



Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente submetido à cirurgia bariátrica no Hospital São Paulo, em Muriaé, MG

Rosana Márcia Titonelli de Souza Elias¹; **Pedro Paulo do Prado Júnior**²,
pedropradojunior@yahoo.com.br

1. Bacharel da primeira turma de Enfermagem da Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé;
2. Mestre em Ciências, Saúde e Ambiente pelo Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), Niterói, RJ; professor na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé.

Artigo recebido em 14/08/08 e aprovado em 30/08/08.

RESUMO: Este artigo demonstra a importância do papel do enfermeiro na assistência ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. Nossa pesquisa avaliou 65 clientes bariátricos nas fases pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, no período de novembro de 2004 a abril de 2007.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, assistência, enfermagem.

RESUMEN: Actuación del enfermero en la asistencia al paciente sometido a una cirugía bariátrica en el Hospital São Paulo, en Muriaé, MG. El artículo demuestra la importancia del papel del enfermero en la asistencia al paciente sometido a una cirugía bariátrica. Nuestra pesquisa analizó 65 clientes bariátricos en las fases pre-operatoria,



transoperatória y posoperatória, en el periodo de 2004 a Abril de 2007.

Palabras llaves: cirugía bariátrica, asistencia, enfermería.

ABSTRACT: Action of the nurse in the aid to the patient submitted to the stomach surgery at Hospital São Paulo, in Muriaé, MG. This article shows the importance of the nurse role in the aid to the patient submitted to the stomach surgery. Our research evaluated 65 clients in the phases before, during and after surgery, in the period between November, 2004 and April, 2007.

Keywords: stomach surgery, aid, nursing.

Introdução

A maioria dos indivíduos obesos busca meios de perder peso, como dietas milagrosas, drogas supressoras de apetite, terapias comportamentais, muitas vezes sem acompanhamento médico e, geralmente, sem obter o resultado esperado. Pessoas com obesidade moderada podem obter êxito com algumas dessas alternativas, mas a maioria dos indivíduos com peso excessivo não consegue emagrecer a contento. Nesses casos, de obesidade severa ou mórbida, a cirurgia bariátrica é a conduta mais indicada.

A partir desse contexto, investigamos 65 clientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, no Hospital São Paulo, em Muriaé (MG) no período de novembro de 2004 a abril de 2007.

I – Fundamentação teórica

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Tal excesso dá-se, “segundo conceito generalizado”, por ingestão calórica que sobre passa o gasto calórico. Nestas circunstâncias, seria correto supor que, na fisiopatologia da obesidade, apenas dois fatores deveriam ser considerados: a ingestão e a queima calórica. Sabemos, no entanto, que outros fatores intervêm na gênese da obesidade, entre os quais destacamos a maior capacidade de produzir gorduras e uma menor oxidação de gorduras.

Segundo Mancini (2003, p. 1), a obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e vem adquirindo proporções epidêmicas alarmantes, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna.

Um estudo, comparando três avaliações transversais de base populacional nos anos de 1975, 1989 e 1996, revelou o aumento considerável no número de pessoas obesas no Brasil (MONTEIRO, 1998, p. 15-31).

Existem dois diagnósticos iniciais para se detectar a obesidade: o índice de massa corpórea (IMC) e o de presença de adiposidade visceral. Há também o diagnóstico de doenças associadas, através do qual são detectados fatores de risco do paciente. (MANCINI, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) 1999 classifica a obesidade, quando o IMC encontra-se acima de 30 kgm⁻². Quanto à gravidade, a OMS, de acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, classifica obesidade da seguinte forma: grau I, quando o IMC encontra-se entre 30 e 34,9 kgm⁻²; grau II, quando IMC está entre 35 e 39,9 kgm⁻²; e o grau III quando o IMC ultrapassa 40 kgm⁻².

A obesidade de grandes proporções, também chamada de obesidade mórbida, é reconhecida como condição grave e se inclui na esfera cirúrgica por implicar três conseqüências: piora da qualidade de vida; redução da expectativa de vida; e altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos usuais (LINS; BARBOSA; BRODSKY, 1999).

1.1 – Classificação da obesidade

Existem duas maneiras de classificar indivíduos com excesso de peso e obesidade: a anatômica e etiológica. A primeira está relacionada às características anatômicas do tecido adiposo e da distribuição da gordura corporal; já a segunda relaciona-se com as várias doenças neuroendócrinas que podem estar associadas ao desenvolvimento da obesidade: obesidade hipotalâmica, hipotireoidismo, deficiência de hormônio do crescimento (GH), síndrome de Cushing, e síndrome dos ovários policísticos, e ainda o ganho de peso induzido por medicamentos, incluindo-se aqui agentes psicoativos e hormônios.

O ganho de peso também é muito comum em indivíduos que param de fumar, principalmente no período da síndrome de abstinência de nicotina. Segundo a literatura, esse ganho é de um a dois quilos nas primeiras semanas e, freqüentemente, é seguido de ganho de peso adicional de dois a três quilos nos quatro meses seguintes à interrupção do hábito de fumar.

Mancini (2003) destaca como fatores causadores da obesidade a vida sedentária, alimentação incorreta, fatores psicológicos e sociais, fatores étnicos, e doenças genéticas e congênitas (2003).

1.2 – Obesidade mórbida e afecções associadas

A obesidade mórbida é uma das doenças que mais mata no mundo. Na América Latina, é provável que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência das comorbidades relacionadas com a obesidade (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doença coronariana, apnéia do sono, câncer, entre outras). A taxa de mortalidade para obesos mórbidos é 12 vezes maior entre homens com 25 a 40 anos, quando comparada a indivíduos de peso normal.

Nos clientes que apresentam obesidade mórbida, a abordagem clínica geralmente é ineficaz e a cirurgia bariátrica se impõe como importante opção de tratamento.

São candidatos para o tratamento cirúrgico os clientes com IMC maior que 40 kgm^{-2} ou IMC maior que 35 kgm^{-2} portadores de comorbidez. A seleção de clientes requer um tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e a história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados. A cirurgia está, normalmente, contra-indicada em clientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio, cirrose hepática, distúrbios psiquiátricos graves ou dependência de álcool ou drogas.

II – A história da cirurgia bariátrica

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50 e, com o passar dos anos, as técnicas foram sendo aperfeiçoadas. Quanto melhores os resultados, maior sua divulgação e aceitação, tanto na visão dos médicos, como entre os clientes (NASSER; ELIAS, 2003). A partir de 1980, Edward Mason, considerado o pai da cirurgia da obesidade moderna, introduziu a gastroplastia vertical com bandagem. Trata-se da septação vertical do estômago proximal com grampeador, delimitando uma pequena câmara na região da cárdia, com capacidade de cerca de 20 ml. Sua saída é restrita por um anel de Marlex, que determina um diâmetro de passagem interna de aproximadamente 1,2 cm. Esta operação resulta, a longo prazo, em perto de 20% de perda de peso, em média. Clientes com hábito de ingestão de doces em abundância têm resultados mais desapontadores (GARRIDO JÚNIOR, 2001).

Erroneamente, a cirurgia bariátrica passou a ser vista pelos obesos como solução mágica, capaz de resolver todos os seus problemas (NASSER; ELIAS, 2003). O gerenciamento clínico do cliente de obesidade mórbida requer um preparo meticuloso no pré, trans e pós-operatório. O planejamento pré-operatório é essencial, a fim de se obter excelente resultado (NEGRÃO; BIANCHI,

2006). É relevante o papel da equipe multidisciplinar - psicólogo, anestesista, enfermeiro, nutricionista e serviço social -, na atenção aos cuidados primários, identificando os riscos que possam interferir no curso da cirurgia.

III – O enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar na assistência aos clientes submetidos à cirurgia bariátrica

O enfermeiro que participa do atendimento ao cliente obeso tem papel primordial na orientação dele, pois é sabido que ele tem dificuldade de adesão ao tratamento, apesar de ter vontade de emagrecer.

A obesidade, uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, exige tratamento que envolva várias abordagens: nutricional, uso de medicamentos antiobesidade e prática de exercícios físicos (SEGAL; FANDIÑO, 2002). Entretanto, vários clientes não respondem a essas manobras terapêuticas, necessitando de intervenção mais eficaz. A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo e se baseia numa análise abrangente de múltiplos aspectos do cliente.

O enfermeiro, conhecedor desse perfil, deve planejar e implementar estratégias para possibilitar a efetiva participação do cliente e sua família na promoção do sucesso da cirurgia. Para tanto, deve conhecer as propostas cirúrgicas, suas vantagens e desvantagens, e participar da equipe multidisciplinar que assiste o obeso e família.

O cliente obeso deve ser avaliado minuciosamente, devido às muitas comorbidades que geralmente acompanham esta patologia. Os riscos cirúrgicos e anestésicos são muitos maiores no cliente obeso em relação ao não-obeso (LINS; BARBOSA; BRODSKY, 1999). Os exames pré-cirúrgicos, como o da função cardiovascular, são pré-requisitos fundamentais (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

No pré-operatório, o cliente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais atravessará. A cirurgia bariátrica deve ser contra-indicada em qualquer caso em que o cliente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

3.1 – Atuação do enfermeiro aos clientes submetidos à cirurgia bariátrica

O período pré-operatório é propulsor de adesão ao tratamento proposto e o enfermeiro participa ativamente desse período. Ele é o responsável pela

orientação e vinculação do cliente à unidade na qual ele se submeterá à cirurgia bariátrica. Os cuidados com o candidato à cirurgia incluem participação nas reuniões do grupo que está pretendendo passar pelo ato cirúrgico, e presença nas consultas individuais com todos os membros da equipe que o atenderá (SMELTZER; BARE, 2002).

Nesta fase, o enfermeiro acompanha passo a passo, com a consulta de enfermagem, a anamnese da história e dos antecedentes clínicos do cliente, para que a indicação cirúrgica represente o mínimo de risco possível para o cliente. O enfermeiro verifica, de maneira geral, o estado de saúde do paciente, interrogando-o sobre sintomas cardiovasculares, respiratórios, endócrino-metabólicos, digestivos, osteomusculares, neurológicos, psicológicos e distúrbios psiquiátricos. Avalia também os hábitos alimentares, se é fumante, se ingere bebidas alcoólicas ou drogas. Com relação aos antecedentes, é muito importante registrar doenças graves e operações, principalmente do aparelho digestivo. Investiga, também, se o cliente faz uso de medicação controlada, aspecto que será analisado pelo médico (SMELTZER; BARE, 2002).

Na fase transoperatória, o enfermeiro é membro conciliador entre a equipe multidisciplinar e o cliente. Como membro integrante da equipe cirúrgica, acompanha a evolução técnico-científica e intervém em caso de intercorrências intraoperatória. Nessa fase, o enfermeiro redobra sua atenção, pois podem aparecer complicações diversas como, por exemplo, trombose venosa profunda, que se caracteriza por obstrução aguda à drenagem venosa dos membros inferiores (SMELTZER; BARE, 2002).

Na fase pós-operatória, o enfermeiro observa se não estão acontecendo complicações como peritonite, obstrução estomacal, úlceras de estômago, atelectasia e pneumonia, tromboembolismo, e desequilíbrios metabólicos de vômitos prolongados e diarreia. Nesta fase, a alimentação oral é administrada pela equipe de enfermagem, que obedece rigorosamente a quantidade de líquido e horários prescritos. Outros procedimentos também são seguidos à risca. Entre eles, a manutenção da cabeceira do leito em, no mínimo, 45 graus, para que a pressão do abdome no diafragma tenha maior volume circulante; e o encorajamento do cliente a tossir e respirar profundamente. O enfermeiro também observa se está havendo o aparecimento de úlceras na pele, pois a integridade desta é de muita relevância para os que sofreram a cirurgia bariátrica (SMELTZER ; BARE, 2002).

Por fim, os clientes bariátricos devem passar por um processo de reeducação alimentar, talvez a etapa mais difícil para esses clientes. Cabe ao enfermeiro, junto com o psicólogo, sempre obedecendo às instruções médicas, acompanhar o cliente, orientando-o na dieta (ZAGO, 1993).

IV – Apresentação de dados

Após a análise dos dados obtidos nos prontuários dos clientes submetidos à cirurgia bariátrica, observou-se que a faixa etária desses clientes é bastante abrangente conforme Gráfico 1.

Questionou-se o real motivo de uma pessoa se submeter a um procedimento desse tipo, o qual irá influenciar muito em suas atividades e vida diária. Constatou-se desde uma necessidade fisiológica, uma condição de saúde ou estética. No Gráfico 2, demonstraram-se as proporções de homens e mulheres que se submetem à cirurgia a cirurgia.

Um dado considerado importante para avaliação está relacionado à classe social (Gráfico 3) pelo fato de se poder avaliar se a obesidade está relacionada à qualidade alimentar, orientação em saúde no que diz respeito à alimentação, acesso atendimento especializado em relação a cuidados com a alimentação.

Apesar do Gráfico 3 demonstrar que um número superior de clientes submetidos à cirurgia bariátrica é de classe média, vale ressaltar que apenas 12,3% das cirurgias foram realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e 87,7%, foram realizadas por planos de saúde e particulares.

Quanto ao nível de escolaridade, deve-se avaliar se este não é um fator contribuinte para o desenvolvimento da obesidade, principalmente em relação ao entendimento ou ao acesso às orientações nutricionais. O Gráfico 4 demonstra o nível de instrução dos clientes operados.

Das 65 cirurgias bariátricas realizadas no Hospital São Paulo, no período analisado, novembro de 2004 a abril de 2007, apenas um cliente faleceu. Os outros 64 obtiveram o resultado esperado. Durante o acompanhamento desses clientes pela equipe multidisciplinar, da qual faz parte o enfermeiro, foram seguidos todos os procedimentos prescritos, fato que contribuiu para resultados gerais positivos.

Identificou-se na pesquisa que a maioria dos clientes bariátricos é de cor branca (78,4%), seguido por clientes de cor negra (10,7%) e cor parda (10,7%);

V – Considerações finais

Devido às proporções que a obesidade vem tomando no Brasil e a sua interferência na qualidade de vida dos obesos, cresce o número de cirurgias bariátricas, recomendadas apenas após outras tentativas infrutíferas de emagrecimento. No Hospital São Paulo, de novembro de 2004 a abril de 2007, foram submetidos a essa cirurgia 65 pacientes. Todos foram acompanhados, assistidos e orientados sobre os procedimentos pré-operatórios, transoperatórios e pós-operatórios. Nesse contexto, ficou claro o papel do enfermeiro, que deve apli-

TABELA 1 Faixa etária dos clientes que se submetem à cirurgia bariátrica

Faixa etária	Faixa etária
Menores de 20 anos	2
De 20 a 30 anos	24
De 31 a 40 anos	15
De 41 a 50 anos	14
Mais de 50 anos	10
Total	65

GRÁFICO 1 Proporção de homens e mulheres que se submetem à cirurgia a cirurgia

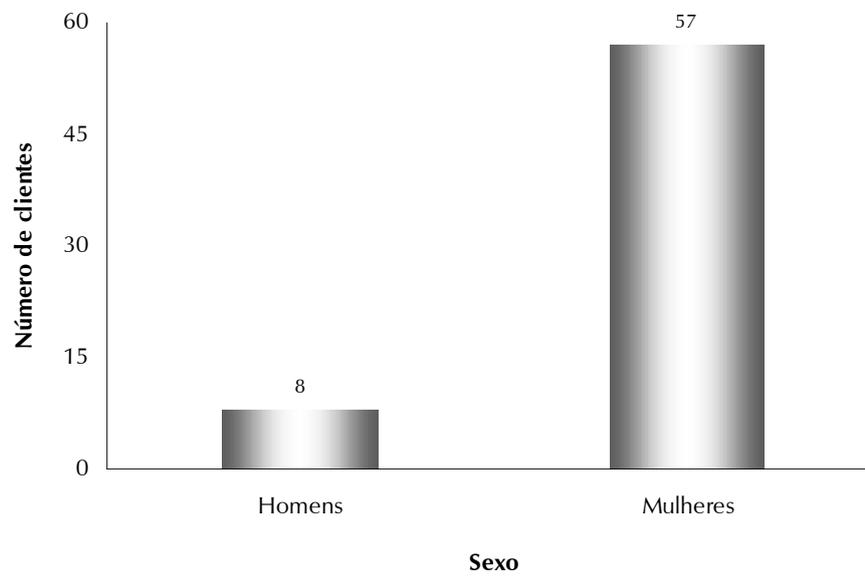


GRÁFICO 2 Classe social dos que se submetem à cirurgia

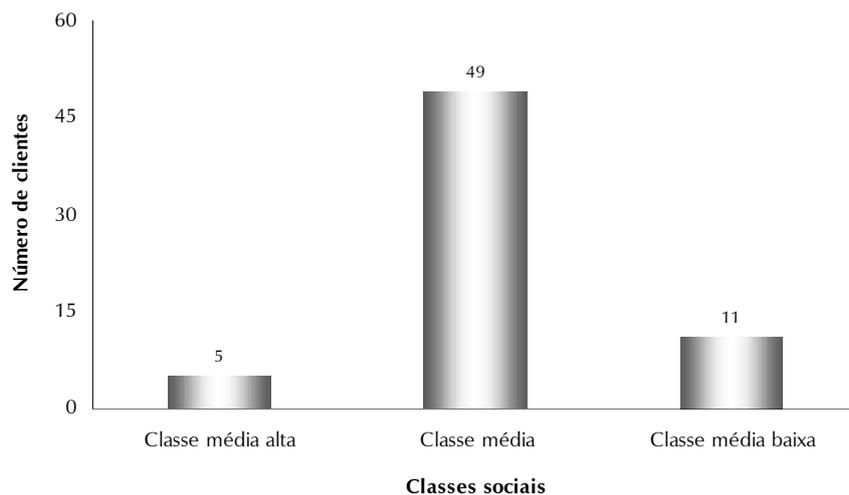
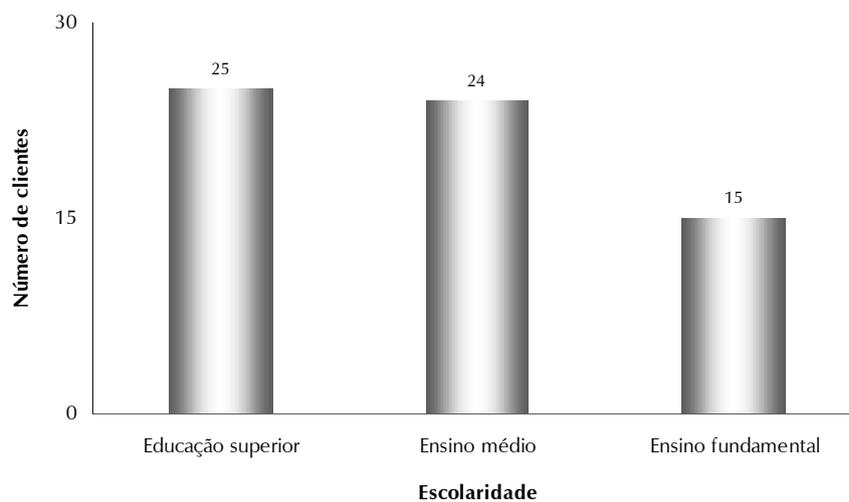


GRÁFICO 3 Grau de instrução dos clientes que se submetem à cirurgia



car seu conhecimento técnico-científico para informar ao cliente bariátrico sobre o tratamento em geral, cuidando para que essas informações possam ser revertidas em benefício de sua recuperação. O sucesso da cirurgia na amostra pesquisada deveu-se ao posicionamento correto da multidisciplinar integrada, incluindo-se aí o enfermeiro, que fica praticamente 24 horas ao lado do cliente. Observou-se também que nem sempre os clientes que possuem plano de saúde pertencem a classes abastadas e que, ainda, são atendidas pessoas contempladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências bibliográficas

- GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. Cirurgia da obesidade mórbida: como estamos. **Revista Abeso**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 19-25, out. 2001.
- LINS, A. A. A.; BARBOSA, M. S. A; BRODSKY, J. B. Anestesia para gastroplastia no paciente obeso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 282-287, 1999.
- MANCINI, C. Marcio. Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JÚNIOR, Athur B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- MONTEIRO, C. Epidemiologia da obesidade. In: HALPERN, A. et al. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 15-31.
- NASSER, Daoud; ELIAS, Alexandre Amado. Indicações de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: GARRIDO JÚNIOR, Athur B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
- OLIVEIRA, Verenice Martins de; LINARDI, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- SEGAL, A; FANDIÑO, J. Indicações e contra indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 68-72, dez. 2002.
- SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- ZAGO, M. M. F. Considerações sobre ensino do paciente cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 67-71, abr. 1993.