



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIANA DE OLIVEIRA SILVA

**A CIRURGIA BARIATRICA, OS FATORES RELACIONADOS AO SEU SUCESSO
E O PAPEL DO ENFERMEIRO NESSE PROCESSO**

BRASÍLIA
2014

MARIANA DE OLIVEIRA SILVA

**A CIRURGIA BARIATRICA, OS FATORES RELACIONADOS AO SEU SUCESSO
E O PAPEL DO ENFERMEIRO NESSE PROCESSO**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado no formato de artigo científico
ao UniCEUB como requisito parcial para a
conclusão do Curso de Bacharelado em
Enfermagem.

Orientador: Professor Eduardo Cyrino de
Oliveira Filho

BRASÍLIA

2014

Com muito carinho, dedico a minha mãe Ana Paula de Oliveira, pela compreensão, apoio e contribuição para minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar e me dar forças nesta jornada onde muitos obstáculos foram superados graças à fé que tenho nele.

A minha amada mãe pela paciência que teve comigo e também ao meu tio Francisco José pelo apoio e incentivo ao longo destes anos. Aos meus irmãos Igor e Ítalo que embora não soubessem da importância deste trabalho, iluminaram de uma maneira especial e também ao Samuel meu namorado pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

À Professor Eduardo Cyrino pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

Muito Obrigada!

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

A cirurgia bariátrica, os fatores relacionados ao seu sucesso e o papel do enfermeiro nesse processo

Mariana de Oliveira Silva¹Eduardo Cyrino²

RESUMO

A presente revisão bibliográfica abordou os fatores que influenciam o sucesso do pós-operatório da cirurgia bariátrica. Assim, a revisão da literatura foi realizado nos bancos de dados eletrônicos Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scielo – Scientific Electronic Library Online usando as palavras-chave obesidade, cirurgia bariátrica, pós-operatório, sucesso, enfermeiro e enfermagem entre os anos 1999 a 2013. A cirurgia bariátrica é um procedimento que visa reduzir a ingestão e a absorção de alimentos pelo trato gastrointestinal. Entretanto, o sucesso no pós-cirúrgico dessa intervenção pode ser prejudicado se o acompanhamento do paciente for negligenciado pelos pacientes, que acreditam que o simples ato da cirurgia em si, tem a capacidade de mudar hábitos instalados há anos e que o simples fato da cirurgia resolverá o problema. Constata-se que o enfermeiro pode auxiliar no processo pré e pós-cirúrgico no sentido de orientar e acompanhar esse paciente para que ele obtenha êxito no tratamento.

Palavras-chave: obesidade. cirurgia bariátrica. sucesso. enfermeiro. enfermagem. pós-cirúrgico.

Bariatric surgery, factors related to its success and the nurse's role in this process

ABSTRACT

This study conducted a literature review on the factors that influence the success of the postoperative bariatric surgery. Thus, the literature review sought in electronic databases such as Literature Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and SciELO - Scientific Electronic Library Online with keywords obesity, bariatric surgery, postoperative success, nurse and nursing between 1999 and 2013. Bariatric surgery is a procedure that aims to reduce food intake and absorption from the gastrointestinal tract. However, success in this post -surgical intervention may be harmed if the patient follow-up is neglected by patients, who believe that the simple act of surgery itself, has the ability to change habits installed for years and that the mere fact of surgery solve the problem. It appears that the nurse can assist in the pre-and post-surgery in order to guide and monitor this patient for it to get successful treatment.

Keywords: obesity. bariatric surgery . success. nurse. nursing. postsurgical .

¹Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

²Enfermeira, professor de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é, atualmente, um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua prevalência vem aumentando acentuadamente nas últimas décadas, inclusive nos países em desenvolvimento, o que levou a doença à condição de epidemia mundial. Sua causa é multifatorial e depende da influência mútua de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (COUTINHO, 1999).

No Brasil, aproximadamente 40% dos indivíduos estão acima do peso adequado, sendo que 10,1% são obesos e 28,5% apresentam sobrepeso. A mortalidade é 12 vezes maior em indivíduos obesos mórbidos do que em pessoas com peso normal com idade entre 25 e 40 anos (COSTA *et al.*, 2009). A obesidade consiste em uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal a ponto de comprometer a saúde do indivíduo. Essa condição possui etiologia multifatorial, dessa forma, o seu tratamento abrange múltiplas abordagens (nutricional, uso de medicamentos e prática de exercícios físicos). Entretanto, vários pacientes não respondem a estas terapias, necessitando de uma intervenção mais ativa. Então, a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade e a indicação desta intervenção vem crescendo bastante (FANDIÑO *et al.*, 2004).

Segundo a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, artigo terceiro e parágrafo terceiro, considera-se com sobrepeso aqueles adultos que apresentem índice de massa corporal (IMC) maior que 25 kg/m^2 e menor 30 kg/m^2 e com obesidade aqueles com $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$, sendo a obesidade classificada em: grau I – IMC entre 30 kg/m^2 e menor que 35 kg/m^2 ; grau II, indivíduos que apresentem IMC entre 35 kg/m^2 e menor que 40 kg/m^2 ; e grau III, indivíduos que apresentem IMC maior que 40 kg/m^2 (BRASIL, 2013).

Muitos são os fatores que precisam estar adequados para a realização dessa intervenção. Por isso, é essencial contar com uma equipe de profissionais da área da saúde que irá avaliar o paciente, examinando se está apto ou não para esse procedimento tão invasivo. Cada profissional da equipe multidisciplinar fica responsável por uma parte do tratamento, fazendo com que os cuidados sejam mais efetivos e os resultados mais rápidos, sendo que o enfermeiro tem dupla função:

garantir a eficiência técnica no pré e pós-operatório e atuar como elo facilitador entre os profissionais, o paciente e os familiares (COSTA *et al.*, 2009).

O problema é que esse acompanhamento é negligenciado por grande parte dos pacientes, que acreditam que o simples ato da cirurgia em si, tem a capacidade de mudar hábitos instalados há anos e que o simples fato da cirurgia resolverá o problema (COUTINHO, 1999).

Dessa forma, o presente trabalho se configura como uma revisão bibliográfica sobre os fatores que influenciam o sucesso do pós-operatório da cirurgia bariátrica. Assim sendo, essa revisão descreve a cirurgia bariátrica e suas etapas, bem como os fatores que influenciam o sucesso no pós-operatório, além de explicitar o papel do enfermeiro junto ao paciente que passa pela cirurgia bariátrica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa. Que adotou como critério de pesquisa a consulta nos bancos de dados eletrônicos. Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (Lilacs) e Scielo - Scientific Electronic Library Online, através do sistema de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). As palavras-chave utilizadas na busca foram obesidade, cirurgia bariátrica, pós-operatório, sucesso, enfermeiro e enfermagem. O período de busca definido para a revisão enquadrava publicações disponíveis entre os anos de 1999 e 2013.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Magnitudes da obesidade e cirurgia bariátrica

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2011) afirma que a cirurgia bariátrica, também conhecida como cirurgia da obesidade, cirurgia metabólica ou, mais popularmente, redução de estômago, reúne técnicas científicas destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

De acordo com Tavares, Nunes e Santos (2010), o aumento acentuado da obesidade nas populações pode ser explicada pela modernização da sociedade, trazendo uma oferta maior de alimentos e, ao mesmo tempo, pela mecanização das atividades cotidianas. Assim, o modo de viver se alterou, fazendo que as pessoas gastem menos energia nas atividades diárias e tenha acesso a mais alimentos, sendo esses alimentos, na sua maioria, processados. Por essas razões, a obesidade vem sendo denominada como doença da civilização ou síndrome do Novo Mundo.

Segundo Tomaz *et al.* (2009), estima-se que atualmente existam mais de 300 milhões de obesos em todo o planeta. A realização de cirurgias para redução gástrica e intestinal (cirurgia bariátrica) tem aumentado como alternativa terapêutica, além de ter se mostrado eficiente na perda de peso em médio e longo prazo e na queda de mortalidade entre os obesos graves.

Metade da população brasileira está acima do peso. A ocorrência da obesidade está relacionada a fatores genéticos, mas há uma influência significativa do sedentarismo e de padrões alimentares inadequados no decorrer da vida. “Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) do IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, entre 1989 e 2009, o sobrepeso entre os adultos brasileiros aumentou de 35,7% para 49%. Já a obesidade adulta no Brasil cresceu de 9,3% para 14,7%” (SBCBM, 2011).

Os autores Tavares, Nunes e Santos (2010) citam diversas patologias associadas à obesidade, dentre elas: distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, trombose venosa profunda, entre outros), distúrbios endócrinos (diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva).

A obesidade ainda pode gerar disfunções gastrointestinais, como hérnia de hiato e colecistite; distúrbios dermatológicos, como estrias e papilomas; distúrbios geniturinários, como anovulação e problemas gestacionais; distúrbios músculo-esqueléticos, como osteoartrose e defeitos posturais; neoplasias, como câncer de mama ou próstata; distúrbios psicossociais, como sentimento de inferioridade e isolamento social; e outras implicações, como o aumento do risco cirúrgico e

anestésico e também a diminuição da agilidade física (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

A cirurgia bariátrica, hoje em dia, é a terapêutica mais eficaz para a obesidade grau III e vem se desenvolvendo grandemente, de encontro à epidemia global, sendo que até o momento, dos pacientes submetidos a esta cirurgia, apenas 1% tem os efeitos desta terapia (perda de peso) revertida (COSTA *et al.*, 2009). Por isso, o cuidado pós-operatório se torna tão essencial.

Quanto às comorbidades mais prevalentes nos pacientes obesos, Bagatini *et al.* (2006) definiram o Quadro 1 para sintetizar os achados mais relevantes.

Quadro 1 – Categorias de comorbidades mais prevalentes nos paciente obesos e suas respectivas conseqüências, segundo Bagatini *et al.* (2006).

Categorias	Consequências
Cardiovascular	Morte súbita, cardiomiopatia da obesidade, hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, dislipidemia, <i>cor pulmonale</i> , doença vascular encefálica e periférica, estase venosa.
Respiratória	Doença pulmonar restritiva, síndrome da apneia do sono obstrutiva, síndrome da hipoventilação da obesidade.
Endócrina	Diabete melitto, hipotireoidismo, doença de Cushing.
Gastrintestinal	Hérnia de hiato, colelitíase, hérnia inguinal.
Genitourinária	Anormalidades menstruais, incontinência urinária de esforço, cálculo renal.
Malignidade	Mama, próstata, colorretal, colo uterino, câncer endometrial.
Músculo-esquelética	Osteoartite articular, lombalgia.
Psiquiátrica	Transtornos do humor e distúrbios alimentares.

Para Bagatini *et al.* (2006), toda vez que um paciente candidato à cirurgia bariátrica é avaliado, deve-se levar em conta as comorbidades mais prevalentes

nesse grupo, visto que a cirurgia deve visar os melhores resultados com os mínimos efeitos adversos.

Na visão de Repetto, Rizzoli e Bonatto (2003) é fundamental que haja um maior comprometimento das políticas de saúde pública a fim de alertar sobre os perigos da obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada, e propiciar a toda a população, independentemente de classe social ou plano de saúde, acesso a tratamentos éticos e seguros para a obesidade e suas comorbidades.

3.2 Indicações da cirurgia bariátrica

Na Portaria nº 424 de 2013 (BRASIL, 2013), temos que “o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal”. Dessa forma, percebe-se que a cirurgia deve ser tratada como opção quando já associada a outras formas de tratamento e não utilizada exclusivamente.

Seguindo, ainda a referida portaria, temos que as indicações para a cirurgia bariátrica são:

- a. Indivíduos que apresentem IMC 50 Kg/m^2 ;
- b. Indivíduos que apresentem IMC 40 Kg/m^2 , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos (BRASIL, 2013).

Já Coutinho (1999) considera uma pessoa apta ao tratamento cirúrgico os pacientes com um IMC maior ou igual a 40 kg/m^2 ou aqueles que possuem o IMC entre 35 e 40 kg/m^2 apresentando as comorbidades da obesidade. Sendo que esses pacientes candidatos à cirurgia devem estar no quadro de obesidade um mínimo de cinco anos, sem sucesso com o tratamento convencional por profissionais qualificados.

Tomaz *et al.* (2009) ressaltam que cirurgia bariátrica deve ser utilizada para pacientes com obesidade grave, para os pacientes em que outras terapias

falharam e para aqueles que sofrem de complicações da obesidade. E, ainda, para aqueles pacientes cuja obesidade interfira na qualidade de vida, como no trabalho, vida pessoal ou mesmo na deambulação.

A Portaria nº 424 de 2013 traz como contraindicações da cirurgia bariátrica

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (BRASIL, 2013).

Tomaz *et al.* (2009) mostrou ainda como contraindicação a presença de distúrbios reversíveis que causem a obesidade, pacientes que não se comprometam em modificar o estilo de vida após a cirurgia. Há contraindicação relativa em pacientes com idade superior a 65 anos.

O quadro 2 mostra alguns critérios definidos para realização ou não da cirurgia bariátrica.

Quadro 2 – Critérios definidos para inclusão ou exclusão de paciente na cirurgia bariátrica segundo Tomaz *et al.* (2009).

Fator	Critério
Peso (adultos)	IMC \geq 40 em pacientes sem comorbidades IMC \geq 35 em pacientes com comorbidades associados à obesidade.
História de perda de peso	Falha em tentativas anteriores de perda de peso com emprego de dietas e programas não-cirúrgicos.
Grau de compromisso	Expectativa que o paciente vá aderir ao tratamento pós-operatório, incluindo realizar exames necessários, comparecer às consultas médicas e fazer uso correto de suplementação dietética.
Exclusão	Distúrbios endócrinos ou outras causas reversíveis pela obesidade, uso crônico de álcool ou drogas; distúrbios psiquiátricos incontroláveis ou graves; falta de compreensão ou aceitação dos riscos, benefícios, alternativas e mudanças no hábito de vida envolvidos

3.3 Tipos de cirurgia bariátrica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2011), no Brasil são consentidos quatro procedimentos diferentes de cirurgia bariátrica além do balão intragástrico que não é considerado cirúrgico, que são o bypass gástrico, banda gástrica ajustável, duodenal switch e gastrectomia vertical. As técnicas cirúrgicas diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento.

Para Tomaz *et al.* (2009), o tratamento cirúrgico da obesidade apresenta atualmente diferentes técnicas: restritivas que visam promover saciedade precoce, diminuindo a capacidade volumétrica do estômago (bandagástrica ajustável, gastroplastia vertical, balão gástrico); disabsortivas que modificam a anatomia intestinal para reduzir a superfície absorptiva (*bypass* gástrico) e as mistas que combinam a restrição gástrica à má absorção em diferentes proporções (*bypass* gástrico associado ao Y de Roux – conhecido como Técnica de Fobi-Capella, derivação biliopancreática com gastrectomia parcial – Técnica de Scopinaro).

Faintuch (2003) conceitua as cirurgias restritivas como aquelas que o emagrecimento ocorre pela redução da quantidade de alimentos ingeridos. Rocha *et al.* (2009) afirmam que o estômago fica com aproximadamente 30ml e tem seu esvaziamento retardado por um anel, impedindo que se comam grandes volumes de alimentos.

Já nas cirurgias disabsortivas, segundo Faintuch (2003), o foco é o intestino e os pacientes podem se alimentar normalmente, mas a absorção de nutrientes pelo intestino é dificultada para promover o emagrecimento. Rocha *et al.* (2009) confirma que a redução da absorção intestinal é feita por retirada do duodeno e do jejuno e por diminuição, ainda que muito mais limitada do que na técnica restritiva, do volume do estômago.

A opção pelos procedimentos e tipo de cirurgia irá depender de uma série de fatores, que devem ser individualizados. Quanto mais radical a cirurgia, maior a chance de perda de peso, mas também maiores os riscos e efeitos colaterais (ROCHA *et al.*, 2009). Faintuch (2003) complementa que todos esses tipos de cirurgia desorganizam a anatomia e/ou fisiologia digestiva, no intuito de se contrapor

ao balanço energético característico do obeso, exigindo assim orientação nutricional a longo prazo.

3.3.1 Balão intragástrico

Reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório, trata-se de um procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com super obesidade, IMC acima de 50 kg/m² (SMCBM, 2011).

Para Almeida *et al.* (2006) o uso do balão intragástrico (Figura 1) pode ser considerado como um meio de chegar à cirurgia bariátrica mais rapidamente e com mais segurança. Pois a redução do peso facilita a cirurgia e reduz os riscos da mesma. Além disso, em pacientes altamente motivados e os que não podem realizar a cirurgia pode ser um grande auxiliar na redução do peso. Entretanto, o autor salienta que esse é um método temporário, não devendo o paciente permanecer com o balão intragástrico por um período prolongado.

Figura 1 – Esquema de localização do balão intragástrico



Fonte: TOMAZ *et al.*, 2009.

Vale ressaltar que esse procedimento não é coberto pelas redes SUS e de Saúde Suplementar, podendo ser realizado somente no atendimento particular.

3.3.2 Banda gástrica ajustável

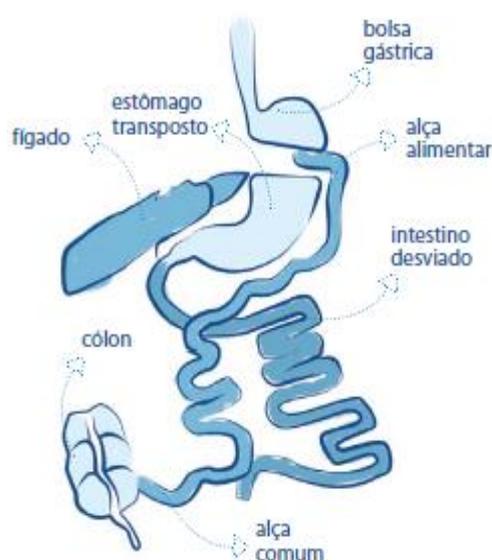
Instala-se anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão tornando possível controlar o esvaziamento do alimento. O anel é ligado a um botão que fica embaixo da pele e pode ser alcançado por uma agulha de injeção. Assim, é possível injetar água destilada para apertar mais o estômago ou esvaziá-lo para aliviar a obstrução (SMCBM, 2011).

Assim, a distensão gástrica (bolsa gástrica) e esofágica, na presença de alimentos sólidos, emitem para o cérebro, por meio de mecanismos humorais e neurais, sinais que levariam à saciedade. Diferente das outras técnicas, não envolve a utilização de grampeadores, não há incisão ou abertura do estômago, bem como não há alteração permanente do trato gastrointestinal. Diante disso, caso sua retirada seja necessária, a anatomia gástrica poderá ser restituída. Há ainda a possibilidade do ajuste da banda gástrica, causando maior ou menor dificuldade na ingestão de alimentos pelo paciente, reconhecidamente uma das grandes vantagens desse método (ZEVE *et al.*, 2012).

3.3.4 Duodenal switch ou derivação biliopancreática

Essa cirurgia consiste na redução da capacidade gástrica, eliminação do controle pilórico do esvaziamento gástrico e em má absorção proporcionada pelo bypass da maior parte do intestino delgado, onde são retirados cerca de dois metros e meio de intestino. Faz-se necessário a retirada da vesícula biliar quando se executa esta técnica, pois a maioria dos pacientes apresentará cálculos vesicais futuramente (ZEVE *et al.*, 2012).

Figura 2 – Esquema da derivação biliopancreática



Fonte: TOMAZ *et al.*, 2009.

3.3.5 Gastrectomia vertical ou gastrectomia *sleeve*

É uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado (FANDIÑO, 2004).

Nesse procedimento o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 ml. Essa intervenção provoca boa perda de peso, comparável à do bypass gástrico e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão, doenças dos lípidos (colesterol e triglicérides). Existe ainda alguma controvérsia se esse é um método tão eficaz quanto o by-pass gástrico ou o duodenal switch em relação ao controle do diabetes, mas de maneira geral, é uma operação mais simples tecnicamente que o bypass e diversos estudos nacionais e internacionais mostram resultados promissores (SMCBM, 2011).

Dentre as vantagens deste procedimento tem-se a não exclusão do duodeno do trânsito alimentar, portanto, não há interferência com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Pode ser transformada, no caso de insucesso, num procedimento com algum componente disabsortivo, como o *by-pass* gástrico em Y de Roux e a derivação biliopancreática com *duodenal switch*, e permite acesso às vias biliar e pancreática por métodos endoscópicos habituais (ZEVE *et al.*, 2012).

Figura 3. Esquema da gastrectomia sleeve



Fonte: TOMAZ *et al.*, 2009.

3.4 Pós-operatório x principais problemas

No pré-operatório, o paciente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais ele atravessará. Tomaz et al (2009) cita que as complicações da cirurgia podem ser evitadas, abrandadas, ou terem morbidade reduzidas quando são realizados acompanhamentos cuidadosos. Além do acompanhamento pré-operatório e pós-operatório imediato, devem ser realizadas consultas mensais no primeiro ano pós-cirurgia e acompanhamentos periódicos anuais para evitar complicações.

De acordo com a SBCBM (2011), as complicações que podem surgir com a cirurgia são: infecção, tromboembolismo (entupimento de vaso sanguíneo), deiscências(separações) de suturas, fístulas (desprendimento do grampo), obstrução intestinal, hérnia no local do corte, abscessos (infecções internas) e pneumonia.

Fandiño (2004) cita que algumas complicações tardias são: má absorção de vitaminas e sais minerais, colelitíase, diarreia, neuropatia periférica e anemias.

A SBCBM (2011) recomenda que o paciente deve fazer consultas e exames laboratoriais periódicos no pós-operatório, conforme o tipo de cirurgia e as rotinas estabelecidas pela equipe responsável. Comorbidades devem ser acompanhadas, quando houver necessidade, pelos respectivos especialistas.

Já Nettina (2003) acrescenta que as complicações decorrentes do pós-operatório de gastrectomia são: úlceras marginais, hemorragias, gastrite por refluxo

alcalino, dilatação gástrica aguda, problemas nutricionais, Síndrome de Dumping, fístula gastrojejunal, cólica e obstrução pilórica.

3.5 Fatores que influenciam o sucesso da cirurgia bariátrica

Na visão de Costa *et al.* (2009), o acompanhamento multidisciplinar periódico, no pós-operatório da cirurgia bariátrica tem um impacto significativo na perda de peso, com acompanhamento clínico do paciente e apoio psicológico. Assim, percebemos que esse acompanhamento de forma eficaz contribui para uma melhor adesão do paciente à manutenção do tratamento.

O acompanhamento nutricional é de suma importância para o paciente que se submete a esse tipo de cirurgia, pois ajuda na reeducação alimentar que, por sua vez, ajudará não só a perder peso, mas também a mantê-lo por toda a vida (SBCBM, 2011).

Alguns pacientes podem necessitar de cirurgias plásticas após a cirurgia bariátrica para remoção do excesso de pele. Nesse caso, as plásticas são consideradas cirurgias reparadoras, não estéticas (SBCBM, 2011).

O acompanhamento psicológico tem foco preventivo e educativo, no modo como cada paciente vive sua experiência de emagrecimento (SBCBM, 2011). Repetto, Rizzolli e Bonatto (2003) acrescentam que um dos aspectos importantes no acompanhamento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, o qual auxilia muito no controle e na educação continuada, são as reuniões de grupo. Nestas, pacientes de pré e pós-operatório, familiares e a equipe multidisciplinar discutem dúvidas sobre o tratamento e fazem relatos pessoais de suas experiências no pós-operatório.

No pós-operatório, as mudanças rápidas que acontecem, relacionadas tanto aos hábitos alimentares quanto às mudanças do próprio corpo, acabam exigindo do paciente uma reflexão e também um bom preparo emocional, daí a importância do acompanhamento de uma equipe multidisciplinar (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

3.6 Papel do enfermeiro junto ao paciente que realiza cirurgia bariátrica

A educação e orientação do paciente são de extrema importância em todos os períodos da cirurgia bariátrica, visto que é uma forma efetiva do paciente atuar na sua recuperação, todos os profissionais participantes desta equipe devem ter um papel essencial (NEGRÃO, 2006).

O enfermeiro deve conhecer as propostas cirúrgicas, as vantagens e desvantagens da técnica empregada, o desencadear de cada uma delas, para que os cuidados de enfermagem sejam fundamentais na recuperação pós-operatória do paciente (MOREIRA *et al.*, 2013). Conhecer essas particularidades contribui para promover a melhoria do cuidado, já que as complicações no pós-operatório são inúmeras, conforme já citado ao longo do trabalho.

Na visão de Nettina (2003), a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, pois este é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida recuperação, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida

Para Moreira *et al.* (2013), são necessários cuidados especiais no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, uma vez que a condição de obeso, associada às comorbidades, faz desses pacientes candidatos a alto risco cirúrgico, o que demanda identificação adequada e oportuna dos problemas pelo enfermeiro, a fim de que medidas necessárias para sua solução sejam instituídas precocemente.

A enfermagem mantém estreita ligação com os pacientes, por estarem continuamente prestando cuidados gerais como verificação de sinais vitais, alívio em momentos de dor ou eventuais desconfortos como náuseas e vômitos de acordo com a terapia proposta pelo cirurgião, na realização de curativos e cuidados com a pele, no estímulo e auxílio à movimentação, posicionamento adequado no leito e deambulação, monitorando função urinária e gastrointestinal, observando também a

aceitação da dieta oferecida. Além de fornecer orientações específicas ao paciente bariátrico, e que estas possam ser revertidas em seu benefício e recuperação o mais breve possível, superando todas as etapas, contribuindo assim o profissional de enfermagem no sucesso do pós-operatório (PERAZZOLO, 2013).

Negrão (2006) menciona que mesmo que o paciente expresse vontade de perder peso, ele tem grande dificuldade em aderir os tratamentos. Esse fato, faz com que o enfermeiro que reconhece tal dificuldade ajudar no planejamento e implementação de estratégias para possibilitar a efetiva participação do paciente e da família para o sucesso da cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da obesidade requer uma equipe multidisciplinar, e o papel do enfermeiro é estar intermediando esse atendimento dando apoio tanto ao paciente quanto à sua família. Exigindo, ainda, cuidados especiais na avaliação durante o pré e pós-operatório, visando melhor qualidade de vida para os pacientes e prevenção de comorbidades. Nesse sentido, o enfermeiro tem fundamental importância neste processo.

É importante ter em mente que a cirurgia não é uma garantia de sucesso. Os resultados dependem da força de vontade dos pacientes para adotar um plano em longo prazo de uma alimentação saudável e atividades físicas regulares. Pois, constata-se que muitas vezes o paciente pensa que a cirurgia em si resolverá o problema, mas o sucesso/insucesso da mesma também depende do próprio paciente seguir as orientações fornecidas pela equipe multidisciplinar.

Fica claro que, quando a opção pela cirurgia bariátrica é tomada, o paciente precisa ter consciência de que o sucesso da cirurgia está em suas mãos e não somente nas mãos dos profissionais que cuidam dele e que ele é responsável por praticar atividades físicas, mudar seus hábitos alimentares e promover seu próprio bem estar emocional. Caso não consiga se comprometer com as etapas fundamentais desse processo, poderá recuperar o peso perdido e a carga emocional do peso carregado, o que pode levar a cobranças internas ainda maiores.

Portanto, a cirurgia bariátrica é apenas um meio de alcançar o objetivo de redução do peso, e depende do empenho e determinação do paciente e da equipe

de saúde, pois a rotina diária desse cliente passará a contar com uma nova disciplina de autocontrole, cumprimento das orientações passadas pelos profissionais, adequação a um novo estilo de vida e principalmente, o desejo de se manter saudável. Cabe as enfermeiros, orientar e acompanhar esse paciente para que o sucesso terapêutico seja real.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. et al. O balão intragástrico nas formas graves de obesidade. **Jornal Português de Gastroenterologia**, Lisboa, v.13, n. 5, p. 220-225, set./out. 2006.

BAGATINI, A. et al. Anestesia para cirurgia bariátrica: avaliação retrospectiva e revisão da literatura. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 205-222, mai./jun. 2006.

BRASIL. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html>> Acesso em: 20 mar 2014.

COSTA, A. C. C. et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 55-59, jan./fev. 2009.

COUTINHO, W. Consenso Latino-Americano de Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 22-67, fev. 1999.

FAINTUCH, J. Considerações nutricionais sobre a cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 119-122. jul/ago/ set, 2003.

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

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

NEGRÃO, R. J. S. **Cirurgia bariátrica**: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. 110 p.

NETTINA, S. **Prática de Enfermagem**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PERAZZOLO, T. **O papel da enfermagem no cuidado ao paciente submetido à Cirurgia Bariátrica.** Disponível em: <http://cirurgiaparaobesidade.com/artigo_full.php?id=9>. Acesso em: 09 nov. 2013.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 633-635, dez. 2003.

ROCHA, F. A. et al. Tratamento da obesidade: possibilidades atuais do procedimento cirúrgico e do convencional. **Revista da Educação Física**. Universidade Estadual de Maringá, v. 20, n. 1, p. 131-143, jan./mar. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Obesidade sem marcas: cirurgia menos invasiva e um direito.** São Paulo: SBCBM, 2011.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 359-366, ago. 2010.

TOMAZ, B. A., et al. Avaliação Nutrológica Pré e Pós- operatória em Cirurgia Bariátrica. **Projeto de Diretrizes da Associação Brasileira de Nutrologia**, São Paulo, 2009.

ZEVE, J. L. M. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2012.