



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

GESIEL MARQUES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À
GASTROPLASTIA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

Assis

2015

GESIEL MARQUES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À
GASTROPLASTIA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto
Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do
Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Daniel Augusto da Silva

Área de Concentração: Ciência da Saúde

Assis

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

M357a MARQUES, Gesiel.

Assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia / Gesiel Marques. -- Assis, 2015.

p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). -- Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientador: Ms. Daniel Augusto da Silva

1. Obesidade-cirurgia 2. Gastroplastia 3. Enfermagem

CDD 616.398

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À GASTROPLASTIA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

GESIEL MARQUES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof. Ms .Daniel Augusto da Silva

Assinatura: _____

Banca: Prof . Ms. Rosangela Gonçalves da Silva

Assinatura: _____

Assis

2015

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus familiares, que passaram grande parte do tempo me mostrando o caminho certo a ser seguido, caminhando junto comigo, transmitindo energias positivas, ensinando o sentido da vida e o valor que ela tem. Mesmo que não conheçam a universalidade estavam dispostos a caminhar comigo para a realização deste sonho, que não é só meu, mas sim deles também que confiam e acreditam no meu potencial. Obrigado, por nunca desistirem de mim, e este trabalho é apenas uma oportunidade de dizer a vocês o quanto eu vou me dedicar dentro deste investimento e durante a minha carreira como Enfermeiro.

AGRADECIMENTOS

Neste momento importante da minha vida, agradeço ao Senhor Jesus por me dar forças e no meio de tantas dúvidas fazer enxergar as respostas e as escolhas certas. Da mesma forma, sou grato a minha esposa e minha família que me motivarão durante todo esse tempo, obrigado FORMANDOS Por ter a paciência de me ensinar as maneiras corretas de lidar com as diversas situações, de me dar um ombro amigo, quando me encontrava desanimado, pronto pra desistir e principalmente por estar no meu lado todo esse momento. Entre muitos, acredito que somos os mais vitoriosos, pois construímos uma amizade fiel, juntos nos tornamos mais fortes, e assim permanecendo essa amizade para sempre. Obrigado a meu grupo de estágio pela amizade e compartilhamento de conhecimento, dentro e fora do campo de estágio.

Agradeço a todos os professores, em estar despertando por meio de conhecimentos exercício da enfermagem, desempenhando com destreza a valorização desta profissão. Assim, agradeço meu orientador pela disposição em estar realizando este trabalho em meio de tanta burocracia, porém com pensamentos positivos que conseguimos juntos a concluir mais uma etapa dessa profissionalização. Sinto grato também aos que me ajudaram a finalizar alguns pontos do trabalho. E assim agradeço a todos que contribuíram para desenvolvimento de minha graduação, guardando comigo os bons momentos desse primeiro e grande passo da minha vida.

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica e vem se compondo como um fenômeno mundial relevante de saúde pública no mundo. Os tratamentos existentes são farmacológicos e não farmacológicos, nos pacientes que apresentam obesidade mórbida, a abordagem clínica geralmente é ineficaz e o tratamento cirúrgico se impõe como a única opção de tratamento.

Desta forma este estudo tem como objetivo geral identificar e analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido à gastroplastia, bem como analisar a popularização da gastroplastia no Brasil, identificar a assistência de enfermagem especialmente ao paciente submetido à gastroplastia, pontuar a importância do papel do enfermeiro ao paciente submetido à gastroplastia.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, tendo como fonte de busca a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), descritores em ciências da saúde (DeCS) - Enfermagem, Obesidade, Tratamentos, Gastroplastia e Cuidados de Enfermagem. Foram identificados 26 (100%) artigos, desses artigos, 19 (73%) foram analisados após serem selecionados de acordo com critérios estabelecidos como, somente trabalhos publicados na íntegra, em idioma português e com a temática assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia, desses estudos foi possível identificar os seguintes diagnósticos: Diarreia/Constipação, Distúrbio da imagem corporal, Dor aguda, Estilo de vida sedentário, Integridade da pele prejudicada, Integridade social prejudicada, Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais, Padrão do sono perturbado, Padrão respiratório ineficaz, Proteção ineficaz, Risco de aspiração, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Risco de infecção, Risco de queda. Após foi elaborado um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia.

Enfatiza-se a importância do enfermeiro ao pós-operatório oferecendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chaves: Enfermagem, Obesidade, Gastroplastia

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease and has been writing as a relevant global phenomenon of public health in the world. Existing treatment non-pharmacological and pharmacological, in patients with morbid obesity, the clinical approach is generally ineffective and surgical treatment is imposed as the only treatment option.

Thus this study has the general objective to identify and analyze the nursing care provided to patients undergoing gastroplasty, and analyze the popularization of gastroplasty in Brazil, identify the nursing care especially to patients undergoing gastroplasty, scoring the important role of nurse to patients undergoing gastroplasty.

This is a bibliographic research, with the search source database LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences), descriptors in Health Sciences (DeCS) - Nursing Obesity Treatments, gastroplasty and Care Nursing. We identified 26 (100%) articles, these articles, 19 (73%) were analyzed after being selected according to criteria such as, only papers published in full, in Portuguese language and thematic nursing care to patients undergoing gastroplasty , these studies were identified the following diagnoses Diarrhea / constipation , disorders of body image , Acute pain , sedentary lifestyle, impaired skin integrity , impaired social integrity, unbalanced nutrition: more than body requirements , Standard disturbed sleep , Ineffective breathing pattern , ineffective protection, Risk aspiration , fluid volume imbalance risk, infection risk , fall risk. After it designed a protocol of nursing care for patients undergoing gastroplasty. It emphasizes the importance of nurses to postoperative offering a better quality of life to the patient.

Keywords: Nursing , Obesity , Gastroplasty

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. PROBLEMATIZAÇÃO	12
3. FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE	13
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 A OBESIDADE	15
5.2 CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE	17
5.3 TRATAMENTOS PARA OBESIDADE	19
5.4 A GASTROPLASTIA	21
5.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À GASTROPLASTIA	23
6. METODOLOGIA	25
7. RESULTADOS	26
7.1 DIARREIA – CONSTIPAÇÃO	26
7.2 DISTÚRPIO DA IMAGEM CORPORAL	26
7.3 DOR AGUDA	26
7.4 ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO	27
7.5 INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	27
7.6 INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA	28
7.7 NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIOR DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	28
7.8 PADRÃO DE SONO PERTURBADO	29
7.9 PADRAO RESPIRATORIO INEFICAZ	29
7.10 PROTEÇÃO INEFICAZ	30
7.11 RISCO DE ASPIRAÇÃO	30

7.12 RISCO DE DESEQUILIBRIO DO VOLUME DE LIQUIDOS	30
7.13 RISCO DE INFECÇÃO.....	31
7.14 RISCO DE QUEDA	31
7.15 DISTÚRBO DA IMAGEM CORPORAL	32
8. PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À GASTROPLASTIA	33
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata de uma pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia ou cirurgia bariátrica.

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo (VIANA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a obesidade coincide com um aumento de peso, mas nem todo o aumento de peso está relacionado à obesidade, a exemplo de muitos atletas, que são “pesados” devido à massa muscular e não adiposa.

A obesidade é definida como uma doença metabólica de procedência genética, agravada pela exposição a fenômenos sociais, culturais, ambientais e econômicos, associada à outros fatores como idade, sexo, raça e o sedentarismo. Caracterizada por uma enfermidade crônica, hoje em dia corresponde a uma epidemia global, sendo responsável por morte precoce em consequência de uma série de patologias associadas, principalmente as de origem cardiovascular e diabetes (GARRIDO, 2000).

No Brasil, estima-se que 20% das crianças sejam obesas e que cerca de 32% da população adulta apresentem algum grau de excesso de peso, equivalendo 25% casos mais graves. A obesidade é um problema sério em todas as regiões do país, mas a situação é mais crítica no Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para Tavares et al. (2010), a obesidade tornou-se problema de saúde pública, onde as consequências para a saúde são várias e depende do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que comprometem diretamente a qualidade de vida.

A obesidade mórbida é uma das doenças com elevado percentual de mortalidade. Na América Latina, estimam-se óbitos, anualmente, em decorrência de comorbidades relacionadas à obesidade. A terapêutica do paciente obeso deve envolver um plano de reeducação alimentar, atividade física e uso de agentes anti-obesidade, porém nos pacientes que apresentam obesidade mórbida, a abordagem clínica geralmente é

ineficaz e o tratamento cirúrgico se impõe como a única opção de tratamento (TANAKA, PENICHE 2009).

Atualmente, a gastroplastia vem sendo o principal tratamento para a redução de peso e a melhora das comorbidades associadas à obesidade, pois, é uma forma de tratamento para a obesidade mórbida e tem sido considerado o método mais eficaz para a perda de peso, desde que o paciente seja bem orientado pela equipe multidisciplinar (VIANA, 2009).

Independente de qual técnica cirúrgica realizada é de extrema importância à presença de um profissional enfermeiro, no acompanhamento, ao paciente submetido à gastroplastia, mesmo sendo pouco visto e estudado é necessário que haja amplitude do presente tema para obter um melhor resultado autocuidado do paciente e para o alcance do sucesso da cirurgia (NEGRÃO, 2006).

Para Tavares (2007), o enfermeiro tem um papel muito importante durante o tratamento e na recuperação, pois o enfermeiro é quem irá ajudá-lo a reconhecer suas fraquezas, e, em função delas, constatará que pacientes obterão sucesso ou não na cirurgia. É compreendido que o enfermeiro deverá fazer novas implementação, aderindo às dificuldades de cada paciente. É imprescindível que o enfermeiro esteja sempre alerta a qualquer alteração do quadro clínico do paciente cirúrgico, sabido de sua atuação e seja capaz de intervir quando necessário.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

Com o crescimento da tecnologia, conseqüentemente leva ao sedentarismo, comodidade, acarretando excesso de peso (COSTA, *et al.* 2004).

A epidemia mundial de sobrepeso e obesidade afeta quase 1,7 bilhões de pessoas no mundo inteiro. Nos Estados Unidos, dois terços da população têm sobrepeso e metade é obesa. No Brasil entre 1 e 2% da população adulta exhibe obesidade grau III ou mórbida (IMC > 40 Kg/m²). Isto implica que, pelo menos, 1,5 milhões de pessoas no Brasil são obesos mórbidos (GELONEZE; PAREJA, 2006, p.24-25).

No Brasil, o avanço das técnicas cirúrgicas e a popularização da cirurgia promoveram a expansão dos cuidados de enfermagem para essa clientela. Contudo, apesar da importância da temática e do interesse de vários países nesse assunto, a atuação da enfermagem nessa área ainda está voltada para diretrizes médicas, haja vista o pouco número de publicações realizadas em nosso país, voltadas, especificamente, para a assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica (FELIX, *et al.* 2012).

Ao analisar o tema desta pesquisa foi observada pouca abordagem em meio científico, emergindo a necessidade de compreender mais acerca do assunto, proporcionando aos leitores profissionais reflexões a respeito das dificuldades para poderem rever estratégias para a melhora do problema.

Assim este estudo é pautado na questão norteadora:

- Quais os cuidados de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia e sua importância para a recuperação do paciente?

3. FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE

Como membro importante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro está presente em todo o período perioperatório, procurando acompanhar a evolução técnico-científica da cirurgia, aprofundando os conhecimentos adquiridos, de modo a atuar efetivamente na assistência ao paciente cirúrgico. Uma dessas formas de atuação é representada pela ação educativa do enfermeiro junto ao paciente, promovendo o desenvolvimento de atitudes e estratégias novas, frente a um problema específico de saúde

O enfermeiro tem papel importante no cuidado à pacientes submetidos à gastroplastia, pois os mesmos encontram dificuldades nas mudanças necessárias em sua vida, como o uso de medicação (se necessário), aceitação de ter uma doença, e mudanças em seus hábitos como redução de peso, adoção de um plano de alimentação adequado, realização de atividades físicas e consumo de álcool moderado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entende-se que a assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia, cenário com várias pesquisas, porém dada pouca importância pelos profissionais da enfermagem buscar conhecimentos destes para realizar uma melhor assistência ao paciente, entretanto mesmo diante de muitos estudos, o tema é relevante para pesquisas. Isto, associado ao fato do autor ter vivenciado a experiência como paciente, o motivou a proposta do presente estudo.

Cabe, assim aos profissionais de saúde, em especial à Enfermagem, trabalhar no sentido de desenvolver estratégias capazes de mobilizar os obesos mórbida para a adoção e manutenção de comportamento saudável, antes e após a realização do procedimento cirúrgico.

Portanto, a finalidade do mesmo é contribuir com o aprofundamento do conhecimento na área de enfermagem, principalmente no que se refere aos cuidados de enfermagem que proporcionará uma melhor qualidade de vida ao paciente submetido à gastroplastia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a popularização da gastroplastia no Brasil
- Identificar e analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido à gastroplastia.
- Pontuar a importância do papel do enfermeiro ao paciente submetido à gastroplastia.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A OBESIDADE

A obesidade é consequência de acúmulo de gordura no organismo, devido à sua ligação com várias complicações metabólicas, podem causar risco à saúde. Pode se dizer que é um agravo de caráter multifatorial, pois suas causas estão relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Abordar-se de uma doença e de um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e *Diabetes mellitus* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para Garrido (2000), a obesidade de grandes proporções, também chamada de “Obesidade Mórbida”, é reconhecida como condição grave, que se inclui na esfera cirúrgica, em consequência de piora da qualidade de vida, devido à alta frequência de morbidade associada; redução da expectativa de duração da vida e altíssima probabilidade de fracassos dos tratamentos conservadores (perda de peso insuficiente e recidiva), baseado na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapia e exercícios físicos.

Segundo Felix e Nóbrega (2009), a obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo, e que afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo. Está diretamente relacionada ao surgimento de doenças como diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, coronariopatias, doenças respiratórias e muitos tipos de câncer.

Obesidade é uma enfermidade de etiologia multifatorial que abrange aspectos ambientais, comportamentais, psicossociais, endócrinos e genéticos é um desvio nutricional importante que está crescendo exponencialmente no Brasil e no mundo (ARAÚJO *et al.* 2010).

Após tornar-se obeso, o indivíduo desenvolve inúmeras outras patologias denominadas de comorbidades. Esse quadro de comorbidez tem como definição, o estado patológico causado e agravado pelas dificuldades de controle e pela presença do excesso de peso, com falta da perda ponderal. Há trabalhos indicando que a morbi-

mortalidade relacionada à obesidade é 12 vezes maior no homem adulto obeso (FRANKE, 2012).

5.2 CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

O diagnóstico do estado nutricional envolve diferentes etapas que são: avaliação antropométrica, dietética, clínica, laboratorial e psicossocial, tendo como objetivo realizar o diagnóstico e identificar a intervenção necessária. Uma vez que as condições nutricionais podem ser expressas também pelas medidas corporais, um dos métodos mais empregados para a avaliação do estado nutricional é a antropometria, que consiste na medição das dimensões corporais (BRASIL, 2004).

Existem várias maneiras de classificar e diagnosticar a obesidade, o parâmetro utilizado mais usual é o do índice de massa corporal (IMC). O IMC é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado, $IMC = \text{Peso atual (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. É o padrão utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que identifica o peso adequado quando o resultado do cálculo do IMC está entre 18,5 e 24,9. Para ser considerado obeso, o IMC deve estar acima de 30. (SEDM, 2014).

Interpretação do IMC		
IMC	Classificação	Obesidade (grau)
Menor que 18,5	Baixo peso	0
Entre 18,5 e 24,9	Normal	0
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso	I
Entre 30,0 e 39,9	Obesidade	II
Maior que 40,0	Obesidade Grave	III

TABELA 1 – Interpretação do índice de massa corporal (In: SBEM, 2014).

Segundo Brasil (2006), ainda que o IMC seja uma medida simples e de fácil uso para os serviços, a distribuição regional de gordura está mais relacionada com a variação do risco de adoecer e morrer do que simplesmente o total de gordura corporal. A obesidade central está correlacionada a risco somado de várias doenças, inclusive o risco de doenças cardiovasculares e diabetes não insulino-dependente.

Existem alguns métodos utilizados para a avaliação da gordura abdominal (localização central) como a relação cintura/quadril - RCQ, que consiste num indicador complementar para o diagnóstico nutricional, uma vez que tem boa correlação com a gordura abdominal e associação com o risco de morbimortalidade (BRASIL, 2004).

5.3 TRATAMENTOS PARA OBESIDADE

O tratamento clínico da obesidade é difícil, não apenas para conseguir emagrecer, mas, conservar a perda de peso, especialmente nos grandes obesos. Seu tratamento abrange várias abordagens, sendo os pilares mais importantes para o tratamento à orientação dietética, atividade física, terapia comportamental e uso de fármacos antiobesidade (FRANKE, 2012).

Para Júnior (2003), o tratamento clínico da obesidade também, é complicado, pois não somente o emagrecimento, mas a manutenção da perda de peso, não é possível para a maioria dos obesos. Os resultados dos tratamentos farmacológicos são avaliados com objetivos do tratamento da obesidade para atingir um peso saudável e não o ideal.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o tratamento para a obesidade depende da gravidade da doença. Em alguns fatos, são necessários medicamentos ou até mesmo intervenções cirúrgicas. Entretanto, existem recomendações gerais adequadas para a grande maioria dos obesos: educação (ou reeducação) alimentar, atividade física e a participação familiar e comunitária nesse processo.

Na orientação dietética, a reeducação alimentar é fundamental para uma alimentação saudável, devendo ser observados os aspectos do valor calórico dos alimentos, da composição dos nutrientes com atenção para preparação dos alimentos, redução do consumo de álcool, mastigação adequada e refeições fracionadas (FRANKE, 2012).

Para Tavares *et al.* (2010), o tratamento convencional, produz resultados insatisfatórios para obesos de grau III, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até dois anos.

No tratamento cirúrgico, inclui vários tipos de cirurgia, mas os mecanismos cirúrgicos básicos para o controle da obesidade são os procedimentos restritivos (mecanismo de restrição) e os disabsortivos (má absorção dos alimentos ingeridos), além do procedimento misto (combinam procedimentos restritivos e disabsortivos). A técnica restritiva consiste no fechamento de uma porção do estômago com sutura, diminuindo o reservatório gástrico de 30 a 50 ml, ocorrendo a limitação da ingestão de volumes grandes de alimentos sólidos e retarda o esvaziamento gástrico pelo anel de

contenção, existem várias formas de fazê-la como: cerclagem dentária, balão intragástrico, gastroplastia vertical restritiva de mason, e banda gástrica ajustável por laparoscopia. As técnicas disabsortivas são conhecidas como “desvios do intestino”. Já as técnicas mistas associam a restrição do volume de alimento com a disabsorção, mas com desvio intestinal menos, a técnica de By-pass Gástrico com Y de Roux ou Cirurgia de Fobi-Capella é a mais realizada, entre todos tipos de cirurgias bariátricas no mundo (FRANKE, 2012).

Conforme Felipo (2000 apud TAVARES, 2007), hoje em dia a melhor opção é a cirurgia de Fobi Capella ou tecnicamente, a Gastroplastia em Y de Roux. Os resultados desse procedimento são extraordinários, com perda média de 30 a 40% do peso e de 70 a 80% do sobre peso entre 12 a 18 meses depois da internação.

5.4 A GASTROPLASTIA

Os tratamentos cirúrgicos realizados e disponíveis tem o objetivo de promover a diminuição do volume de ingesta total do paciente (com restrição mecânica gástrica provocando sensação de saciedade precoce) e/ou da absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido (NEGRÃO, 2006).

No tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, a gastroplastia, também chamada de cirurgia bariátrica, a redutora e derivação gastrojejunal em Y de Roux (GRDGJYR) no Brasil e nos Estados Unidos é a técnica mais realizada pelos cirurgiões bariátricos. Fundamenta-se na ligação da restrição alimentar imposta pela gastroplastia com a redução de absorção de nutrientes proporcionada pela derivação gastrojejuna (BRANDALISE, 2005).

A técnica se faz na elaboração de um reservatório gástrico pequeno de 30 a 50ml, que corresponde a 5% do estômago. Essa bolsa é cercada por um anel de contenção de silicone onde seu objetivo é evitar a dilatação desse neo-reservatório e regular o esvaziamento gástrico de sólidos. O restante do estômago fica fora do trânsito alimentar. O trânsito gastrointestinal se reconstitui com uma alça longa de jejuno em Y de Roux, de aproximadamente 100cm de comprimento, o que confere caráter disabsortivo a essa técnica. A alça jejunal é inserida entre o neo-reservatório gástrico e o segmento remanescente do estômago, com finalidade de evitar restabelecimento espontâneo da comunicação gastro-gástrica (FELIPO, 2000 apud TAVARES).

Segundo Guimarães et al, (2006), têm algumas contra-indicações à na realização da gastroplastia, como por exemplos: a história de abuso de drogas, a não motivação do doente, doenças ulcerosas ativas, história de doença grave que reduza a esperança de vida (doenças neoplásticas, coronária ou renal terminal) e doenças psiquiátricas não tratadas. A idade (inferior a 18 anos ou superior a 65 anos) já não é uma contra-indicação integral à realização de cirurgia bariátrica, uma vez que os avanços na técnica cirúrgica e nos cuidados pré e pós-operatório diminuíram a taxa de complicações nestes grupos.

Alguns dos riscos cirúrgicos são; fistulas, migração e erosão do anel, hérnias internas, embolia pulmonar e aberturas dos grampos, causando septicemia (GARRIDO 2000).

Algumas das complicações imediatas são, desidratação, desequilíbrio hidroeletrolítico, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, pneumonia, complicações com banda gástrica (migração e deslocamento), dumping, complicações da ferida operatória: infecção, deiscência, seroma, peritonites, e não adesão ao tratamento dietético (TAVARES, 2007).

Ainda conforme Tavares (2007), algumas das complicações em longo prazo podem incluir, anemia, má absorção de ferro, má absorção de vitaminas, hipozincemia, hipocalcemia, hipoproteinemia, hipovitaminose A, hipovitaminose B, eventrações, estenoses dos estomas, depressão severa.

Portanto o enfermeiro assistencial, que participa do atendimento ao paciente obeso dentro da área hospitalar, tem papel primordial na equipe multidisciplinar que assiste este paciente. Este profissional tem o dever ter conhecimento teórico e prático do tratamento proposto, se inteirar de todas as informações pré, trans e pós-operatórias, visando prestar uma assistência de qualidade para que o resultado seja o mais satisfatório possível. Para tanto, o enfermeiro deve conhecer as propostas cirúrgicas, as vantagens e desvantagens da cirurgia eleita, o desencadear de cada uma delas, para que os cuidados de enfermagem sejam fundamentais na recuperação pós-operatória do paciente (NEGRÃO, 2006).

5.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À GASTROPLASTIA

Como parte complementar da equipe de saúde, a enfermagem programa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, onde busca sempre conduzi-lo à situação de equilíbrio no tempo e espaço (HORTA, 1979).

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

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

Na visão de Smeltzer *et al.* (2011), a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, pois este é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida recuperação, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida.

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

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

6. METODOLOGIA

Primeiramente foi identificado e delimitado o tema. A seguir, foi levantada a questão norteadora do estudo: Quais os cuidados de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia e sua importância para a recuperação do paciente?

Foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) como estratégia de busca do material a ser analisado. Os descritores (DeCS) utilizados foram: Enfermagem, Obesidade, Tratamentos, Gastroplastia e Cuidados de Enfermagem.

Os critérios escolhidos para a inclusão dos trabalhos para fins de estudo foram, somente trabalhos publicados na íntegra, em idioma português e com a temática cuidados de enfermagem com paciente submetido à gastroplastia. As publicações que não atenderam estes critérios foram excluídas.

Inicialmente foram encontrados 28 (100%) artigos, desses artigos, 16 (64%) se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos metodologicamente. Quanto à análise do material, primeiramente foi realizada uma leitura das publicações na sua íntegra, validando sua inclusão na revisão. Posteriormente, realizou-se leituras consecutivas com a finalidade de responder a questão norteadora e alcançar os objetivos propostos.

7. RESULTADOS

Conforme a revisão da literatura realizada, será apresentado neste capítulo, uma seleção de diagnósticos e intervenções para a assistência de Enfermagem voltada ao paciente submetido à gastroplastia, que é o objetivo deste trabalho.

7.1 DIARREIA – CONSTIPAÇÃO

Apenas Felix, Soares, Nóbrega (2012), citou o diagnóstico Diarreia/Constipação, com apenas suas intervenções de enfermagem e resultados esperados.

Há a pouca ingestão de ferro e também sua absorção diminui já que a alimentação não vai mais passar pela parte inicial do intestino (duodeno e jejuno proximal), principais sítios de absorção do ferro e também pela diminuição na produção do ácido gástrico, que favorece a absorção do ferro. O paciente poderá ser orientado a repor essa carência com medicamentos (PREVEDELLO et al, 2009).

7.2 DISTÚRPIO DA IMAGEM CORPORAL

O emagrecimento se torna invisível pelas dificuldades em perceber a perda de peso ao olhar próprio corpo, deixando transparecer que todo conhecimento, inclusive de si mesmo, passa pelo corpo (FRANKE, 2012).

7.3 DOR AGUDA

Segundo Souza *et al.* (2012), o diagnóstico dor aguda foi encontrado em 26,1% dos pacientes em seu estudo.

No estudo de Steyer (2012), o diagnóstico dor aguda foi o mais prevalente em 99,3% de 100% dos pacientes.

Para Rossi et al., (2000), a dor no pós-operatório imediato não está relacionada apenas à incisão cirúrgica, mas também à estimulação nervosa por substâncias químicas liberadas durante a cirurgia, ocorrência de áreas isquemiadas devido à pressão no local, vasoespasmo, espasmo muscular, edema e posicionamento cirúrgico, que interferem no suprimento de sangue para os tecidos, ocasionando dor aguda.

7.4 ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO

O sedentarismo leva os pacientes submetidos à gastroplastia a apresentar um alto risco para a ocorrência de tromboembolismo pulmonar (FRANKE, 2012).

Entende-se que a mobilidade pode vir a dificultar para os que sofrem de obesidade ocasionando várias patologias associadas como hipertensão arterial, dificultando a deambulação, a marcha e a execução de exercícios físicos. Nos que apresentam a mobilidade prejudicada, a probabilidade para o desenvolvimento Já o fator relacionado “Intolerância à atividade” representa a compilação de alguns sintomas que interferem na prática de atividade física, tais como: dispneia, desconforto, fraqueza e/ ou resposta anormal da frequência cardíaca aos esforços (MOREIRA et al, 2014).

7.5 INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Os profissionais da saúde são responsáveis pela prevenção da fragilidade e integridade da pele, e responsáveis pela evolução da assistência e das condições da pele, a ferida operatória deve ter a avaliação do enfermeiro para alterações nos cuidados necessários (NEGRÃO, 2006). REFAZER

Na pesquisa de Franke (2012), o diagnóstico de integridade da pele prejudicada foi representada pela ocorrência de lesões devido ao uso da cinta, queloides, deiscências, possível infecção em sítio cirúrgico resultando em reoperação e hérnias incisionais.

O presente diagnóstico está relacionado a fatores mecânicos como a própria incisão cirúrgica, em que há invasão de estruturas do corpo e presença de cateteres, sondas e drenos. (SOUZA,CARVALHO,PADILHO,2012).

7.6 INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA

A obesidade pode gerar várias disfunções, entre elas o sentimento de inferioridade e isolamento social e outras complicações (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Os pacientes muitas vezes não têm o conhecimento dessa etapa exaustiva da cirurgia e a equipe multiprofissional deve estar sempre presente nos momentos de tristeza, fracasso e insucesso diante das reações da gastroplastia pois nem sempre o resultado esperado vem sempre com sucesso ,medos e frustrações estão sempre presentes nesse momento incertezas ,medos duvidas (NEGRÃO, 2006).

7.7 NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIOR DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

O diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, teve alterações em seu estudo emocionais e/ou psiquiátrica e falta de conhecimento como etiologia descritas (STEYER, 2012).

Em relação a esse diagnóstico citado por apenas um autor, indaga-se se há associação com a seguinte fala do mesmo.

Segundo (Steyer 2012) :

Além disso, ainda existe um questionamento a cerca deste Diagnostico de Enfermagem. Alguns profissionais acreditam que o paciente não precisaria dele, já que no pós operatorio ele não receberia mais nutrição do que suas necessidades corporais. No entanto, se formos considerar o período anterior à cirurgia, esse indivíduo tem sim essa necessidade , visto que tem uma nutrição desequilibrada. E, já que o paciente irá mudar o seu estilo de vida imediatamente, ele ainda tem uma nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais.

7.8 PADRÃO DE SONO PERTURBADO

Para Franke (2012), as dificuldades quanto ao sono, estão relacionadas pela dor ao deitar, somente dormir em cadeira ou sofá, influência do hábito antigo de posicionamento (ventral), insônia, acordar engasgado, não comer no início da noite e/ou passar sem comer devido a não acontecer de acordar engasgado, desejos de medicar-se para poder dormir.

A Redução de peso faz parte do tratamento de todos os pacientes com sobre peso que têm apnéia do sono. Pacientes que reduzem um pouco de peso com os programas clínicos, ou que são muito obesos mesmo após a perda, podem melhorar a apnéia (SENEVIVA,2006)

Já Ferraro (2004), acredita que após a gastroplastia os resultados são significativos em pacientes que apresentam distúrbios do sono como má qualidade do sono, roncos, apnéia do sono. Em muitos estudos demonstraram uma relação entre a perda de peso com uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, nos aspectos social, físico e psicológico.

7.9 PADRAO RESPIRATORIO INEFICAZ

Negrão (2006), relata que o obeso tem alteração de complacência e resistência pulmonar, levando a um padrão respiratório rápido e de baixa amplitude aumentando o trabalho respiratório e a limitação da capacidade ventilatória máxima.

Segundo Franke (2012), o tabagismo, a idade, o tempo cirúrgico e a anestesia podem colaborar para acentuar as alterações respiratórias. A obesidade, o sedentarismo, a estase venosa e alterações na coagulação sanguínea, levam os pacientes submetidos à gastroplastia a apresentar um alto risco para a ocorrência de tromboembolismo pulmonar.

7.10 PROTEÇÃO INEFICAZ

Apenas Souza, Carvalho, Padilho (2012), citam o diagnóstico de proteção ineficaz onde as características que definem este diagnóstico são as comorbidades do paciente, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e idade, somadas aos riscos inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico, bem como aos procedimentos anteriores aos quais o paciente foi submetido.

7.11 RISCO DE ASPIRAÇÃO

O Risco de aspiração é decorrente da dificuldade que o paciente apresenta em movimentar. Deve se atentar para dificuldades de elevar o corpo e expandir o tórax, diminuição do reflexo de tosse e deglutição, presença de resíduo gástrico e administração de medicamentos que podem potencializar a náusea, provocando o vômito. A aspiração do conteúdo gástrico é lesiva ao organismo, por causar irritação e destruição da mucosa traqueal e facilita a manifestação de pneumonia, e então aumentando o risco de infecção (GALDEANO *et al.*, 2003).

Risco de aspiração é o “risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas” (NANDA, 2012).

7.12 RISCO DE DESEQUILIBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS

O prognóstico de da enfermagem de Déficit de Volume de Líquidos é definido por GERSHAN *et al.*⁷, como “uma fase em que o indivíduo pode apresentar um descontrole nos fluídos corporais por entrada deficiente de fluidos ou perdas excessivas” e pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como o “estado em que o pacientes experimenta uma desidratação vascular, celular ou intracelular, resultante de falhas nos mecanismos reguladores e/ou perda ativa de volume de líquidos”(ROSSI,1998).

7.13 RISCO DE INFECÇÃO

Segundo Nanda (2012), o diagnóstico Risco de infecção é descrito como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”.

Para Souza *et al.* (2012), o diagnóstico está relacionado quanto aos aspectos técnicos, como paramentação correta, técnica asséptica correta, antissepsia da pele, materiais esterilizados corretamente e classificação da cirurgia. O cuidado no pós-operatório imediato para este diagnóstico está voltado especialmente em avaliar as condições da incisão cirúrgica, com o objetivo de prevenir infecção e facilitar o processo de cicatrização

Franke (2012), acredita que em todas as cirurgias há risco de infecção, pois a infecção em sítio cirúrgico é aquela que ocorre na ferida cirúrgica, agredindo tecidos, órgãos e cavidades manipuladas durante a operação, onde seu diagnóstico pode ser, na maioria das vezes, de até 30 dias após a data de realização do procedimento, sendo que, em cirurgias ortopédicas, esse prazo pode ser estendido em até 1 ano após a realização do procedimento cirúrgico. Essa complicação é considerada muito importante, por se tratar de um contribuinte para a morbimortalidade.

Para Negrão (2006), o risco de infecção também se associa ao uso de cateteres urinários prolongados nos pacientes submetidos à gastroplastia.

7.14 RISCO DE QUEDA

Segundo Nanda (2012), risco de queda é definido como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”.

Souza *et al.* (2012), diz que esse diagnóstico é devido às condições pós-operatórias e aos efeitos dos agentes anestésicos utilizados em qualquer tipo de cirurgia, levando à diminuição dos reflexos motores e do nível de consciência, o que causa sonolência e possível mudança de comportamento, como agitação.

7.15 DISTÚRBO DA IMAGEM CORPORAL

O modo de ver a vida voltado para um objetivo de conseguir um corpo que se enquadre nos padrões de beleza proposto como um corpo ideal podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal, em específico nos indivíduos que apresentam um quadro de sobrepeso e obesidade

Almeja-se que conceituar a imagem corporal como o conjunto de fatores, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, e essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando nossas relações com outras pessoas

Os meios de comunicação tem grande parte, nisso e ,é responsável por essa internalização de que o corpo ideal é o corpo magro, o que pode funcionar como um fator propulsor de distúrbios alimentares e psiquiátricos por produzir uma imagem corporal negativa.(ALMEIDA,2012)

8. PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À GASTROPLASTIA

De acordo com os diagnósticos encontrados nos artigos, foi elaborado um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia segundo (NANDA) North American Nursing Diagnosis Association, (NIC) Nursing Outcomes Classification (NOC) International Classification for Nursing Practice.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À GASTROPLASTIA		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Diarreia/Constipação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auscultar o abdome para determinar a presença e a localização dos ruídos hidroaéreos; ✓ Avaliar presença de íleo paralítico (os ruídos hidroaéreos deverão retornar em média de 6 a 12 h após a cirurgia), flatulência, distensão abdominal; ✓ Orientar o paciente a comunicar desconforto em região supra púbica; ✓ Registrar a coloração, o odor, a consistência, a quantidade e a frequência das evacuações; ✓ Verificar presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais; ✓ Medir diariamente o débito do dreno de Blake, se for o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restabelecer e manter o padrão normal de funcionamento intestinal; ✓ Demonstrar comportamento apropriado para ajudar a eliminar os fatores causadores.
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar características, intensidade e local da dor; ✓ Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente; ✓ Considerar escore de dor relatado pelo paciente; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar a dor ✓ Promover conforto

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória); ✓ Administrar analgésicos conforme prescrição médica; ✓ Reavaliar dor após administração da medicação. 	
Distúrbio da imagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimular a participação do pacientes nos cuidados prestados; ✓ Avaliar o engajamento do paciente e a participação da família nas atividades de autocuidado; ✓ Avaliar a adaptação e a percepção do paciente as mudanças ocasionadas pela cirurgia; ✓ Estimular a participação do paciente em grupos de apoio para acompanhamento do processo de perda e de readaptação as mudanças ocasionadas pela cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar aceitação da sua condição e entendimento das mudanças no corpo após a cirurgia ✓ Participar efetivamente das ações de autocuidado para a redução de peso
Estilo de vida sedentário	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimular a deambulação logo que possível; ✓ Estimular a movimentação passiva dos pés, através da flexão e extensão, para aumentar o retorno venoso e prevenir a formação de coágulos nos membros inferiores ou pelve que podem suceder a cirurgia da obesidade; ✓ Orientar o paciente que, durante o período pós-operatório, a deambulação precoce e o posicionamento correto do paciente no leito são muito importantes na prevenção de complicações pulmonares e de trombose venosa profunda; ✓ Atentar para sinais de hipotensão ortostática (diminuição da pressão arterial, fraqueza, tontura e desmaio) quando o paciente levantar; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar atividades físicas, para o seu bem-estar geral, conforme suas limitações.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar que a atividade física é muito importante para os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, pois a perda de peso será mais rápida; ✓ Orientar o paciente que evite esforços físicos excessivos nos primeiros 90 dias. Caminhadas leves, de curta distância (pela manhã, próximo ao almoço e a tarde), poderão ser feitas conforme a resistência, progredindo lentamente, aumentando 01 minuto por dia. 	
Integridade da pele Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar condições da incisão cirúrgica; ✓ Avaliar condições do curativo; ✓ Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres; ✓ Monitorar temperatura da pele do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propiciar a recuperação adequada da pele
Interação social prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar e estimular a participação do paciente nas atividades de autocuidado; ✓ Estimular o paciente a participar de atividades de lazer logo que possível. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificara estratégias para a sua socialização ✓ Reconhecera os fatores que causam ou as dificuldades nas interações sociais ✓ Relatara o desejo de realizar mudanças positivas nos comportamentos sociais.
Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar a introdução da dieta e sua aceitação pelo paciente; ✓ Atentar para qualquer desconforto ou intercorrências que houver com a introdução da dieta, a presença de náuseas, vômitos ou diarreias após a 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrará alterações apropriadas no estilo de vida para o alcance de uma nutrição necessária ao

	<p>dieta, prestando os cuidados necessários ao paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar as orientações nutricionais; ✓ Estimular a adesão e a obediência as recomendações dietéticas; ✓ Orientar a ingerir lentamente os alimentos, mastiga-los por completo e não ingerir liquido com as refeições. 	<p>atendimento das suas necessidades metabólicas.</p>
<p>Padrão de sono perturbado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimular o paciente a dormir com a cabeceira elevada, como forma de evitar o laringoespasma e a obstrução das vias aéreas superiores; ✓ Explicar a necessidade das interrupções geradas pela monitoração dos sinais vitais e/ou outros cuidados; ✓ Planejar a assistência de modo a assegurar períodos ininterruptos de sono durante a noite; ✓ Manter o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem ruído; ✓ Explicar a importância das estratégias para manter o sono eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrará melhora do padrão de sono/repouso ✓ Identificará as intervenções apropriadas para promover o sono
<p>Padrão respiratório ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter controle rigoroso dos sinais vitais e observar nível de consciência, saturação de oxigênio e perfusão periférica dos membros; ✓ Avaliar o padrão respiratório e administrar oxigênio suplementar, quando prescrito; ✓ Realizar ausculta pulmonar, a fim de verificar as condições dos ruídos respiratórios; ✓ Manter a cabeceira do leito elevada de 45 graus; ✓ Estimular a manutenção dos exercícios respiratórios (tosse e respiração profunda), promovendo a expansibilidade e mobilidade das secreções; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter um padrão respiratório eficaz/normal.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar medidas preventivas para aspiração (vômitos), caso seja necessário; ✓ Estimular a deambulação precoce; ✓ Mostrar ao paciente a importância de seu posicionamento no leito com a cabeceira elevada de 45 graus; ✓ Orientar o paciente a monitorar sinais de desconforto respiratório e acúmulo de secreções. 	
Proteção ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar incisão cirúrgica; ✓ Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise; ✓ Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade; ✓ Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipos), com álcool a 70%. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir complicações ✓ Evitar infecção
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 min.; ✓ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, rubor, hipertermia); ✓ Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento; ✓ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos, antes de administrar medicações; ✓ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir infecção evitável
Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir; ✓ Posicionar o paciente em decúbito de 45°; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir broncoaspiração; ✓ Prevenir complicações.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado; ✓ Manter aspirador disponível. 	
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca); ✓ Monitorar níveis de eletrólitos séricos; ✓ Verificar presença de sangramentos; ✓ Realizar balanço hídrico ✓ Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter o equilíbrio hídrico; ✓ Manter equilíbrio eletrolítico e acidobásico.
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda; ✓ Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente; ✓ Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas; ✓ Manter elevadas as grades de proteção da maca. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir queda; ✓ Prevenir complicações.
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorar temperatura; ✓ Avaliar cor, temperatura e umidade da pele; ✓ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese); ✓ Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado; ✓ Manter o ar condicionado desligado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir alteração da temperatura
Risco de glicemia Instável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório; ✓ Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia; ✓ Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a importância do papel do enfermeiro ao paciente submetido à gastroplastia, em seguida foram encontrados vários diagnósticos de enfermagem.

De acordo com os diagnósticos encontrados foi elaborado um protocolo de assistência de enfermagem com objetivo de unificar e exemplificar para os profissionais da saúde para obter conhecimento e colocar em prática a melhor forma de cuidar do paciente, vale ressaltar que o plano de cuidado deve ser adaptado à cada paciente para que o mesmo tenha melhor qualidade de vida pós-operatório.

A enfermagem vem se mostrando eficaz o tempo todo ao lado do paciente, prestando a assistência direta e indireta, número de estudos descrevendo a assistência específica prestada ao paciente submetido à gastroplastia, indaga-se então quantos tem crescido esse numero de cirurgia no mundo clínicos ou cirúrgicos

Por fim, espera-se que este trabalho sirva de embasamento técnico e científico para prestar a assistência de enfermagem, e ainda que sirva também para o desenvolvimento de novas pesquisas, já que sugere que esse instrumento seja validado clinicamente, de forma a estimular a novas pesquisas sobre o tema, pois é de utilidade significativa na recuperação e no retorno às atividades cotidianas, com melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15). Disponível em : <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf> Acesso em: 3 ago. 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretária de Atenção à Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1477 > Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004.

BRASIL, **Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica**. O que é Obesidade? Disponível em : <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade/>. Acesso em: 12 abr. 2015

Brunner & Suddarth, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / [editores] Suzanne C. Smeltzer...[et al.] ; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patricia Lydie Voeux]. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. 2v. : il. ; 21 x 28 cm.

CARVALHO, Perseu Seixas de; MOMEIRA, Cora Lavigne de C.B; BARELLI, Meline da costa; OLIVEIRA, Flavia Heringer de; GUZZO, Mariana Furieri; MIGUEL, Gustavo P. Soares. ZANDONADE, Eliana. *Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica?* Arquivo Brasileiro Endocrinol Metabólico, Espírito Santo: v.51, n.1, p 79 - 85, jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em 16 de jul de 2007 as 21:16

DALRI, Cristina Camargo; ROSSI, Lídia Aparecida; DALRI, Maria Célia Barcellos. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período de pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(3):389-96.

DUNGAN, S. Part II: returning to work following Bariatric Surgery. **AAOHN Journal**, v. 56, n. 12, dez. 2008.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; NOBRE, Luciane Facio; IGNÁCIO, Daniela Sarreta Ignácio. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(2):199-206.

GARRIDO Júnior. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GARRIDO, Junior . Manual de obesidade para o clínico “O papel da cirurgia no tratamento obesidade”. 10 ed.: São Paulo: Roca, 2002 p 243 – 257

GELONEZE, Bruno; PAREJA, C.Jose. Cirurgia Bariátrica no Paciente Diabético. **Revista Abeso**, São Paulo, p.24-25 ,nov. 2006.

HORTA, WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora EPU; 1979.

GUIMARÃES, Joana; RODRIGUES, D; MELO, MV; CAMPOS, M. M; MILHEIRO, A; MANSO, C; CASTRO e SOUSA, F. *Fatores preditivos da perda de peso após cirurgia bariátrica*. Revista Portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo, Coimbra: 2006. p7 – 11

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva. Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18102006-161459/>. Acesso em: 15-06-2015

NETTINA, S. Prática de Enfermagem. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

North American Nursing Diagnosis Associantion. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.

NUNCIARONI, Andressa Teoli; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; AGONDI, Rúbia Freitas; RODRIGUES, Roberta Cunha Matheus; CASTRO Lisa Trevisan. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(1):32-41.

PAISAMI, Denise de Moraes; CHAVEGATO, Luciana dias; PARESIN, Sonia Maria. **Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia**. *Jornal Brasileiro Pneumol*, São Paulo: v. 31, n.2, p 125-132, jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em 16 de jul de 2007 as 21:20

ROSSI, Lídia Aparecida; TORRATI, Fernanda Gaspar; CARVALHO, Emilia Campos; MANFRIM, Alessandra; SILVA, Dulce Ferreira. **Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato**. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):154-64.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana Oliveira **Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura**. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 359-366, ago. 2010.