



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA

Marcelo Costa Vicente¹. Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite². Kelly Renata Silva³.
Matilde Borges dos Santos⁴

1 Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. E-mail: enfmarcelovicente@gmail.com

2 Enfermeira. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

3 Enfermeira. Hospital Estadual Dr Jaime Santos Neves

4 Enfermeira. Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD). SESA-ES.

Recebido em: 15/05/2020 – Aprovado em: 15/06/2020 – Publicado em: 30/06/2020
DOI: 10.18677/EnciBio_2020B7

RESUMO

A cirurgia de gastroplastia vem sendo realizada em muitos países e no Brasil em diversos estados com a finalidade de redução da obesidade mórbida e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida de indivíduos que se submetem a este procedimento cirúrgico. A enfermagem tem um papel preponderante em atuar no pré-operatório de forma educativa e informativa para diminuir as complicações associadas à cirurgia, além de melhorar os resultados pós-operatórios. A pesquisa tratou-se de revisão bibliográfica narrativa, descritiva, cujos dados foram coletados através do levantamento das produções científicas sobre a gastroplastia com base nos dados do *Scielo (Scientific Eletronic Library Online)*, e em periódicos/livros com publicações entre 2014 e 2019. O objetivo é identificar os principais cuidados da assistência de enfermagem pré-operatório para a cirurgia de gastroplastia para obesidade mórbida. Conclui-se que é de fundamental importância o papel do enfermeiro na assistência prestada na fase pré-operatória da cirurgia de gastroplastia, valorizando todos os cuidados de enfermagem bem como os aspectos sociais, culturais e psicoemocionais reveladas nas práticas científicas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Gastroplastia. Obesidade Mórbida.

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS IN PRE-OPERATIVE GASTROPLASTY SURGERY FOR MORBID OBESITY

ABSTRACT

Gastroplasty surgery has been performed in several countries and in Brazil in several states with a reduction in morbid obesity and consequently an improvement in the quality of life of children who undergo this surgical procedure. Nursing has a preponderant role in acting in the preoperative in an educational and informative way to reduce complications associated with surgery, in addition to improving postoperative results. A research deals with a narrative, descriptive bibliographic review, data that were collected through the survey of scientific productions on a gastroplasty based on the data from Scielo, (Electronic Scientific Library Online), in periodicals and books with publications between 2014 and 2019. The objective is

identify the main care of preoperative nursing care for gastroplasty surgery for morbid obesity. It was concluded that the importance of the nurse's role in the assistance provided in the preoperative phase of gastroplastic surgery is fundamental, valuing all nursing care as social, cultural and psychoemotional aspects revealed in medical practices.

KEYWORDS: Nursing care. Gastroplasty. Morbid Obesity.

INTRODUÇÃO

No Brasil desde a década de 1930 a obesidade era considerada um problema de saúde pública, no entanto somente nos últimos 15 anos assumiram prioridade nas políticas públicas, associando a obesidade com doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares. Dentre os fatores de risco que condicionam a obesidade são: consumo de alimentação rica em gordura, açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultra processados, associados à inatividade física (DIAS et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz prejuízo à saúde, e considerado um fator de risco para outras doenças. O diagnóstico da obesidade é realizado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), calcula-se a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado, usado em adultos, idosos, gestantes, crianças e adolescentes. Quando indicado por especialistas, e com o fracasso de tratamentos convencionais para o emagrecimento, pode-se indicar a cirurgia de gastroplastia (BRASIL, 2019).

A gastroplastia, também conhecida popularmente como cirurgia bariátrica ou cirurgia da obesidade, reúne técnicas com respaldo científico. Desse modo a gastroplastia além de reduzir o estômago, tem como objetivo o tratamento da obesidade mórbida e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas pela obesidade, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que se submetem a esse tratamento. No Brasil dados estatísticos revelam um crescimento significativo de gastroplastia de 46,7% entre os anos de 2012 e 2017. Foram realizados no ano de 2017 105.642 mil cirurgias de gastroplastia no país, ou seja, 5,6% a mais de cirurgias quando comparado com o ano 2016. No Sistema Único de Saúde (SUS) o número de cirurgias de gastroplastia em média aumentou 13,5% anualmente, no período de 2008 e 2017. O Espírito Santo ocupa a colocação de 4º lugar entre os estados que mais fazem cirurgia de gastroplastia no país, permanecendo atrás somente do estado do Paraná em 1º lugar, o 2º lugar o estado do São Paulo, e em 3º lugar o estado de Minas Gerais (SBCBM, 2018).

Dos 74 hospitais no Brasil que são credenciados no SUS, em 21 estados oferecem a cirurgia de gastroplastia como serviço de alta complexidade, para indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade com grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos por meio da portaria GM/MS nº 425/ 2013 – diretrizes gerais para a cirurgia de gastroplastia (CONITEC, 2017).

Segundo a SBCBM (2018) a população apta para a cirurgia bariátrica no Brasil é de 4.9 milhões de pessoas. Pessoas portadoras de diabetes mellitus Tipo 2 (DM2), com Índice de Massa Corporal entre 30 Kg/m² a 35 Kg/m² e ausência de resposta ao tratamento clínico podem ter indicação para a cirurgia bariátrica. Já os pacientes com IMC maior que 35kg/m², com doenças associadas à obesidade ou acima de 40 kg/m², considerada obesidade mórbida, também estão aptos para a cirurgia bariátrica.

Os profissionais de enfermagem devem atuar na assistência de enfermagem no pré-operatório, pois a preparação clínica do paciente é fundamental para determinar as chances de sucesso da cirurgia. Além do mais, esses indivíduos revelam que necessitam de estruturas, espaços, recursos materiais e humanos adequados para o cuidado, com uma avaliação constante e um cuidado sensível, além do acompanhamento multidisciplinar (BARROS et al., 2015).

A busca pelo trabalho justifica-se por alto índice de pacientes com obesidade mórbida, juntamente com todas as comorbidades que agregam essas pessoas. Tendo em vista que a promoção da saúde e prevenção da doença é de grande importância, e que a Enfermagem é de fato um diferencial para a resposta positiva do ato cirúrgico e se ressalta que a obesidade traz certos riscos à saúde do ser humano e a gastroplastia muitas vezes é vista como um último recurso (DIAS, et al, 2017).

O objetivo dessa pesquisa é identificar os principais cuidados da assistência de enfermagem no pré-operatório para a cirurgia de gastroplastia para obesidade mórbida.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, narrativa, descritiva, cujos dados foram coletados através do levantamento das produções científicas sobre gastroplastia para obesidade mórbida. As bases utilizadas para a coleta de dados foram: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e juntamente em *site* oficiais e livros voltados para área da enfermagem. A busca da literatura e a realização da pesquisa foram realizadas no período agosto a dezembro de 2019. Assim, inicialmente foi realizada uma busca sobre a produção do conhecimento referente à cirurgia de gastroplastia para obesidade mórbida, tendo como objetivo identificar os cuidados pré-operatórios para cirurgia bariátrica, em referidos periódicos nacional, através da revisão de literatura sobre o tema. Como critérios de inclusão foram considerados os títulos e os resumos dos artigos para a seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos e os textos completos dos artigos, utilizando-se como descritores os termos gastroplastia, cuidados de enfermagem e obesidade mórbida; textos publicados no período de cinco anos atrás. Para os critérios de exclusão foram aqueles que não atendiam aos critérios de ausência de resumo, data anterior a 2009 e textos em inglês.

Segundo Gil (2002), a pesquisa explicativa tem como objetivo básico a identificação dos fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de um fenômeno. Para a organização das informações, contidas inicialmente nas publicações científicas encontradas, foram utilizadas a leitura dos resumos dos trabalhos, identificando-se o objeto, os objetivos do estudo e os resultados. Os dados foram registrados em forma de fichas de leitura, para posteriormente ajustadas no trabalho de conclusão de trabalho.

CIRURGIA DE GASTROPLASTIA

As primeiras cirurgias de Gastroplastia no Brasil foram realizadas a partir do ano de 1974, mas foi na década de 90 que se iniciaram as primeiras equipes especializadas no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com uma equipe multidisciplinar, equipamentos adequados e com estrutura específica para pessoas com obesidade Grau III (ABESO, 2016).

Segundo a OMS, é classificada a presença da obesidade em pacientes, avaliador por três graus: Grau I (moderado excesso de peso), que apresenta um

valor do índice de massa corpórea entre 30 e 34,9 kg/m²; o Grau II (obesidade leve ou moderada), é evidenciado um valor do IMC entre 35 e 39,9 kg/m² ; e Grau III (obesidade mórbida), quando o IMC corresponde a um valor que ultrapassa de 40 kg/m² (HAYNES et al., 2009).

A obesidade se caracteriza pelo excesso de gordura corporal, ligada em muitos casos a doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, o diabetes e as doenças cardiovasculares, acarretando vários riscos para a saúde abrangendo os aspectos sociais, comportamentais e biológicos (ALMEIDA et al., 2017).

Uma grande parte da população vem apresentando obesidade e presença das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), essa parte da população em todo o mundo vem vivendo em diversos países com a prevalência da mortalidade ligada ao excesso de peso, essa constante de problemas ligados à subnutrição é muito elevado se comparado com à violência urbana, problemas bem visíveis nos países em desenvolvimento. Um estudo em 27 países da América Latina realizada pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (ONU/FAO) evidenciou que o excesso de peso e a presença da obesidade são responsáveis por 300 mil mortes por ano nesses países, comparadas as 166 mil pessoas mortas por violência (assassinatos). Em 2015, no Brasil, 117 mil pessoas morreram devido às consequências causadas pela obesidade, número 2,44 vezes maior comparado com o número de mortes por assassinatos (MARTINS, 2018).

A obesidade nas últimas duas décadas assumiu proporção agravante e alarmante no mundo inteiro, sendo alguns fatores associados como: o sedentarismo, fácil acesso aos alimentos industrializados e a inatividade física. Este aumento foi identificado em todas as faixas etárias, se tornando um problema de saúde pública, condicionando ao aumento do risco de importantes problemas de saúde e de indivíduos com comorbidades precoce e de complicações metabólicas associadas ao excesso de gordura corporal (MIRANDA et al. 2015).

Os pacientes para estarem, aptos as indicações cirúrgicas de gastroplastia devem apresentar o Índice de Massa Corporal IMC 50 Kg/m². Os indivíduos que apresentam IMC 40 Kg/m² com ou sem comorbidades, e que tenha seguidos protocolos clínicos por dois anos no mínimo sem sucesso no tratamento clínico na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, também estão na lista de indicação cirúrgica para realização de gastroplastia. Ainda estão dentro dos critérios de inclusão os indivíduos que têm IMC > 35 Kg/m², com comorbidades, pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono e doenças articulares degenerativas (BRASIL, 2019).

A obesidade vem aumentando o risco e à gravidade das complicações associadas à cirurgia, principalmente a suscetibilidade a infecção. A obesidade pode ser um dificultador nos cuidados ao paciente, relacionado ao peso adicional e no processo cirúrgico com à separação dos planos anatômicos, tornando-se mais comuns as infecções das feridas. Estima-se que para cada 13.5 kg de excesso de peso, são necessários cerca de 40,2 km de novos vasos sanguíneos, o que aumenta uma demanda no funcionamento do coração (SMELTZER; BARE, 2015).

Na década de 1970 o cirurgião da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Salomão Chaib iniciou as primeiras equipes de cirurgias de gastroplastia no Brasil, utilizando técnicas de derivação jejuno-ileais, porém com resultados desanimadores e limitados, além da falta de segurança para estes pacientes. O cirurgião americano Edward Mason em 1980, considerado um dos pais da cirurgia de gastroplastia, também um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia

Bariátrica e Metabólica Americana, foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, que levou ao desenvolvimento de técnica como o *By-pass* Gástrico, Gastroplastia Horizontal e Gastroplastia Vertical com anel de polipropileno, trilhando um novo caminho (SBCBM, 2019).

No ano de 2000 houve um grande avanço na técnica cirúrgica, agora com abordagem menos invasiva por laparoscopia, diminuindo os riscos de complicações e uma recuperação consideravelmente mais rápida (ABESO, 2016). A gastroplastia vídeo laparoscópica iniciou no ano de 1994, sendo oficializada pelo SUS no ano de 2017, segundo Portaria nº 05, do diário Oficial de 31 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017).

O crescimento epidemiológico mundial da obesidade, a ineficiência dos tratamentos convencionais e o aumento da indicação de cirurgia de gastroplastia como alternativa de intervenção, crescem cada vez mais a procura por esse tipo de tratamento cirúrgico (CARVALHO; ROSA, 2018).

O número de cirurgia no Brasil cresce anualmente, colocando o país como o segundo maior em realizações de cirurgias de gastroplastia do mundo, sendo o primeiro os Estados Unidos. O Brasil tem hoje mais de 51% da população com sobrepeso e obesidade, estimando que 4.5 milhões de brasileiros tenham indicação formal para cirurgia bariátrica (ABESO, 2016).

Entre as técnicas de cirurgias, apresentam-se três: a restritiva tem a finalidade de diminuir a entrada de alimentos e promover uma rápida sensação de saciedade após as refeições. A técnica disabsortiva reduz a absorção das calorias, proteínas e outros nutrientes. A técnica mista é a combinação da técnica restritiva e disabsortiva. Além do mais a cirurgia de gastroplastia *By-pass* Gástrico em Y-de-Roux usa a técnica mista (DOURADO; PAULA, 2018).

Assim o *By-pass* está entre as técnicas cirúrgicas de gastroplastia mais usadas no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas devido a eficácia, conhecida também como Gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”, com resultado de promoção de aumento de leptina, hormônio responsável pela saciedade, levando ao emagrecimento, sendo atualmente mais utilizada por videolaparoscopia (RAMOS et al., 2014).

Na tabela do SUS encontram-se várias técnicas cirúrgicas pela via laparotômica, entre as quais a realizada com mais frequência é a gastroplastia com derivação em Y-de-Roux, apresentando uma razão entre risco e benefício muito favorável. Atualmente as cirurgias bariátricas são conduzidas em sua maioria por vídeo laparoscópica, que apesar do maior custo, é menos invasiva e proporciona um pós-operatório com uma recuperação mais rápida, e com menos intercorrências (ZEVE; NOVAIS, 2014).

As técnicas de cirurgia de gastroplastia incluem o *by-pass* gástrico também conhecido como gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”, que é a técnica mais utilizada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas devido a eficácia, tratando-se de um procedimento misto, é feito um clampeamento em parte do estômago, reduzindo o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, consequentemente promovendo um aumento de hormônio da saciedade levando ao emagrecimento (SBCBM, 2017).

A cirurgia por via laparoscópica cuja técnica usada é a derivação gástrica em Y Roux, conhecida também como Fobi-Capella, proporciona uma perda ponderal de 40% do peso inicial, além de reduzir alterações nutricionais e metabólicas importantes, a qual contribui para os aspectos físicos e emocionais (BARROS et al., 2015).

Entre as técnicas cirúrgicas também estão à cirurgia de Gastroplastia Banda Gástrica Ajustável representando menos de 1% dos procedimentos, tratando-se de uma técnica restritiva, onde se instala uma prótese ao redor do estômago. A técnica cirúrgica gastrectomia vertical conhecida como *Sleeve* ou gastrectomia em manga de camisa, é considerada restritiva e metabólica, transformando o estômago em tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (mL), provocando uma boa perda de peso. A técnica cirúrgica Duodenal Switch corresponde a 5% dos procedimentos no Brasil, é a combinação da técnica da *Sleeve* com a do *By-pass*. A técnica de terapia auxiliar balão intragástrico trata-se de um procedimento não cirúrgico, indicado para pacientes de sobrepeso, realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, correspondente a um balão preenchido com 500 mL de líquido azul (SBCBM, 2017).

Quando tomada a decisão da cirurgia por parte do paciente é realizada, a equipe interdisciplinar inicia-se o seu acompanhamento. A assistência de enfermagem compõe dentro dessa equipe, dividindo na assistência pré-operatória mediato e imediato. A assistência de enfermagem no período mediato corresponde ao período que vai da marcação da cirurgia até 24 horas antes do procedimento cirúrgico. No período mediato são realizados pela equipe de enfermagem anamnese, exame físico, preparo emocional, orientações de enfermagem que objetivam a prevenção de complicações no pós-operatório (COSTA; SAMPAIO, 2015).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ OPERATORIO MEDIATO PARA GASTROPLASTIA

Na assistência ao paciente cirúrgico, o enfermeiro segue um instrumento metodológico denominado de processo de enfermagem ou a sistematização da assistência de enfermagem. Esse instrumento sistemático e humanizado é desempenhado para nortear todas as ações do cuidado de enfermagem (SOBECC, 2017).

A segurança dos pacientes dentro do âmbito hospitalar e a garantia da qualidade de assistência aos clientes vêm se tornando algumas preocupações constantes em todo mundo. Contudo, todo o processo de saúde deve estar pautado nessa problemática, para gerenciar os riscos e favorecer um ambiente mais seguro possível, como por exemplo, dentro do Centro Cirúrgico (CC) (DIAS, et al., 2014).

Para aumentar a segurança do paciente cirúrgico o enfermeiro utiliza a SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória) é um instrumento próprio do setor e de fundamental importância para a integração planejada entre a equipe de enfermagem, a sistematização preconiza um tratamento individualizado com visão holística, continuada, documentada e avaliada, sendo de uso obrigatório em todos os hospitais do Brasil no processo perioperatório (SILVA et al., 2019). No ano de 2002, devido a sua grande importância, a SAEP passou a ser uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem (SOBECC, 2009).

Entende-se que, para proporcionar uma assistência de qualidade para todos pacientes, é necessário o envolvimento de toda equipe de enfermagem, bem como a participação da equipe multiprofissional, garantindo planejamento dos cuidados com eficiência e eficácia durante todo o processo cirúrgico (JOST, et al., 2018). O enfermeiro deve possuir habilidades fundamentais, além do

conhecimento científico, bom senso e espírito crítico para compreender a tecnologia utilizada na assistência (CARVALHO, BIANCHI, 2016).

Alguns estudos identificam que, apesar da relevância da SAEP, partes dos enfermeiros têm dificuldade em pôr em prática, devido aos problemas encontrados na gestão do setor, e somado a não adesão de sua execução (GRITTEM et al., 2006; FERRARI et al., 2016).

De acordo com Duarte et al. (2016) a não adesão da SAEP é um fato preocupante, pois essa ausência da avaliação do enfermeiro perioperatório pode gerar muitos eventos adversos relacionados com a falha do cuidado prestado ao paciente, citando como exemplo: infecção cirúrgica, administração de medicamentos incorretos, intercorrências no processo anestésico cirúrgico, entre outras implicações negativas ao paciente.

Para compreender a prática de enfermagem precisa-se conhecer o conceito de enfermagem tido como a arte ou ciência do cuidar com a finalidade de promover saúde e tratar problemas relacionados a esta. No passado pessoas eram treinadas para que pudessem cuidar de outros, esses treinamentos eram muitas vezes oferecidos por instituições religiosas e os conhecimentos passados não tinham fundamentação científica, já que não era necessária formação educacional. As mudanças relacionadas à prática da enfermagem através da educação e tecnologia sem dúvida realçam os valores da enfermagem (NETTINA, 2016).

Neste sentido o mesmo autor acima afirma para melhor resolver os problemas e satisfação dos cuidados prestados ao cliente pelo enfermeiro, foi elaborada uma conduta através de um processo de enfermagem que se divide em etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, são elas: investigação (anamnese), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

Quando tomada a decisão da cirurgia é destinado à equipe de saúde um acompanhamento interdisciplinar ao paciente. A assistência de enfermagem compõe essa equipe, se dividindo em assistência pré-operatório mediato e imediato. No período de pré-operatório mediato a enfermagem deve orientar os pacientes quanto aos exercícios respiratórios e respiração profunda, exercícios dos membros inferiores, para prevenir trombose venosa profunda. A orientação de enfermagem irá depender do histórico levantado e dados do exame físico obtido (COSTA; SAMPAIO, 2015).

A nutrição do paciente que irá submeter à cirurgia de gastroplastia é um fator essencial na promoção e prevenção, bem como a recuperação numa possível resistência a infecção e a outras complicações cirúrgicas. As pessoas que fazem uso excessivo de drogas ou álcool tendem a esconder esse comportamento, portando a equipe de enfermagem precisa fazer perguntas francas com paciência e cautela para obter uma resposta verdadeira, pessoas com intoxicação aguda são suscetíveis a lesões e alterações durante o ato anestésico. A enfermagem deve avaliar a função respiratória, e quando apresentar alteração desse segmento, deve examinar o paciente e caso apresente riscos a cirurgia, a mesma deverá ser adiada. Os pacientes fumantes devem ser estimulados a abolir o uso do cigarro num período de quatro a oito semanas antes da cirurgia para diminuir a produção de muco e secreções traqueobrônquicas e reduzir significativamente as complicações pulmonares (SMELTZER; BARE, 2015).

Ainda os mesmos autores supracitados revelam que na assistência pré operatória na avaliação do sistema cardiovascular é de fundamental importância, pois o débito cardíaco bem funcionando deverá satisfazer as necessidades de oxigênio, líquidos e nutrientes durante todo o período perioperatório, bem como uma

boa avaliação da funcionalidade do sistema hepático e renal de modo que os medicamentos, agentes anestésicos e toxinas, sejam processados e excretados pelo corpo humano. A enfermagem deve estar atenta a presença de alergias, informando a equipe de saúde e registrar qualquer sensibilidade aos medicamentos, soluções, fitas adesivas e as reações adversas progressas a esses agentes. Também deve ser registrado o uso de medicamentos do dia a dia do paciente, para evitar possíveis interações medicamentosas que pode acontecer durante a cirurgia.

O enfermeiro deve trabalhar o emocional do paciente, utilizando como estratégias da visita pré-operatória de enfermagem, quando possibilitam perceber o estado de apreensão em que a família e o paciente se encontram frente ao momento cirúrgico, devendo ser um momento esclarecedor de dúvidas e que possa ajudar a detectar possíveis problemas. Um dos maiores objetivos da visita pré-operatória é diminuir a ansiedade do paciente e de sua família em relação ao procedimento cirúrgico, tendo uma visão integral das necessidades humanas básicas do paciente e com uma visão de modo holístico, para sistematizar suas atividades, visto que o paciente permanece internado por dias, deixando ele distante dos seus parentes e amigos (COSTA; SAMPAIO, 2015).

Na visita pré-operatória no âmbito ambulatorial, o enfermeiro inclui dentro da anamnese dados pré-anestésicos progressos, busca a identificação de riscos interligados ao ato anestésico-cirúrgico, favorecendo boa chance de um resultado cirúrgico benéfico, além de satisfazer todas as necessidades e diminuição da ansiedade e angustia pré-operatória (SCHWARTZMAN, et al 2014). A visita pré-operatória de enfermagem ao paciente é uma das ferramentas mais importantes para operacionalizar as premissas da SAEP, e seu objetivo é promover maior ligação entre o enfermeiro e o paciente, não se limitando somente as orientações, mas também promover as intervenções que serão capazes de proporcionar a diminuição das angústias e favorecendo a promoção e segurança da pessoa cirúrgica (KOSH, et al., 2018).

Os pacientes com excesso de peso apresentam alterações estruturais, e se queixam de dor em alguma região do corpo, sendo os mais citados as dores lombares e membros inferiores, apresentando dores na maioria das vezes crônica com mais de um ano de queixa, impedindo esses indivíduos de praticar atividades básicas do cotidiano. O enfermeiro deve nesse contexto, investigar, avaliar a intensidade e intervir com conhecimento científico, mostrando responsabilidade compartilhada e sempre demonstrando disponibilidade em ajudar nesses casos (SOUZA et al., 2017).

QUADRO 1 - Intervenções de Enfermagem para pacientes no pré-operatório mediatos de cirurgia de gastroplastia.

Intervenções de Enfermagem
1. Discutir com o paciente a relação entre ingestão alimentar, exercício, aumento, perda de peso e determinar o peso ideal para paciente;
2. Discutir com o paciente as condições médicas que podem afetar o peso e os riscos associados de estar acima do peso;
3. Determinar a motivação do paciente para mudar hábitos alimentares, encaminhando ao profissional nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para perda de peso;
4. Examinar diariamente a pele para prevenção de lesão de pele, evitando umidade nas dobras com excesso de tecido adiposo;
5. Higienizar a pele com sabonete antibacteriano, quando necessário;

6. Oferecer apoio emocional, quando necessário;
7. promoção de um cuidado individualizado e humanizado;
8. Informar o paciente sobre o propósito e os benefícios da atividade física;
9. Determinar o local das dores, bem como as características, a qualidade e a intensidade;
10. Documentar as queixas álgicas;
11. Orientar ao paciente a solicitar medicamento antes que a dor se intensifique;
12. Iniciar uma avaliação pré-operatória; avaliação completa da história pessoal e familiar;
13. Ensinar o paciente de forma apropriada para suas necessidades específicas;
14. Oferecer atenção especial a complicações segundo relato do paciente como febre, rigidez, queixas músculo esquelética, intolerância ao calor, urina escura e reações inesperada;
15. Avaliar a história familiar de qualquer morte súbita ou inexplicada, principalmente durante a participação em eventos esportivos;
16. Envolver a família na entrevista;
17. Avaliar a necessidade do paciente para o cuidado e transporte pós-operatório;
18. Preparar intestinal; um enema de limpeza ou laxativo pode ser prescrito na noite anterior e repetido na manhã seguinte, permitindo a visualização satisfatória do sítio cirúrgico, evitar o trauma do intestino ou a contaminação do peritônio pelas fezes, quando necessário;
19. Preparar da pele; para diminuir as bactérias sem lesioná-las a enfermagem deve instruir a usar um sabão contendo um detergente-germicida para higiene antes da cirurgia, sendo realizada em casa quando necessário;
20. Instruir o paciente a não remover os pelos no período pré-operatório.

Fonte: Smeltzere e Bare (2015) e Souza et al., (2017)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATORIO IMEDIATOS PARA GASTROPLASTIA

O pré-operatório imediato corresponde desde 24 horas antes da cirurgia até a chegada da pessoa ao centro cirúrgico, devendo o enfermeiro avaliar o estado físico e orientar o paciente com todas as informações ao preparo para a cirurgia, orientando a vestir a camisola hospitalar e o gorro de hospital, orientação sobre o jejum, o esvaziamento da bexiga antes da entrada para o centro cirúrgico, encaminhamento do paciente ao banho, bem como a higiene capilar/oral e remoção de adornos e próteses. A enfermagem contribui para aproximar o paciente da realidade do momento cirúrgico a fim de reduzir o nível de ansiedade (COSTA; SAMPAIO, 2015).

QUADRO 2: Intervenções de enfermagem em pacientes no pré-operatório imediato de cirurgia de gastroplastia

Intervenções de Enfermagem
1. Preencher a avaliação pré-operatória e avaliar quanto ao risco de complicações pós-operatórias;
2. Relatar os achados inesperados ou com desvio de anormalidade; verificar o sítio cirúrgico;
3. Verificar se o consentimento informado foi assinado e reforçar o ensino prévio; revisar o prontuário;
4. Explicar as fases do período perioperatório e as expectativas;

5. Responder às perguntas do paciente e da família;
6. Elaborar um plano de cuidado, fornecendo um apoio emocional;
7. Avaliar escala de dor e estado nutricional do paciente;
8. Comunicar o estado emocional do paciente para os outros membros da equipe de saúde; observar as reações evidentes oculta;
9. Avaliar o nível de ansiedade do paciente e tentar amenizar o nível de estresse durante a permanência dele no centro cirúrgico;
10. Apoiar as crenças espirituais para que os pacientes possam lidar com o medo e ansiedade, amparados por sua filiação religiosa; as crenças espirituais podem ser terapêuticas quanto os medicamentos. A fé tem grande força de sustentação;
11. Acompanhar e orientar a troca da roupa por um avental hospitalar, que permanece aberto nas costas, cabelos longos devem ser presos com uma trança, retirando grampos e cobrir os cabelos por completo com um gorro descartável;
12. Inspeccionar a boca, removendo prótese e outros tipos de implantes removíveis, devido ao risco de obstrução respiratória em momento de indução anestésica;
13. Instruir a retirada de adornos como joias, para evitar lesões, óculos. Os pertences são entregues aos familiares para guardar perante o paciente ou são claramente rotulados com nome do paciente e guardados em um local seguro, de acordo com a política da instituição;
14. Instruir os pacientes ao esvaziamento vesical antes de entrar a sala de cirúrgica;
15. Instruir os pacientes a urinar imediatamente antes de ir para a sala de cirurgia para promover a continência urinária durante a cirurgia, tornando mais acessíveis os órgãos abdominais;
16. Verificar a compreensão das prescrições pré-operatórias especificadas pelo cirurgião para em momento do pré-operatório imediato: preparo intestinal, banho pré-operatório;

Fonte: Smeltzer e Bare (2015)

As atividades de enfermagem devem estabelecer uma relação com o paciente antes da cirurgia, realizando a entrevista pré-operatória, a qual inclui avaliação do exame físico, cuidado emocional, história clínica, história anestésica prévia, identificação dos problemas genéticos, alergias, indicando quais os exames necessários que devem estar presentes no período pré-operatório imediato e promoção do ensino sobre a recuperação do tratamento cirúrgico-anestésico nos cuidados pós-operatórios (SMELTZER; BARE, 2015).

Durante o pré-operatório da cirurgia de gastroplastia, é de grande importância a atuação do enfermeiro, pois a consulta de enfermagem oferece a ele autonomia, promovendo saúde e segurança ao paciente e direcionando o autocuidado. A relação enfermeiro-paciente deve esclarecer dúvidas, ofertar orientações sobre risco e benefício da cirurgia e diminuir os estressores presentes durante esse período, contribuindo assim para o sucesso da cirurgia (SOUZA et al., 2017).

Vale ressaltar que os pacientes obesos estão na linha de propensão a riscos de eventos adversos evitáveis, por isso há a necessidade de uma avaliação criteriosa antes do tratamento cirúrgico, a fim de evitar possíveis complicações, como: risco aumentado para hipoxemia, atelectasia pulmonar, hipoventilação, elevada dependência de ventilação mecânica assistida, síndrome da apneia

obstrutiva do sono, broncoaspiração de conteúdo gástrico e complicações cardiovasculares, devido às comorbidades. O risco também de problemas de tromboembólicos no período perioperatório é bem presente em pacientes obesos do que se comparando com os não obesos (GUALANDRO et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os estudos analisados, a cirurgia de gastroplastia é uma forma eficiente para a redução de peso. Entretanto, as pessoas precisam ser conscientizadas no período pré-operatório recebendo um acompanhamento individualizado com orientações direcionadas e personalizadas para cada tipo de situação enfrentada durante essa fase. Os profissionais de enfermagem devem oferecer uma assistência visando o bem-estar ao corpo físico, social e espiritual; observando o uso do cuidado sensível relacionado a observação, na escuta ativa e ao diálogo.

O resultado deste estudo possibilita destacar as atividades concretas destinadas ao papel do enfermeiro na assistência nessa fase pré-operatória da cirurgia de gastroplastia, valorizando aos aspectos sociais, culturais e psicoemocionais, revelando as práticas científicas.

Evidencia-se a importância do profissional enfermeiro no planejamento perioperatório, desempenhando papel essencial junto à equipe e ao paciente, além disso, seria importante destacar para essa função o enfermeiro assistencial que atua no centro cirúrgico, pois esse profissional irá conhecer o paciente fora e dentro do Centro Cirúrgico, que facilitará na implementação da SAEP (Sistematização da Assistência em Enfermagem Perioperatória), e obtendo todo o domínio na realização do planejamento assistencial, discutindo as dúvidas e desempenhando todas as orientações necessárias ao paciente e à sua família

Neste trabalho foi disponibilizado recurso essencial para conhecer os tipos de cirurgias e destacar os principais cuidados de enfermagem para condução do enfermeiro na qualidade da assistência aos pacientes que serão submetidos à cirurgia de gastroplastia para obesidade mórbida, desde o período em que o paciente decide realizar o procedimento, até o momento da sua transferência para o centro cirúrgico. Além de se tratar de um instrumento para ser aplicado junto ao paciente, estimulando o autocuidado, o bem-estar e a adoção de comportamentos para a redução de peso corpóreo.

O presente estudo ainda servirá de base para o conhecimento das atividades pré-operatórias, uma vez que diversos artigos já publicados dão uma maior ênfase aos cuidados pós-operatórios, por se tratar de um período mais crítico de todo o processo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Cirurgia Bariátrica: a situação atual do Brasil**. 17 mai. 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>. Acesso em: 28 abr. 2019.

ALMEIDA, L.M.; CAMPOS, K.F.C.; RANDOW, R.; GUERRA, V.A. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade, **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília. V. 8, p. 114-139, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700/3377>. Acesso em: 07 de set. de 2019.

BARROS, L.M.; FROTA, N.M.; MOREIRA, R.A.N.; ARAÚJO, T.M.; CAETANO, J.A. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Ceará, V. 36, p. 26, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/47694-225734-1-PB.pdf. Acesso em: 18 de abr. 2019.

BRASIL. Diário Oficial República Federativa do Brasil Imprensa Nacional. **Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Brasília** - DF nº 23 – DOU de 01/02/17 – Seção 1 – p.84 Portaria nº 5, de 31 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESNet-Consulta de Serviço Especializado – Serviço de Atenção à Obesidade**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=127&VClassificacao=001&VAmbu=&VAmbuSUS=V

CARVALHO, A.S.; ROSA, R.S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, 2017, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200304&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 2ª Ed. São Paulo: Manole, 2016.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Cirurgia Bariátrica por laparoscopia**. Fev. 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_CirurgiaBariatrica_Laparoscopia_final.pdf. acesso em: 08 de set. de 2019.

COSTA, T.M.N.; SAMPAIO, C.E.P. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a19.pdf>. Acesso em: 14 out. de 2019.

DIAS, J.D.; MEKARO, K.S.; TIBES, C.M.S.; MASCARENHAS, S.H.Z. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**. v 18, n 4, p. 866-880, 2014.

DIAS, P.C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L.A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>. Acesso em: 04 de set. de 2019.

DOURADO, S.A.A.; PAULA, L.O. Deficiência de vitamina b12 no pós-operatório de cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura. **Revista Saúde.com**, Piauí, n. 14, p. 1112-1120. 2018. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/3312>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

DUARTE, S.C.M.; STIPP, M.A.C, SILVA, M.M.; OLIVEIRA, F.T. Adverse events and safety in nursing care. **Revista brasileira de enfermagem**,v 68, n 1, p.144-154, 2016.

FERRARI, D.; COSTA, A.E.K.; PISSAIA, L.F.; MORESCHI, C. A visão da equipe de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital de médio porte. **Revista Caderno Pedagógico**. v 13, n 3, p.109-116, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GRITTEM, L.; MÉIER, M.J.; GAIEVICZ, A.P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**. v 11, n 3, p.245-251, 2006.

GUALANDRO, D.M.; YU, P.C.; CARAMELLI, B.; MARQUES, A.C.; CALDERARO, D.; FORNARI, L.S. et al. III Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. V 109, n 3, supl. 1, p.75-7, 2017. Disponível em: <[https:// doi.org/10.5935/abc.20170140](https://doi.org/10.5935/abc.20170140)>. Acessado em 12 de mai de 2020.

HAYNES, A.B.; WEISER, T.G.; BERRY, W.R.; LIPSITZ, S.R.; BREIZAT, A.H.S.; DELLINGER, E.P. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **N Engl J Med**.; v 360, n 5, p.491-9. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 7 de set. de 2019. Hosp=&VHos pSUS=1. Acesso em: 08 de set. de 2019.

JOST, M.T.; VIEGAS, K.; CAREGNATO, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, v 23, 4, p: 218-225, 2018.

KOCH, T.M.; AGUIAR, D.C.M.; MOSER, G.A.S.; HANAUER, M.C.; OLIVEIRA, D.; MAIER, S.R.O. Momento Anestésico-Cirúrgico: Transitando entre o conhecimento dos(as) enfermeiros(as) e o cuidados de enfermagem. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v 23, n 1, p.7-13, 2018.

MARTINS, A.P.B.; É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de Administração de Empresas**. v.58, p.3. São Paulo. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902018000300337&script=sci_artt ext. Acesso em: 7 de set. de 2019.

MIRANDA, J.M.Q.; PALMEIRA, M.V.; POLITO, L.F.T.; BRANDÃO, M.R.F.; BOCALINI, D.S. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. Privadas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo. 2015; V. 21 p.104-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v21n2/1517-8692-rbme-21-02-00104.pdf>. Acesso em: 07 de set. de 2019.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

RAMOS, A.C.; SILVA, A.C.S.; RAMOS, M.G.; CANSECO, E.G.C.; GALVÃO-NETO, M.P. Bypass gástrico simplificado: 13 anos de experiência e 12.000 pacientes operados. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.**, São Paulo. V. 27, p. 2-8, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00002.pdf. Acesso em 08 de set. de 2019.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. 11 jul. 2018. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Técnicas Cirúrgicas**, 5 out. 2017. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/#1508950247310-023f08df-2d91>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SCHWARTZMAN, U.P.; BATISTA, K.T.; DUARTE, L.D.T.; SARAIVA, R.A.; FERNANDES, M.C.B.C.; COSTA, V.V, et al. Complicação anestésica em hospital de reabilitação: a incidência tem relação com a consulta pré-anestésica? **Brazilian Journal Anesthesiol.** v 64, n 5, p. 357-64, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.024>. Acesso em: 08 de set. 2019.

SILVA, T.M.; OLIVEIRA, N.S.; PRADO, P.R. Cirurgias seguras: instrumento de enfermagem obstétrica perioperatória. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological.** v 6, n 1, p. 607-616, 2019.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7ª ed. São Paulo: SOBECC; Barueri: Manole; 2017.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUZA, T.R., PEDROSO, C. F., FERREIRA, J. D. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Ciências Escola Estadual. Saúde Pública. Cândido Santiago- RESAP**. Goiânia. V.3, p. 166-175, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/BETH/Downloads/54-Texto%20do%20artigo-188-1-10-20190314.pdf>. Acesso em: 08 de set. 2019.

ZEVE, J.L.; NOVAIS, O.P. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura. **Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre**, v.5, n.2, p 132-140, jul/dez, 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10966/8206>. Acesso em: 16 de mai. 2019.