

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIA: uma revisão bibliográfica.

Nathalia Maria de Souza¹
Cacilda Aparecida Rodrigues²

RESUMO

Este trabalho aborda a questão da importância dos cuidados de enfermagem no pós-operatório de gastroplastia. Trata, especificamente, dos critérios utilizados na avaliação de trabalhos apresentados, publicados em periódicos e publicados nas bases acadêmicas eletrônicas, por meio de publicações científicas e notáveis. Tal pesquisa teve como objeto a utilização de critérios de avaliação para integrar ou não a pesquisa de forma em que obtivesse uma resposta satisfatória ao problema em questão. Considerando estudos que falem sobre a Gastroplastia e sobre os cuidados de enfermagem necessários no momento do pós-operatório imediato e tardio, sendo assim, como a execução destes trouxe sucesso para a recuperação e posterior alta do cliente.

Palavras-chave: Enfermagem. Gastroplastia. Pós-operatório.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema os cuidados de enfermagem no pós-operatório de gastroplastia, buscando entender os principais cuidados que o enfermeiro deve ter no pós-operatório da cirurgia. Diante desta situação tem-se como problema inicial identificar quais são as ações realizadas pelo enfermeiro no pós-operatório de gastroplastia.

Associado ao relatado anteriormente, levantou-se a hipótese onde se acredita que é necessário que o enfermeiro atuante no ambiente hospitalar, especialmente na clínica cirúrgica, onde é ofertado o atendimento pré e pós-operatório, tenham algumas habilidades como: conhecimento técnico - científico, dimensionamento de pessoal, comunicação, raciocínio clínico, ética, controle emocional, além disso, é de suma importância que esse profissional

¹ Graduada em Enfermagem no Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS/MG. Nath.souza.s@gmail.com

exerça uma liderança democrática, onde preocupando-se com a participação da equipe, estimulando, orientando, acatando e ouvindo as opiniões de todos, buscando sempre harmonia entre os mesmos, para que todos trabalhem motivados e desempenhem melhor seu papel.

O que será levantado no presente trabalho é o quanto os enfermeiros atuantes hoje estão preparados para atuar na assistência do pós-operatório de gastroplastia.

Este projeto justifica-se pelo fato do enfermeiro ser o principal mediador dos cuidados no pós-operatório de gastroplastia.

Ao ponto de vista profissional, este tema é de grande valia, visto que conscientizar, capacitar e profissionalizar as equipes sobre a importância do enfermeiro no pós-operatório de gastroplastia pode ajudar os pacientes a se recuperarem de uma forma mais rápida, tanto no pós-operatório imediato, quanto no tardio. Neste sentido, o enfermeiro será capaz de executar os cuidados de enfermagem de forma consciente e qualificada.

Já para a sociedade, é de extrema relevância, visto que é onde se torna possível proporcionar uma continuidade da atenção ao paciente da cirurgia de gastroplastia, que também precisa receber atenção psicológica profissional e familiar, uma vez que grande parte dos operados sofrem de algum tipo de psicopatologia.

A obesidade vem assumindo proporções epidêmicas neste começo de milênio, tornando-se um dos problemas mais graves de saúde pública nos últimos vinte anos, atingindo tanto os países desenvolvidos quanto os emergentes (CINTRA, 2001 p.38).

Existem diversas intervenções para reduzir a obesidade, estas variam desde dieta, atividade física e outras modificações no estilo de vida, até remédios e por fim gastroplastia, também conhecida como cirurgia bariátrica ou redução de estômago (FONTES, 2009).

Ainda segundo Fontes (2009) a gastroplastia envolve vários tipos de cirurgia. Essas cirurgias visam ou a restrição do volume de alimento que pode ser ingerido ou diminuição na absorção dos alimentos. Nas cirurgias que visam a restrição, é limitado o fluxo de alimentos através do trato digestivo ao fechar parte do estômago e limitar a quantidade de comida que pode ser contida no estômago por vez. Os tipos de gastroplastia que visam diminuir a absorção dos alimentos previnem que o intestino absorva completamente as comidas.

O trabalho que o enfermeiro exerce no pós-operatório imediato de gastroplastia é complexo e é executado com muita intensidade, é necessário que o enfermeiro esteja pronto de maneira integral, são necessários cuidados especiais no pós-operatório de pacientes submetidos à gastroplastia, 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 (MOREIRA, 2013)

Considerando as citações anteriores a equipe de enfermagem deve estar atenta a toda e qualquer alteração fisiológica em um paciente que esteja no pós-operatório imediato de gastroplastia. Em cima deste pensamento que será realizado o presente trabalho.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os cuidados de enfermagem que são ofertados à pacientes pós operados de gastroplastia.

Assim sendo, apresenta como objetivos específicos: identificar quais são os principais cuidados de enfermagem exigidos no pós e pré-operatório de gastroplastia; buscar através da literatura específica, dados que apontem quais os cuidados de enfermagem é essencial no pós-operatório imediato e tardio da gastroplastia.

Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa bibliográfica, realizada a partir da análise pormenorizada de materiais já publicados na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico.

2 A GASTROPLASTIA

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2017) a gastroplastia também pode ser chamada de cirurgia bariátrica, ou cirurgia de redução de estômago, como o próprio nome diz: uma plástica no estômago (gastro: estômago, plastia: plástica).

Segundo a Sociedade Brasileira de cirurgia bariátrica ou metabólica (2017) a cirurgia bariátrica reúne técnicas com respaldo científicas destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

Para Fontes (2009) a gastroplastia envolve vários tipos de cirurgia. Essas cirurgias visam ou a restrição do volume de alimento que pode ser ingerido ou diminuição na absorção dos alimentos. Nas cirurgias que visam a restrição, é limitado o fluxo de alimentos através do trato digestivo ao fechar parte do estômago e limitar a quantidade de comida que pode ser contida no estômago por vez. Os tipos de gastroplastia que visam diminuir a absorção dos alimentos previnem que o intestino absorva completamente as comidas.

Segundo Paisani (2005), a cirurgia é recomendada para pessoas que possuem Índice de Massa Corporal (IMC) elevado. O IMC é definido pelo peso em KG dividido pelo quadrado da altura em metros. IMC acima de 40 kg/m² classifica a obesidade em mórbida e, nestes casos, está indicado o tratamento cirúrgico para a redução do peso.

Paisani (2005) reforça estas ideias, quando diz que gastroplastia tem sido cada vez mais indicada no tratamento de obesos mórbidos, pacientes nos quais podem identificar alteração pronunciada de volumes e capacidades pulmonares.

Como foi citada no parágrafo anterior, outra característica observada nos obesos, além do IMC, é a alteração das capacidades pulmonares que também pode levar a necessidade de se fazer uma gastroplastia. Ideia que é reforçada por Paisani (2005):

São vários os fatores que interferem na mecânica respiratória do obeso, resultando em reduções dos volumes e capacidades pulmonares, principalmente volume de reserva expiratória e capacidade residual funcional. O excesso de tecido adiposo promove uma compressão mecânica sobre o diafragma, pulmões e caixa torácica, levando a uma insuficiência pulmonar restritiva. A obesidade promove também diminuição da complacência total do sistema respiratório e aumento da resistência pulmonar. (PAISANI, 2005, p.126)

Atualmente, existem três tipos de cirurgias gastroplásticas: disabsortivas, mistas e restritivas.

As cirurgias restritivas diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar. Já as disabsortivas reduzem a capacidade de absorção do intestino e as técnicas mistas com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos. (SBCB, 2017)

As cirurgias que apenas diminuem o tamanho do estômago são chamadas do tipo restritivo (Banda Gástrica Ajustável, Gastroplastia Vertical com Bandagem ou Cirurgia de Mason e a Gastroplastia Vertical em “Sleeve”). A perda de peso se faz pela redução da ingestão de alimentos. Existem também as cirurgias mistas, nas quais há a redução do tamanho do estômago e um desvio do trânsito intestinal. Há, além da redução da ingestão, a diminuição da absorção dos alimentos. As cirurgias mistas podem ser predominantemente restritivas (derivação Gástrica com e sem anel) e predominantemente disabsortivas (derivações bileopancreáticas). (SABEM, 2017, p.2)

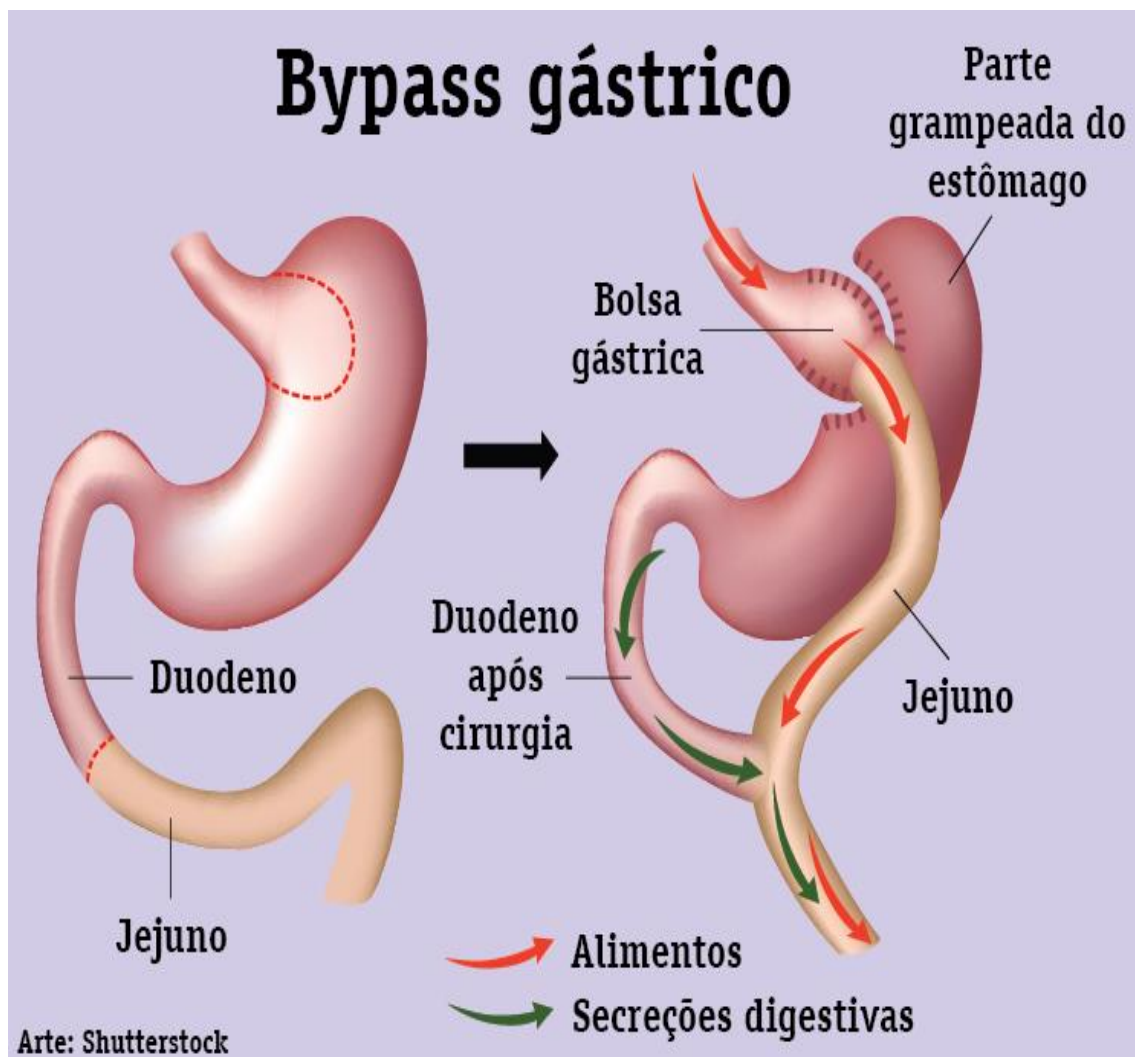
3 TECNICAS CIRÚRGICAS

São aprovadas no Brasil quatro modalidades diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica (além do balão intragástrico, que não é considerado cirúrgico):

A primeira técnica é o Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”) que é estudado desde a década de 60, o bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial. (SBCB, 2017)

Nesse procedimento misto, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial. (SBCB, 2017)

Figura 1- Bypass gástrico

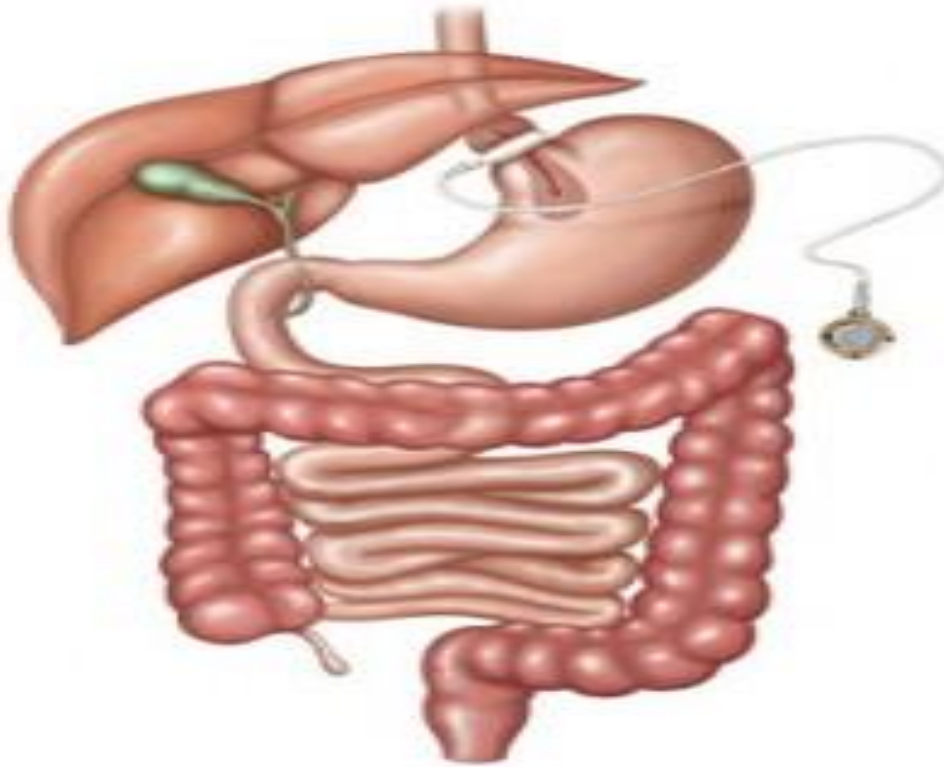


A segunda técnica é a banda gástrica ajustável criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável representa 5% dos procedimentos realizados no País. (SBCB, 2017)

Apesar de não promover mudanças na produção de hormônios como o bypass, essa técnica é bastante segura e eficaz na redução de peso (20% a 30% do peso inicial), o que também ajuda no tratamento do diabetes. Um anel de silicone inflável e ajustável é instalado ao redor

do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago. (SBCB, 2017)

Figura 2 - Banda gástrica ajustável



Fonte: SBCB

A terceira técnica é a Duodenal Switch que é uma associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago são retirados, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial. (SBCB, 2017)

Figura 3 - Duodenal Switch



Fonte: SBCB

A quarta é o balão intragástrico que é 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. O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina. O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²). (SBCB, 2017)

4 PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

O pós-operatório é o momento que se segue a uma cirurgia, desde o seu término até o momento em que não são mais necessários os cuidados ministrados pelo cirurgião ou por seus auxiliares.

Segundo Nibi (2014, p.153):

No pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica a assistência de enfermagem está voltada para os cuidados das possíveis complicações causadas pela imobilização depois da cirurgia. Estes cuidados são decisivos para sobrevivência de pacientes que estão gravemente doentes ou foram submetidos à cirurgia de grande porte.

Em um pós-operatório imediato de bariátrica, a complicação mais comum é a infecção da ferida, que ocorre devido ao suprimento inadequado de tecido adiposo, e outros fatores que contribuem para infecção são: excesso de umidade na pele, acúmulo de bactéria nas dobras

cutâneas próximas a ferida e deiscência da sutura. Mas um dos maiores riscos de complicações que um paciente com obesidade mórbida pode apresentar são as complicações causadas devido à imobilização no pós-operatório, que são: trombose venosa profunda (TVP) tromboembolismo pulmonar (TEP), insuficiência respiratória, e integridade cutânea prejudicada (úlceras de pressão) (APPOLIMARIO et al., 2006).

Outra complicação é a rabdomiólise, que é rara no pós-operatório de bariátrica, causado principalmente pela compressão prolongada dos músculos durante a cirurgia. Os fatores de risco são o tempo de cirurgia e a posição do paciente durante a cirurgia (SANCHES et al., 2007).

Segundo Barth e Jenson (2006), estão sendo muito comum os pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica serem admitido na Unidade de Terapia Intensiva para fazer o pós-operatório, devido apresentarem comorbidades como apneia do sono, asma, congestão cardíaca, os cuidados intensivos estão voltados para o cuidado com vias aéreo, respiração e circulação e além dos cuidados individualizados.

Segundo Nibi (2014), as complicações pulmonares no pós-operatório imediatos mais comuns na cirurgia bariátrica são: Pneumonia, atelectasia, infecção traqueobrônquica, insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica e/ou intubação orotraqueal prolongadas, broncoespasmo.

Segundo Paisani (2005), a ocorrência destas complicações está relacionada a fatores de risco pré-operatório, que são: a idade avançada, presença de doença pulmonar prévia ou outra doença clínica, tabagismo, desnutrição tipo de anestesia, tempo cirúrgico e técnica cirúrgica empregada, valores espirométrico anormal, capacidade diminuída ao exercício e tempo de internação pré-operatória prolongada.

Segundo Cruz (2002), o enfermeiro que atua na unidade de tratamento intensivo, desempenha funções de grande responsabilidade dentro da equipe multiprofissional, devendo estar atento a todos os sinais que possam indicar possíveis anormalidades, visando evitar que ocorra o retorno do paciente ao centro cirúrgico.

A conduta do enfermeiro deve estar relacionada com a promoção da saúde e prevenção dos agravos, danos e suas ações voltados para resolução de problemas, que podem ser visualizadas mediante a uma assistência integral. (NIBI, 2014, p.155)

Os cuidados intensivos, descritos a seguir, foram retirados do estudo realizado por Nibi (2014, p.155), no qual será demonstrado o diagnóstico de enfermagem e a prescrição da enfermagem.

Diagnóstico: Padrão respiratório ineficaz, caracterizado pelo uso da musculatura acessória para respirar, relacionado a obesidade.

Prescrição: Os cuidados intensivos a serem prestados nestas complicações são a fisioterapia pulmonar por pressão positiva (CPAP) que tem a função de restaurar a capacidade funcional residual, aumentando a oxigenação. Além da fisioterapia pulmonar, a posição fowler 45% ajuda a melhorar a respiração, pois mantém nesta posição; ocorre o aumento da pressão arterial de oxigênio (PAO₂), volume corrente (VC) e redução na frequência respiratória (SANCHES et al., 2007).

Diagnóstico: Mobilidade no leito prejudicada, caracterizada pela capacidade prejudicada para virar-se de um lado para outro, relacionado a obesidade.

Prescrição: Monitorizar sinais vitais (SSVV) h/h nas primeiras 4h, se estiver estável verificar de 4/4h ou conforme a rotina, observar temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial, tem como objetivo identificar as condições de saúde do paciente.

5 PÓS OPERATÓRIO TARDIO

Já sobre o pós operatório tardio em seu estudo Toledo (2010) observou a eficácia da cirurgia bariátrica no controle de peso, visto que 75% dos pacientes apresentavam IMC maior que 40 kg/m² antes deste procedimento e apenas 8,3% apresentaram este índice após a cirurgia.

Segundo o Consenso Latino-americano de Obesidade, a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar.

Ainda segundo Toledo (2010) a presença de psicopatologia é restrita a grupos específicos tal como acontece em outras doenças crônicas. Sendo a psicopatologia não a causadora da obesidade, mas a obesidade causadora das psicopatologias.

No estudo de Toledo (2010) não foi possível observar estatísticas que comprovam a melhoria das psicopatologias depois da cirurgia bariátrica.

Mas no mesmo estudo, (2010) foi possível demonstrar melhoras na relação entre a perda de peso e a melhora do domínio físico, como é citada a seguir:

O atual estudo constatou uma relação entre a perda de peso e a melhora no domínio físico, ou seja, quanto menor o IMC dos pacientes no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, melhor a disposição física para as tarefas diárias. Podemos atribuir esse resultado à redução dos níveis pressóricos, glicêmicos e lipídêmicos alcançados por estes pacientes.

Em relação aos 36 pacientes avaliados, foi observada redução dos valores pressóricos em 63,9% dos casos, dos valores glicêmicos em 52,8% e dos valores lipídêmicos em 63,9%. (TOLEDO, 2010, p.207)

Brizzi (2003) observou uma redução significativa dos valores glicêmicos (41% do colesterol total plasmático) e diminuição nas triglicérides (21%) no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Os seguintes dados foram retirados do estudo de Felix (2010, p.86), eles se referem aos cuidados que os enfermeiros devem possuir com os pacientes no pós-operatório tardio, a partir de cada diagnóstico.

Diagnóstico: Padrão respiratório ineficaz.

Intervenção de Enfermagem: Orientar o paciente a monitorar sinais de desconforto respiratório, febre e acúmulo de secreções.

Diagnóstico: Risco para volume de líquidos deficiente.

Intervenção de Enfermagem: Enfatizar a importância de não ingerir líquidos 15 minutos antes de cada refeição e até 90 minutos depois, para evitar desconforto gástrico, pois beber e comer juntos aumenta a distensão gástrica, o que resulta em sensação de estofamento e até vômitos. Reforçar que a ingestão de líquidos que, além de evitar a desidratação, auxilia na perda de peso, deve ser feita gradativamente de acordo com a capacidade gástrica.

Diagnóstico: Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais.

Intervenção de Enfermagem: Estimular a adesão e a obediência às recomendações dietéticas. Orientar a ingerir lentamente os alimentos, mastigá-los por completo e não ingerir líquido com as refeições

Diagnóstico: Diarréia.

Intervenção de Enfermagem: Avaliar débito urinário no sistema de drenagem fechada ou o desejo do paciente e a distensão vesical; Auscultar o abdome para determinar a presença e a localização dos ruídos hidroaéreos; Monitorizar presença de íleo paralítico (os ruídos hidroaéreos deverão retornar em média de 6 a 12 h após a cirurgia), flatulência, distensão abdominal; Orientar o paciente a comunicar desconforto em região supra púbica; Registrar a coloração, o odor, a consistência, a quantidade e a frequência das evacuações; Verificar presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais; Observar e anotar eliminações e outras perdas como: diurese, vômitos, débitos de drenos, ingestão hídrica; Medir diariamente o débito do dreno de Blake; - Comunicar à equipe médica para tomar as condutas necessárias, como a necessidade de sondagem vesical de alívio.

Diagnóstico: Estilo de vida sedentário.

Intervenção de Enfermagem: Reforçar que a atividade física é muito importante para os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pois a perda de peso será mais rápida. Orientar o paciente para que evite esforços físicos excessivos nos primeiros 90 dias. Caminhadas leves, de curta distância (pela manhã, próximo ao almoço e à tarde), poderão ser feitas conforme a resistência, progredindo lentamente, aumentando 01 minuto por dia.

Diagnóstico: Interação social prejudicada.

Intervenção de Enfermagem: Motivar e estimular a participação do paciente nas atividades de autocuidado. Estimular o paciente a participar de atividades de lazer logo que possível.

Diagnóstico: Padrão de sono perturbado.

Intervenção de Enfermagem: Explicar a importância das estratégias para manter o sono eficaz.

6 DIFICULDADES ENCONTRADAS POR ENFERMEIROS

As recomendações da SOBECC (2007), que seguem as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sobre as instalações mínimas para cirurgias especializadas, sugerem um espaço físico de 36 m², além de uma sala de apoio de 12 m². Porém no estudo realizado por Tanaka (2009) onde foi perguntado a uma amostra de enfermeiros se o espaço físico atendia as recomendações da SOBECC, uma vez que 48 citações apontaram para a inexistência do espaço físico determinado para receber pacientes obesos mórbidos.

O mesmo acontece com a mesa cirúrgica necessária e seus devidos acessórios. Uma mesa cirúrgica considerada básica ou padrão suporta, em média, 160 quilogramas. É apontado por Souza (2005) como recurso essencial para a realização da cirurgia, a mesa cirúrgica, dando preferência às elétricas, que suportam até 455 quilogramas de carga e têm possibilidade para as mudanças de decúbito necessárias para o adequado manuseio do paciente.

Segundo as diretrizes publicadas pela Association of Operative Registered Nurses (AORN), foi determinado o peso máximo suportado pela cama entre 300 e 500 quilogramas, e também para mesa cirúrgica, ressaltando a importância da visita pré-operatória, realizada com a finalidade de identificar a necessidade de adicionar acessórios laterais às mesas cirúrgicas existentes para esses pacientes.

A ausência de uma mesa cirúrgica específica para o paciente obeso mórbido, como ficou constatado neste estudo realizado por Tanaka (2009), reflete-se diretamente na segurança do paciente. Outro equipamento necessário é a maca, utilizada para a transferência do paciente.

Segundo a AORN (2004), o ideal seria um elevador hidráulico com movimentos apropriados para promover a segurança do paciente e possibilitar a transferência depois da cirurgia. Porém, o que se obteve no estudo de Tanaka (2009) foram relatos dos enfermeiros referentes a não possuírem estes equipamentos e que contam com auxílio de um recurso chamado “passante”, um colchonete de poliuretano dobrável que facilita a transferência do paciente para a maca por deslizamento, porém exige a presença de, no mínimo, seis funcionários.

Tanaka (2009, p.621) faz uma pequena conclusão sobre a falta de equipamentos quando diz:

Apesar das ofertas no mercado, decorrentes dos avanços tecnológicos e que acompanham paralelamente a evolução dos procedimentos cirúrgicos bariátricos, ainda o custo é um fator complicador, o que dificulta sua aquisição, mesmo em se tratando de instituições privadas. O mesmo acontece com a aquisição de material utilizado na intubação, e dos acessórios de segurança, pois além das cânulas de Guedel número 5, do laringoscópio com lâmina mais longa, reta e curva, há necessidade de manter a disposição no setor, um fibroscópio para auxiliar na intubação muito difícil.

7 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura, no qual se realizou uma pesquisa entre abril de 2017 a dezembro de 2017 a artigos científicos que foram selecionadas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram encontrados 40 artigos e após terem sido adotados os critérios de inclusão, 22 foram selecionados contemplando esta revisão e na base LILACS foram encontradas 20 referências. Como critérios de inclusão foram utilizados: trabalhos realizados no período compreendido nos anos de 2000 a 2018 no idioma português, inglês e espanhol, com utilização dos descritores: Enfermagem, Gastoplastia.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram à abordagem sobre o que é gastropastia, quais os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil, os cuidados de enfermagem pós-operatórios de Gastoplastia imediato e tardio.

Foram excluídos estudos que abordavam procedimentos cirúrgicos proibidos no país e os que abordavam sobre os cuidados não realizados pela equipe de enfermagem.

Em seguida, buscou-se estudar e compreender a importância da realização dos cuidados tanto realizados pelo enfermeiro quanto realizados pelos técnicos e auxiliares.

Após esse processo foi utilizado leitura previa de títulos e resumos dos trabalhos encontrados a fim de identificar aqueles que respondem as questões norteadoras sendo lidos na

íntegra posteriormente, como LILACS, SCIELO, RBMFC, REDALYC, REVRENE, REBEn, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, entre outras.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

8.1 Assistência de enfermagem ao paciente de gastroplastia

Para Franke (2012), o tratamento cirúrgico para obesidade requer ação multidisciplinar, e no que tange à enfermagem a orientação e o ensino são fundamentais para assegurar a qualidade da assistência no autocuidado. O paciente submetido à gastroplastia tem seus conceitos presentes, seu passado e quer mudar seu futuro da condição clínica referente à obesidade. Está fortemente influenciada pelo meio, sua autoimagem, hábitos de vida e, principalmente, alimentação.

O enfermeiro que está presente do atendimento ao paciente obeso tem papel de ensinar esse paciente. O paciente obeso tem dificuldade de adesão ao tratamento, apesar de ter grande vontade de emagrecer. Conhecedor desse perfil, o enfermeiro deve planejar e implementar estratégias para possibilitar a efetiva participação do paciente e família e a promoção do sucesso da cirurgia. Ele é responsável, 24 horas por dia, da orientação, do cuidado e até do apoio para que esse paciente consiga superar as fases, muitas vezes intensas e desgastantes, a que o paciente será submetido (NEGRÃO, 2006).

Na visão de Smeltzer et al. (2011), 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.

No pós-operatório, temos a demora do retorno às funções normais, a elevação dos custos hospitalares e a insatisfação dos pacientes aliados a esses fatores, existem as potenciais consequências orgânicas como taquicardia, hipertensão, interrupção da alimentação oral, desidratação, aumento da pressão intracraniana e ocular, sangramento da ferida operatória por aumento da pressão venosa e deiscência das linhas de sutura (POMPEO et al, 2007).

A recuperação da Cirurgia Bariátrica é um processo lento que requer mudanças de estilo de vida para ser bem-sucedida. Essas alterações devem estender-se ao ambiente familiar e ao local de trabalho, onde o apoio é crucial para o sucesso global do tratamento contra a obesidade (DUNGAN, 2008).

No presente artigo foram demonstrados a visão de alguns autores sobre a importância do enfermeiro no pós-operatório da cirurgia de gastroplastia, por exemplo Nibi (2014) disse em seu estudo que no pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica a assistência de enfermagem está voltada para os cuidados das possíveis complicações causadas pela imobilização depois da cirurgia. E que estes cuidados são decisivos para sobrevivência de pacientes que estão gravemente doentes ou foram submetidos à cirurgia de grande porte.

Ou seja no pós-operatório imediato a principal preocupação do enfermeiro esta voltada por possíveis complicações que podem decorrer depois da cirurgia, principalmente pelo fato de que os pacientes da gastroplastia geralmente possuem a saúde debilitada, problemas cardíacos e respiratórios são as principais preocupações.

Ainda segundo Nibi (2014) o enfermeiro deve estar preparado para oferecer cuidados de forma integral, sempre observando complicações que podem ocorrer depois da cirurgia e também promover cuidados que diminuam o risco de complicações.

No estudo de Nibi (2014) foram levantados alguns diagnósticos de enfermagem referente ao pós-operatório imediato e estes diagnósticos foram demonstrados no presente artigo com o intuito de demonstrar como o enfermeiro deve agir em determinadas situações.

Já do estudo de Felix (2010) foram retirados alguns diagnósticos e prescrições de enfermagem referentes ao pós-operatório tardio da gastroplastia.

Analisando as prescrições encontradas foi possível entender que nesta fase de pós-operatório tardio o enfermeiro possui a função de orientar o paciente sobre cuidados que ele deve ter para conseguir se recuperar com o menos de complicações possíveis.

E caso alguma complicação apareça o enfermeiro deve orienta-lo como proceder em tal situação. A cirurgia de gastroplastia depende de vários fatores para que ela seja um sucesso, e reforçar esses fatores é uma função do enfermeiro. Sempre demonstrar a importância de praticar exercícios físicos, estimular o paciente para que tenha interações sociais, beba muito líquido e etc.

Com a análise destes estudos foi possível entender que a função do enfermeiro vai além dos cuidados do pós-operatório hospitalar, mas também é importante reforçar cuidados que o paciente vai ter que seguir em sua casa para que a cirurgia seja um sucesso. Não somente

reforçar, mas também estimular e orientar, além de profissional, é necessário que nesse período o enfermeiro seja um companheiro.

9 CONCLUSÃO

Conclui-se que gastroplastia envolve diversos tipos de cirurgia. Essas cirurgias visam ou a restrição do volume de alimento que pode ser ingerido ou diminuição na absorção dos alimentos. Nas cirurgias que visam a restrição, é limitado o fluxo de alimentos através do trato digestivo ao fechar parte do estômago e limitar a quantidade de comida que pode ser contida no estômago por vez. Os tipos de gastroplastia que visam diminuir a absorção dos alimentos previnem que o intestino absorva completamente as comidas.

Também foi possível concluir que o papel do enfermeiro vai além dos cuidados hospitalares, mas também é necessário que o enfermeiro de dicas para o paciente de como proceder quando tiver alta, sendo necessário o paciente entender que pode contar com a equipe a qualquer momento de dúvida.

No pós-operatório imediato a principal preocupação do enfermeiro é voltada para possíveis complicações que podem decorrer da cirurgia, pois os pacientes de gastroplastia podem possuir alguns problemas de saúde inerentes da obesidade.

Já no pós-operatório tardio é a função do enfermeiro tirar as dúvidas do paciente e ensina-lo formas de recuperação que vão facilitar e melhorar o processo de pós-operatório.

CARE OF NURSING NON POSTAL GASTROPLASTY: a bibliographic review.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of the importance of nursing care without postoperative gastroplasty. It deals, specifically, with the criteria used in the evaluation of papers, published in periodicals and published in the electronic academic bases, through scientific and notable publications. Such research had as objective the use of evaluation criteria to integrate or not a research in a way that would give a satisfactory answer to the problem in question. The objective of this study is the success of the recovery and subsequent discharge of the client.

Keywords: Nursing. Gastroplasty. Postoperative.

REFERÊNCIAS

Association of periOperative Registered Nurses. **AORN bariatric surgery guideline**. AORN J. 2004.

BARTH, M. M ; JEFERSON, C. E. **Cuidados de enfermagem pós-operatória de pacientes com bypass gástrico**. American Journal of Critical Care, v.15, n. 4, jun., 2006.

BRIZZI, P et al. **Dexametasona com baixa dose no rato: um modelo para estudar resistência à insulina**. Am J Physiol. 2003; 283.

CINTRA, Isa de Pádua ; OLIVEIRA, Cecília Lacroix ; FISBERG, Mauro. **Obesidade: tratamento e prevenção**. Rev. Nutrição em Pauta, São Paulo, n.50, p.11-17, set/out. 2001.

CRUZ, J. **Neuro Intesivismo**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. V.12

MINAYO, Maria Cecília. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. de Souza-Minayo MC, compilador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade, v. 23, p. 9-29, 2000.

FONTES, Helio Augusto. **Gastroplastia - O que é essa cirurgia, como é feita, resultados**. Disponível em: < <http://www.copacabanarunners.net/gastroplastia.html>> Acesso dia 1 de abril de 2017.

MOREIRA, Rosa Aparecida Nogueira et al. **Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 1, p. 168-175, 2013.

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva. **Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NIBI, Fabiana Aparecida. **Cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica**. Revista Uninga. Maringa: PR. 2014.

PAISANI, Denise de Moraes; CHIAVEGATO, Luciana Dias; FARESIN, Sonia Maria.

Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia. J bras pneumol, v. 31, n. 2, p. 125-32, 2005.

POMPEO, Daniele et al. **Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 3, 2007.

SANCHES, D.G. **Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev Bras Ter Intensivo v. 19, n. 2, p. 206, apr./june, 2007.

SBEM, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **10 Coisas que Você Precisa Saber sobre Cirurgia Bariátrica.** Disponível em: < <https://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-cirurgia-bariatrica/>> Acesso dia 28 de maio de 2017.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização.** Práticas recomendadas - SOBECC. 4a ed. São Paulo: SOBECC; 2007.

SOUZA, A.E, CARDOSO, A.R. **Cuidados especiais no perioperatório e no pós-operatório.** In: **Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP).** Anestesia para pacientes com obesidade mórbida. São Paulo: Atheneu; 2005.

TANAKA, Denise; PENICHE, Aparecida. **Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, n. 5, 2009.

TOLEDO, Carolina Cumani et al. **Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Revista de APS, v. 13, n. 2, 2010.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que esteve sempre ao meu lado, me dando sabedoria e forças para superar os obstáculos durante esta caminhada. A minha mãe por formar o fundamento do meu caráter e me apontar a importância dos estudos. Ao meu namorado

Alysson, aos meus avós Sr. Luís e D. Maria, ao meu Tio Luís e meu irmão Joseph, que são responsáveis pelo meu sucesso, são também minha base e estrutura. Ao Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, pela oportunidade de fazer o curso. À Orientadora Professora Esp. Cacilda Aparecida Rodrigues, pela confiança pela paciência na orientação e pelo incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia, bem como a amizade construída ao longo deste trabalho e das aulas ministradas, uma profissional em que me espelharei por toda a vida. A todos os professores e colegas de turma, por partilhar comigo esta caminhada de aprendizado. Dos melhores levarei o melhor!

15/11/2018