

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

CLEIDIANE LEMOS DA SILVA RIBEIRO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE BARIATRICO

VITÓRIA

2015

CLEIDIANE LEMOS DA SILVA RIBEIRO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE BARIATRICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, junto ao Curso de Enfermagem como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Maristela Villarinho de Oliveira.

VITÓRIA

2015

CLEIDIANE LEMOS DA SILVA RIBEIRO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE BARIATRICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Maristela Villarinho de Oliveira.

(titulação, nome e Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo)

(titulação, nome e Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo)

Dedico este trabalho a Deus por nortear minha vida.

Aos meus pais Creuza e José pelo exemplo, incentivo e amor e carinho.

Aos meus amigos pela convivência, apoio e atenção nos momentos alegres e tristes.

AGRADECIMENTOS

À Deus por realizar mais um sonho, e me dar forças para caminhar a cada dia, sem sua luz, carinho e amor eu nada seria.

À minha mãe Creuza e ao meu pai José dedico todos os meus dias e também pelo incentivo e apoio durante o curso, por sonhar esse sonho comigo, obrigada por todo amor e carinho amo muito vocês. Agradeço também ao meu esposo Waldir pela compreensão e paciência pela força que me forneceu durante essa caminhada.

A minha filha Jessyca, pela compreensão da ausência que teve, mamãe te ama muito!

Aos meus amigos que caminharam comigo nessa jornada em especial India Nara, Elizeu Coelho, Marina Roubert, que acompanharam de perto todo meu esforço. Obrigada amigos, amo vocês!

A minha amiga de empresa Anália, muito obrigado pelo apoio e carinho.

A minha orientadora Prof.^a Maristela, pela paciência, dedicação, carinho e incentivo, e por passar o seu conhecimento, o qual contribuiu para a realização deste trabalho. Obrigada!

Agradeço aos professores pela dedicação, paciência e carinho. Aprendi muito com vocês, obrigada por todo conhecimento e sabedoria.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso buscou evidências na literatura sobre o papel do enfermeiro e sua assistência no cuidado do paciente bariátrico na fase perioperatória. Para isso, conduziu-se a revisão literária. A procura dos estudos que originaram o tema abordado se deu por meio das bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A amostra se baseou em 13 estudos publicados entre janeiro de 1987 e maio de 2015. Foram identificados diversos aspectos positivos e negativos dos cuidados executados pelo enfermeiro, bem como sistemáticas que auxiliam nesse processo. Ênfase especial foi dada ao SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e SAEP (Sistematização da Assistência Perioperatória) como tecnologias que contribuem para as ações dos profissionais de enfermagem. Constatou-se que a literatura ainda é escassa e requer maior disseminação entre os estudiosos e aqueles que lidam diretamente com pacientes obesos, tanto os familiares como os profissionais.

Palavras-chave: Obesidade Mórbida/Cirurgia. Cirurgia Bariátrica/Enfermagem. Gastroplastia / Enfermagem. Enfermagem Pré operatória. Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

This work of course completion, sought evidence in the literature on the role of nurses and their assistance in the care of bariatric patients in the perioperative phase. To this end, it led to literature review. The demand for studies that led to the issue addressed was through the bases of the Virtual Health Library (BVS), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). The sample was based on 13 studies published between January 1987 and May 2015 several positive and negative aspects were identified of care performed by nurses and systematic that assist in this process. Special emphasis was given to the SAE (Systematization of Nursing Care) and SAEP (Systematization of Perioperative Care) as technologies that contribute paras actions of nursing professionals. It was found that the literature is still scarce and requires dissemination spread among scholars and those who deal directly with obese patients, both family and professionals.

Keywords: Morbid Obesity / surgery. Bariatric surgery / nursing. Gastroplasty / nursing. Nursing Pre operative. Nursing care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual de excesso de peso entre países	37
Figura 2 - Percentual de obesidade entre países da América Latina	37
Figura 3 - Excesso de peso e atividade física	38
Figura 4 - Balão intragástrico	52
Figura 5 - Banda gástrica ajustável	53
Figura 6 - Tipos de intervenções	55
Figura 7 - Cirurgia de Scopinaro e Cirurgia de Duodenal Switch	56
Figura 8 - Banda gástrica ajustável e Gastroplastia vertical tubular	56
Figura 9 - Cirurgia de Capella-Fobi e Cirurgia de Capella-Fobi sem anel (Higa)	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Excesso de peso por sexo	34
Gráfico 2 – Excesso de peso por faixa etária	34
Gráfico 3 – Excesso de peso por escolaridade	35
Gráfico 4 – Excesso de peso por frequência	35
Gráfico 5 – Excesso de peso por capitais	35
Gráfico 6 – Evolução do excesso de peso	36
Gráfico 7 – Obesidade entre adultos	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Obesidade versus fatores genéticos	41
Quadro 2 – Classificação da Obesidade de Acordo com suas Causas	44
Quadro 3 – Doenças x Distúrbios	48
Quadro 4 – Medicamentos antiobesidade	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Calculo IMC	47
------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

ABESO - Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

FDA - Food and Drug Administration

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NUPENS – Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SAE - Sistematização da assistência de enfermagem

SAEP - Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória

SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SBO - Sociedade Brasileira de Obesidade

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 DEFINIÇÃO DE OBESIDADE	31
2.1.1 Epidemiologia	32
2.1.2 Pesquisas recentes	33
2.1.2.1 Promoção da saúde	39
2.2 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE	40
2.2.1 Outros fatores que desencadeiam a obesidade	43
2.2.2 Classificação da obesidade	43
2.2.3 Complicações adquiridas pela obesidade	44
2.3 DIAGNOSTICOS DA OBESIDADE E MEDIDAS CORRETIVAS	46
2.3.1 Diagnósticos e sintomas	46
2.3.2 Medidas corretivas	49
2.3.2.1 Reeducação Alimentar	49
2.3.2.2 Exercícios	50
2.3.2.3 Medicamentos	50
2.3.2.4 Terapias	51
2.4 INTERVENÇÕES E CIRURGIAS	52
2.4.1 Balão Intragastrico	52
2.4.2 Banda gástrica ajustável	53
2.4.3 Cirurgias disabsortivas	55
2.4.4 Cirurgias restritivas	56
2.4.5 Cirurgias mistas	58
2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO	59
2.5.1 Cuidados pré e pós cirúrgicos	59
2.5.1.1 Sistematização da assistência de enfermagem (SAE)	59
2.5.1.2 Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) ..	60
2.5.2 Tarefas pré e pós cirúrgicos	63
2.5.3 Complicações no pós-operatório	66
2.5.3.1 Ações do enfermeiro no pós-operatório	68
2.5.4 Diagnostico e prescrição de enfermagem	70
2.5.5 Dificuldades encontradas pelo enfermeiro no atendimento ao paciente obeso	72
2.5.5.1 Dificuldades relacionadas a infraestrutura	73
2.5.5.2 Dificuldades relacionadas a equipamentos e materiais	73
2.5.5.3 Dificuldades relacionadas a recursos humanos	74
2.5.5.4 Dificuldades relacionadas ao paciente e apoio emocional	74
2.5.5.5 Expectativas do paciente bariátrico	76
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83

1 INTRODUÇÃO

Um problema sério de saúde pública que vem alcançando cada vez mais a população, são os problemas adquiridos com a obesidade. Esse fato tem gerado um impacto no mundo com custos alarmantes, visto que 1,5 bilhões de reais por ano são gastos nas internações hospitalares, gastos estes também computados com as consultas médicas e medicamentos. Foram divulgados que 600 milhões são originados de atendimentos do SUS, representando 12% de gastos em orçamentos públicos (FELIX, 2012).

Avalia-se a obesidade como uma doença universal de âmbito crescente e que tem adquirido proporções enormes em prevalências epidemiológicas, sendo o principal problema da saúde pública no mundo (OLIVEIRA; FISBERG, 2003).

A expressão “obesidade mórbida” foi empregada primeiramente em 1963 por Payne, para identificar todas as potenciais complicações causadas por esse estado. A obesidade mórbida possui uma das maiores taxas de mortalidade no mundo, ou seja, é uma grave doença. Segundo Coutinho (2003 p. 22), há inúmeros óbitos procedentes de comorbidades relacionadas à obesidade todos os anos na América Latina.

O tratamento de pacientes com obesidade relaciona-se a:

- Um plano de reeducação alimentar;
- Atividades físicas;
- Uso de agentes anti-obesidade;
- Acompanhamento psicológico.

Para os pacientes com o quadro de obesidade mórbida, somente as abordagens descritas anteriormente não surtem o mesmo efeito, devendo haver a inclusão da intervenção cirúrgica, conhecida como cirurgia bariátrica (COUTINHO, 2003).

Portanto, pacientes com esse tipo de anomalia devem passar por um tratamento/acompanhamento especial que leve em consideração suas dimensões corpóreas associadas às comorbidades e fatores relacionados aos riscos cirúrgicos e anestésicos (COUTINHO, 2003).

Justifica-se o tema proposto em função do acréscimo de obesos na população mundial nos últimos anos e a contribuição do enfermeiro no pós-operatório de pacientes obesos que passaram por cirurgias bariátricas, como garantia de eficácia para alta hospitalar.

Frente a esse panorama, este estudo tem como objetivo geral descrever o papel do enfermeiro na prevenção de complicações no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Como objetivos específicos almeja-se: identificar mecanismos de prevenção para complicações cirúrgicas; relatar o papel do profissional de enfermagem; descrever a importância dos cuidados pós-operatório de cirurgias bariátricas; relatar as dificuldades do profissional enfermeiro frente ao cuidado com o paciente obeso.

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica, exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa com análise de textos relacionados ao assunto.

Pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública. Com isso, a pesquisa bibliográfica não é apenas reprodução daquilo que foi ditado ou documento acerca de determinado contexto, mas propicia a análise de certo tema sob nova abordagem ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras (LAKATOS, 2002).

A coleta de dados foi realizada por meio de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), especificamente nas bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), em busca de artigos, dissertações e teses publicadas no período de janeiro de 1987 a maio de 2015, utilizando como descritores de saúde: Obesidade Mórbida / cirurgia; Cirurgia Bariátrica / enfermagem. Gastroplastia / enfermagem. Enfermagem Pré operatório. Cuidados de enfermagem.

Destaca-se que, inicialmente foram pesquisados os descritores isolados e depois combinados entre si.

Logo, foi realizada a leitura seletiva dos títulos, subtítulos, resumo e resultados dos trabalhos encontrados, excluindo os trabalhos que não apresentaram relação com o objeto de estudo, ou seja, não abordavam sobre cirurgia bariátrica, suas reações adversas, eficácia e segurança. Ao final, selecionaram-se treze (13) bibliografias que atendiam responder o objetivo da pesquisa. Assim, realizamos uma leitura

interpretativa para buscar os assuntos escolhidos nos devidos documentos avaliados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO DE OBESIDADE

A obesidade é um termo originado do latim *obesitas* que denota excesso de gordura e distingue o indivíduo como obeso, com demasiado volume do abdômen e de outras partes do corpo (WIKIPEDIA, 2014).

A obesidade caracteriza-se pelo acumulação de gordura subcutânea e relaciona-se ao excesso de peso, determinada como uma “síndrome multifatorial e plurimetabólica”, compreendida pelas modificações psicológicas e fisiológicas. Em função disso transformou-se em patologia identificada como a recente epidemia mundial, sobressaindo-se por meio de índices altos em crianças (ANDRADE, 2014, p. 13).

Nos últimos anos, observa-se que nos países em desenvolvimento, houve um processo de transição nutricional, com um aumento considerável da obesidade. Com esta realidade, no Brasil, a ação “Fome Zero” - programa do governo federal do Brasil, criado em 2003, para substituir o programa “Comunidade Solidária”, em atendimento ao decreto nº 1.366/95 para o enfrentamento da fome e miséria – potencializou este tema (BRASIL, 2006, p.29).

A população brasileira tem um perfil nutricional relacionado a aspectos socioeconômicos, culturais, nutricionais e demográficos (CARVALHO; ROCHA, 2012).

De acordo com o Guia Alimentar, a Estratégia Global e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, os programas de alimentação saudável são práticas alimentares adequadas, com potencial para contribuir para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

A Organização Mundial da Saúde caracterizou a obesidade como um dos agravantes do século XXI quando o foco é saúde pública. Inúmeros países são afetados por este mal, entretanto, nos países em desenvolvimento os registros são ainda maiores (CARVALHO; ROCHA, 2012).

2.1.1 Epidemiologia

As estatísticas mostram que a pesquisa feita em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (JORNAL DO SENADO apud STECK, 2013), informou que entre 2008 e 2009 ocorreu um aumento de peso em homens adultos de 18,5% para 50,1%, ou seja, os homens já apresentavam uma porcentagem de sobrepeso na fase adulta, já as mulheres apresentaram 28,7% para 48%. Houve uma piora no quadro de pacientes obesos, com a retirada de medicamento do mercado. Medicamentos como a sibutramina, fluoxetina são alguns dos medicamentos, demonstrando assim um impacto social e conseqüentemente, aumentando o número de pessoas mais obesas na cidade de São Paulo.

Estudos mostram que as crianças que adquirem sua educação em escolas privadas, não realizam atividade física e se alimentam de forma incorreta, obtém piores quadros de obesidade, levando a um aumento do ganho de peso, fato que aponta a influência do fator socioeconômico da família. Destacam também sobre a facilidade que crianças têm para acessar alimentos ricos em gorduras e açúcares, e também o avanço tecnológico como o computador e televisão são fatores que ajudam a não realização de atividade física, ocorrendo assim maior prevalência da obesidade nas escolas (OLIVEIRA; FISBERG, 2003).

Nos Estados Unidos da América foi divulgado um problema muito grave, o grande número de crianças obesas e conseqüentemente doentes. Para obter maior atenção para o problema, houve a necessidade de chamar atenção da sociedade, levando cartazes e demonstrando crianças obesas sofrendo por doenças futuras por conseqüência de uma má alimentação e problemas como bullying. Cerca de 75% dos próprios pais não observam o perigo da obesidade, levando a um despertar na postura no país (WIKIPEDIA, 2014).

O Ministério da Saúde noticiou dados estatísticos de análises realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) assegurando que:

No Brasil, cerca de 38 milhões de brasileiros com mais de 20 anos estão acima do peso. Desse total, mais de 10 milhões são considerados obesos, de acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO). Dados de 2003 da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) revelam que o excesso de peso afeta 41,1% dos homens e 40% das mulheres, sendo que, desse grupo, a obesidade atingi 8,9% dos homens e 13,15 das mulheres (BRASIL, 2003, p. 11).

De acordo com Alves e outros (2011, p. 2), “A obesidade é um amplo problema de saúde pública em todos os países e em todas as camadas sociais”.

De acordo com Reis e outros. (2011, p. 626), “os panoramas mundial e brasileiro da obesidade tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública, uma vez que sua prevalência tem crescido de forma alarmante nos últimos 30 anos”.

Segundo Peña (2004, p. 12) “a obesidade é uma doença multifatorial que vem atingindo proporções epidêmicas tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento”.

Yadav (2000, p. 346), estima que mais de 250 bilhões de pessoas pelo mundo sejam obesas, e a prevalência da obesidade está aumentando na maior parte do mundo. Dados recentes sugerem que aproximadamente 22% das crianças americanas e adolescentes provavelmente estejam com sobrepeso e que 11% são obesas.

Para Fisberg (2005, p. 210) “No Brasil, de acordo com últimos dados da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade (ABESO), aproximadamente 40% dos brasileiros são obesos ou estão acima do peso”.

Segundo Goetze (2009), o país que mais apresenta obesidade no mundo é os Estados Unidos da América, tendo 60% da população considerada como obesa. Atualmente 17 milhões de pessoas são considerados obesos.

2.1.2 Pesquisas recentes

Nos últimos nove anos (2006 a 2014), com o intuito de promover a saúde e a prevenção de doenças, o Ministério da Saúde e a NUPENS/USP realizaram pesquisas para medir a persistência de proteção e fator de risco para doenças não transmissíveis. Ao todo foram realizadas 40.853 entrevistas com pessoas acima de 18 anos e residentes nos 26 Estados e Distrito Federal.

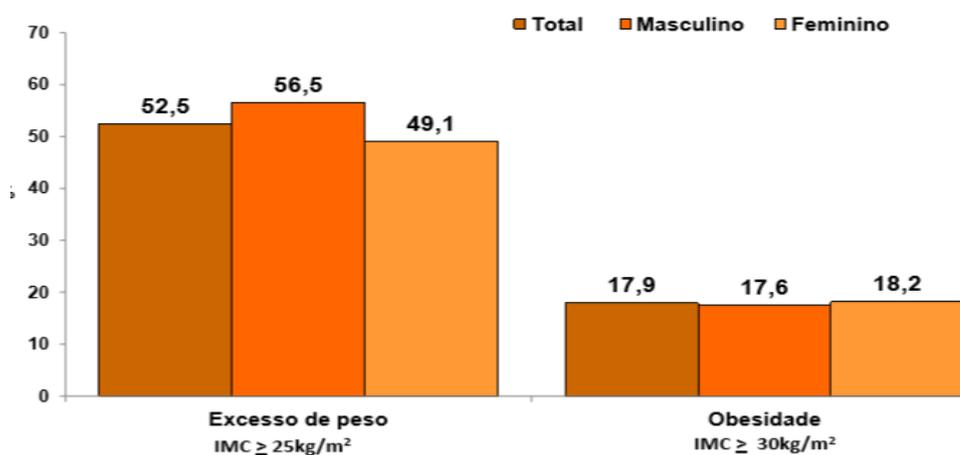
A Pesquisa do Ministério da Saúde alerta que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso, ainda que o índice de obesidade se apresente estável (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que o índice de obesidade está estável no Brasil, contudo o número de brasileiros acima do peso aumentou. A Pesquisa do Ministério da Saúde, Vigitel 2014, demonstra que 52,5% da população adulta do país estão com excesso de peso. Há nove anos, a taxa era de 43%. Adultos com mais de 18 anos equivalem a 17,9% da população obesa. A obesidade contribui para o acréscimo de fatores de

risco para doenças crônicas, como as do coração, hipertensão e diabetes, que respondem por 72% dos óbitos no Brasil (BRASIL, 2014).

O gráfico 1 demonstra que o excesso de peso é maior entre o sexo masculino e a obesidade é maior entre o sexo feminino.

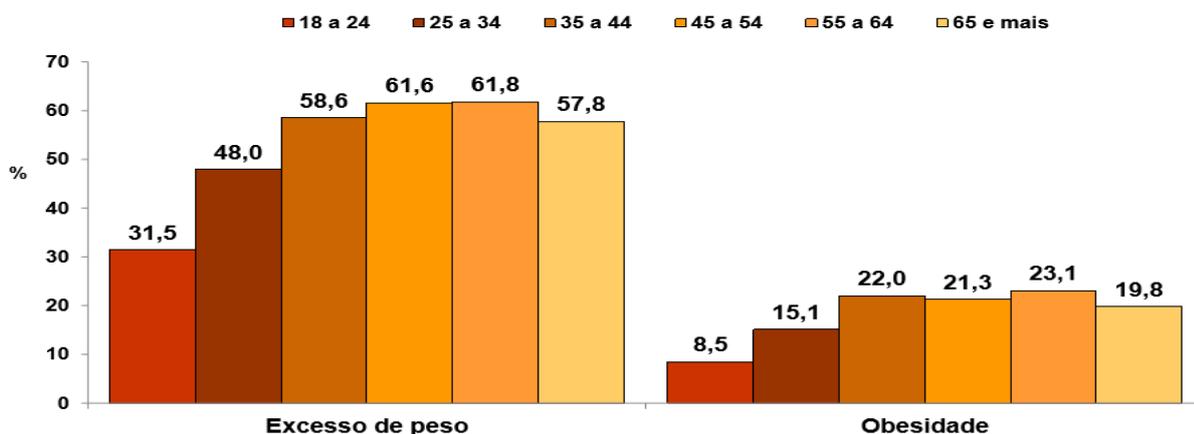
Gráfico 1 – Excesso de peso por sexo



Fonte: Brasil, 2014.

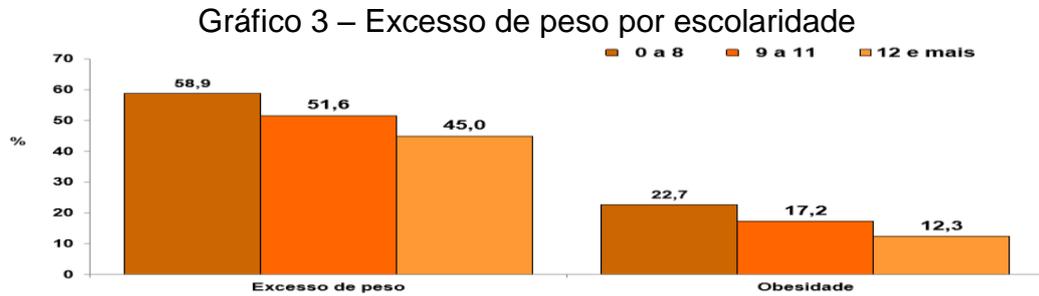
O gráfico 2 demonstra que os jovens registram menores prevalências de excesso de peso e que há um aumento dos índices das pessoas dos 35 a 64 anos. Índices que se repetem em relação a obesidade.

Gráfico 2 – Excesso de peso por faixa etária



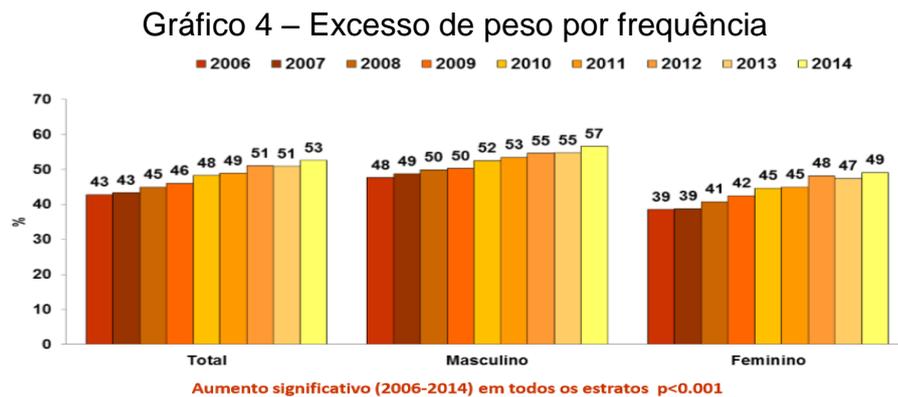
Fonte: Brasil, 2014.

O gráfico 3 demonstra que quanto menor a escolaridade, maior foi o índice tanto para excesso de peso quanto para a obesidade.



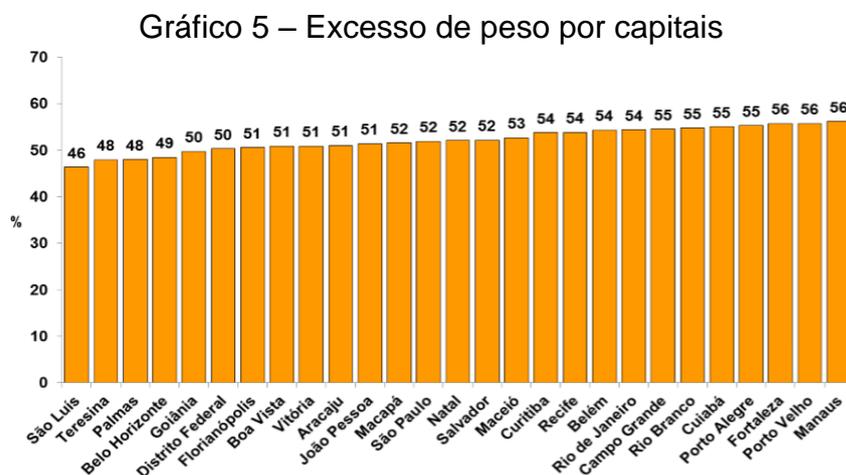
Fonte: Brasil, 2014.

O gráfico 4 demonstra que houve um aumento de 23% de excesso de peso nos últimos nove anos



Fonte: Brasil, 2014.

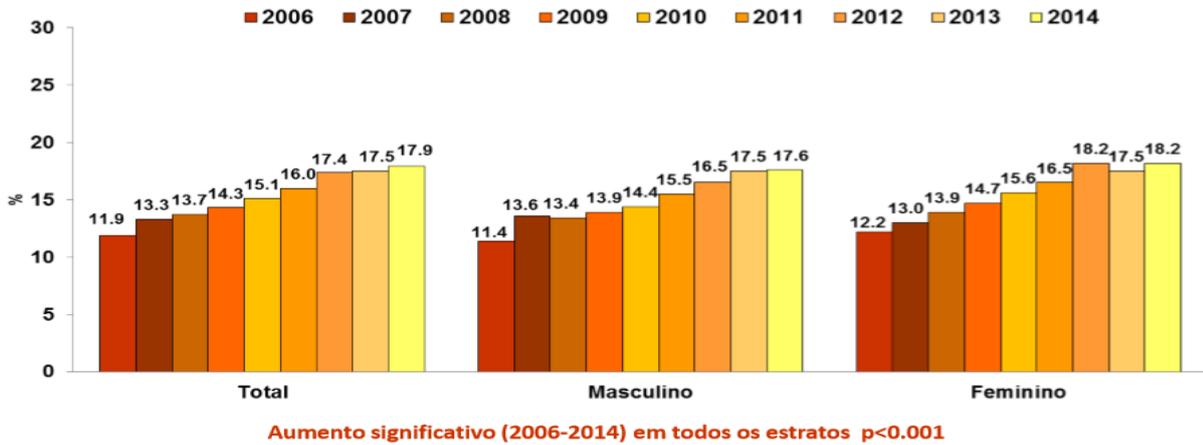
O gráfico 5 demonstra que a capital São Luís foi a que apresentou menor índice de excesso de peso entre seus habitantes.



Fonte: Brasil, 2014.

O gráfico 6 demonstra que não houve acréscimo na frequência de excesso de peso nos últimos três anos.

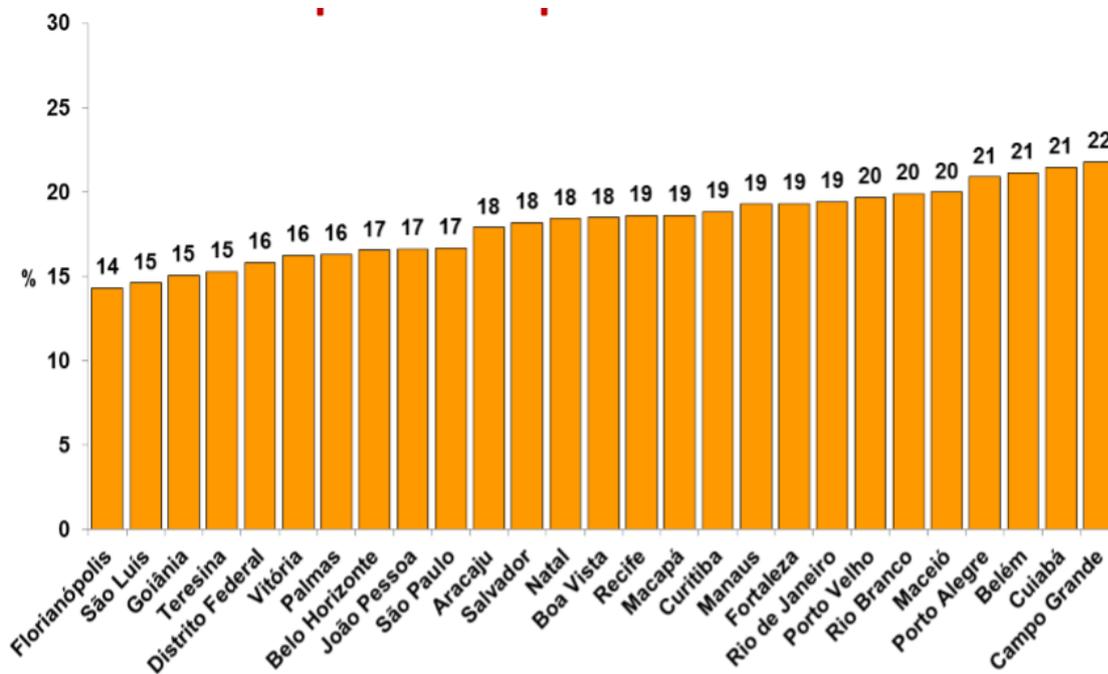
Gráfico 6 – Evolução do excesso de peso



Fonte: Brasil, 2014.

O gráfico 7 demonstra que Florianópolis foi a capital com menor índice de obesos.

Gráfico 7 – Obesidade entre adultos



Fonte: Brasil, 2014.

Figura 1 – Percentual de excesso de peso entre países



Fonte: Brasil, 2014.

Figura 2 - Percentual de obesidade entre países da América Latina



Fonte: Brasil, 2014.

Segundo o Ministro da Saúde, Arthur Chioro (2015, p. 1):

O mais importante para o Brasil neste momento é deter o crescimento da obesidade. E nós conseguimos segurar esse aumento. Isso já é um grande ganho para a sociedade brasileira. Em relação ao sobrepeso, não temos o mesmo impacto da obesidade, de estabilização, mas também não temos nenhuma tendência de crescimento disparando.

No Brasil não há tendência de disparos como nos outros países em que o crescimento da obesidade é avassalador. Em comparação com nossos vizinhos conseguimos deter o crescimento, quando é essa a tendência, reforça. O índice de obesidade do Brasil está abaixo, por exemplo, da Argentina (20,5%), Paraguai (22,8%) e Chile (25,1%).

A pesquisa evidenciou ainda que aumentou a incidência de pessoas com excesso e peso:

- 52,5% da população brasileira encontra-se acima do peso e o índice anterior não ultrapassava 43% em 2006;
- 17,9% da população está obesa;
- 72% de óbitos relacionados as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares);

- 56,5% dos obesos são homens;
- Nível de colesterol é maior entre as mulheres;
- O índice de colesterol é maior conforme aumenta a idade;
- Cuiabá possui os índices mínimos de alto colesterol (BRASIL, 2014).

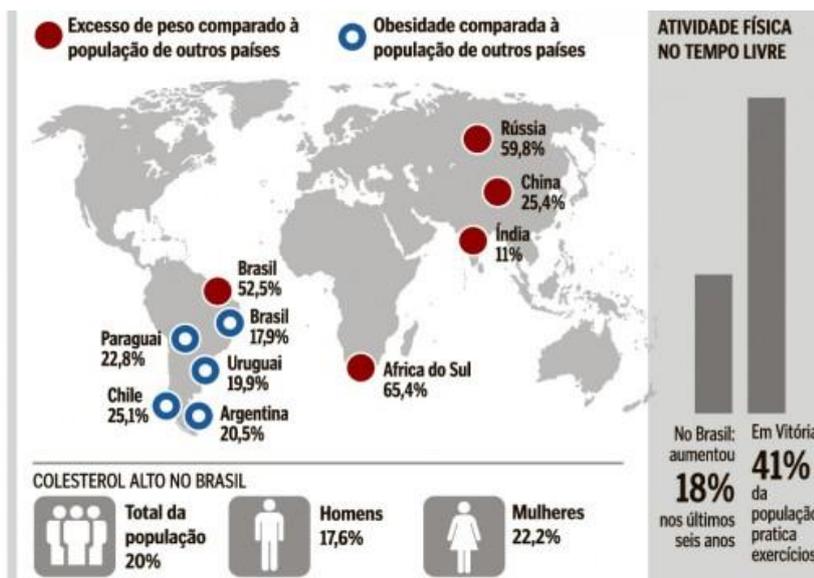
De acordo Deborah Malta, diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde:

O Brasil tem feito algo inédito no mundo, que é manter esse sistema de monitoramento durante tantos anos. Nós sabemos que a obesidade e o excesso de peso são problemas generalizados no mundo e por essa razão o Vigitel é importante para subsidiar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2014, p. 33).

Apesar desse cenário negativo, a pesquisa evidenciou que a prática das atividades físicas evoluiu, o que é fator de proteção para doenças crônicas, câncer, hipertensão, diabetes e obesidade (BRASIL, 2014).

De acordo com a Vigitel (2014), o brasileiro se exercita mais, a prática de atividades físicas elevou o índice para 18% nos últimos seis anos. A Organização Mundial de Saúde aconselha 150 minutos em média de atividades físicas por semana.

Figura 3 – Excesso de peso e atividade física



Fonte: Brasil, 2014.

O Ministério da Saúde almeja estimular o hábito de treinos físicos e reduzir para 10% até 2025 a população insuficientemente ativa (BRASIL, 2014).

Ações do Ministério da Saúde:

- 1568 academias da saúde implantadas;
- 80 mil escolas foram beneficiadas com o Programa Saúde na Escola;
- 106% de investimento em atenção básica;
- Criação da campanha Promoção da Saúde, que dentre os projetos possui incentivos: à alimentação saudável e à atividade física.

Mesmo que a pesquisa apresente índices que aumentaram nos últimos anos, o percentual daqueles que não se exercitam, população fisicamente inativa, ainda é maior. O sedentarismo relaciona-se diretamente a manifestação de doenças crônicas, como hipertensão, câncer, diabetes e obesidade. O Ministério da Saúde assumiu o desafio de reduzir até 2015 para 10% o percentual de inativos (BRASIL, 2014).

2.1.2.1 Promoção da saúde

Por meio dos números registrados pela pesquisa, as ações do Ministério da Saúde, têm sido orientadas para que haja a priorização e promoção da saúde e a prevenção de doenças. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), difundido em 2011, tem como meta principal, ater o desenvolvimento da obesidade e excesso de peso no Brasil, assim como estimular a adesão de costumes saudáveis entre os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2014).

As doenças crônicas correspondem a 72,4% dos óbitos dos brasileiros. O Ministério ambiciona reduzir em pelo menos 2% ao ano o número de mortes ocasionados por estas doenças até 2022. Estima-se que houve um acréscimo de 106%, em quatro anos, chegou a R\$ 20 bilhões em 2014, os investimentos oriundos do Sistema Único de Saúde em Atenção Básica, tem por responsabilidade a resolução de até 80% dos problemas de saúde (BRASIL, 2014).

São quase 40 mil equipes de Saúde da Família, cobrindo 60% da população. As equipes contam com o apoio de profissionais, como nutricionistas, fisioterapeutas e de educação física que ficam nos 3.923 Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Também são realizadas ações de promoção à saúde com mais de 18 milhões de alunos do ensino fundamental por meio do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2008, p. 12).

Em relação ao incentivo e prática de atividade física sobressai o Programa Academia da Saúde, com 1.568 polos com equipamentos e profissionais qualificados. O Guia Alimentar para a População Brasileira e o livro Alimentos Regionais Brasileiros do Ministério da Saúde do mesmo modo direciona as famílias a escolherem comidas caseiras e a abandonarem a alimentação “*fast food*” (BRASIL, 2014).

Outra ação do Ministério da Saúde apresenta é a campanha “Da Saúde se Cuida Todos os Dias”, com ênfase na Política Nacional de Promoção da Saúde, cuja finalidade é estimular transformações individuais e de comportamento da população. A divulgação a sociedade se dará por meio de publicações de propagandas por meio do portal www.saude.gov.br/promocaodasaude (BRASIL, 2014).

2.2 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE

Estudos demonstram que a obesidade está diretamente relacionada a fatores genéticos, em média 50% a 90% dos casos. Enquanto o meio ambiente motiva somente a expressão fenotípica (características observáveis do organismo, ou seja, a junção do genótipo e ambiente equivalem ao fenótipo). Isoladamente o fator genético não é o agente da obesidade. Eventos de mutação genética (como por exemplo a elipse de genes para a produção de leptina, hormônio da saciedade) são incomuns. Contudo, casos de polimorfismos que potencializam os riscos para o desenvolvimento da obesidade (que transformam a fabricação de hormônios reguladores relacionados a ingestão alimentar e do gasto energético) foram encontrados na população (BARSH, 2000).

Por meio de animais de laboratório é possível estudar a gênese da obesidade. Após a modificação do gene, os animais:

[...] desenvolvem a obesidade precoce ou tardia, em conjunto com outras patologias associadas como resistência à insulina, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e infertilidade, possibilitando a investigação da fisiopatologia da obesidade e das suas comorbidades (COX, 2011, p. 2).

Utiliza-se o modelo animal para investigar e confirmar genes candidatos que causam a obesidade e doenças correlatas. Almeja-se que novos estudos e a disseminação

da tecnologia possibilite a criação de uma metodologia disponível para os pesquisadores nas próximas décadas (BARSH, 2000).

A obesidade pode ser classificada:

Quanto fisiopatologia pode ser: hiperfágica, comer excessivamente, podendo ou não ser a causa da obesidade; e metabólica, anormalidade hormonal que determina um baixo metabolismo. Quanto a etiologia pode ser: neuroendócrina – problemas nas glândulas produtoras de hormônios de ordem genética e/ou ambiental sendo a causa mais frequente o hipotireoidismo; iatrogênica – causada por drogas como os psicotrópicos e corticosteróides ou lesões hipotalâmicas; desequilíbrios nutricionais – dieta hiperlipídica; inatividade física – baixo gasto calórico desfavorecendo o equilíbrio metabólico energético; obesidade genética – doenças genéticas raras com características disfórmicas (SOARES; PETROSKI, 2003, p. 33).

A obesidade também pode estar relacionada a fatores genéticos, podendo ser classificada conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Obesidade versus fatores genéticos

Fator	Alteração
Alterações cromossômicas	Ausência, duplicação ou repartição anômala de cromossomos.
Doenças monogênicas	Mutação de apenas um gene, classifica-se como autossômico recessivo, autossômico dominante ou ligado ao cromossomo X.
Síndromes multifatoriais	Afetam vários genes e se relaciona a fatores ambientais. Doença resultante de origem multifatorial e implicações genéticas.

Fonte: FAUCI, 1998

Segundo Orera (1997), inúmeros estudos evidenciam que o fator genético incide sobre a obesidade. Em torno de 40% a 70% dos casos relacionados à obesidade possuem caráter hereditário. Nos últimos anos, diversas investigações sobre as implicações genéticas para a prevalência da obesidade foram realizadas, dentre eles:

- Esboços com animais;
- Conexão de genes aspirantes e agregação em disciplinas epidemiológicas;
- Averiguações de genes e difusão mendeliana;
- Avaliações não específicas de genomas em pessoas obesas.

Tais protocolos contribuem para a revelação da existência de no mínimo 30 genes relacionados à obesidade. Os que mais chamaram a atenção foram os genes da

leptina (LEP) e o receptor (LEPR), as proteínas (UCP2 e UCP3), moléculas (PPAR e aP2), adenosina desaminase (ADA), fosfatase acida (ACP1), necrose tumoral (TNF- α), alguns neuropéptidos hipotalâmicos e receptores (MCR3, 4 e 5, POMC, NPY) e receptores adrenérgicos (ADRB2 e 3) (ORERA, 1997).

De acordo com Mancini (2001), inúmeros distúrbios fisiopatológicos causam a obesidade, com incidência maior em pessoas com IMC maior que 30kg/m². Citam-se ainda:

- Distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial, doença cérebro vascular, hipertrofia ventricular, trombose venosa, etc.);
- Distúrbios endócrinos (dislipidemia, diabetes mellitus tipo II, infertilidade, hipotireoidismo e outros);
- Distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva);
- Hérnia de hiato e colecistite;
- Distúrbios dermatológicos, papilomas e estrias;
- Distúrbios geniturinários, problemas relacionados a gestação;
- Distúrbios músculos-esqueléticos, deformidades de posturas e osteoartrose;
- Neoplasias, como câncer de mama ou próstata;
- Distúrbios psicossociais, anseios de inferioridade e afastamento social;
- Acréscimo dos riscos anestésicos e cirúrgicos;
- Redução da presteza física.

A morbimortalidade pertinente à obesidade aumentou de sobremaneira nos últimos anos, especialmente quando o IMC se situa em pelo menos 30 kg/m² e o risco de morte prematura duplica acima de 35 kg/m² (COUTINHO, 2006).

A obesidade grau III (≥ 40 kg/m²), é considerada como uma das doenças que mais causam mortes no mundo. Na América Latina, 200 mil pessoas morrem por ano, em função das comorbidades relacionadas à obesidade. A taxa de mortalidade para esses obesos (≥ 40 kg/m²) é 12 vezes mais alta entre homens de 25 a 40 anos, quando comparada à de pessoas de peso normal (ENGEL, 2003).

2.2.1 Outros fatores que desencadeiam a obesidade

A obesidade pode ser desencadeada de diversas maneiras, dentre elas, a ABC SAUDE (2014), identifica as descritas a seguir:

- **Hábitos alimentares:** o consumo desenfreado e constante de alimentos industrializados, em sua grande maioria, com teor elevado de calorias, em função da gordura saturada e colesterol, pode desencadear a obesidade. Em paralelo, o costume de saltar refeições e consumir refeições rápidas contribuem para o acúmulo de gordura;
- **Sedentarismo:** o sedentarismo (falta de atividade física) ocorre sobretudo devido aos avanços tecnológicos, os quais estimulam as pessoas a permanecerem inertes em frente a computadores, televisores e celulares por longos períodos;
- **Fatores genéticos:** pais obesos tendem a ter filhos obesos, visto que essa anomalia é resultado do compartilhamento da hereditariedade e do meio ambiente em que estes estão inseridos;
- **Problemas emocionais:** problemas emocionais, como depressão, podem levar as pessoas a se alimentarem excessivamente como forma de recompensa para a baixa estima;
- **Maturação sexual:** principalmente no caso das meninas, amadurecer sexualmente de maneira precoce está relacionada ao aumento de estatura e peso, desenvolvimento muscular e aumento dos depósitos de gordura.

2.2.2 Classificação da obesidade

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014), a obesidade apresenta como características para a deposição gordurosa a seguinte classificação:

- Obesidade difusa ou generalizada – o tecido gorduroso se espalha de maneira homogênea por todo o tecido corpóreo;

- Obesidade androide/troncular (ou centrípeta) – quando o obeso exibe uma forma corporal semelhante à maçã. Está conexas com deposição extra de gordura visceral e se pauta intensamente com elevado risco de doenças metabólicas e cardiovasculares (Síndrome Plurimetabólica);
- Obesidade ginecoide – A deposição de gordura é predominante no quadril, assemelhando o corpo do paciente a uma pera. Há risco do surgimento de artrose e varizes.

Com base nas causas, a obesidade pode ser classificada conforme o quadro a seguir.

Quadro 2 – Classificação da Obesidade de Acordo com suas Causas

Tipo de obesidade	Causas
Obesidade por Distúrbio Nutricional	Dietas ricas em gorduras Dietas de lancheiras
Obesidade por Inatividade Física	Sedentarismo Incapacidade obrigatória Idade avançada
Obesidade Secundária a Alterações Endócrinas	Síndromes hipotalâmicas Síndrome de Cushing Hipotireoidismo Ovários Policísticos Pseudohipoparatiroidismo
	Hipogonadismo Déficit de hormônio de crescimento Aumento de insulina e tumores pancreáticos produtores de insulina
Obesidades Secundárias	Sedentarismo Drogas: psicotrópicos, corticoides, antidepressivos tricíclicos, lítio, fenotiazinas, ciproheptadina, medroxiprogesterona Cirurgia hipotalâmica
Obesidades de Causa Genética	Autossômica recessiva Ligada ao cromossomo X Cromossômicas (Prader-Willi) Síndrome de Lawrence-Moon-Biedl

Fonte: ABC SAÚDE, 2014.

2.2.3 Complicações adquiridas pela obesidade

A epidemiologia da obesidade e os danos à saúde esclarecem a seriedade e o impacto desta doença, individualmente ou de forma coletiva. Destaca-se por ano, custos em torno de 1,5 bilhão de Reais oriundos de consultas médicas, internações hospitalares, remédios, etc. Desse montante, 600 milhões são originários do

governo via SUS (Sistema Único de Saúde), comparado com outras doenças, somente a obesidade representa 12% do orçamento gasto (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 2004).

Considerada um fenômeno, a obesidade é observada em todas as faixas etárias da população em múltiplos países no mundo. Seu aumento se deu nas últimas décadas e constitui um grave problema nutricional dos dias atuais, devido, sobretudo, às suas graves decorrências biopsicossociais (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 2004).

Ainda segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2004), inicialmente a obesidade era comum somente entre adultos, nos últimos anos passou a atingir bebês, crianças e adolescentes de maneira inquietante. Doenças que estão relacionadas com a obesidade:

- Dislipidemias;
- Diabetes;
- Hipertensão arterial;
- Doenças respiratórias (apneia do sono);
- Litíase biliar;
- Distúrbios dermatológicos;
- Distúrbios alimentares, dentre outros.

Estudos mostram que houve diminuição da desnutrição em crianças e acréscimo de sobrepeso e obesidade, conhecida como "transição nutricional", caracteriza-se pela mudança nas prevalências – redução de doenças transmissíveis e avanço das doenças crônicas não-transmissíveis. Entretanto, 40% dos brasileiros vivem com precariedade alimentar, ainda que haja altas prevalências de obesidade e sobrepeso (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 2004).

Segundo PIZZI (2013, p. 27):

A disfunção endotelial arterial ou aterosclerose é uma anormalidade precoce durante a aterogênese e é considerada marcadora de dano arterial, que precede a formação da placa de gordura. A espessura médio-intimal da artéria carótida, que consiste na mensuração da espessura entre a túnica íntima e a túnica média da artéria por imagens de ultrassom, representa marcadora de aterosclerose subclínica. Estudos relacionam essa medida a fatores de risco vasculares, assim como relata a severidade e a extensão de

doenças arteriais coronarianas, podendo predizer a probabilidade de eventos cardiovasculares em determinados grupos populacionais.

Crianças obesas apresentaram mais possibilidade de se tornarem adultos obesos, conseqüentemente a desenvolverem doenças como problemas cardíacos, diabetes tipo 2, esteatose hepática, neoplasias, dislipidemia, hipertensão, problemas ortopédicos através de uma má postura, e problemas respiratórios. Uma das causas mais preocupantes é a doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGA), ocorrendo problemas hepáticos no fígado. A prevalência mostra que o DHGA está sendo uma doença de alto índice em crianças entre a idade de 05 a 10 anos, podendo ter como consequência a esteatose hepática (LIRA et al, 2010).

Em relação às doenças respiratórias, foi demonstrado que os obesos apresentam fatores associados como a apneia do sono. Devido ao aumento de peso, ocorre episódios de obstrução total (apneia), ou parcial (hiponímia). Assim ocorre a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Conseqüentemente ocorre complicações como: hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca do lado direito, acidente vascular cerebral e arritmias noturnas. A incidência é maior em homens do que mulheres (MELO, 2011).

Segundo (MELO, 2011), foi demonstrado que as neoplasias ocorrem grande parte em pessoas obesas que apresentam sedentarismo, isso ocorre principalmente na região do esôfago, cólon e reto, fígado, vesícula, pâncreas e melanomas múltiplos.

2.3 DIAGNÓSTICOS DA OBESIDADE E MEDIDAS CORRETIVAS

2.3.1 Diagnósticos e sintomas

A Organização Mundial da Saúde (2014) recomenda que a maneira mais adequada para avaliar se um paciente é obeso é por meio do cálculo do IMC (índice de massa corporal). Índice calculado pela divisão do peso (Kg) pela altura em metros elevada ao quadrado (quadrado de sua altura). O valor alcançado compõe a diagnose da obesidade e assinala também os riscos conexos, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Calculo IMC

IMC (kg/m²)	Grau de risco	Tipo de obesidade
18 a 24,9	Peso saudável	Ausente
25 a 29,9	Moderado	Sobrepeso (pré obesidade)
30 a 34,9	Alto	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Muito alto	Obesidade Grau II
40 ou mais	Extremo	Obesidade Grau III (mórbido)

Fonte: ABC SAUDE, 2014

Nas dessemelhantes fases do seu desenvolvimento, os organismos dos seres humanos resultam de diferentes interferências em meio ao patrimônio genético (herdado dos familiares e pais), o espaço sócio econômico, educativo, cultural e o ambiente familiar/individual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO, 2014).

Dessa forma, determinadas pessoas expõem diferentes características típicas que as diferenciam, de maneira especial em sua nutrição e saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO, 2014).

A obesidade é o resultante das inúmeras interações, com ênfase especial para as análises ambientais, genéticas e comportamentais. Assim, crianças em que tanto o pai como a mãe são obesos, podem apresentar alto risco de obesidade, além de algumas modificações sociais que estimulam o acréscimo de peso em alguns grupos sociais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014) ganhar peso, via de regra, se relaciona a ingestão de alimentos e a falta de gasto energético. Consumir mais do que se gasta, ou seja, ter uma dieta de alto consumo e baixo gasto calórico contribui substancialmente para o ganho de peso e acúmulo de gordura corporal. Contudo, outros fatores clínicos e endócrinos, nos quais se incluem doenças em que a obesidade é decorrente de distúrbios hormonais também estão relacionados ao ganho de peso.

Acredita-se que os fatores energéticos podem estar pertinentes a acumulação e estímulo dos nutrientes deglutidos, assim ocorrendo uma diminuição da taxa metabólica basal. Deve-se destacar que os fatores como hábitos de vida e o

ambiente em que a pessoa vive favorece no desencadeamento da obesidade (FRANCISCHI et al, 2000).

Um dos fatores relevantes é a importância de obter uma promoção da amamentação e da complementação alimentar adequada, como campanhas para as gestantes assim adquirindo uma alimentação saudável, adequando assim a quantidade e a qualidade de nutrientes oferecidos nos primeiros anos de vida da criança, desta forma evitando futuros obesos (VALENTE, 2002).

Brasil, Estados Unidos e diversos países da Europa apresentaram índices elevados de pessoas obesas, muitos deles relacionados ao estilo de vida. Sedentarismo, hábitos alimentares, consumo demasiado de produtos industrializados (ricos em carboidratos, gorduras e calorias) contribuem para o aumento da obesidade (MELLO, 2004).

Não é possível notar sintomas diretos pelo excesso de gordura corporal, exceto quando os valores extrapolam. Sem levar em consideração a severidade, a maioria dos pacientes apresentam obstáculos estéticos, marcantes, visto muitas vezes como anormal (COUTINHO, 2003).

Pacientes com obesidade exibem restrições de movimento, possuem tendência a se contaminar com fungos e outras infecções de pele nas respectivas dobras de gordura. Tem sobrecarga na coluna e membros inferiores, desencadeando em longo período problemas como degenerações (artroses) de articulações do quadril, coluna, tornozelos, joelhos. Varicosa superficial e profunda, úlceras de repetição e erisipela (COUTINHO, 2003).

Considera-se a obesidade como um fator de risco para uma série de doenças ou distúrbios apresentados no Quadro 3:

Quadro 3 – Doenças x Distúrbios

Doenças	Distúrbios
Hipertensão arterial	Distúrbios lipídicos
Doenças cardiovasculares	Hipercolesterolemia
Doenças cérebro-vasculares	Diminuição de HDL ("colesterol bom")
Diabetes Mellitus tipo II	Aumento da insulina
Câncer	Intolerância à glicose
Osteoartrite	Distúrbios menstruais/Infertilidade
Coledocolitíase	Apnéia do sono

Fonte: ABC SAÚDE, 2014

2.3.2 Medidas corretivas

Normalmente a obesidade pode ser tratada por meio da reeducação alimentar, acréscimo da atividade física e, em alguns casos, utilização de medicações como Sibutramina e Femproporex. Para alguns pacientes, também é recomendado o acompanhamento psiquiátrico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2014).

A finalidade do manejo da obesidade é alcançar o equilíbrio metabólico, uma vez obtido o equilíbrio plasmático apropriado de colesterol, glicose, triglicerídeos, é possível alcançar o equilíbrio do ácido úrico e pressão arterial, de modo a melhorar ao mesmo tempo problemas psicológicos, osteoarticulares e diversos outros concludentes da obesidade (CABRAL, 2006).

2.3.2.1 Reeducação Alimentar

Independente do tratamento proposto, a reeducação alimentar é de suma importância para que haja diminuição na ingestão de alimentos. Por meio do acompanhamento nutricional, psiquiátrico, familiar e grupos de apoio é possível desenvolver a eficácia desse método (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2014).

Em meio às maneiras de orientação dietética, a mais comum é a dieta hipocalórica balanceada, na qual o paciente obeso será orientado a seguir uma restrição alimentar para a perda gradativa de peso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2014).

Para obter um tratamento eficaz para perda de peso, é necessário um plano alimentar adequado, baseando-se nas restrições de carboidratos, com livre ingestão de proteínas e gorduras. Geralmente essas dietas apresentam 55-65% de gorduras, 25-30% de proteínas e menos de 20% de carboidratos. As vantagens metabólicas de proteínas em relação aos carboidratos é que o carboidrato atua como um vilão para favorecer o aumento da insulina, e esta tem um papel muito importante no SNC no controle da fome e saciedade e importante relação com a glicose proporcionando energia. Além disso os carboidratos liberam consumo de

gordura, aumentando o risco de gordura saturada, apresentando um fator de risco para desenvolvimento de doenças coronarianas (CABRAL, 2006).

2.3.2.2 Exercícios

A atividade física contribui para o gasto energético e a manutenção do condicionamento físico (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2014). Dentre os benefícios dos exercícios físicos, podem ser citados: diminuição do apetite, aumento da ação da insulina, melhora do perfil de gorduras, melhora da sensação de bem-estar e autoestima.

A atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiopulmonar, resistência física muscular, mobilidade articular, aumento do auto estima, controle da pressão arterial, alívio do estresse, aumento do bem-estar. Por meio da atividade física regularmente e uma alimentação saudável é possível que o indivíduo adquira qualidade de vida. A atividade física colabora para o desprendimento de energia, assim, comporta a estabilização energética e o domínio do peso corporal (MATSUDO, 1999).

2.3.2.3 Medicamentos

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2014), todo e qualquer medicamento ministrado a pacientes obesos, deve ser ministrado e orientado por profissional habilitado. A maioria dos medicamentos em sua composição farmacológica, apresenta múltiplos efeitos colaterais, como: arritmias cardíacas; surtos psicóticos; dependência química.

Em função disso, os mesmos são recomendados somente em situações limites em que somente a dieta e os exercícios não alcançam os resultados esperados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2014).

A obesidade é uma doença crônica, por isso, o tratamento medicamentoso deve ser proposto a longo prazo, sendo necessário mesmo após a estabilização do peso, semelhante ao que ocorre com outras doenças crônicas. O uso de medicamentos

como Fluoxetina e a Sertralina (inibidores da serotonina), são indicados para pacientes obesos que apresentem bulimia nervosa. A Sibutramina é um inibidor da noradrenalina e serotonina, ela induz a sensação de saciedade. Orlistat é um inibidor reversível da lipase de origem gástrica e pancreática, a inibição dessas enzimas provoca uma redução de 30% de absorção intestinal das gorduras ingeridas (CABRAL, 2006).

O quadro 4 identifica os medicamentos de primeira e segunda linha para a perda de peso no Brasil, todavia, para a FDA (sigla de órgão governamental americano chamado de Food and Drug Administration, responsável pela administração de alimentos e medicamentos) (2014), os medicamentos listados a seguir, são indicados para outras doenças, mas que podem originar perda de peso como decorrência secundária: Antidepressivos: Fluoxetina, Sertralina e Bupropiona; Antiepiléticos: Topiramato e Zonisamida; Antidiabéticos: Metformina, Pramlintida, Exenatida e Liraglutida e Hormônio tireoidiano: Levotiroxina

Quadro 4 – Medicamentos antiobesidade

Anfepramona	Femproporex	Mazindol	Sibutramina	Orlistate
Inibidor de apetite que age no sistema nervoso central. Comercializado legalmente. Risco: provoca dependência.	Inibidor de apetite que age no sistema nervoso central. Comercialização proibida em diversos países. Risco: provoca dependência.	Anorexígeno que estimula o sistema nervoso centra e saciedade. Risco: provoca dependência.	Moderador de apetite que auxilia a perda de peso pois age diretamente nos neurotransmissores. Risco: AVC, arritmias cardíacas e hipertensão.	Inibidor de absorção de gordura e age nos níveis de colesterol. Risco: diminui a absorção de vitaminas A, D, E e K.

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, (2014, p. 12)

2.3.2.4 Terapias

A terapia comportamental da obesidade consiste em uma série de princípios e técnicas desenvolvidas para auxiliar os pacientes obesos a identificar e modificar os maus hábitos alimentares. O sedentarismo e os pensamentos negativos, contribuem para o ganho de peso. A terapêutica é baseada na assimilação e nas modificações dos fatores que deflagram o ato de comer, muitas vezes condicionados a determinadas ações repetidas. Os princípios da terapia baseiam-se em estabelecer

objetivos específicos como caminhar 3 vezes por semana; desenvolver estratégias como adquirir bons hábitos alimentares; promover pequenas alterações dos hábitos alimentares. Com ações simples no cotidiano é possível alcançar os resultados esperados (CABRAL, 2006).

2.4 INTERVENÇÕES E CIRURGIAS

Diversos pacientes necessitam de preparo pré-operatório para a perda de peso para posteriormente realizar a cirurgia bariátrica, dentre as opções de intervenções não cirúrgicas, tem-se o balão intragástrico e a banda gástrica ajustável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014).

2.4.1 Balão intragástrico

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014), por meio da endoscopia, conforme figura abaixo, realiza-se o implante de prótese de silicone, que almeja limitar a capacidade gástrica e provocar saciedade. É aconselhado para pacientes: com sobrepeso; no pré-operatório de pacientes super obesos; IMC acima de 50 kg/m².

Figura 4 - Balão intragástrico



Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2014.

Por meio desta técnica é possível estimular o paciente a perda de peso e posteriormente direcioná-lo de forma segura a cirurgia bariátrica. Visto que é necessário que haja redução do peso para que a cirurgia transcorra sem maiores riscos. Contudo, essa técnica é temporária, e o paciente não deve permanecer com

o balão intragástrico por longo período (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014)

2.4.2 Banda gástrica ajustável

Esta técnica consiste na instalação de um anel de silicone inflável que se ajusta ao redor do estômago, que pode ser concentrado de maneira mais ou menos intensa, sendo admissível dominar o esvaziamento da comida. Por meio de uma agulha controla-se um botão que fica embaixo da pele, por onde o anel é acionado. Dessa forma, a água destilada é injetada para apertar o estômago ou esvaziá-lo para aliviar a obstrução (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

Figura 5 - Banda gástrica ajustável



Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2014

Com isso, a distensão gástrica (bolsa gástrica) e esofágica, na presença de alimentos sólidos, emitem para o cérebro, por meio de mecanismos humorais e neurais, sinais que levariam à saciedade. Diferente das outras técnicas, não envolve a utilização de grampeadores, não há incisão ou abertura do estômago, bem como não há alteração permanente do trato gastrointestinal. Diante disso, caso sua retirada seja necessária, a anatomia gástrica poderá ser restituída. Há ainda a possibilidade do ajuste da banda gástrica, causando maior ou menor dificuldade na ingestão de alimentos pelo paciente, reconhecidamente uma das grandes vantagens desse método (ZEVE et al., 2012, p. 9).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011), as cirurgias bariátricas, denominadas também como cirurgias da obesidade ou ainda redução de estômago, reúnem diversas técnicas orientadas para o tratamento da

obesidade e doenças correlatas a gordura do corpo e/ou agravadas por esta gordura.

O tratamento cirúrgico é escolhido como última opção das formas de tratamento. Os parâmetros adotados para realizar a cirurgia bariátrica são:

- O grau de obesidade acentuada;
- Resistência ao tratamento clínico;
- Presença de doenças associadas; risco cirúrgico aceitável;
- Capacidade do paciente compreender as implicações da operação.
- O IMC maior que 35 e 40Kg/m² (NASSER; ELIAS, 2006, p. 29).

A Portaria nº 424 de 2013 informa que a cirurgia bariátrica acarreta como contraindicações:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (BRASIL, 2013, p. 9).

Tomaz e outros (2009) identifica como contraindicações: a apresentação de distúrbios reversíveis que causem a obesidade, pacientes não comprometidos em transformar o estilo de vida pós cirurgia. Não é recomendada a cirurgia em pacientes com idade superior a 65 anos.

Faintuch (2003) preceitua as cirurgias restritivas como aquelas em que o emagrecimento se dá pela redução considerável de alimentos engolidos. Já Rocha et al. (2009) asseguram que o estômago permanece com aproximadamente 30ml e tem seu esvaziamento temporizado por meio de um anel, que impede que grandes volumes de alimentos sejam consumidos.

A intervenção cirúrgica tem como objetivo estimular a perda de peso e, conseqüentemente, diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas à obesidade, aperfeiçoando a função metabólica do paciente e suas condições de vida. Múltiplos

estudos corroboram que este método é eficaz em restringir as co-morbidades que se relacionam a obesidade (ADAMS, 2007).

A gastroplastia, cirurgia da obesidade ou ainda de cirurgia de “redução do estômago, é uma plástica no estômago (gastro = estômago, plastia = plástica), que tem como objetivo reduzir o peso de pessoas com o IMC muito elevado” (MARCHESINI, 2001, p. 12).

De acordo com Tomaz e outros (2009), as intervenções cirúrgicas da obesidade apresentam atualmente distintas técnicas, conforme ilustrado na figura abaixo, das quais destacam-se:

- Disabsortivas;
- Restritivas;
- Mistas.



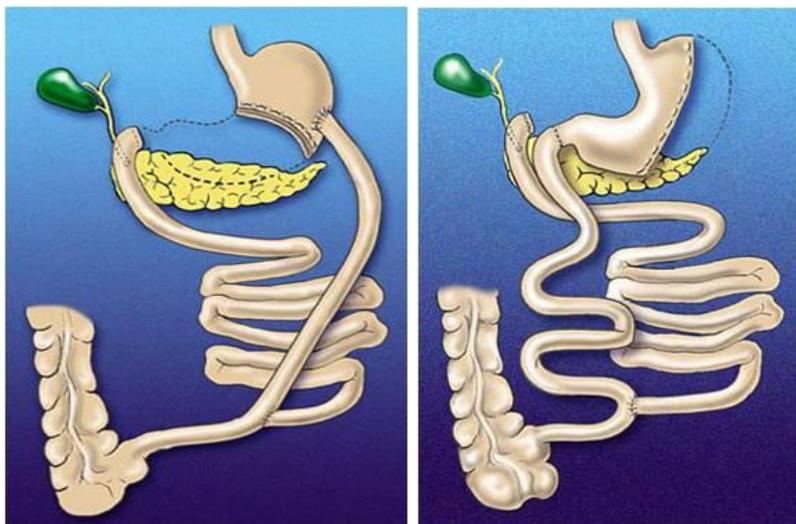
2.4.3 Cirurgias disabsortivas

Cirurgias disabsortivas são aquelas que transformam a anatomia intestinal para reduzir a superfície absorptiva (bypass gástrico). Segundo Rocha e outros (2009), as intervenções cirúrgicas bariátricas que induzem ao emagrecimento, de maneira a anteparar que os alimentos incidam ao longo do intestino delgado.

A cirurgia disabsortiva é mais versada como operação de “Scopinaro (médico italiano que idealizou e propaga esta operação). Uma parte do estômago também é retirada, no entanto, não há grande diminuição da ingestão de alimentos” (ROCHA et al., 2009, p. 29).

Outra operação também disabsortiva é o resultado de uma mudança na operação de Scopinaro com uma retirada do estômago de forma diferente e é conhecida como Duodenal Switch (ROCHA et al., 2009).

Figura 7 – Cirurgia de Scopinaro e Cirurgia de Duodenal Switch

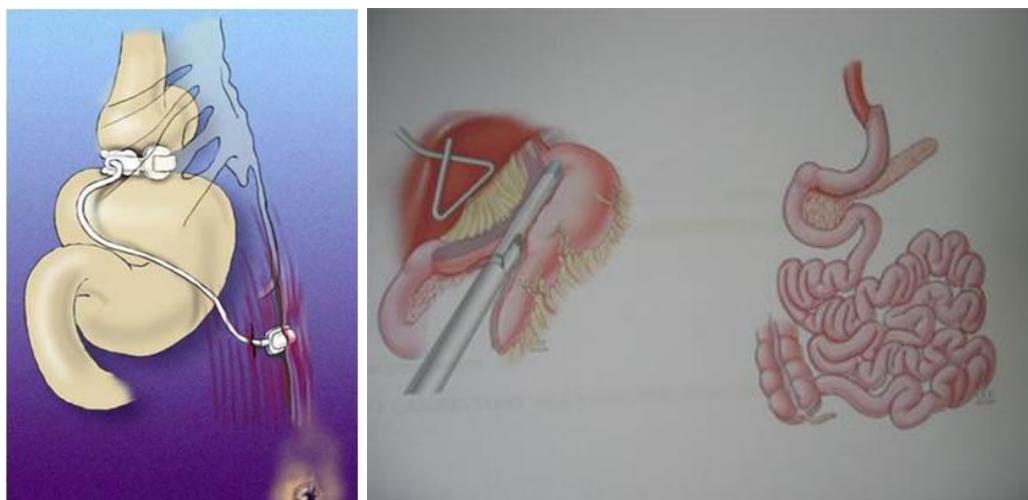


Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2014.

2.4.4 Cirurgias restritivas

Cirurgias restritivas/gastrorestritivas promovem a saciedade precoce, de modo a diminuir a disposição volumétrica do estômago (banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical e balão gástrico) conforme demonstra a figura a 8.

Figura 8 - Banda gástrica ajustável e Gastroplastia vertical tubular



Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2014.

Segundo Faintuch (2003, p. 37), o foco é o intestino e os pacientes podem se alimentar normalmente, mas a absorção de nutrientes pelo intestino é dificultada para promover o emagrecimento. Rocha *et. al.* (2009) confirma que a redução da absorção intestinal é feita por retirada do duodeno e do jejuno e por diminuição, ainda que muito mais limitada do que na técnica restritiva, do volume do estômago.

A ideia de utilizar prótese para preencher a cavidade gástrica levando sensação de saciedade foi relatada a partir de 1982 por Nieben e Harboe, que inicialmente relataram como uma alternativa para obesidade mórbida. O balão gástrico é uma “prótese de silicone que em seu estado inicial tem o formato cilíndrico, mantido desta forma por uma fina bainha de silicone e conectado através de uma válvula e uma sonda de preenchimento que termina em conexão Luer-lok” por onde é insuflado. Ocorre a introdução pela cavidade oral com o monitoramento endoscópico. Esse mecanismo auxilia a regulação do balanço energético ligado à obesidade (MARCHESINI, 2001, p. 51).

Marchesini (2001, p. 29), preceitua que a intervenção por meio de próteses ajuda aos sistemas:

- Nervoso central;
- Sistema eferente (sistema associado ao apetite e à saciedade)
- Termogênico e motor;
- De absorção e metabolismo (intestino e fígado).

Esse procedimento é contraindicado para os seguintes quadros de pacientes:

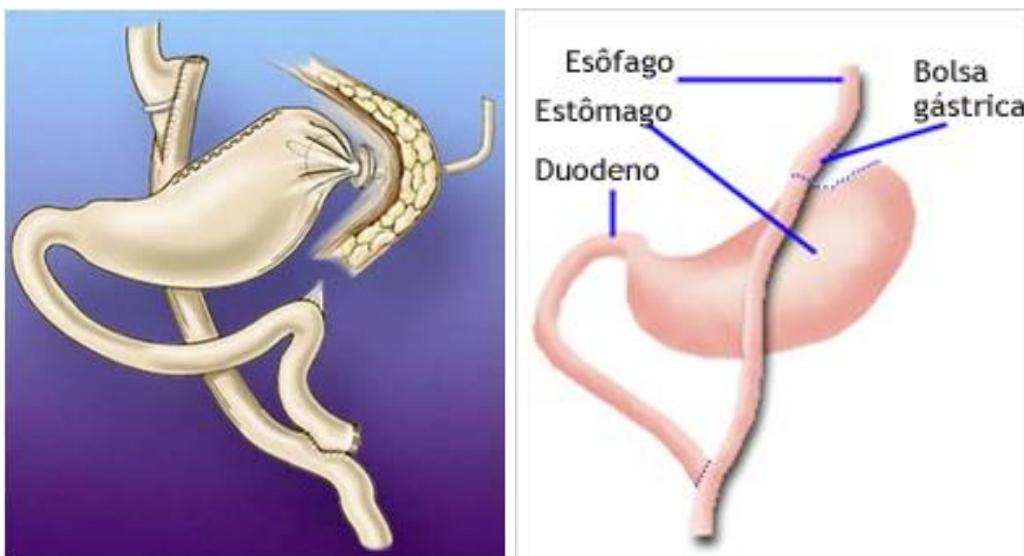
- IMC acima de 35 e com doenças que não tiveram sucesso no tratamento clínico da obesidade;
- IMC menores que 35 apresentando doenças secundárias a obesidade ou refratário ao tratamento clínico por mais de 3 anos;
- Pacientes clínicos que não podem realizar tratamento com drogas para o tratamento da obesidade;
- Tratamento da obesidade como hipotireoidismo secundário, distúrbios psiquiátricos e dependentes de drogas (MARCHESINI; SALLET; PAIVA, 2006, p. 26).

2.4.5 Cirurgias mistas

São cirurgias que aceleram o emagrecimento do paciente através da diminuição do estômago, de modo a impedir a absorção por parte do intestino delgado. A operação de Capella-Fobi é uma das mais conhecidas, título fornecido em homenagem a ambos os cirurgiões que a idealizaram. Atualmente é a cirurgia mais utilizada no Brasil, visto que apresenta, emagrecimento mais eficaz se comparada com a Banda Gástrica Ajustável e a operação de Scopinaro. Por meio desta intervenção, o alimento passa, apenas, por uma parte pequena do estômago (não há retirada de nenhuma parte do estômago) na qual fica retida por um período, onde é colocado um anel para diminuir a passagem ou uma costura entre o novo estômago pequeno e o intestino (cirurgia de Higa) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

Este procedimento dificulta a passagem do alimento, o que provoca a sensação de saciedade. Ao passar para o intestino delgado, o alimento não consegue entrar no corpo por não ter sofrido a ação do suco pancreático (digestão). Somente depois que percorrer os 1,20m do intestino delgado é que o alimento entrara em contato com o suco pancreático e então ser absorvido pelo organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO, 2014).

Figura 9 - Cirurgia de Capella-Fobi e Cirurgia de Capella-Fobi sem anel (Higa)



Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2014.

2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO

2.5.1 Cuidados pré e pós cirúrgicos

A efetivação de cirurgias bariátricas demanda empenhos e investimentos por parte dos pacientes, seus familiares e da equipe de saúde, visto que, existem inúmeros problemas de adesão ao tratamento, riscos pré e pós-operatório (NEGRÃO, 2006).

Os enfermeiros tendem a organizar as suas atividades no ambiente laboral com o intuito de obter satisfação profissional e pessoal e como resultado alcançar o reconhecimento como agentes modificadores dos ambientes em que se encontram inserido, tendo como ferramenta para isso o Processo de Enfermagem, o qual possui etapas que devem ser cumpridas (BIANCHI, 2007).

Determinadas metodologias para assistência são utilizadas pela equipe de enfermagem perioperatória, segundo (BIANCHI et al., 2007, p. 37):

[...]tendo o risco como enfoque, o gerenciamento de caso (case management), a prática que se baseia nas evidências, baseada no planejamento e na programação cirúrgica, os diagnósticos de enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA), o perioperatório com foco no paciente (PNDS) e a sistematização de assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) e sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

2.5.1.1 Sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

Segundo Leopardi (1995), ultimamente ressalta-se a tendência no emprego da terminologia Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) com o intuito de definir a metodologia da assistência, porém, independente do conceito, a premissa se baseia na capacidade de sistematizar tarefas do cuidar.

Para a organização do trabalho utiliza-se a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) que é uma ferramenta que habilita e facilita os afazeres do enfermeiro, permitindo uma visão ampliada para o desenvolvimento de suas tarefas (DIÓGENES, 2003).

A Resolução no 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem:

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem (BRASIL, 2002, p. 21-29).

A SAE pode se classificar de três maneiras:

- Sistema totalmente compensatório – incapacidade do paciente em seu auto cuidar;
- Sistema parcialmente compensatório – paciente e enfermeiro realizam os cuidados;
- Sistema apoio educação – por meio das orientações repassadas pelo enfermeiro, o próprio paciente realiza o autocuidado (FOSTER, 1993, p. 90-107).

Observa-se que por meio da SAE o enfermeiro pode aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos adquiridos, para o eficaz cuidado dos pacientes, garantindo-lhes uma assistência humanizada e de qualidade (PIVOTTO, 2004). Ressalta-se que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, descaracteriza a tecnicidade e repetição das ações do enfermeiro e proporciona ações mais humanizadas e atenciosas relacionadas ao cuidar (MOURA, 2008).

De maneira geral, a procura por assistência de enfermagem devidamente qualificada, que acolha às necessidades individuais dos pacientes, deve ser o foco principal dos profissionais dessa área. Neste sentido, é de suma importância que seja adotado o método de assistência para dar subsídio as atuações da enfermagem perioperatória. Tais escolhas deve-se pautar em fatores organizacionais, políticos e financeiros (BIANCHI; LEITE, 2007).

2.5.1.2 Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP)

Tem-se substituído o termo enfermagem no ambiente cirúrgico para enfermagem perioperatória, na qual estão inseridos os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Sua abrangência torna-se maior, uma vez que engloba diversas atividades (LADDEN, 1997).

De acordo com Smeltzer e Bare (2006):

Fase pré-operatória ou primeira fase do SAEP, inicia-se ao tomar a decisão da intervenção cirúrgica e o acesso do paciente na sala de cirurgia. Considerada como etapa decisiva para a atuação do profissional de enfermagem, pois é o primeiro contato com o paciente obeso e por meio dele será possível determinar que tipo de assistência será prestada. O enfermeiro deve utilizar tal momento para sanar todas as possíveis dúvidas; completar as informações, avaliar e iniciar o processo de sistematização da assistência, através dessas ações o paciente sentirá mais segurança e confiança.

Fase transoperatória ou segunda fase do SAEP, tem início quando o paciente adentra a sala de cirurgia e finaliza quando este é transferido para a sala de recuperação pós-anestésica. As efetivas intervenções dos enfermeiros, permitem a minimização dos riscos ao paciente decorrente dos procedimentos anestésicos cirúrgicos. Neste momento os enfermeiros devem planejar a assistência de modo a inibir possíveis perdas relacionadas ao posicionamento cirúrgico, riscos de infecção e ansiedade. O período transoperatório, caracteriza-se pela permanência do paciente na sala operatória, ocasião em que o processo anestésico-cirúrgico ocorre. O acompanhamento realizado pela enfermagem (auxiliares ou técnicos de enfermagem) devem proporcionar ao paciente a devida base, zelo e respeito as suas expectativas.

Fase pós-operatória ou terceira/última fase do SAEP, inicia-se com o acesso paciente na sala de recuperação pós-anestésica e finda-se na alta clínica e/ou domiciliar. Considerada fase crítica também, pois poderão ocorrer sérias complicações. Por isso é imprescindível que o profissional de enfermagem esteja plenamente capacitado e preparado para o eficaz atendimento ao paciente.

A complexidade das ações e a inter-relação das fases pré, trans e pós-operatórias relacionadas à experiência cirúrgica do paciente, explicam a relevância da SAEP e a utilização de todo o conhecimento científico dos profissionais que nelas atuam, as quais permitem o adequado embasamento para o atendimento prestado (GALVÃO, 2002).

Segundo a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (2007), a função do profissional de enfermagem na assistência perioperatória é o foco no paciente e em sua família, com o intuito de:

- Orientar paciente e família a compreensão do problema vivenciado;
- Preparar paciente e família para o processo anestésico-cirúrgico;
- Fazer uso de mecanismos de defesa fisiológicos e psicológicos;
- Diminuir os riscos intrínsecos do ambiente cirúrgico;
- Colaborar para o alcance de tais processos através da provisão, previsão e domínio dos recursos humanos em quantidade e qualidade.

A SAEP é um método de trabalho indispensável para a assistência de enfermagem que deve ser eleito por um adequado referencial teórico, de modo a atender etapas articuladas para atender o paciente de forma individualizada no período perioperatório (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, 2007).

Picolli e Galvão (2004) afirmam que a implementação da SAEP propicia o desenvolvimento da enfermagem perioperatória, a análise crítica da assistência prestada com ênfase nos direitos humanos e aspectos éticos.

Especificamente sobre as competências do enfermeiro perioperatório, nota-se que os conhecimentos técnicos e sociais são de suma importância para a plena realização de suas funções, uma vez que o relacionamento interpessoal com os pacientes, familiares e colegas de trabalho deve ser o mais harmonioso possível. O enfermeiro deve desenvolver múltiplas habilidades, desde a fundamentação teórica até a prática, além de buscar aperfeiçoamento contínuo (URSI, 2006).

As capacidades profissionais são percebidas como a competência dos indivíduos de movimentarem, articularem e colocarem em prática as importâncias, habilidades e conhecimentos as quais são imperativas para o cumprimento competente e eficaz das prestezas requeridas no seu trabalho (BRASIL, 1999). Para isso, portanto, faz-se necessário que:

A prática e o conhecimento de enfermagem não sejam estáticos, mas dinâmicos e em constante mudança. Por isso, é imperativa a adoção de ferramentas que tenham como suporte o conhecimento científico e

promovam o cuidado de enfermagem, alicerçado em uma filosofia institucional e em modelo teórico (SILVA et al., 1987, p. 9).

Tornar-se competente para a tomada de decisões e raciocinar de maneira crítica, são aptidões que devem ser desenvolvidas pelos profissionais da saúde ao longo de sua formação acadêmica e prática. O Processo de Enfermagem é considerado como um instrumento que auxilia significativamente tal processo, o qual possui inúmeras vantagens e benefícios em comparação aos demais, visto que abarca a avaliação dos resultados, de modo a retroalimentar todo o processo (MARQUIS, 2005).

Entendemos o julgamento clínico como uma ferramenta para promover a melhoria da prática assistencial como base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica. [...] E tem como sinonímia raciocínio clínico ou pensamento crítico (ROZA, 2005, p. 95).

Compreender a SAEP como tecnologia da Enfermagem insinua a qualificação deste profissional para aperfeiçoamento de sua assistência, uma vez que o estimulará a ter ações reflexivas para o pleno exercício de sua profissão (MARQUIS, 2005).

Tecnologia de enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão Ética e o processo reflexivo. Os materiais e equipamentos requerem conhecimentos agregados para sua aplicação, sendo assim considerados, tecnologia de Enfermagem (MARQUIS, 2005, p. 22).

Espera-se que o profissional de enfermagem que atue no período perioperatório possua: competência técnica, habilidade para rápida tomada de decisão e demonstre julgamentos imparciais (MARQUIS, 2005). De acordo com Lacerda (1998), por meio da SAEP é aceitável entender a enfermagem de um modo mais extenso, além da tecnologia, ciência, arte, disciplina e profissão.

2.5.2 Tarefas pré e pós cirúrgicos

A primeira tarefa do médico é esclarecer ao paciente como funciona a operação planejada, e a necessidade da adaptação, do paciente aos novos hábitos, incluindo alimentação adequada. Deve realizar uma entrevista interrogando sobre sintoma cardiovasculares, respiratório, endócrino-metabólicos, digestivos, osteomusculares entre outros. A Anamnese clínica é muito importante pois através desse histórico pode ser informado sobre os riscos que a cirurgia apresenta (MADUREIRA, 2004).

Os exames pré-operatórios devem ser realizados por meio de exames laboratoriais como hemograma e coagulograma completo, eletrólitos, ureia, creatinina, glicemia em jejum, hemoglobina glicosilada, transaminase glutâmico oxaloacética (TGO), transaminase glutâmico pirúvica (TGP), Gama glutamil transferase (GGT), proteínas totais e frações (PTF), T4L, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico. Além dessa sorologia para hepatites B e C, e HIV, urina tipo 1 e parasitológicos de fezes, radiografias, eletrocardiograma (ECG), prova de função respiratória (PFR) e Ultrassonografia de abdômen (MADUREIRA, 2004).

O perfil metabólico desse paciente oferece algumas direções a serem tomadas. Se a glicemia e a insulina basal estiverem alteradas e a hemoglobina glicosilada estiver normal, este paciente tem grande chance de desenvolver diabetes. Caso a glicemia apresente-se normal e a hemoglobina glicosilada elevada, indica-se intolerância ao açúcar. A glicemia e hemoglobina glicosilada alteradas indicam que o paciente já é diabético, esses pacientes devem evitar tratamentos cirúrgicos, visto que não apresentam reserva pancreática e podem desenvolver hipoglicemia severa (MADUREIRA, 2004).

Durante toda a cirurgia, as responsabilidades de enfermagem incluem fornecer a segurança e o bem-estar ao paciente, coordenar as ações desenvolvidas pelos profissionais na sala de cirurgia, realizar as atividades de assepsia e de circulante. A equipe de enfermagem apoia as estratégias de enfrentamento e reforça a capacidade do paciente de influenciar os resultados. A Enfermagem também busca encorajar a participação ativa no plano de cuidado e monitorar fatores que influenciam lesões (SMELTZER, 2006).

No intra-operatório podem ocorrer náuseas e vômitos, quando ocorre engasgo vira-se o paciente de lado, a aspiração é empregada para remover saliva e o conteúdo gástrico. Em alguns casos o anestesista administra antieméticos no período pré-operatório ou intra-operatório para se contrapor a possível aspiração (SMELTZER, 2006).

Segundo Feitosa (2011, p. 22) os cuidados intra-operatório incluem:

- O monitoramento da pressão arterial com manguito adequado;
- Obter pré-oxigenação fornecendo oxigênio em 100% através de máscara;

- Rápida sequência de indução anestésica durante a intubação,
- Aplicar pressão positiva expiratória final (PEEP);
- Melhora a oxigenação de modo a impedir a atelectasia;
- Monitorar a oxigenação para evitar doenças nas vias aéreas como pneumonia, apneia do sono entre outros

Durante as primeiras 24 horas da cirurgia, o cuidado de enfermagem do paciente hospitalizado na unidade clínico-cirúrgica envolve continuidade, ajudando o paciente a se recuperar dos efeitos da anestesia, monitorar as complicações, tratar a dor e implementar as medidas destinadas a alcançar os objetivos de autonomia progressiva para o autocuidado, adquirindo assim a alta hospitalar. As principais preocupações são a ventilação adequada, a estabilidade hemodinâmica, a dor incisional, as “náuseas e vômitos, o estado neurológico e a micção espontânea. “A frequência de pulso, a pressão arterial e a frequência respiratória são registradas pelo menos a cada 15 minutos, durante a primeira hora, e a cada 30 minutos”, durante as 2 horas seguintes. Após são medidas com menos frequência, quando permanecem estáveis, a temperatura monitorada a cada 4 horas durante as primeiras 24 horas. Exercícios respiratórios devem ser iniciados de modo a incentivar a deambulação precoce (SMELTZER, 2006, p. 25).

O profissional de enfermagem deve monitorar o estado fisiológico do paciente, abrandar a dor e fornecer o apoio psicológico, esforçando para aliviar os medos e preocupações do paciente (SMELTZER, 2006).

O enfermeiro tem que participar e entender sobre o paciente, em sua condição na área hospitalar e possuir uma equipe multidisciplinar para atender esses pacientes que estão em processo para o procedimento cirúrgico. Este profissional precisa reconhecer aspectos técnicos e científicos das terapias propostas pelo grupo, alcançando todas os subsídios “pré, trans e pós-operatórios, visando assim ao paciente uma assistência de qualidade para que o resultado seja satisfatório”, favorecendo assim uma qualidade melhor para a recuperação do paciente (NEGRÃO, 2006, p. 22).

É importante que o enfermeiro esteja alerta para observar se o paciente obeso mórbido, que se submeterá ao ato cirúrgico, requer alguns cuidados específicos devido ao alto grau de obesidade. Dessa forma, uma adaptação a sua nova realidade, e a reeducação da dieta e uma perda gradativa de

peso pós-cirúrgicos, deverá ser implementada, fornecendo suporte e apoio ao paciente e à família (NEGRÃO, 2006, p. 39).

Deve ser observada a importância do cuidado de enfermagem, realizando uma análise sistemática de artigos, tendo assim um embasamento científico, proporcionando uma qualidade eficaz (NEGRÃO, 2006).

O enfermeiro tem grande importância no tratamento intensivo, observando todos os sinais que possam ocorrer possíveis anormalidades, visando que ocorra pioras no quadro clínico do paciente, no pós-cirúrgico. A consulta de enfermagem deve estar voltada a atenção e prevenção dos agravos, contendo a resolução dos problemas. E os cuidados de enfermagem devem ser baseados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realizando diagnóstico de enfermagem e a prescrição de enfermagem, prestando um atendimento individualizado (NEGRÃO, 2006).

2.5.3 Complicações no pós-operatório

Os pacientes obesos apresentam grande risco de desenvolvimento de insuficiência respiratória após cirurgias. A hipoxemia pode manifestar-se mesmo em casos sem doenças associadas, o que pode melhorar por meio de oxigênio via máscara facial e com suporte ventilatório através do emprego de CPAP ou BIPAP. Deve-se manter cabeceira elevada de 30 a 45 graus, melhorando assim o padrão respiratório (CLOVES JUNIOR et al., 2006).

Segundo Valente (2003, p. 18) ainda comenta que anormalidades no controle da ventilação são comuns em pacientes obesos porque o trabalho respiratório é aumentado nestes pacientes, devido à maior resistência da parede torácica, aumento da resistência das vias aéreas e a posição diafragmática anormal. Pacientes com insuficiência respiratória de obesidade (por exemplo, síndrome da apneia obstrutiva do sono / síndrome da hipoventilação em obesos, obstrução das vias aéreas e hipoxemia) têm maior morbidade e mortalidade em UTI.

A mobilização prolongada deve ser evitada, visto que um dos riscos para o paciente é o desenvolvimento de trombose, a profilaxia com heparina de baixo peso molecular associada à compressão intermitente dos membros inferiores contribuem para a redução da incidência de tais complicações. A analgesia pós-operatória tem grande impacto na deambulação, recuperação e reabilitação destes pacientes, promovendo assim alta hospitalar precoce (CLOVES JUNIOR et al., 2006).

A hipoglicemia é um fator que deve ser observado após procedimento da cirurgia bariátrica, principalmente em pacientes diabéticos sem o uso da medicação, deve-

se realizar a monitorização da glicemia, não permitindo que os valores fiquem abaixo de 70 mg/dl (FEITOSA et al., 2011).

Pacientes em pós-operatório de bariátrica, desenvolvem uma deficiência nutricional como a vitamina D e vitamina A e o Zinco, que tem um papel importante na regulação do mecanismo do apetite. Então é necessário um acompanhamento rigoroso com esses pacientes no pré e pós-operatório (BORDALO, 2010).

Durante a anestesia a temperatura pode cair, o metabolismo da glicose é reduzido em consequência, pode desenvolver acidose metabólica. A hipotermia resultante de baixa temperatura no ambiente cirúrgico, “infusão de líquidos frios, inalação de gases frios, cavidades ou feridas corporais abertas, atividades musculares diminuídas”, deve ocorrer de maneira gradual. O aquecimento desse paciente deve ser observado (SMELTZER, 2006, p. 19).

Durante a anestesia ocorrem complicações com ventilação mecânica (VM), ocorre então a redução na oxigenação arterial, conseqüentemente a atelectasia e o Shunt pulmonar. Procedimentos devem ser realizados para impedir atelectasia e o colapso na área pulmonar (FEITOSA et al., 2011).

[...] a complicação pulmonar pós-operatória está relacionada a presença de fatores de risco como tipo de anestesia utilizada, ato operatório e características inerentes ao paciente. A perturbação da mecânica respiratória produzida pela anestesia geral é mais pronunciada em pacientes obesos, já que esta induz atelectasia pulmonar, pois a população a anestesia acentua a redução da capacidade residual funcional, promovendo o fechamento precoce das pequenas vias aéreas (DELGADO; LUNARDI, 2011, p. 13).

A pneumonia é uma das complicações ocasionadas após cirurgia bariátrica aberta, ocasionando uma diminuição da clearance mucociliar e a efetividade da tosse e aumentando o muco das secreções, ocorrendo mais possibilidade de desenvolver a pneumonia (DELGADO; LUNARDI, 2011).

A apneia obstrutiva do sono (AOS) por períodos prolongados podem desencadear uma sensibilização dos centros respiratórios ocorrendo uma hipóxia e a hipercapnia, ocorrendo uma hipoventilação ou síndrome Pickwick (DELGADO; LUNARDI, 2011).

O trabalho do enfermeiro extrapola demandas específicas das áreas administrativas, técnicas ou assistenciais, ainda que os enfermeiros foquem em sua formação acadêmica essencial para o aspecto assistencial. As enfermeiras buscam completar espaços de atuação que são transferidas para elas por outros profissionais, e que

por sua vez ocorre em uma atuação empírica, desenvolvida na prática cotidiana, sem aprofundamento teórico (SCHOELLER, 2002).

2.5.3.1 Ações do enfermeiro no pós-operatório

Eisold (2004) apresenta as principais complicações no pós-operatório e as respectivas ações dos enfermeiros neste período:

Alterações dos sinais vitais (TPR-PA)

- Hipertermia: o enfermeiro deve retirar as mantas, resfriar o clima, justapor compressas frias na frente, inguinal e axilar, aplicar medicação antitérmica, com base na prescrição.
- Hipotermia: o paciente deve ser protegido e sua temperatura deve ser monitorada.
- Hipertensão arterial: recorrer à hidratação rigorosa pela via EV (endovenosa) manter o paciente na posição trendelenburg (para melhorar o retorno venoso) e administrar o oxigênio.

Alterações neurológicas

- Dor: acentuada na região da cirurgia, deve-se alargar e/ou trocar os curativos, abrandar a retenção de urina e fezes, mudar de decúbito, apoiar segmentos do corpo em coxins e aplicar compressas frias e quentes, escurecer o ambiente e diminuir os "barulhos, estimular o paciente a repousar e/ou proporcionar-lhe algo que o distraia, como televisão, música, revista cefaleia pós raquianestesia: decúbito baixo em posição supina, hidratação adequada por VO (via oral) e/ou EV (endovenosa)". Administrar analgésicos previamente prescritos (ELSOLD, 2004, p. 19)
- Sonolência: avaliar o nível de consciência de que deve ser monitorada constantemente por meio de estímulos (perguntas, toque tátil), alterações podem indicar hemorragias internas (ELSOLD, 2004).
- Soluço: ocasionados pela distensão abdominal e a hipotermia aspiração ou lavagem gástrica, deambulação, aquecimento do paciente hipotérmico e

alteração de decúbito. Orientar a inspiração e expiração em um saco de papel, administrar metoclopramida (plasil) (ELSOLH, 2004)

Complicações respiratórias

- Insuficiência "respiratória: efetuar a manutenção da ventilação (artificial), permeabilidade das vias aéreas (aspiração traqueal posicionamento adequado), estimulação da tosse, estimulação de exercícios respiratórios, nebulização, alteração de decúbito" (ELSOLH, 2004, p. 22)

Complicações pulmonares

- Trombo embolismo: exames físicos, exercícios ativos ou passivos, utilização de meias, administrar medicamentos, estimular deambulação, mudar decúbito em períodos regulares;
- Pneumonia: administrar medicações, higiene corporal, estimular ingesta hídrica, estimular deambulação (ELSOLH, 2004).

Complicações urinarias

- Infecções: realizar a higiene íntima, assepsia para acesso das sondas e utilização de coletores, extensões e conectores esterilizados (ELSOLH, 2004).

Complicações gastrointestinais

- Náuseas e vômitos: conduzir antieméticos, incidir sonda nasogastrica (manter esta aberta) aspirar frequentemente o conteúdo gástrico;
- Constipação intestinal: aplicar calor na região abdominal, promover a privacidade para que o paciente elimine seus gases (ELSOLH, 2004).

Complicações vasculares

- Hemorragia: efetuar a supressão do sangramento, cateterismo vesical, sonda nasogástrica e lavagem gástrica (ELSOLH, 2004).

Infecção da ferida cirúrgica

- Processo inflamatório: o enfermeiro deve orientar o paciente quanto a assepsia correta, cuidados durante o banho e troca diária dos curativos, para garantir que a cicatrização ocorra sem maiores transtornos;

- Pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, apresentam com maior constância as duas complicações a seguir (ELSOLH, 2004).

Deiscência de sutura

Essa complicação é rara, mas pode ser fatal se não for diagnóstica e corrigida rapidamente. Os sinais mais comuns são taquicardia, insuficiência respiratória (saturação de oxigênio < 92%, frequência respiratória > 24), dor abdominal e derrame pleural à esquerda isolado. O principal diagnóstico diferencial é o tromboembolismo venoso pulmonar. O tratamento deve ser laparotomia exploradora de urgência (PIERACCI, 2006, p. 27).

Rabdomiólise e insuficiência renal

A prevalência de insuficiência renal aguda é de 50% no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Hipovolemia, oclusão tubular, acidose e aumento de radicais livres são as principais causas. Os fatores preditivos de IRA na rabdomiólise são idade avançada, CK > 16000 UI, hipoalbuminemia e sepse. Geralmente a função renal volta ao normal, porém vale lembrar que a hemofiltração facilita rápida remoção da mioglobina, diminuindo as lesões glomerulares (SNIDER, 1995, p. 73).

Em função do elevado número de cirurgias bariátricas realizadas nos últimos anos, teve-se um aumento considerável do fluxo de pacientes obesos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), conseqüentemente, esse aumento provocou desafio para as práticas clínicas, visto que o perfil desse tipo de paciente, traz consigo diferentes alterações fisiológicas (PIERACCI, 2006). O profissional da enfermagem deve reconhecer tais particularidades de modo a colaborar para o a eficaz transição do pós-operatório dos pacientes obesos cirúrgicos (SNIDER, 1995).

2.5.4 Diagnóstico e prescrição de enfermagem

Segundo Smeltzer (2006), os principais diagnósticos de enfermagem são:

- Risco de depuração ineficaz da via aérea relacionada com depressão da função respiratória;
- Dor e repouso no leito; dor aguda relacionada com incisão cirúrgica;
- Risco a intolerância à atividade relacionada com fraqueza generalizada secundária a cirurgia;
- Termorregulação ineficaz relacionada com ambiente cirúrgico e agentes anestésicos;

- Risco de nutrição alterada, menor que as demandas corporais, relacionada com a ingestão diminuída e necessidade aumentada de nutrientes secundária a cirurgia;
- Risco de constipação relacionada com efeito dos medicamentos, cirurgia, mudança na dieta e imobilidade;
- Risco de retenção urinária relacionada com os agentes anestésicos;
- Risco de lesão relacionado com o posicionamento/procedimento cirúrgico ou com os agentes anestésicos;
- Ansiedade relacionada com procedimentos cirúrgicos;
- Risco de tratamento ineficaz do regime terapêutico relacionado com o cuidado da ferida, restrições nutricionais, recomendações de atividades, cuidados de acompanhamento ou sinais e sintomas de complicações;
- Risco de trombose venosa relacionado à falta de deambulação;
- Risco de hipoglicemia relacionado a jejum pós procedimento.

Horta (1979), foi a primeira enfermeira brasileira a construir a enfermagem científica, para isso, decompôs o Processo de Enfermagem em seis fases ou passos os quais devem ser atendidos em função das necessidades do indivíduo, família e comunidade:

- **Histórico de Enfermagem:** Roteiro sistematizado para a coleta de dados do ser humano, por meio da Entrevista e do Exame Físico;
- **Diagnóstico de Enfermagem:** Identificar as necessidades do paciente para “determinar o grau de dependência do atendimento em função de sua natureza e extensão” (HORTA, 1979, p. 91).
- **Plano de Assistência:** “Determinar de maneira global a assistência de enfermagem que o paciente deve receber perante ao diagnóstico” de enfermagem instituído (HORTA, 1979, p. 91).
- **Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem:** Implementar o plano assistencial através do roteiro diário que coordenará as ações dos enfermeiros para executar de forma cuidadosa o atendimento.

O plano de cuidados deve ser analisado para fornecer os dados para as próximas fases:

- **Evolução de Enfermagem:** Relatar diariamente as alterações que ocorrem com o paciente no período em que ele estiver sob assistência profissional, de maneira a verificar a eficácia do atendimento prestado pela equipe de enfermagem.
- **Prognóstico de Enfermagem:** Estimar a capacidade de atendimento as necessidades básicas modificadas depois da implementação do plano assistencial, assim sendo, dessa forma tem-se a possibilidade de ajustar erros em qualquer uma das fases (HORTA, 1979).

Souza (2005) enfatiza que ao implementar as prescrições de enfermagem, o paciente sinta os benefícios, a mesma deve ser respaldada na investigação, diagnóstico e planejamento individualizado. Em contrapartida, as prescrições realizadas incorretamente ou de maneira incompleta, podem colocar em risco a vida do paciente. Por isso as prescrições devem ser redigidas de forma clara, completa e precisa, não permitindo assim interpretações equivocadas.

Almeja-se que por meio das prescrições de enfermagem, o paciente e/ou sua família sejam beneficiados. Tais prescrições tem como intuito individualizar o zelo no atendimento a necessidade do paciente, de maneira a potencializar os aspectos do próprio paciente (GEISSLER, 2003).

2.5.5 Dificuldades encontradas pelo enfermeiro no atendimento ao paciente obeso

Dentre as maiores dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem, destacam-se as relacionadas à infraestrutura e as relacionadas ao próprio paciente, neste caso em específico, o paciente bariátrico (GEISSLER, 2003).

A seguir serão descritas as maiores dificuldades pela equipe de enfermagem durante o atendimento a estes pacientes, os quais requerem atenção e cuidados redobrados.

2.5.5.1 Dificuldades relacionadas à infraestrutura

A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, (2007) recomenda as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que devem ser seguidas sobre as instalações mínimas para cirurgias bariátricas. A mesma recomenda: um espaço físico mínimo de 36 m² e uma sala de apoio de 12 m². Porém, na grande maioria das instituições de saúde, inexistem espaço físico adequado para receber pacientes obesos mórbidos.

2.5.5.2 Dificuldades relacionadas a equipamentos e materiais

De maneira semelhante ocorre com a mesa cirúrgica necessária e seus devidos acessórios. A mesa cirúrgica básica ou padrão aguenta, em média, 160kg. Mas para a realização da cirurgia, a mesa cirúrgica deve ser elétrica e suportar até 455kg, para que haja manuseio adequado do paciente (SOUZA, 2005).

Conforme as diretrizes publicadas pela Association of Operative Registered Nurses (2004), o peso máximo suportado pela cama e mesa cirúrgica é entre 300kg e 500kg.

A maca, utilizada para a transferência do paciente também é um equipamento importante, contudo, o mais correto seria o emprego de um elevador hidráulico com movimentos adequados para a promoção da segurança do paciente possibilitando a passagem após o processo cirúrgico (ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS PERI-OPERATÓRIOS REGISTRADOS, 2004).

No entanto, a realidade difere do ideal, na maioria das clínicas não existem tais equipamentos, e o auxílio é um recurso chamado “passante”, um colchonete de poliuretano dobrável para facilitar a mudança do operado para a maca por meio de deslizamento, o que demanda pelo menos seis funcionários para a execução (LEITE, 2003).

Além das dificuldades mencionadas acima, tem-se ainda os problemas relacionados a aquisição do material utilizado na intubação e os acessórios de segurança, pois além das cânulas de Guedel número 5, do laringoscópio com lâmina mais longa, reta e curva, há obrigação de conservar a disposição no setor, um fibroscópio para o auxílio da intubação quando esta se mostrar muito difícil. A aquisição é complexa em função de seu custo

elevado, tanto para instituições públicas como privadas (COUTINHO, 2003, p. 29).

2.5.5.3 Dificuldades relacionadas a recursos humanos

Além dos recursos materiais mencionados anteriormente deve-se levar em consideração os recursos humanos imprescindíveis para dar comodidade e segurança ao paciente e ao funcionário da equipe de enfermagem. Portanto, recursos humanos carecem ser estimados de modo especial, visto que o peso do obeso é uma grande barreira para toda a equipe e atrapalha toda a assistência da equipe de enfermagem, como por exemplo o transporte do obeso da enfermaria para o centro cirúrgico (BAGATINI, 2006).

2.5.5.4 Dificuldades relacionadas ao paciente e apoio emocional

A mobilização, posicionamento do paciente obeso, o tempo cirúrgico, além das comorbidades, como “diabetes, alterações do Índice de Massa Corpórea (IMC)”, utilização de colchão apropriado de mesas cirúrgicas, sendo que os pacientes que possuem o IMC alterado precisam da implementação de operações preventivas para o não surgimento de úlceras por pressão, também são fatores de risco (URSI, 2005).

Sendo o obeso mórbido um paciente demasiadamente complexo, recomenda-se que todas as proeminências ósseas e regiões mais susceptíveis sejam protegidas com dispositivos estáticos, como colchões de espuma ou gel, ou as coberturas de colchão de gel e polímero de visco elástico seco, colchão de ar ou fluído de almofadas de espuma e gel, ou ainda dispositivos dinâmicos, como colchão de ar micropulsante (LACERDA, 1992, p. 24).

De acordo com a Association of Perioperative Registered Nurses. (2004, p. 91), o enfermeiro deve providenciar, para atender o obeso mórbido no transoperatório, dispositivos sequenciais de compressão arterial e venosa, ou botas de compressão com apropriadas unidades motorizadas. O uso de equipamento pneumático de compressão intermitente, associado à profilaxia medicamentosa, antitrombolítica subcutânea, tem contribuído para a redução da trombose venosa profunda, uma vez que é grande o risco dessa complicação no pós-operatório.

Posteriormente a admissão na sala de operação e da indução anestésica, aconselha-se que o paciente receba meias antiembolismo nos membros inferiores e, sob as meias, são colocadas perneiras do sistema de compressão sequencial com “[...] um controlador pneumático que provê a região de pulsos intermitentes de ar comprimido, os quais inflam, sequencialmente, as múltiplas câmaras das perneiras,

que se iniciam nos tornozelos e terminam nas coxas”. Tais procedimentos aumentam o fluxo sanguíneo nos membros inferiores (SCHMITT, 2004, p. 13).

Na ausência desse equipamento, meias elásticas devem ser utilizadas nos pacientes, ou a faixa de Smarch siliconizada. Mesmo em hospitais privados, a maioria dos convênios não cobrem valores relacionados as meias elásticas. Dessa forma, o cuidado de enfermagem no transoperatório, no que refere à trombose venosa profunda é primordial, isto é, faixas necessitam ser depositadas após o “ato anestésico, fixadas na região das coxas com esparadrapos largos, evitando o garroteamento, cuidado esse que deverá se estender até a retirada do paciente da mesa cirúrgica” (FERRARO, 2003, p. 21).

As dificuldades citadas são vivenciadas tanto pelos enfermeiros quanto pelo paciente obeso mórbido, o que acarreta a ambos enormes constrangimentos. A internação, requer que o paciente seja despido de suas roupas e utilize roupas privativas (camisolas) para se direcionar ao Centro Cirúrgico o que gera enorme incomodo e desconforto (BAGATINI, 2006).

Segal (2002), afirma que pacientes obesos sofrem preconceitos e discriminações. O que é corroborado por situações corriqueiras, como programas de televisão, revistas e piadas. Tais situações constrangedoras também ocorrem na área da saúde, na qual 80% dos pacientes de cirurgia bariátrica descreveram ter sofrido constrangimentos pela própria equipe multiprofissional. Portanto, o enfermeiro deve dar as devidas orientações sobre os procedimentos que serão realizados durante o preparo para a cirurgia, especialmente para aqueles que irão depender da cooperação dos próprios pacientes, como tática de aporte emocional imperativo nessa situação (TURRINI, 2003).

Pesquisas realizadas sobre a percepção do enfermeiro acerca das precisões de dar “base emocional aos pacientes cirúrgicos, e as facilidades e as dificuldades sentidas por esse profissional ao prestar tal assistência”, demonstram a equipe de enfermagem entendem a importância do apoio emocional aos pacientes cirúrgicos. Este apoio pode ocorrer através da expressão facial, postura, gestos, olhar, silêncio, encontradas para prestar essa assistência estão relacionadas com a empatia e a formação religiosa. Já, os problemas, se relacionam choro e alterações fisiológicas. Conversar com o paciente, tocá-lo e ouvi-lo, são maneiras pelas quais a equipe de enfermagem pode utilizar para prestar apoio emocional ao paciente nesse momento

crítico e temeroso. As facilidades à ausência de tempo, de pessoas, de entendimento e de instrumentos de avaliações perioperatórias (SILVA, 1987, p. 57).

Já a intervenção psicológica junto ao paciente ainda é uma dificuldade para os enfermeiros, o qual ainda utiliza como avaliação o senso comum. Mesmo com as várias pesquisas realizadas em torno dessa questão, aparentemente não existe base teórica suficiente para o enfermeiro reconhecer e intervir nessa necessidade do paciente. Seu comportamento estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar diante de um perigo iminente. Nesse sentido, os enfermeiros ainda não estão instrumentalizados para dar suporte ou intervir (SILVA, 1987, p. 43).

2.5.5.5 Expectativas do paciente bariátrico

A partir do século XIX, a obesidade passou a ser entendida como resultados de dificuldades e/ou déficits morais e psíquicos. Dessa forma, pessoas obesas passaram a ser vistas como pessoas de baixa autoestima, limitadas intelectualmente, egoístas e covardes. De maneira geral, associava-se a obesidade à falta de caráter e autoindulgência (SEGAL, 2003).

Essas representações negativas das pessoas obesas acarretaram penalizações e visões estigmatizadas dessa enfermidade para aqueles que a possuíam (SEGAL, 2003), visões distorcidas que se acentuaram nos séculos posteriores. A obesidade passou a ser encarada como uma condição que prejudica a saúde das pessoas (REPETTO, 2003), e mais adiante, tornou-se uma questão extensa e complexa, pois a mesma pode se originar por fatores metabólicos, genéticos e psicológicos (SEGAL, 2003).

Tais análises nos permite entender que a preocupação com aqueles que possuem obesidade e as consequências danosas à saúde ocorre há anos, e no mundo contemporâneo ganhou força por ter se tornado uma epidemia (BRASIL, 2014).

Para Stenzel (2004), o que diferencia o passado do presente é a valorização da estética em detrimento da saúde. As pessoas se martirizam com o paradoxo do prazer que a comida proporciona com a obsessão com o controle de peso.

Já Benedetti (2003) salienta a importância da análise psicológica da obesidade, pois a obesidade já é associada a complicações clínicas, o que não se pode dizer sobre a questão psicológica. Vasques (2004), também considera os aspectos psicológicos

como causas e consequências da obesidade, ou seja, eles retroalimentam a condição de obesidade em paralelo a condição clínica e educacional.

O enfermeiro detém o papel do ensino do paciente obeso, de maneira a orientar os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, quanto as dificuldades em aderir ao tratamento, mesmo que estes almejem o emagrecimento. É o enfermeiro que planejará e implementará estratégias para que haja participação do paciente e de seus familiares para que a cirurgia seja bem-sucedida (NEGRÃO, BIANCHI, 2010).

O enfermeiro participa de todo os processos, desde a avaliação do paciente, quanto às instruções dadas a ele e à família sobre o que acontecerá antes, durante e depois da cirurgia. Recomenda-se ainda que haja um acompanhamento psicológico do paciente bariátrico nos anos que virão (recomendado que sejam por 5 anos) para que haja êxito de todo o período pós-operatório (NEGRÃO, BIANCHI, 2010).

Gleiser e Candemil (2006), enfatizam a avaliação psicológica como fator de suma importância para a realização da cirurgia, pois os pacientes demonstram mais acessibilidade e disposição para o enfrentamento de quaisquer dificuldades advindas com a cirurgia.

Marchesini (2006) salienta que, pacientes que procuram a intervenção cirúrgica para se livrar da obesidade, após o processo de emagrecimento manterão, acentuarão ou distorcerão suas particularidades de personalidade após a cirurgia. Por isso é de suma importância que haja a correta orientação por parte dos profissionais de saúde para que a eficácia do tratamento e os objetivos sejam alcançados.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acréscimo de pacientes obesos e conseqüentemente o aumento por cirurgias bariátricas, tornaram-se grandes desafios para os colaboradores da saúde, com destaque neste trabalho de conclusão de curso, os profissionais de enfermagem. Faz-se necessário que haja maior engajamento por parte de todos os envolvidos e que novos estudos sejam realizados para garantir a eficácia nos tratamentos relacionados a obesos cirúrgicos.

Dentre as inúmeras opções para o tratamento da obesidade, o foco principal deste trabalho se baseou no processo cirúrgico. A cirurgia bariátrica pode apresentar tanto benefícios como riscos, os estudos demonstraram que uma vasta quantidade de pacientes apresentava melhoras na saúde quanto o nível de colesterol, glicose, problemas articulares, auto estima entre outros.

Diversas hipóteses confirmam que as orientações aos pacientes podem ser úteis no controle das emoções, mas isso não pode ser tomado como regra. A conduta da enfermagem, visando à diminuição da ansiedade, está relacionada com uma estimativa emocional apropriada e esta, por sua vez, liga-se diretamente à abrangência da subjetividade humana.

A cultura organizacional pode ser considerada uma forma impulsionadora das organizações, pois age sobre as estruturas e componentes. Cabe aos profissionais de enfermagem a busca por tecnologias mais atuais para a organização de seu trabalho, pois a mudança constitui lutas contra os ambientes culturais, profissionais e organizacionais, que impedem que haja conquistas e avanços da profissão.

Análises relacionadas ao nível de satisfação das necessidades psicossociais das informações relacionadas à segurança, ao afeto, e a auto estima, percebidas pelos pacientes, demonstram que as informações devem estar adaptadas às necessidades de cada um, podendo ser concretizadas ou não, pois os seres humanos entendem as situações por meio dos filtros de suas próprias personalidades, de seus exames pessoais passados e problemas presentes.

Vale ressaltar a importância do ensino para o paciente no pré e pós-operatório. O paciente deve ser orientado sobre: cuidados e procedimentos necessários, dúvidas e esclarecimentos, preparo do cuidador e cuidados em domicílio.

Tanto a SAE quanto a SAEP, promovendo a assistência unificada para cada paciente, observando sua recuperação, e prescrevendo cuidados eficazes para uma melhora no quadro, proporcionam a sua alta hospitalar.

Constata-se portanto que as dificuldades dos enfermeiros em prestar cuidados específicos, no período transoperatório, aos pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, se relacionam essencialmente a: espaço físico, mobiliário, aparelhamentos, acessórios e materiais específicos para intubação.

O acompanhamento do enfermeiro e da equipe é fundamental para a recuperação do paciente bariátrico, desde a sua entrada na sala cirúrgica até a ala de internação.

O enfermeiro também pode dar suporte nos pós-operatório através do envolvimento do grupo familiar, para que estes se tornem aptos para receberem e cuidarem do paciente em casa.

Profissionais da especialidade bariátrica de enfermagem atuam em uma área muito complexa que requer enfermeiros com perfis dinâmicos e empreendedores, além de conhecimento técnico, científico e tecnológico. Estes profissionais vivenciam diariamente as circunstâncias de urgência e emergência, exigem consecutivos aperfeiçoamentos relacionados as novas tecnologias, assistências especializadas, gerenciamentos de conflitos e administração das possíveis deficiências estruturais, convivência com a morte, a dor e outras formas de estresse humano.

Esse trabalho de conclusão de curso foi desenvolvido com o intuito de alertar para os problemas relacionados ao excesso de peso e conseqüentemente a obesidade, o que desencadeia dificuldades de saúde futuros, como: problemas cardíacos, aterosclerose nas artérias, diabetes, problemas respiratórios e articulares. Por meio dos diversos textos pesquisados, notou-se o acréscimo deste mal em todo o País, o que levou a mobilização por parte do Governo Federal. Este por sua vez, desenvolveu inúmeros programas de saúde para minimizar e/ou eliminar o problema da obesidade entre a população Brasileira.

Os estudos desenvolvidos ao longo desse trabalho de conclusão de curso, tiveram como intuito a ampla investigação do papel do enfermeiro na prevenção de complicações no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Por fim, enfatizamos a importância do desenvolvimento da assistência aos pacientes bariátricos, com atenção especial a: criação de área e equipe específica para

atendimento de pacientes obesos; aperfeiçoamento da infraestrutura do ambiente hospitalar; ampliação da disponibilidade de mão de obra e capacitação adequada para esta mão de obra; mais incentivo e campanhas governamentais para o estímulo de vida saudável. Essas ações em conjunto, permitirão que os pacientes vivenciem uma experiência mais humanizada e prazerosa.

REFERÊNCIAS

ABC SAUDE. **A obesidade**. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/> Acesso em: 12 abr. 2015.

ADAMS, Tales. Mortalidade a longo prazo após cirurgia de bypass gástrico. **N Engl J Med**; v. 357, n. 753, 2007.

ANDRADE, João. **A cirurgia bariátrica e seus desdobramentos**. São Paulo: Metro, 2014, p. 13.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABOLICA. Revisão crítica do uso do balão intragastrico no tratamento da obesidade. **Revista da ABESO**, ed. Nº7, ano III, abr., 2002. Disponível em:< <http://www.abeso.org.br/pagina/216/revisao+cr%C3%ADtica+do+uso+do+balao+intragastrico+no+tratamento+da+obesidade.shtml>>. Acesso em fev. 2014.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. AORN. **Bariatric surgery guideline**. v.79, n. 5, p. 1026-40, 1043-4, 1047-52, 2004.

BAGATINI, A. Anestesia para cirurgia bariátrica: avaliação retrospectiva e revisão da literatura. **Rev Bras Anesthesiol**. 2006.

BARSH, Geremias. **Genética da regulação do peso corporal**. Rio de Janeiro: Nature. 2000.

BENEDETTI, João. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor. 2003.

BIANCHI ERF, LEITE RCBO. O enfermeiro de centro cirúrgico e suas perspectivas futuras - uma reflexão. **Rev SOBECC**. v. 11, n. 1, p.24-7, 2006.

_____. **Modelos de assistência de enfermagem perioperatória**. São Paulo: Manole, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN: 272/2002**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html Acesso em: 13 abr. 2015.

BRASIL. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em 07 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais da metade da população brasileira tem excesso de peso. 2008**. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/noticias-vigilancia/153-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-tem-excesso-de-peso>>. Acesso em 23 Fev. 2014.

CORTEZ M, et al. Gastroplastia con banda sueca ajustable para el tratamiento de la obesidad severa-mórbida: Resultados de tres años de experiencia. **Metro Cienc**.v.12, n. 2, p. 13-5, 2003.

COUTINHO WF. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: Garrido Junior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 22.

_____. **Etiologia da Obesidade**. 2003. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1564.pdf>>. Acesso em fev. 2014.

COX, Ricardo. **Modelos de ratos e a interpretação do GWAS humano em diabetes tipo 2 e obesidade**. Dis Modelo Mech. 2011.

DIÓGENES, Marcelo. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enfermagem**. 2003.

DRAKE, Rose. **Challenges that nurses face in caring for morbidly obese patients in the acute care setting**. Surg Obes Relat Dis. 2005.

ENGEL SG. **Impact of Weight Loss and Regain on Quality of Life: Mirror Image or Differential Effect?** Obes Res. v.11, n.10, p. 1207-13, 2003.

ELSOLH, A. **Abordagem clínica para o paciente crítico, obesos mórbidos**. Am J Respiratory Critique Care Medicine. v.169, p. 557-561, 2004.

FAINTUCH, J. Considerações nutricionais sobre a cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, 2003.

FAUCI, Ana. **Harrison's principles of internal medicine**. New York: McGraw Hill; 1998.

Foud and Drou Administration (FDA). **Medicamentos que emagrecem**. 2014. Disponível em: <<http://www.fda.gov>> Acesso em 20 mar. 2015.

FELIX, Leonardo. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012.

FEREZ, D. **Anestesia para pacientes com obesidade mórbida**. São Paulo: Atheneu; 2005.

FERRARO, DR. **Laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity**, 2003.

FOSTER, PC. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.

GALVÃO, C.M. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 34-43, out, 2000.

_____. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatoria. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, Ribeirão Preto, set/out, 2002.

GLEISER, Manoel; CANDEMIL, Pedro. **O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica**. São Paulo: Vetor, 2006.

HAWN, Koane. **Management of the surgical weight loss patient**. View Point.; v. 33, n. 2, p.1,6-9, 2011.

LACERDA, RA. **Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico**. São Paulo: Atheneu; 1992.

LACERDA, M. R. Enfermagem: uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, n.2, p. 207-216, abr-jun., 1998.

LADDEN, C. S. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: MEEKER, M. H.; ROTHOROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, p. 3-17, 1997.

LEITE MA. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: indicações, seleção e preparo dos pacientes. **Programa de Auto-Avaliação**. Bol Inform Col Bras Cir. 2003.

LEOPARDI, M. T. **O método como objetificação científica na assistência da enfermagem**. Florianópolis: Texto e contexto, 1995.

MADUREIRA, V. S. F. Os saberes da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57 n. 3, p. 357-360, 2004.

MANCINI, MC. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, 2001.

MARCHESINI, JB. **Consequencias psicológicas posteriores a cirurgia**. São Paulo: Vetor. 2006.

MARCHESINI, JB. “**Scopinarização**” - uma proposta para correção de operações bariátricas mal-sucedidas [resumo]. Anais do Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica, São Paulo, 2001.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELLO, E. **Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudanças de hábitos alimentares e de atividade física em criança obesas?** Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Enfermagem, v. 80, n. 6, p. 468-474, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000800008>. Acesso em fev. 2014.

MOREIRA, Barros, RODRIGUES, Caetano. Nursing diagnoses, interventions and outcomes in the bariatric surgery postoperative care. **Revista Rene**. 2013.

MOURA, André. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospitais filantrópicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2008.

NEGRÃO, Ricardo. **A atuação do enfermeiro na assistência prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica**. São Paulo: Prática Hospitalar. 2006.

NEGRÃO Ricardo, BIANCHI, Eduardo. **Assistência de enfermagem no pós-operatório para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica**. Prática hospitalar. São Paulo: Renove, v. 10, n. 55, p. 151-3.

OLIVEIRA, Cecília L.; FISBERG, Mauro. Obesidade da Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia. **Arq.Brás. Endocrinol Metab**. São Paulo, V. 47, n. 2, p. 107-8, abril, 2003.

ORERA, M. Aspectos genéticos da obesidade. In: Moreno B, Monereo S, Álvarez J. **Obesidad: presente y futuro**. Madrid: Biblioteca Aula Médica, 1997.

PEÑA, Mario. Obesidade e obesos. São Paulo: Reviva. 2004, p. 12.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. População obesa. 2004. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em mar. 2015.

PICOLLI, M.; GALVÃO, M. C. **Enfermagem Perioperatória**: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine, Cascavel: EDUNIOESTE, 2004.

PIERACCI FM. Os cuidados intensivos do paciente bariátrica. **Critic Care Medicine**, 2006, p. 34.

PIVOTTO, Fernandes. **Prescrição de enfermagem**: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. São Paulo: Cogitare Enfermagem. 2004.

REPETTO. A prevalencia, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**. 2003.

ROZA, B. D. A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 95-111, 2005.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **A obesidade**. 2014 Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-cirurgia-bariatrica>>. Acesso em: fev. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBESIDADE. 2014. **Tipos de cirurgias**. Disponível em: <<http://www.cirurgiadeobesidade.med.br/tipos-cirurgia-bariatrica>>. Acesso em: fev. 2015.

SCHOELLER, S.D. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GEOVANINI, T. et al.. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 131-249, 2002.

SEGAL A. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira Psiquiatrica**. 2002.

_____. **Aspectos psiquiatricos da obesidade**. São Paulo: Abeso. 2003.

SILVA, A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira de centro cirúrgico. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 1987.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SNIDER RD. **Precisão de creatinina estimada folga em pacientes obesos com função renal estável no intensiva cuidar unidade**. *Farmacoterapia*, v. 15, p. 747-753, 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas**. 4 ed. São Paulo, 2007.

STENZEL. **O percurso da psicologia no estudo da obesidade**. São Paulo: Abeso. 2004.

SOUZA AE. 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. p. 89-90.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. URSI ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura.

TURRINI RNT. Especialização em enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP/2003: perfil dos candidatos. **Revista SOBECC**. 2003.

VASQUES, Fabiano. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista de psiquiatria clínica**. 2004.

WOLF D, LEHMAN L, QUINLIN R, ROSENZWEIG M, FRIEDE S, ZULLO T, et al. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? **J Nurs Adm**. v. 38, n. 12, p. 532-40, 2008.