismo. É considerada uma enfermidade crônica, correspondendo a uma epidemia global e também é responsável pela morte precoce decorrente de uma série de doenças associadas, principalmente as de origem cardiovascular e a diabetes.

Marques² esclarece que a obesidade acaba provocando outras patologias no indivíduo, denominadas de comorbidades. Estas comorbidades acabam se agravando

pelo excesso de peso e a falta da perda ponderal. Existem trabalhos que indicam que a morbimortalidade que tem relação à obesidade é 12 vezes maior no homem adulto obeso.

Zyger, Zanardo e Tomicki³ revelam que o tratamento da obesidade precisa ser conduzido da mesma maneira que outras doenças crônicas, por meio da reeducação alimentar e também de atividade física. Os resultados são alcançados de forma lenta, principalmente no momento em que o indivíduo faz dietas com redução moderada de calorias, juntamente com a atividade física regular associada e orientada. Estas são consideradas melhores opções no controle nutricional da obesidade.

Marques² diz que para se fazer o diagnóstico da obesidade existem algumas técnicas que devem ser utilizadas, entre elas: avaliação dietética, clínica, psicossocial laboratorial, antropométrica (tem a função de medir as dimensões corporais) e servem para diagnosticar e identificar a intervenção necessária.

Lima e Oliveira⁴ descrevem que Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), 51% da população brasileira está acima do peso. No ano de 2006 o índice de obesidade estava no patamar de 43%, no ano de 2011 chegou a 48,5% e no ano de 2012 teve um acréscimo, chegando a 51% da população.

Segundo Marques², alguns dos métodos utilizados para diagnosticar e classificar a obesidade, é o uso do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC se calcula a partir da divisão do peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado ($IMC = \text{Peso atual (kg)} / \text{altura}$). Este método é utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e serve para identificar o peso adequado para cada pessoa, onde o resultado do cálculo do IMC deve ficar entre 18,5 e 24,9. O indivíduo é considerado obeso quando o IMC se apresenta acima de score 30.

TABELA 1 – Interpretação do Índice de Massa Corporal

Interpretação do IMC		
IMC	Classificação	Obesidade (grau)
Menor que 18,5	Baixo peso	0
Entre 18,5 e 24,9	Normal	0
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso	I
Entre 30,0 e 39,9	Obesidade	II
Maior que 40,0	Obesidade Grave	III

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, (2014).⁵.

Lima e Oliveira⁴ dizem que o IMC não deve ser utilizado como referência de

grau de obesidade em crianças e adolescentes, principalmente pelo motivo que os mesmos estão em fase de crescimento e passando por diversos processos hormonais. Quanto maior o valor do IMC maior a probabilidade do indivíduo de morrer precocemente e/ou consequentemente desenvolver comorbidades como a diabetes mellito, hipertensão arterial e/ou doenças cardiovasculares. Porém o MS adverte que o IMC sozinho não consegue identificar o problema de peso em excesso, pois é necessário saber como esta gordura está distribuída pelo corpo e organismo.

Além das comorbidades físicas que a obesidade produz, as patologias psicológicas também surgem, conforme Deluchi⁶ relata que existe uma relação tênue entre o comer compulsivo e os gatilhos externos, pois o alimento neste caso acaba servindo como um instrumento de enfrentamento de conflitos interpessoais e situações de estresse. Sendo assim, a obesidade é vista como um tipo de comportamento aditivo, o que incluiu um padrão de crenças disfuncionais relacionadas à alimentação: crenças consideradas facilitadoras que acabam autorizando o indivíduo a comer, como exemplo: “vou comer porque mereço”, ou crenças antecipatórias, que são expectativas que os indivíduos criam em relação ao efeito da alimentação e por fim, as crenças de alívio emocional, que são resultados do engajamento no padrão alimentar.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração à obesidade é que os pacientes com sobrepeso ou obesos acabam desencadeando crenças disfuncionais a respeito da alimentação e do peso, o que acarreta sentimentos de ansiedade, culpa, raiva, tristeza, preocupação, estresse e impotência, podendo desencadear também problemas de relacionamento familiar, interpessoal e conjugal (NEUFELD, MOREIRA e XAVIER⁷).

Conforme Lima e Oliveira⁴, tais crenças disfuncionais servem como “armadilhas” cognitivas presentes nos processos de pensamento dos indivíduos obesos, como por exemplo: “como porque estou ansiosa”, ou “preciso aprender a controlar a ansiedade para poder perder peso”, “estou gorda assim por causa da minha ansiedade”, “sou ridículo/fracassado por comer demais”, levando-os ou justificando o aliciamento em padrões disfuncionais de alimentação.

De acordo com Felix, Soares e Nobrega⁸ além da dietoterapia e da atividade física, nos últimos anos a cirurgia bariátrica vem sendo realizada também no tratamento da obesidade, pois a mesma auxilia na redução de peso e consequentemente na melhora das comorbidades que estão associadas à obesidade. Segundo Campos⁹ existe mais de um tipo de cirurgia bariátrica, uma delas é a redução do estômago, que apresenta três

variações: banda vertical ajustável, gastroplastia vertical e gastroplastia vertical com bypass em y de Roux. A gastroplastia vertical com bypass em y de Roux é designada também como Capella ou Fobi-Capella, sendo considerada uma das mais utilizadas pelos cirurgiões. Esta cirurgia além de reduzir o volume do estômago também faz com que ocorra uma pequena disabsorção dos alimentos, pois os mesmos deixam de passar pela primeira parte do intestino delgado.

De acordo com Steyer et al.,¹⁰, para que o indivíduo consiga realizar a cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade e consequentemente das suas comorbidades, o mesmo deve estar enquadrado no grau de obesidade III, deve ser avaliado por médicos especializados e ter alguns critérios a serem seguidos, como: IMC acima de 40Kg/m² ou acima de 35Kg/m² com comorbidades graves envolvidas, além de não ter obtido sucesso com técnicas não cirúrgicas.

3 CIRURGIA BARIÁTRICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE: BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX (RYGB)

Segundo Barros et al.,¹¹ a cirurgia bariátrica é considerada uma das melhores opções no tratamento da obesidade mórbida, acompanhada com a prática de outras terapias no controle do peso e no tratamento das comorbidades associadas ao excesso de peso. Tal método proporciona uma considerável perda de peso a longo prazo e também auxilia no metabolismo do paciente com a resolução de diversas patologias, favorecendo o bem-estar biopsicossocial.

Conforme Barros et al.,¹¹ o tratamento é indicado principalmente para pessoas que venham a apresentar IMC entre 35-40 kg/m² e consequentemente que apresentem alguma comorbidade, sendo necessário que estejam bem informados em relação às mudanças no estilo de vida necessárias após a cirurgia. Os resultados positivos que se obtém nos primeiros anos após a cirurgia devem ser considerados fatores de estímulos necessário para que o paciente consiga mudar seus hábitos de vida e alimentação. Os incentivos devem ser direcionados à prática de atividades físicas, alimentação saudável e acompanhamento no pós-operatório para garantir a persistência dos resultados favoráveis obtidos.

Segundo Sousa et al.,¹², a cirurgia bariátrica é um tratamento que além de ser eficaz também é um dos mais duradouros no que diz respeito à obesidade mórbida e consequentemente suas comorbidades, como a síndrome metabólica (SM). Existem vários tipos de técnicas cirúrgicas para o controle da obesidade, porém o bypass gástrico é um dos métodos mais bem validados entre a área médica.

De acordo com Nora¹³, a cirurgia bariátrica é classificada como restritiva ou mal absorptiva, segundo o mecanismo de ação no qual leva à perda de peso. As cirurgias restritivas acabam limitando a ingestão alimentar por meio da formação de uma pequena bolsa gástrica (gastroplastia, banda gástrica ajustável e gastrectomia vertical), ao contrário dos procedimentos mal absorptivos, como no caso do bypass jejuno ileal, que acabam limitando a absorção de nutrientes. Essa característica fez com que a técnica fosse substituída por métodos do tipo misto, ou seja, combinando o efeito restritivo com a má absorção de micronutrientes (bypass gástrico proximal em Y de Roux) e/ou macronutrientes (bypass gástrico distal e desvio biliopancreático).

Ziger³ menciona que a escolha pela cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade deve ser analisada com muita cautela, pois para alguns pacientes após a cirurgia podem ocorrer deficiências nutricionais, como a carência de vitaminas do complexo B, ferro, ácido fólico, cálcio, zinco, vitamina D e albumina.

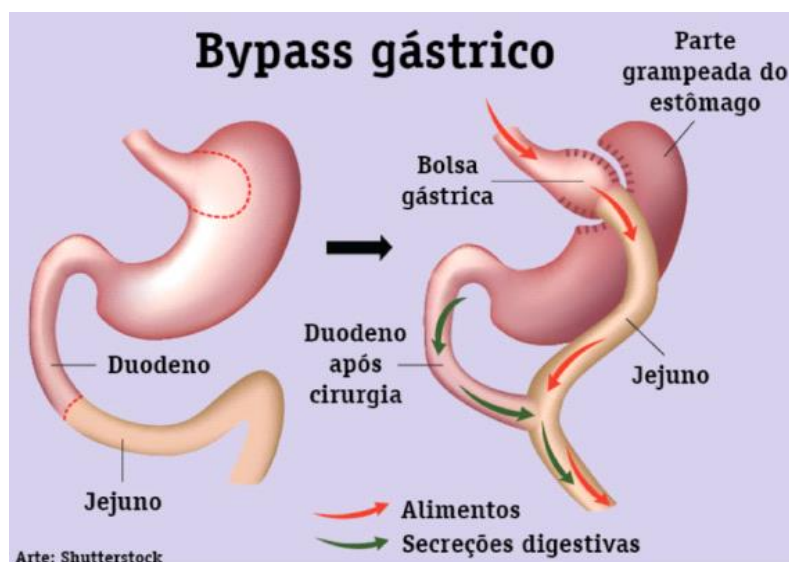


FIGURA 1 - Gastroplastia com derivação gastrojejunal em Y de Roux

Fonte: Instituto de Medicina Salett (2018)¹⁴.

Conforme Nora¹³ as cirurgias bariátricas mais utilizadas são o bypass gástrico e a gastrectomia vertical. O bypass gástrico proximal acaba criando uma pequena bolsa gástrica e que não incluiu o fundo do estômago (componente restritivo), uma anastomose gastrojejunal em Y de Roux, de forma a fazer bypass do estômago excluído, duodeno e intestino delgado proximal e em criar um canal biliopancreático de 50 cm e um canal alimentar de 150 cm. Tal procedimento demonstrou grandes benefícios no metabolismo dos pacientes, principalmente no tratamento das comorbidades, como a Diabetes Mellito tipo 2, controle glicêmico ou remissão clínica da doença em até 85%

dos casos, levando a uma perda de peso significativa, o que o torna um método cirúrgico muito equilibrado, principalmente pela alta taxa de sucesso e pequena taxa de efeitos adversos e de complicações.

De acordo com Acquafresca et al.,¹⁵ entre todos os procedimentos cirúrgicos o bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) é o mais utilizado pelos médicos, pois como pertence ao grupo dos procedimentos combinados, no qual acaba gerando a restrição e má-absorção. A restrição ocorre pela exérese do estômago proximal, o que reduz o seu volume, criando uma bolsa de cerca de 10 a 25 ml, o que consequentemente deixa o resto do estômago excluído. A má absorção ocorre devido à divisão do intestino delgado que forma uma alça alimentar (alça de Roux) e outra biliopancreática. A alça alimentar de Roux em Y é criada através da divisão do jejuno 50 cm abaixo do ligamento duodenojejunal. Em seguida ela é medida e uma jejunostomia mecânica latero-lateral é criada a 150 cm abaixo da gastrojejunoanastomose.

Segundo Barros et al.,¹¹ após o procedimento cirúrgico é necessário que este paciente seja acompanhado pela equipe médica e de outros profissionais da área (como o enfermeiro), avaliando sua qualidade de vida e quais aspectos apresentam melhoras significativas no seu cotidiano, como qualidade de vida física, social, sexual e psicológica.

Segundo Barros et al.,¹¹ o acompanhamento do paciente pós-cirurgia envolve a análise da perda de peso, as alterações nas comorbidades e na qualidade de vida e também a presença de complicações e reoperações. A perda de peso é um dos parâmetros usados para definir o sucesso da cirurgia, existindo uma concordância entre os pesquisadores que o critério para tal avaliação é o percentual de Perda de Peso (%PEP) de pelo menos 50% com a manutenção ponderal ao longo dos anos.

Segundo Barros et al.,¹¹ no ano de 1988, os pesquisadores Oria e Moorehead elaboraram o Protocolo *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*, que é usado até os dias de hoje como o único instrumento que acaba permitindo uma avaliação completa e objetiva dos resultados da cirurgia bariátrica. É um instrumento utilizado internacionalmente por causa de sua praticidade e eficiência na medição de resultados do tratamento cirúrgico.

4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Segundo Ferreira e Felix¹⁶, a cirurgia bariátrica acabou sendo uma das alternativas no tratamento da obesidade e consequentemente na resolução de diversas

comorbidades. A assistência de enfermagem abrange todo o perioperatório, inclusive o pós-operatório, contribuindo de maneira significativa para os resultados positivos da cirurgia. No processo de seleção o enfermeiro pode elucidar as dúvidas do paciente e de seus familiares, explicando os testes necessários de diagnóstico e sua importância, além de fazer um histórico de enfermagem completo, com dados relevantes sobre o paciente, explicando as mudanças que a cirurgia bariátrica promove, como perda de peso, alteração nos padrões alimentares, na imagem corporal e na percepção do outro.

Segundo Eduardo et al.,¹⁷ do ponto de vista psicológico o paciente possui muitas dúvidas e conflitos antes do procedimento cirúrgico e os sintomas mais evidentes são insegurança, medo e ansiedade. Neste momento a equipe de enfermagem é imprescindível, pois ajudará tanto o paciente como a sua família a compreender melhor a cirurgia e prepará-los para a mesma.

Conforme Santos et al.,¹⁸ a assistência de enfermagem intensiva e sistematizada no pós-operatório de cirurgia bariátrica é importantíssimo para a diminuição dos riscos e da ocorrência de eventos que possam vir a ocorrer. O enfermeiro precisa utilizar como ferramenta metodológica o Processo de Enfermagem na organização e implementação do cuidado.

Conforme Santos et al.,¹⁸ uma das etapas do Processo de Enfermagem é o Diagnóstico de Enfermagem (DE), que é o meio por onde se faz o julgamento clínico das respostas do paciente aos processos vitais ou em relação aos problemas de saúde atuais. Tal procedimento da assistência acaba permitindo que o enfermeiro venha a conhecer as respostas humanas alteradas no paciente, além de verificar os riscos decorrentes destas alterações, contribuindo para o planejamento de intervenções individualizadas.

De acordo com Moreira¹⁹, existem alguns cuidados especiais que devem ser levados em consideração pela equipe de enfermagem, referente ao pós-operatório de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, uma vez que as comorbidades associadas à obesidade, fazem destes pacientes candidatos a alto risco cirúrgico, demandando a identificação correta e oportuna dos problemas pelo enfermeiro, afim de que medidas necessárias para sua solução sejam estabelecidas precocemente.

Segundo Nibi e Osti²⁰ uma das complicações comumente encontradas no pós-operatório da bariátrica são a infecção da ferida cirúrgica, que acontece por causa do suprimento inadequado de tecido adiposo e outros fatores que acabam contribuindo para a infecção, como acúmulo de bactéria nas dobras cutâneas próximo a ferida e deiscência

da sutura ou excesso de umidade da pele. Outros riscos de complicações que o paciente pode apresentar referem-se à imobilização no pós-operatório, como trombo embolismo pulmonar (TEP), integridade cutânea prejudicada (úlceras de pressão), trombose venosa profunda (TVP) e insuficiência respiratória.

Segundo Nibi e Osti²⁰ outras complicações nos quais o enfermeiro deve estar atento no pós-operatório da cirurgia bariátrica são complicações pulmonares, como a pneumonia, infecção traqueobrônquica, atelectasia, ventilação mecânica e/ou intubação orotraqueal prolongadas, insuficiência respiratória aguda e broncoespasmo. O surgimento destas complicações tem relação com os fatores de risco pré-operatório, como a idade avançada, tabagismo, presença de doença pulmonar prévia ou outra doença clínica, tempo cirúrgico e técnica cirúrgica empregada, capacidade diminuída ao exercício, desnutrição, tipo de anestesia, valores espirométricos anormais e tempo de internação pré-operatória prolongada.

Segundo Ferreira e Felix¹⁶, a equipe multidisciplinar que atua no perioperatório dos pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica deve ter como objetivo prevenir e tratar possíveis complicações oferecendo apoio e cuidado, que deve ser iniciado antes da cirurgia bariátrica e se estender por um mínimo de cinco anos pós-operatório. O enfermeiro deve assegurar cuidados e educação em saúde, com o objetivo de prevenir complicações, determinando o bem-estar e auxiliando o paciente na sua adaptação à nova maneira de viver.

Conforme Ferreira e Felix¹⁶, os cuidados da equipe de enfermagem em relação ao paciente pós-cirurgia bariátrica refere-se à promoção da mobilidade no leito e à sua deambulação, minimizando riscos para infecções, cuidando dos curativos, cateteres e drenos, ausculta pulmonar e exercícios respiratórios, administração de analgésicos e antieméticos, antibióticos, monitorização, possíveis complicações, cateterização vesical de demora, orientações quanto ao procedimento cirúrgico, promoção de sono e repouso, medidas de autocuidado e cuidados em casa (ferida operatória e pele), além de visitas de acompanhamento, adoção de protocolo clínico, orientações quanto ao processo cirúrgico, assinatura do termo de consentimento informado na avaliação pré-operatória, instruções quanto à dieta, alterações medicamentosas e sinais de complicações no pós-operatório.

Conforme Eduardo et al.,¹⁷ o uso diário do dreno traz mais segurança ao cirurgião, pois o mesmo espera que o mesmo facilite e também antecipe os diagnósticos de complicações, como fístulas e sangramentos. O cirurgião acredita que o dreno venha

a auxiliar na recuperação do indivíduo que passou pela cirurgia bariátrica. Porém, é importante que a equipe multidisciplinar esteja alerta em relação à todas essas questões, levando em consideração o acúmulo de gases, que pode ser evitado por meio da deambulação, ou seja, a orientação ao paciente é importante nesta fase do pós-operatório.

Segundo Rocha, Lima e Lima²¹, cerca de 0,6 a 7,3% dos pacientes em pós-operatório precisam de ventilação mecânica, onde entra o papel do enfermeiro para que consiga manter o controle dos sinais vitais, observando o nível de consciência e saturação de oxigênio, incentivando a mudança de decúbito. Diarreias e vômitos são comuns após a cirurgia, pois os pacientes não podem ingerir grande quantidade de líquidos. A partir disso, a equipe de enfermagem deve estimular a ingestão de menores quantidades de alimento e em número maior de vezes, verificando o débito urinário, monitorando a presença de íleo paralítico e estimulando a deambulação precoce, garantindo o sucesso da terapêutica.

Conforme Rocha, Lima e Lima²¹, outras informações que a equipe de enfermagem deve repassar aos pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica estão relacionadas à alimentação, autocuidado e atividade física. Tais informações servirão de auxílio na adaptação ao novo estilo de vida do paciente. As orientações mais relevantes são a não ingestão de líquidos 15 minutos antes de cada refeição e até 90 minutos, para que se evite a distensão gástrica, estimulando o paciente a seguir a dieta proposta, orientando-o sobre a perda de peso, que será mais eficiente com a prática de exercícios físicos, orientando-o sobre os cuidados com a ferida operatória, evitando o risco de infecções no local, estimulando consequentemente com que a família se torne participativa em todos os cuidados e ações nessa nova etapa da vida do cliente.

Conforme Eduardo et al.,¹⁷ pós-cirurgia o paciente vai passar por diversas mudanças nos seus hábitos diários, tanto na alimentação como na estrutura física. Estas modificações levam o paciente a ter uma reflexão sobre sua nova fase, sendo importantíssimo que a equipe multidisciplinar esteja atuando neste novo período do paciente para que o mesmo aceite e reconheça todas estas mudanças, afim de saber lidar com as mesmas.

Eduardo et al.,¹⁷ descreve que cada profissional da equipe multidisciplinar se torna responsável por uma parte do tratamento do paciente e neste caso, o enfermeiro tem dupla função, pois precisa garantir a eficiência técnica no peri-operatório e também atuar como elo facilitador entre o paciente, familiares e os profissionais. No pós-

operatório o enfermeiro atua verificando seus sinais vitais, auxiliando na deambulação, na medicação e nos cuidados com os curativos, drenos e cateteres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica necessitam de cuidados de Enfermagem diferenciados no perioperatório. Os cuidados de Enfermagem identificados na presente revisão englobam principalmente aspectos referentes à mobilidade e deambulação, profilaxia tromboembólica, terapia medicamentosa, cuidados com drenos, curativos e cateteres, educação do paciente no pré e pós-operatório e ações individualizadas que atendam as reais necessidades dos pacientes.

A conduta do enfermeiro precisa estar condizente com a promoção da saúde e da prevenção dos danos e agravos e suas ações devem estar voltadas para solucionar problemas, o que pode ocorrer mediante a uma assistência integral.

Evidencia-se assim que tanto a família como o paciente precisam ir para casa com informações técnicas e precisas de como deve ser o pós-operatório do paciente, e neste caso o enfermeiro tem papel fundamental, repassando informações sobre como o paciente deve cuidar dos seus tubos de drenagem, como deve ser sua nova alimentação, (sólida ou líquida), repassar dados sobre os cuidados com a pele e feridas que possam ocorrer, a importância da deambulação, do autocuidado e dos sintomas e sinais que requerem atenção médica e da enfermagem. É importante que o enfermeiro avalie a condição psicológica do paciente em sua nova forma de vida, pois é através do processo de enfermagem que se consegue identificar os diagnósticos e as intervenções, o que auxilia na prevenção de possíveis complicações.

Destacam-se os cuidados de enfermagem pós-cirurgia bariátrica a deambulação de 12 em 12 horas, mobilidade no leito, profilaxia tromboembólica através de dispositivos de compressão, cuidados tanto com cateteres, drenos e curativos e também antibioticoprofilaxia.

REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface*. 2013;13(29): 313-26, 2013.
- 2 Marques, G. Assistência de enfermagem ao paciente submetido gastroplastia: um estudo bibliográfico. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem), Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis/Assis, 42p. 2015.
- 3 Zyger LT, Zanardo VP, Tomicki C. Perfil nutricional e estilo de vida de pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica. *Rev Soc Med*. 2016; 26(3): 1-8.

- 4 Lima ACR, Oliveira AB. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças Psic Saúde*. 2016; 24(1): 1-14.
- 5 Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Índice de Massa Corporal. 2014. Disponível em: www.endocrino.br. Acesso em: 10 jul. 2018.
- 6 Deluchi M. Terapia cognitivo-comportamental e obesidade. In: Araújo, R. B., Piccoloto, N. M.; Wainer, R. (Orgs.). *Desafios clínicos em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- 7 Neufeld CB, Moreira CAM, Xavier GS. Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: O relato de uma experiência. *Psico*. 2012; 43(1): 93-110
- 8 Felix LG, Soares MJGO, Nobrega MML. da. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1): 83-91.
- 9 Campos JM. Certificado de Área de Atuação em Cirurgia Bariátrica: mais uma conquista da SBCBM. *ABCD Express Edit*. 2015; 01(01): 6-7.
- 10 Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echerc IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1): e5017.
- 11 Barros LM, Frota NM, Moreira RAN, Araújo TM. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(1): 21-27.
- 12 Sousa P, Bastos AP, Venâncio C, Vaz AR, Brandão I, Costa JM, et al. *Acta Med Port*. 2014; 27(4): 450-457.
- 13 Nora C. Gastrectomia vertical e bypass gástrico no tratamento da síndrome metabólica. *Rev Port Endo Diab Met*. 2016; 11(1): 23-29.
- 14 Instituto de Medicina de Sallet. Cirurgia Bariátrica: Bypass. Disponível em: <https://www.sallet.com.br/>. Acesso em: 10 jul. 2018
- 15 Acquafresca PA. Complicações cirúrgicas precoces após bypass gástrico: revisão da literatura. *ABCD Arq Bras Cir Diag*. 2015; 28(1): 74-80.
- 16 Ferreira MBG, Felix MMS. Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Rene*. 2014; 15 (4): 710-9.
- 17 Eduardo CA, Silva AA, Cruz CD, Viana GCP, Rocha RLP. Cirurgia Bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2017; 7 (1173): 1-11.
- 18 Santos BN, Novelli MC, Fontes CMB, Dell'Acqua MCQ. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em terapia intensiva. *Rev Enfer UFPE*. 2015; 9(4): 7247-54.
- 19 Moreira RAN. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Esc Enfer USP*. 2013; 47(1): 168-75.
- 20 Nibi FA, Osti C. Cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. *Rev UNINGÁ*. 2014; 39(1): 149-158.
- 21 Rocha KR, Lima ALB, Lima JR. Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica. *SEMESP*. 2014; 1(1): 1-4.