

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

GIULIANA JÉSSICA BARBOSA SOBRINHO

**ORIENTAÇÕES E PAPEL DO ENFERMEIRO PÓS CIRURGIA
BARIÁTRICA DURANTE INTERNAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário UniCEUB como requisito à obtenção do título de grau superior em bacharelado em Enfermagem, sob orientação do professor Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

Brasília
2019

Orientações e papel do enfermeiro pós cirurgia bariátrica durante internação

Giuliana Jéssica Barbosa Sobrinho¹

Eduardo Cyrino de Oliveira Filho²

Resumo

O aumento crescente da obesidade no Brasil e no mundo tem preocupado não só a população leiga, como também os profissionais de saúde. Dessa forma, no decorrer dos anos, é perceptível o aumento de medidas para reverter casos de obesidade, de forma não invasiva como também é perceptível o aumento de procedimentos invasivos, como a cirurgia bariátrica. Com tal crescimento do uso de procedimentos cirúrgicos para a reversão do quadro do paciente, é natural que mude também o cenário hospitalar, tendo em vista promover excelência no atendimento pré-operatório, bem como pós operatório. Sendo assim, a equipe de enfermagem se responsabiliza, em grande parte por explicar e tomar frente de cuidados no decorrer da estadia do paciente no hospital concluindo que por se tratar de um procedimento tido como algo mais novo e ainda pouco conhecido, possa gerar dúvidas e ansiedade na população geral. Além de se tratar de um procedimento delicado que exige um acompanhamento minucioso e multidisciplinar em todos os momentos a partir da decisão de realizar a cirurgia.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, obesidade mórbida, enfermagem

Guidelines and role of the nurse after bariatric surgery during intervention

Abstract

The increasing of obesity cases in Brazil and in the world has been worrying not only the lay population but also health professionals, so over the years it is noticeable the increase of measures to reverse cases of obesity in a non-invasive way as it is also noticeable invasive procedures such as bariatric surgery. With such a growth in the use of surgical procedures to reverse the patient's condition, it is natural to also change the hospital scenario in order to promote excellence in preoperative care, as well as postoperative care. So the nursing team is responsible in large part by explaining and taking care of during the stay of the patient in the hospital concluding that because it is a procedure considered as something new and still little known, can generate doubts and anxiety in the general population. In addition to being a delicate procedure that requires a thorough and multidisciplinary monitoring at all times from the decision to perform the surgery.

Key words: Bariatric surgery, morbid obesity, nursing

¹ Acadêmica de Enfermagem do UniCEUB

² Professor do UniCEUB

1. Introdução

A obesidade é considerada uma doença crônica que se caracteriza pelo acúmulo de tecido adiposo, apresentando consequências sociais e psicológicas graves. É classificada como uma doença complexa em decorrência dos riscos associados e vem sendo um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos, que afetam todas as faixas etárias, etnias e grupos sociais (MAGDALENO JR et al., 2009).

É classificado como obeso pela OMS, baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e no risco de mortalidade associada, todo indivíduo que apresenta o IMC acima de 30kg/m². Quanto à gravidade, foi definida pela OMS que indivíduos que apresentam o IMC entre 30 e 34,9kg/m² são classificados com obesidade grau I, grau II quando o IMC está entre 35 e 39,9kg/m² e, por fim, a grau III quando ultrapassa 40kg/m². São utilizados tratamentos, mas nem sempre eles são aderidos pelos pacientes, necessitando de uma intervenção mais eficaz (FANDIÑO et al., 2004).

Mais de um bilhão de adultos estão com sobrepeso e dentre esses mais de 300 milhões estão com diagnóstico de obesidade mórbida, sendo esses pacientes um grande grupo de risco a desenvolver doenças limitantes e crônicas. Nos Estados Unidos da América (EUA), mais de 70% da população já é diagnosticada com obesidade mórbida (WHO, 2003).

No Brasil, 40% da população está acima do peso, sendo que 28,5% apresentam sobrepeso e 10,1% são obesos, tendo a taxa de mortalidade 12 vezes maior em pessoas obesas mórbidas do que com peso normal com idade entre 25 e 40 anos (COSTA et al., 2009).

Os dados de obesidade, principalmente em regiões metropolitanas, se correlacionam diretamente com a mudança de padrões alimentares tradicionais, como a retirada do arroz e feijão da dieta, bem como diminuição do consumo de hortaliças, concorrendo com o aumento não só do carboidrato, mas também de açúcar e refeições prontas (WANDERLEY et al., 2007).

Buscando o objetivo de emagrecer, diversas formas terapêuticas são desenvolvidas, como: medicamentos, programas de reeducação alimentar, atividade física e os procedimentos bariátricos. Essas propostas têm diferentes

modos de ação, resultado e complicações, graves e outras fatais (GAIA et al.,2008).

Segundo Sanches (2007), pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem apresentar diversas alterações fisiológicas, farmacológicas, cardiovasculares, respiratórias, nutricionais, síndrome de dumping, modificação da dieta, e podem desenvolver algumas complicações, tais como, deiscência de sutura, insuficiência renal, rabdomiólise, diabetes e hipertensão.

Antes de se submeter ao método é preciso passar por avaliação laboratorial, clínico e psiquiátrico, tanto no pré como no pós operatório. O principal objetivo das cirurgias bariátricas são a melhoria da qualidade de vida e da diminuição da patologia e não apenas a redução de peso (SEGAL, 2002).

A avaliação pré-operatória tem como objetivo otimizar a condição clínica do paciente, visando reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatória. No pré-operatório requer a realização de anamnese, e exame físico, podendo ser solicitados exames complementares (FERNANDES et al., 2010).

Além da avaliação pré-operatória convencional, existe também a avaliação realizada pela equipe multiprofissional do grupo de Transtornos Alimentares (GOTA), envolve não apenas os exames pré-operatórios, mas também o rastreamento de transtornos psiquiátricos, não apenas os atuais, mas também os passados, incluindo uma investigação da capacidade psicológica do paciente suportar as modificações que serão impostas pela cirurgia bariátrica. É necessária uma disponibilidade do paciente em participar dessa avaliação a longo prazo (SEGAL et al., 2002).

É importante lembrar que a obesidade na maioria das vezes está associada a alterações psiquiátricas, podendo atingir 50% dos pacientes com obesidade mórbida, assim como estar ligada a dificuldade de interação social. É importante destacar que certas alterações psiquiátricas são consideradas contra-indicações para que seja realizada a cirurgia bariátrica, dentre elas: uso corrente de álcool ou drogas, psicose em atividades, e incompetência para cooperar com o tratamento pós-cirúrgicos (LEAL et al., 2007).

A educação e orientação do paciente são de extrema importância em todos períodos da cirurgia bariátrica, visto que é uma forma ativa do paciente atuar na sua recuperação, toda a equipe multiprofissional, principalmente o enfermeiro tem fundamental importância (NEGRÃO, 2006).

Nesse sentido é objetivo da presente pesquisa analisar o cuidado da equipe de enfermagem com um paciente em pós-operatório da cirurgia bariátrica.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo narrativa que segundo Rother (2007) constituem basicamente uma análise da literatura baseada em livros, artigos de revistas impressas na interpretação e análise crítica do autor, são publicações amplas, que descrevem e discutem o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos.

O levantamento bibliográfico de artigos foi realizado por meio do acesso as bases bibliográficas do SciELO (Scientific Eletronic Library Online), da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e da Medline (National Library of Medicine), utilizando os descritores: Cirurgia bariátrica (CB), obesidade mórbida, enfermagem, combinados entre si. Para isso foram buscados artigos publicados nos últimos 10 anos nos idiomas português e inglês.

3. Desenvolvimento

3.1. Obesidade

A obesidade é um grave problema de saúde pública, sendo definida como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, considerando o excesso de peso um grande fator de risco para o desenvolvimento de doenças, tais como diabetes mellitus (DM), hipertensão (HA), doenças respiratórias. A obesidade tem interação entre diversos fatores fisiológicos, genéticos, psicológicos e culturais, que determina o desenvolvimento ou não da obesidade mórbida (POLTRONIERI et al., 2014).

Considerada uma epidemia mundial, tanto indivíduos com sobrepeso, obesos com IMC 30-39,9kg/m² e obesidade grave ou grau III (IMC > 40,0 kg/m²). Sua prevalência está aumentando gradativamente e atingindo proporções

epidêmicas, mais de 1 milhão de adultos são considerados com sobrepeso e destes mais de 300 milhões são obesos (COSTA et al., 2009).

A qualidade de vida, a alta frequência de comorbidades, a redução da perspectiva de vida e a grande chance do fracasso dos tratamentos terapêuticos estão inteiramente associados a presença de obesidade grau III (SEGAL et al., 2002).

Além de todos os riscos e danos à saúde o indivíduo obeso tem maior fator de risco para o diabetes tipo II. Estima-se que entre 80% e 90% das pessoas que têm essa patologia são obesos e o risco está ligado diretamente com o aumento do índice de massa corporal (ESCOBAR, 2009).

A HA é a patologia de maior índice na obesidade grave ou grau III, seguida por outras condições como varizes de MMII, dispneia ao esforço e problemas psicológicos. A patologia varia de acordo com o tempo que o indivíduo é considerado obeso e de acordo com o IMC (COSTA et al., 2009).

É de extrema importância identificar a etiologia da obesidade em cada indivíduo, não sendo essa uma tarefa simples e objetiva. De acordo em a literatura, trata-se de uma doença multifatorial que envolve em sua gênese aspectos ambientais e genéticos, bem como, as dificuldades geradas pela própria determinação de gordura que caracteriza um indivíduo como obeso (PINHEIRO, et al., 2004).

A ascensão da obesidade no mundo pode ser colocada como resultado o fenômeno da transição nutricional, onde há modificação nos padrões de distribuição dos agravos nutricionais de uma população em determinado tempo, logo, uma redução da prevalência de doenças atribuídas ao subdesenvolvimento e o aumento das vinculadas a modernidade, ou seja, uma passagem da desnutrição para a obesidade, que se correlacionam com as mudanças econômicas, sociais decorrentes do processo de modernização mundial (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Concomitante com a mudança da dieta, observa-se uma considerável redução dos níveis de atividade física. A mudanças se relacionam diretamente com a mudança na distribuição setorial (agricultura para indústria) e números maiores de vagas de trabalhos com redução de esforço físico ocupacional em decorrência do aumento da tecnologia (SOUZA, 2010).

A maioria dos brasileiros não têm o hábito de praticar atividades físicas e

isso está inteiramente ligado à obesidade, onde grande parte troca atividade física por televisões e computadores, uso de automóveis para deslocamento, uso de máquina de lavar roupas ao invés do trabalho manual e isso tudo contribui para um estilo de vida sedentário que tem uma total participação no desenvolvimento da obesidade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Segundo o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF, 1975) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN, 1989), no intervalo de tempo entre dois estudos no Brasil, houve um aumento de sobrepeso na proporção de 42% para mulheres e 58% para homens, além de tais resultados, obtiveram um valor alarmante quanto ao aumento da obesidade, onde foi registrado o aumento de 100% para o sexo masculino e 70% para o feminino. Atualmente, o excesso de peso afeta 40% da população e desse grupo a obesidade atinge 11,1% (SOUZA, 2010).

O aumento na prevalência da obesidade no Brasil tem se tornado ainda mais relevante ao considerar que esse crescimento, mesmo sendo distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes graus socioeconômicos do território nacional, ainda é mais elevado em famílias de baixa renda (PINHEIRO, 2004).

A programação de atividade física, o uso de fármacos e a orientação dietética são os pilares mais importantes do tratamento da obesidade. Porém, o tratamento convencional para obesidade grau III segue produzindo resultados pouco satisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial dentro de dois anos. Com a necessidade de uma intervenção mais eficaz em quadros de obesos grau III, a indicação das operações bariátricas vem crescendo atualmente (SEGAL; FANDINO, 2002).

3.2. Cirurgia bariátrica

Na atualidade, a CB é considerada a melhor opção de tratamento para a obesidade mórbida, sendo assim complemento da prática de outras terapias para o controle de peso e de comorbidades associadas ao excesso de gordura no organismo. Esse procedimento além de garantir uma perda considerável de peso, a longo prazo, também tem por função garantir a melhoria do metabolismo, bem como oferecer o favorecimento do bem-estar psicossocial (BARROS, 2015).

É tido como indicativo para realização de CB, pacientes com o IMC maior que 40kg/m² ou IMC acima de 35kg/m² associado com outras doenças que tenham no mínimo cinco (05) anos de evolução e que possam melhorar com a perda de peso, como DM, HA, doenças osteoarticulares, histórico de falha de tratamentos conservadores e ausência de doenças endócrinas que causam obesidade (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

São consideradas uma das opções mais seguras para o controle da obesidade mórbida à longo prazo. Para realização das mesmas é necessário no mínimo cinco (05) anos de acompanhamento com uma equipe multidisciplinar e falha nos métodos terapêuticos (OLIVEIRA et al., 2004).

As CB podem ser divididas em procedimentos restritivos que limitam a capacidade gástrica, disabsortivos que reduzem a absorção de calorias, proteínas e nutrientes e uma combinação das duas técnicas (RAVELLI, 2007).

A restrição é feita pela exérese do estômago proximal, sendo assim seu volume é reduzido e cria-se uma bolsa de cerca de 10 a 20 ml, deixando o restante do estômago excluído. Já a restrição é feita a partir da divisão do intestino delgado, formando uma alça alimentar (Alça de Roux) e outra biliopancreática (PALERMO, 2014).

O tipo de cirurgia bariátrica que mais tem sido usado nos últimos tempos é o Bypass Gástrico em Y de Roux (RYGBP), onde é restringido o tamanho da cavidade gástrica e dessa forma limita também a quantidade de alimentos ingerida, além de reduzir a superfície intestinal e o contato do intestino com o alimento, esta técnica antes era conhecida por bypass gástrico, onde era retirado apenas parte do estômago devido a presença de úlceras (BORDALO et al., 2010).

O bypass jejunoileal (BJI) foi o primeiro procedimento a ser executado em 1950. Tal técnica leva a má-absorção, mantendo o estômago intacto, porém mesmo com a perda de peso, muitos pacientes desenvolvem osteoporose, cegueira noturna, diarreia, desnutrição e cálculos nos rins. A técnica do Scopinaro (derivação biliopancreática - DBP) foi projetada como uma alternativa disabsortiva com maior segurança ao que se refere aos efeitos colaterais encontrados no BJI. A gastroplastia foi iniciada no princípio dos anos 70 para ser uma alternativa mais segura ao RYGBP e ao BJI sendo a primeira operação puramente restritiva (ASMBS, 2012).

A CB vem se tornando cada vez mais usada no país, segundo o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCMB), o procedimento tem se tornado frequente tanto em hospitais públicos como em hospitais privados, os dados são observados e apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Frequência de Cirurgia Bariátrica realizadas no Brasil entre 2003 e 2012.

Ano	Rede particular, complementar e SUS (%)	Rede pública (SUS) (%)	Total (%)
2012	72.000 (17,85)	6.029 (17,65)	78.029 (17,85)
2011	70.000 (17,35)	5.332 (15,6)	75.332 (17,2)
2010	60.000 (14,9)	4.489 (13,15)	64.489 (14,75)
2009	45.000 (11,15)	3.731 (10,95)	48.731(11,15)
2008	38.000 (9,4)	3.139 (9,2)	41.139 (9,4)
2007	33.000 (8,2)	2.974 (8,7)	35.974 (8,2)
2006	29.500 (7,3)	2.528 (7,4)	32.028 (7,3)
2005	22.000 (5,45)	2.266 (6,65)	24.266 (5,55)
2004	18.000 (4,45)	1.872 (5,5)	19.872 (4,55)
2003	16.000 (3,95)	1.778 (5,2)	17.778 (4,05)

Fonte: Adaptada de SBCBM (2015) e LOPES e BENITO (2017).

O aumento crescente de realizações de CB não só no Brasil, mas em todo o mundo, gerou preocupações acerca do seu efeito futuro nos pacientes, principalmente acerca de aspectos nutricionais e dietéticos, pois a base do procedimento se concentra na má absorção ou na redução absorptiva de nutrientes, causando deficiências nutricionais e conseqüentemente a anemia, redução de massa óssea, desnutrição proteica e má formação fetal (BORDALO, et al., 2011).

Visto que todos os tipos de CB desorganizam a anatomia e/ou fisiologia digestiva, no intuito de se contrapor ao balanço energético característico dos obesos, conseqüentemente, exigem orientação dietética e monitorização pós-operatória a longo prazo, afim de evitar complicações futuras referentes ao equilíbrio do organismo como um todo (LEMOS, 2006).

As orientações referentes à vida do paciente a longo prazo após a cirurgia devem ser dadas por um nutricionista e por um psicólogo comportamental, intensificando a questão do consumo alimentar inadequado, bem como, o processo educacional relativo aos novos hábitos, tal educação tem grande significância quanto a melhora da adesão da terapia nutricional e também a diminuição da incidência de complicações pós cirúrgicos ou até mesmo de uma recidiva (RAVELLI, 2007).

3.3. Problemas no pós-operatório

As complicações verificadas no pós-operatório da CB incluem dificuldades nos procedimentos de intubação, aparecimento de estenose da anastomose gastrojejunal, hérnia incisional, hematoma em região da incisão, vômitos persistentes, náuseas, complicações com o anel, insuficiência renal, deiscência de sutura, além de complicações metabólicas como a deficiência da vitamina B12 e Ferro (LOPES; BENITO, 2018).

A dificuldade de intubação é decorrente do depósito de gordura na face, em região malar, tórax e devido ao pescoço curto com excesso de tecido adiposo flácido, além de tecido mole em região superior e anterior da laringe. Pode haver restrição de abertura oral e limitações da flexão e extensão da coluna cervical, sendo assim, é necessária uma avaliação criteriosa quando há necessidade de intubação de um obeso em uma situação eletiva (MANCINI, 2001).

A estenose, ou seja, o estreitamento anormal de algum vaso, ocorre provavelmente por uma isquemia causando cicatrizes, formação de cicatriz excessiva não isquêmica, tensão ou mal posicionamento da anastomose, ou ainda pode decorrer da própria técnica cirúrgica (PALERMO, 2014).

É possível que ocorra deiscências de suturas na primeira fase do processo cicatricial em decorrência de hematomas, infecções, aumento da pressão intracavitária e deficiência na produção de colágeno, havendo a ruptura da linha incisional que determina uma solução de continuidade, causando uma hérnia incisional (FURTADO, 2004).

A insuficiência renal é decorrente da acidose, hipovolemia, aumento de radicais livres e rabdomiólise, causada na maioria das vezes pela compressão prolongada dos músculos (lombares e membros inferiores) no decorrer da

cirurgia, sendo a rabdomiólise uma complicação rara, pode ser evitada com o posicionamento correto durante o procedimento. Geralmente a função renal volta brevemente, porém vale ressaltar que a hemofiltração reduz a quantidade de mioglobina evitando danos glomerulares (SANCHES, 2007).

Com a redução gástrica e conseqüentemente redução da produção de ácido clorídrico, não existe a conversão de pepsinogênio em pepsina, onde é necessário para a liberação de vitamina B12 que se encontra em alimentos proteicos. A deficiência de tal vitamina não ocorre no pós-operatório imediato, mas é observado de 6 meses a um ano após o procedimento, a incidência 10 anos após a cirurgia é de 72,3% (BORDALO, 2011).

A anemia por deficiência de ferro (ferropriva), perniciosa e megaloblástica tem grande chance de acometer pacientes de gastroplastia, principalmente no by-pass em Y de Roux, sendo a maior causa da anemia a deficiência de Ferro (63%) seguido da deficiência de vitamina B12 (33%), sendo essa uma complicação já comum em pacientes de CB. Além da deficiência de em questão, outra causa de anemia pós-operatório são as úlceras pépticas, que podem ocorrer devido a granulomas na linha de grampo ou de suturas (BARRETA et al., 2008).

3.4. Orientações e papel do enfermeiro

Na intervenção cirúrgica em questão o papel do enfermeiro é de extrema importância desde o pré-operatório, principalmente em casos de CB, pois, o paciente obeso já apresenta comorbidades envolvidas em seu quadro, sendo riscos anestésicos e até mesmo cirúrgicos maiores em tais quadros, dessa forma o pós-operatório também entra em alto risco, sendo muitas vezes necessário uma transferência para UTI (ABIR; BELL, 2004).

Pacientes de procedimentos bariátricos podem ser resistentes ao tratamento no pós-operatório, dessa forma o enfermeiro assistencial entra com o importante papel de educar quanto a sua nova vida, bem como, a alimentação e suas mudanças a seguir visando um aproveitamento máximo do procedimento. Tal processo educacional é também multidisciplinar, entretanto a enfermagem se mantém presente em todo período operatório (NEGRÃO, 2006).

Como membro importante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro procura

realizar os cuidados com o pré-operatório buscando evitar complicações, pois, estudos mostram que o preparo do paciente influencia de forma positiva no comportamento e aceitação das condutas no pós-operatório, sendo que o conhecimento de todo o perioperatório favorece o esclarecimento de dúvidas sobre o efeito do procedimento, bem como, os benefícios da atividade física e as possíveis complicações como também a possibilidade de ganho de peso (BARROS et al., 2015).

De acordo com estudos envolvendo a assistência da enfermagem no pós-operatório da CB, foi evidenciado uma grade taxa de conhecimento deficiente acerca do procedimento, bem como, redução de informação sobre possíveis complicações no período após a cirurgia. Evidenciado a deficiência de conhecimento como o principal diagnóstico de enfermagem, foi elaborado em um estudo um protocolo de orientação para a assistência ao paciente em pós-operatório de CB com finalidade de auxiliar tanto os enfermeiros como promover uma plenitude no cuidado ao paciente (Quadro 1).

Quadro 1: Protocolo de orientação para a assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica:

Oxigenação	<p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar controle de sinais vitais, observando nível de consciência, perfusão periférica e saturação -Avaliar padrão respiratório e se necessário administrar O2 se prescrito -Realizar ausculta pulmonar <p>Manter grades elevadas e cabeceira entre 45 e 75°.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas -Incentivar exercícios respiratórios, afim de promover a mobilidade das secreções -Orientar o paciente quando a imobilização da incisão durante a tosse -Realizar medidas preventivas aspiração (vômitos) se necessário -Estimular deambulação <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente a monitorar sinais de desconforto respiratório, febre e acúmulo de secreções
Hidratação	<p>Pós-operatório imediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar controle de gotejamento das soluções parenterais -Realizar balanço hídrico <p>Pós-operatório tardio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Enfatizar a não ingesta de líquidos 15 min antes e 90 min depois de cada refeição -Reforçar a importância da ingesta de líquidos, que deve ser feita gradativamente.
Alimentação	<p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verificar aceitação da nova dieta -Alerta para qualquer desconforto, como náuseas e vômitos ao introduzir a nova dieta <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar as orientações nutricionais -Estimular a aceitação do novo plano alimentar -Orientar a ingesta lenta dos alimentos, sem ingerir líquidos em horários próximos - Estimular a adesão e a obediência às recomendações dietéticas;
Eliminação	<p>Pós-operatório imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar débito urinário e a distensão vesical -Auscultar o abdômen e verificar presença de ruídos hidroaéreos (RHA) -Monitorar presença de íleo paralítico (RHA devem retornar entre 6 e 12 horas após a cirurgia) -Orientar paciente a comunicar dor suprapúbica -Registrar consistência, cor, odor e quantidade das fezes.
Atividade	<p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estimular deambulação assim que possível -Estimular movimentação dos pés, evitando formação de coágulos nos membros inferiores -avaliar sinais de hipotensão ortostática <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reforçar a importância da atividade física para obtenção de melhores resultados -Evitar esforços físicos nos primeiros 90 dias após a cirurgia
Sono e repouso	<p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientar paciente a dormir com a cabeceira elevada, evitando assim a obstrução de vias aéreas superiores -Explicar a importância das interrupções ocorridas ao monitorar sinais vitais -Planejar a assistência com finalidade de reduzir interrupções durante o sono -Buscar manter ambiente calmo <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto a importância do sono a longo prazo
Requisito de autocuidado de desenvolvimento	<p>Pós-operatório imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estimular a participação do paciente nos cuidados -Avaliar a participação da família em atividades de autocuidado <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adaptação da paciente frente as mudanças após a cirurgia

	-Orientar e estimular paciente a participar de grupos de apoio no processo de adaptação às mudanças ocorridas pela cirurgia
--	---

Fonte: FELIX et al. 2012.

Além da assistência teórica, a enfermagem mantém uma relação mais próxima do paciente, por serem responsáveis por darem continuidade nos cuidados gerais, como alívio de dor, náuseas, vômitos, mudança de decúbito, deambulação, realização de curativos, cuidados com a pele, observar a boa aceitação da dieta oferecida. Não deixando de oferecer as orientações específicas ao paciente que se submeteu ao procedimento cirúrgico e que estas são importantes para a recuperação o mais breve possível (FERREIRA et al., 2014).

4. Considerações finais

O presente estudo foi realizado com a finalidade de entender mais detalhadamente o papel do enfermeiro no pós-operatório da CB, passando a entender todo o processo até que o paciente necessite de tal procedimento.

Foi concluído também que a incidência de pessoas obesas tem aumentado drasticamente em todo o mundo e que não só a questão da obesidade, mas também a escolha da cirurgia como resolução de tal problema tem aumentado consideravelmente. Ao se tratar de um procedimento novo, é válido explorar, ainda que superficialmente, as práticas mais comuns, bem como, as possíveis complicações a fim de evitar deficiência de conhecimento da parte tanto do paciente como do profissional de saúde.

É evidente que a CB é um procedimento delicado e em expansão, portanto, o pós-operatório se torna muitas vezes algo pouco conhecido, bem como, seus possíveis problemas, contudo durante o estudo também ficou claro que um acompanhamento multidisciplinar e um pré-operatório bem executado reduz as possíveis complicações após a cirurgia.

Dispõe dessa forma o papel do enfermeiro de conhecer o paciente como um todo, fisicamente e emocionalmente, analisando e buscando previamente resoluções para cada caso isolado, sendo cada indivíduo único, com comorbidades, medos e anseios próprios, objetivando dessa forma uma parceria

de profissional com pessoa sujeita ao procedimento, onde o enfermeiro tenha por consciência esclarecer e auxiliar em qualquer cenário que o mesmo necessitar.

5. Referências

AMERICAN SOCIETY FOR BARIATRIC SURGERY. **Story of Obesity Surgery**. Florida, 2012, disponível em: <<https://asmbs.org>>. Acesso em 19 fev de 2019.

BARRETA, G. A; et al. Anemia Pós-cirurgia bariátrica: as causas nem sempre são relacionadas à cirurgia. **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**. Paraná, v. 21, n. 2, p. 95-97, nov. 2008.

BARROS, L. M; et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista gaúcha de enfermagem**. Rio grande do Sul, v. 36, n. 1, p. 21-27, mar. 2015.

BORDALO, L.A; et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da associação médica brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 113-120, out. 2010.

BORDALO, L. A; MOURÃO, D. M; BRESSAN, J. Deficiência nutricional após cirurgia bariátrica. Por que ocorrem? **Acta Médica brasileira**, Espírito Santo, V. 24, n. 4, p. 1021-1028, dez. 2011.

COSTA, A. C; et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta paulista de enfermagem**, Campo Grande, v. 22, n. 1, p. 55-9, set. 2009.

ESCOBAR, F. A. Relação entre obesidade e diabetes mellitus tipo II em adultos. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 4, n. 11, p. 69-72, dez. 2009.

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

FELIX, L. G; SOARES, M. J; NÓBREGA, M. M. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 83-91, fev. 2012.

FERNANDES E.O; et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 240-258, jun. 2010.

FERREIRA, M. G; FELIX, M. M; GALVÃO, C. M. Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**. Monte Alegre, v. 15, n. 4, p. 710-719, jul. 2014.

FURTADO, I. R; NOGUEIRA, C.H; JÚNIOR, E.M. Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. **Revista brasileira de cirurgia plástica**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 29-40, ago. 2004.

GAIA, D.F; et al. Complicações da aorta pós-cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 415-417, jun. 2008.

LEAL, C. W; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 3, p. 324-327, ago. 2007.

LEMOS, M.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. **Arquivo de ciência e saúde Unipar**, Paraná, v. 10, n.3, p, 155-163, dez. 2006.

LOPES, F. S; BENITO, L. A. Conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre a cirurgia bariátrica. **Revista universitas: ciências da saúde**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 5-15, dez. 2017.

MAGDALENO, J. R.; CHAIM, E, A; TURATO, E, R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 584-608, nov. 2009

MANCINI, M. C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabolismo**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 73-8, nov. 2001.

NEGRÃO, R. S. **Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório**. 2006, 112 f. Dissertação mestrado. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 14-112.

OLIVEIRA, M. V; LINARDI, R. C; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica- aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, set. 2004.

PINHEIRO, A, R; FREITAS, S. R; CORSO, A. C. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-33, dez. 2004.

RAVELLI, M. N; LEANDRO, V. A. et al. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. **Revista brasileira em promoção da saúde**, São Paulo v.20, n. 4, p. 3-4, nov. 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr. 2007.

SANCHES, G, D, et al. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 205-9, jun. 2007.

SEGALA, A; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. Supl III, p. 68-72, abr. 2002.

SOUZA, B. E. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, edição 13, p. 49-53, ago. 2010.

POLTRONIERI, T. S; TUSSET, C. Avaliação do índice de massa corpórea e sua relação com a qualidade de vida em adultos da cidade de ipê no estado do rio grande do sul. **Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**, Caxias do Sul, v. 2, n. 2, p. 730-732, maio, 2014.

WANDERELEY, E. N; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-192, jun. 2010.

WHO (World Health Organization). **Physical activity e health**. Obesity and overweight. Disponível em <<https://www.who.int/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.