

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

FELIPE DIAS SERIGIOLLI

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA: uma revisão integrativa**

Juína-MT

2017

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

FELIPE DIAS SERIGIOLLI

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA: uma revisão integrativa**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Me. Victor Cauê Lopes.

Juína-MT

2017

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Linha de Pesquisa:_____.

SERIGIOLLI, Felipe Dias. **Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para Pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica:** uma revisão integrativa. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, Juína-MT, 2017.

Data da defesa: 22 de novembro de 2017.

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Profa. Me. Victor Cauê Lopes
ISE/AJES.

Membro Titular: Profa. Ma. Leila Jussara Berlet
ISE/AJES.

Membro Titular: Profa. Esp. Lindomar Mineiro
ISE/AJES.

Local: Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena

AJES – Unidade Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

*Eu, Felipe Dias Sergioli, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 1783815-0 SSP/MT, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 027.550.151-52, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para Pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica: uma revisão integrativa**, desde que se faça referência à fonte e ao autor.*

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e a autora.

Juína-MT, 22 de novembro de 2017.

Felipe Dias Sergioli

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que de alguma forma permaneceram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, a minha família.

Que são meus melhores e maiores presentes.

Dedico também a minha namorada Vanessa, que além de me fazer feliz, ajudou-me, durante toda a trajetória de minha vida acadêmica, compreendendo, ensinando-me e incentivando-me a nunca desistir dos nossos objetivos.

AGRADECIMENTOS

Minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada sem a ajuda da minha família que no caminhar da minha vida, além do amor e carinhos que tenham por mim, estes me proporcionaram conhecimentos, integridade e sempre buscando em Deus a força maior para meu crescimento como ser humano. Por esse motivo, gostaria de agradecer a vocês a minha eterna gratidão.

À Deus, meu maior agradecimento pois o que seria de mim sem a fé que tenho Nele.

Ao meu orientador prof. Me. Victor Cauê Lopes pela paciência na orientação e apoio, os quais tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores do curso, os quais foram importantes para minha formação tanto profissional como pessoal.

Aos amigos (as), e todos aqueles (as) que passaram em minha vida, participando de alguma forma na construção e realização para conseguir ser um enfermeiro profissional qualificado.

À todos vocês, meu muito obrigado.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

O aumento do índice de morte causada pela obesidade vem crescendo gradativamente. No Brasil o grande número de casos de obesidade tem sido uma preocupação quando se aceita que esse problema não se demonstra de forma isolada. Pode-se perceber que os excessos de calorias consumidas poderiam ser eliminados no dia-a-dia, por exercícios físicos, mas grande parte dos pacientes obesos são sedentários, resultando em obesidade mórbida, levando à procura da Cirurgia Bariátrica. No entanto, a cirurgia bariátrica é realizada somente após as outras tentativas não cirúrgicas de controle de peso não darem o resultado esperado. É necessário ter clareza de que qualquer procedimento cirúrgico de tratamento da obesidade comporta potenciais riscos e complicações, momento em que se torna imprescindível o diagnóstico, cuidado e percepção da equipe de enfermagem. Trata-se de estudo de revisão integrativa de literatura, verificando artigos publicados nos períodos de 2012 a 2016, relacionados ao tema “Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica”. O objetivo geral deste estudo foi identificar na literatura as evidências científicas publicadas sobre as intervenções e diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Como objetivos específicos ficaram definidos caracterizar a produção científica no tema, quanto aos aspectos metodológicos; evidenciar intervenções de enfermagem específicas para o paciente submetido a cirurgia bariátrica; identificar os níveis de evidência dos estudos. Este estudo se justifica, pois o enfermeiro deve conhecer as técnicas cirúrgicas e saber quais as vantagens e desvantagens, e com isso saber diagnosticar, planejar e aplicar estratégias dos cuidados de enfermagem. Nos resultados fica evidente a importância da equipe de enfermagem acompanhar a evolução do paciente após a cirurgia, principalmente durante o pós-operatório imediato, período em que ocorrem as complicações mais graves. Ou seja, é à equipe de enfermagem que cabe diagnosticar com precisão, intervir adequadamente e, posteriormente, reavaliar os resultados obtidos.

Descritores: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The increase in the rate of death caused by obesity has been growing steadily. In Brazil, the large number of cases of obesity has been a concern when it is accepted that this problem is not demonstrated in isolation. It can be noticed that the excess of calories consumed could be eliminated in the day to day, by physical exercises, but most obese patients are sedentary, resulting in morbid obesity, leading to the search for Bariatric Surgery. However, bariatric surgery is performed only after other non-surgical attempts at weight management do not give the expected result. It is necessary to be clear that any surgical procedure for the treatment of obesity poses potential risks and complications, at which time the diagnosis, care and perception of the nursing team becomes essential. This is an integrative review of literature, verifying articles published in the period from 2012 to 2016, related to the theme "Nursing Diagnoses and Interventions for patients undergoing bariatric surgery". The general objective of this study was to identify in the literature the published scientific evidences on nursing interventions and diagnoses for patients undergoing bariatric surgery. As specific objectives were defined to characterize the scientific production in the subject, as far as the methodological aspects; to demonstrate specific nursing interventions for the patient undergoing bariatric surgery; identify the evidence levels of the studies. This study is justified because the nurse must know the surgical techniques and know the advantages and disadvantages, and with that know how to diagnose, plan and apply nursing care strategies. In the results it is evident the importance of the nursing team to follow the evolution of the patient after the surgery, mainly during the immediate postoperative period, period in which the most serious complications occur. That is, it is the nursing team that must accurately diagnose, intervene properly and, later, reassess the results obtained.

Descriptors: Obesity; Bariatric surgery; Nursing care.

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ASBS	Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BGA	Banda Gástrica Ajustável
CO ²	Dióxido de CARBONO
DBP	Desvio Biliopancreático
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DGYR	Desvio Gástrico em Y de Roux
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
GV	Gastrectomia Vertical
GVB	Gastroplastia Vertical com Bandagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
NCEP-ATP III	National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PO	Pós-operatório
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
REM	Rapid Eye Movement
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBCB	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
SM	Síndrome Metabólica
VLDL	Very Low Density Lipoprotein

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes.	19
Tabela 2 - Comorbidades associadas	26
Tabela 3 - Diagnóstico de enfermagem, resultado e intervenções	29
Tabela 4 - Intervenções cirúrgicas para a obesidade mórbida	31
Tabela 5 - Estratégia de busca dos artigos	39
Tabela 6 - Artigos Excluídos (E)	40
Tabela 7 - Apresentação dos estudos incluídos	41

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 OBJETIVOS	15
1.1 OBJETIVO GERAL	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 OBESIDADE	16
2.2 CLASSIFICAÇÃO.....	18
2.3 OBESIDADE MÓRBIDA.....	19
2.4 CAUSAS.....	20
2.5 MANEJO CLÍNICO.....	21
2.6 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE	22
2.7 OBESIDADE E SUAS COMORBIDADES	22
2.8 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	26
2.9 TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA.....	30
2.9.1 Gastroplastia Vertical com Bandagem.....	32
2.9.2 Banda Gástrica Ajustável	32
2.9.3 Gastrectomia Vertical	33
2.9.4 Cirurgias Malabsortivas	33
2.9.5 Desvio Biliopancreático	33
2.9.6 Desvio Biliopancreático com Derivação Duodenal	34
2.9.7 Desvio Gástrico em Y de Roux.....	34
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 QUESTÃO NORTEADORA.....	37
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
3.5 COLETA DE DADOS.....	38
3.5.1 Identificação dos descritores DeCs	38
3.5.2 Armazenamento dos Dados	38
4 RESULTADOS	39
5 DISCUSSÃO	42

5.1	DIAGNÓSTICOS, CUIDADOS DE ENFERMAGEM, PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA	42
5.1.1	Diagnósticos.....	42
5.1.2	Cuidados de enfermagem	46
5.1.3	Percepção do enfermeiro com relação ao cuidado	48
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS.....	53

INTRODUÇÃO

Na idade adulta, o aumento do índice de morte causada pela obesidade vem crescendo gradativamente, esse acontecimento vem se transformando em um problema que ocasionará intensas repercussões na saúde pública. No Brasil o sobrepeso e a obesidade são considerados uma doença de alto custo e o grande número de casos de obesidade tem sido uma preocupação quando se aceita que esse problema não se demonstra de forma isolada, e sim como condição favorável para que ocorram grandes morbidades adjuntas (ABRANCHES, 2014).

O desenvolvimento do ser humano é caracterizado por transições e mudanças, principalmente corporais, e devem ter uma atenção mais delicada em relação ao consumo de alimentos inapropriados, pois este passa grande parte de seu tempo fora de casa, e com isso troca suas refeições saudáveis por sanduíches, salgadinhos, guloseimas e gorduras (SMELTZER et al., 2015).

Podemos perceber também que o excesso de calorias consumida poderia ser eliminado no dia-a-dia, por exercícios físicos, mas grande parte dos pacientes obesos é sedentário e acabam optando por fazer algo que não lhe cause tanto esforço, por exemplo, assistir televisão ou ficar jogando no celular (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Contudo, nesse contexto, salientamos que o enfermeiro tem grande importância no tratamento de obesos submetidos a cirurgia bariátrica, com os Diagnósticos e os Cuidados de enfermagem pois através de seu conhecimento, tem condições de atuar desde da prevenção e promoção de práticas saudáveis até atuar no pré e pós operatório, quando da decisão e condições para cirurgia bariátrica (MOREIRA et al., 2013).

Este estudo se justifica, pois, o ritmo acelerado da sociedade contemporânea, gera hábitos físicos e alimentares pouco saudáveis. Assim, a obesidade mórbida tem se tornado um problema de saúde pública, e a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma solução. Nesse sentido o enfermeiro tem papel fundamental dentro de uma equipe multidisciplinar, pois é responsável pelo paciente, 24 horas por dia. É este enfermeiro que orienta os cuidados e até o incentivo para superar todas as etapas no pré e pós-operatórios. Para tanto deve conhecer as técnicas cirúrgicas e saber

quais as vantagens e desvantagens, e com isso saber diagnosticar e como planejar e aplicar estratégias dos cuidados de enfermagem.

Este trabalho de conclusão de curso se estrutura em cinco Capítulos. No Capítulo um a Introdução, contemporiza o tema. O Capítulo dois apresenta o Referencial Teórico sobre: Obesidade; Classificação; Obesidade Mórbida; Causas; Manejo Clínico; Fisiopatologia da Obesidade; Obesidade e suas Comorbidades; Diagnósticos de Enfermagem; Tipos de Cirurgia Bariátrica. O Capítulo três trata sobre a Metodologia de pesquisa a qual está embasada na Revisão Integrativa, descrevendo quais serão os passos para alcançar os resultados esperados em torno do tema. O Capítulo quatro trata dos Resultados. O Capítulo cinco das Discussões, apresentando os achados dos artigos incluídos no trabalho e a questão de pesquisa. Por fim, as Considerações Finais e as Referências.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar na literatura as evidências científicas publicadas sobre as intervenções e diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a produção científica no tema;
- Evidenciar intervenções de enfermagem específicas para o paciente submetido a cirurgia bariátrica;
- Identificar os cuidados de enfermagem;
- Apresentar as percepções dos enfermeiros na produção selecionada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OBESIDADE

A obesidade é considerada um problema de saúde pública que vem aumentando gradativamente em todas as faixas etárias por todo mundo. A obesidade pode ser definida como uma maneira simplificada como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar prejuízos à saúde dos indivíduos (SILVA, KAWAHARA, 2005).

O balanço energético positivo é o aumento entre a ingestão de alimentos e o gasto calórico, quando para mais é considerado como uma das causas da obesidade, faz com que o tecido adiposo fique demasiadamente repleto de triglicerídeos e, por essa razão, sua função como depósito de lipídeos torna-se prejudicada (ABRANCHES, 2014).

Atualmente, o aumento da obesidade tem sido relatado em várias regiões do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que em 2005 aproximadamente 1,6 milhões de pessoas no mundo estavam com excesso de peso e que cerca de 400 milhões de indivíduos adultos eram obesos. A projeção feita para 2015 é que 2,3 bilhões de adultos apresentarão excesso de peso e que no mínimo 700 milhões de pessoas serão obesas (ABRANCHES, 2014).

De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada no Brasil, em avaliação do biênio 2008-2009, houve um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população com 20 anos ou mais, o que vem ocorrendo desde 1974. Nessa pesquisa, foi constatado que o excesso de peso quase triplicou entre os homens, passando de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-2009. Já entre as mulheres, o aumento foi menor, apesar de considerável passando de 28,7% para 48% (IBGE, 2011).

O sobrepeso e a obesidade são considerados uma doença de alto custo, uma vez que representa 10% do total de gastos no país. No Brasil, foi estimado que os gastos de 1 ano com todas as doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade chegaram a US\$ 2,1 bilhões, sendo que 68.4% dos gastos totais foram direcionadas

às hospitalizações e US\$ 679 milhões foram gastos com procedimentos ambulatoriais (ABRANCHES, 2014).

A obesidade é conceituada como sendo o excesso de gordura (tecido adiposo) que compromete a saúde das pessoas. O corpo fica impossibilitado em manter o equilíbrio de energia, armazenando-a em forma de gordura. Os prejuízos à saúde podem ser causados pela própria obesidade ou a facilidade em adquiri-las como consequência desta (SILVA, KAWAHARA, 2005).

A obesidade tem sido considerada uma doença endócrina, caracterizada pelo excessivo acúmulo de gordura corporal de forma crônica, cuja ocorrência e implicações resultam da inabilidade do corpo em manter o balanço energético em equilíbrio, resultando no armazenamento de energia na forma de gordura (ABRANCHES, 2014).

E, esta pode ter causas metabólicas, hormonais, comportamentais, culturais, psicológicas, sociais e genéticas. Sabe-se ainda que a etiologia da obesidade é multifatorial, estando envolvidos em sua gênese tanto aspectos ambientais como genéticos (ENES, SLATER, 2010).

No Brasil o grande número de casos de obesidade tem sido uma preocupação quando se aceita que esse problema não se demonstra de forma isolada, e sim como condição favorável para que ocorram grandes morbidades adjuntas. As estatísticas comprovam que em média 15% dos brasileiros são atingidos pela obesidade (IBGE, 2011).

As principais patologias associadas à obesidade são: hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, artropatias, insuficiências respiratórias e/ ou cardíacas, colecisropatiaslitiásicas, doença do refluxo gastroesofágico, varizes e trombozes em membros inferiores, doenças coronarianas e cerebrais, infertilidade, amenorréia, incontinência urinária, impotência. hipercolesterolemia, alguns tipos de tumores e, frequentemente, alterações psicossociais (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Além de estar relacionada ao desenvolvimento de uma série de doenças, a obesidade causa de incapacidade funcional (afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadoria precoce), prejuízos na qualidade de vida (discriminação social, inibição para frequentar lugares públicos, como cinema, restaurantes, e dificuldade

de viajar de avião ou ônibus), redução da expectativa de vida, bem como aumento da mortalidade (ABRANCHES, 2014).

A ciência comprova que a obesidade se apresenta com mais frequência em famílias de obesos, devido aos gens que estão diretamente envolvidos. Porém, são diversas as combinações dos gens envolvidos, o que tem dificultado respostas precisas para esta doença tão complexa. No entanto, as pesquisas têm mostrado que a incompatibilidade entre o estilo de vida e os gens é que tem sido fator determinante para a obesidade mórbida (SILVA, KAWAHARA, 2005).

2.2 CLASSIFICAÇÃO

Na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela OMS para classificação de sobrepeso e obesidade divulgada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), apresentada na Tabela 1, e seu uso apresenta as mesmas limitações constatadas na literatura, no entanto, semelhante correlação com as comorbidades. Portanto, o ideal é que o IMC seja usado em conjunto com outros métodos de determinação de gordura corporal. A combinação de IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado (ABESO, 2016).

O ponto de corte para adultos baseia-se na associação entre IMC e doenças crônicas ou mortalidade. A classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentada na Tabela 1, baseia-se em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus. Convenciona-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m² e de excesso de peso o IMC maior ou igual a 25 kg/m² (incluindo a obesidade). Os pontos de corte de <16 kg/m² (baixo peso grave), 16,0-16,9 (baixo peso moderado), 17,0-18,4 (baixo peso leve) também fazem parte da classificação internacional, mas não estão detalhados na Tabela 1 (ABESO, 2016).

Tabela 1 - Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes.

IMC (kg/m ²)	Classificação	Grau/Classe	Risco de doença
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
30-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO (2016, p. 16).

Com o objetivo de identificar e classificar o grau de obesidade, a definição mais aceita pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB), quanto pela Federação Internacional de Cirurgia de Obesidade (IFSO), bem como pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica (ASBS), é aquela que se baseia no índice de massa corporal.

Precisa-se diferenciar pessoas com sobrepeso e obesos. As pessoas com sobrepeso apresentam índice de massa corporal (IMC) de 25 a 29,9 kg/m², enquanto aqueles considerados como obesos apresentam um IMC que ultrapassa 30 kg/m². Obesidade mórbida é o termo empregado para descrever indivíduos cujo IMC ultrapassa 40 kg/m² (SMELTZER et al., 2015).

2.3 OBESIDADE MÓRBIDA

Apesar de não existir uma definição completamente adequada para o termo obesidade mórbida, existem fórmulas que procuram medir com maior exatidão o desequilíbrio da massa adiposa (SILVA, KAWAHARA, 2005).

O IMC é o peso da pessoa em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado, ou seja, o peso em kg é dividido pelo quadrado da altura. Outro critério clinicamente aceito para obesidade mórbida é: pessoas com 100% acima do peso ideal, excesso de peso de 50 kg sobre o peso ideal, sendo homens com cerca de 120-130 kg ou mais e mulheres com cerca de 100-110 kg ou mais (SILVA, KAWAHARA, 2005).

A fórmula do IMC demonstrada na figura 1 é definida como:

$$IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$$

Figura 1 – Fórmula do IMC

Fonte: Silva, Kawahara (2005).

As pessoas com obesidade mórbida correm maior risco de complicações da saúde, como diabetes melito, cardiopatia, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial, doença da vesícula biliar, osteoartrite, apneia do sono e outros problemas respiratórios, bem como alguns tipos de câncer (de útero, mama, colorretal, renal e de vesícula biliar). Com frequência, essas pessoas sofrem de baixa autoestima, transtorno da imagem corporal e depressão (SMELTZER et al., 2015).

A obesidade mórbida, é mais comum entre jovens e pessoas de meia-idade. A obesidade mórbida é uma doença gravíssima e tem aumentado o índice de mortalidade, principalmente entre jovens. Isso ocorre, pois, os problemas se apresentam física, emocional, econômica e socialmente.

2.4 CAUSAS

Os fatores mais importantes para o surgimento da obesidade encontram-se no meio ambiente, viabilizados por excessiva ingestão de alimentos calóricos e redução da atividade física. As causas da obesidade são múltiplas, sendo as mais comuns: não realização de exercícios físicos rotineiramente (sedentarismo); elevada ingestão de alimentos de alta densidade energética e reduzida ingestão de frutas e hortaliças (SILVA, KAWAHARA, 2005).

O estilo de vida ocidental é altamente associado a doenças crônicas, enquanto o das sociedades que se baseiam na subsistência (dieta mais fibrosa, menos calórica e menos gordurosa) leva a uma vida mais ativa e conseqüentemente menos propensa à obesidade (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Outras causas a serem consideradas e que também podem contribuir para o ganho de peso são as de origem emocional como o estresse, trauma psicológico, ansiedade; e a depressão. Ainda fatores, como os genéticos que levam a baixa secreção de leptina ou falha em seu receptor. Podem ser atribuídas às disfunções

endócrinas como a síndrome hipotalâmica, hipotireoidismo, dentre outras; e outros como medicações: psicotrópicos e corticoides (SMELTZER et al., 2015).

O nível socioeconômico igualmente parece responsável pelo desenvolvimento da obesidade, na medida em que educação, renda e ocupação resultam em padrões comportamentais que afetam a ingesta calórica, o gasto energético e o metabolismo (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Considerando que o meio ambiente é causador do aumento da obesidade, que o nível socioeconômico é determinante da saúde do indivíduo, são fundamentais as campanhas de saúde pública que visam a ajudar a sociedade a limitar o desenvolvimento da obesidade. A inclusão de vegetais e frutas na dieta e o incentivo à atividade física parecem ser pontos simples e importantes nesse objetivo (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Uma avaliação das desvantagens socioeconômicas e psicossociais ultrapassa a mera conceituação do significado da obesidade mórbida; contudo, esses aspectos são os que mais contribuem para a deterioração da chamada qualidade de vida e, dessa forma, para as ameaças maiores relacionadas com a saúde e a sobrevivência, na forma de doenças físicas (SILVA, KAWAHARA, 2005).

2.5 MANEJO CLÍNICO

Existem três abordagens gerais para o tratamento da obesidade: modificações do estilo de vida, farmacoterapia e cirurgia bariátrica (SMELTZER et al., 2015).

Têm sido utilizados três tipos básicos de medicamentos a fim de tratar a obesidade, quais sejam: os remédios que tentam diminuir a ingesta alimentar; os fármacos que buscam aumentar a queima calórica e os medicamentos que fazem diminuir a absorção de gorduras (SILVA, KAWAHARA, 2005).

A cirurgia bariátrica é realizada somente após as outras tentativas não cirúrgicas de controle de peso não darem o resultado necessário. A maioria das instituições de saúde só realiza a cirurgia bariátrica depois que uma pessoa se submete a um regime clinicamente supervisionado de 6 a 18 meses, que não tem êxito em alcançar a meta de perda de peso. A seleção das pessoas é criteriosa; por

consequente, precisam se submeter a aconselhamento e acompanhamento antes e depois da cirurgia (SMELTZER et al., 2015).

2.6 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE

De certa forma, a etiologia da obesidade pode ser considerada de maneira simplista. Ela ocorre porque a ingestão energética excede o gasto energético. No entanto, os processos que levam ao estado de obesidade e que o mantêm são complexos e ainda são investigados. A causada obesidade envolve fatores de suscetibilidade genética/biológica importantes e que são altamente influenciados por fatores ambientais e psicossociais (ABRANCHES, 2014).

2.7 OBESIDADE E SUAS COMORBIDADES

A obesidade tem sido considerada uma doença endócrina, caracterizada pelo excessivo acúmulo de gordura corporal de forma crônica, cuja ocorrência e implicações resultam da inabilidade do corpo em manter o balanço energético em equilíbrio, resultando no armazenamento de energia na forma de gordura.

Atualmente, essa doença está associada a outras desordens clínicas, tais como: Osteoartrose; Síndrome metabólica; Dislipidemias; Hipertensão; Apneia do sono; Doenças da vesícula biliar; Câncer; Pancreatite aguda; Doenças cardiovasculares; Hepatite gordurosa não alcoólica; Diabetes mellitus tipo 2 (DM2); Doenças psiquiátricas (ABRANCHES, 2014).

Mais de 80% das diabetes não insulino-dependentes podem ser atribuídos à obesidade. Muitos dos estimados \$ 32,4 bilhões despendidos, nos EUA, cada ano para o diagnóstico, tratamento e manejo do diabete, incluindo tratamento para cetoacidose diabética, coma diabético, retinopatia diabética e nefropatia diabética, originam-se diretamente da obesidade. O diabete acarreta complicações crônicas, como neuropatias, nefropatia, retinopatia e alterações vasculares, que podem levar à diminuição da expectativa de vida desses pacientes, principalmente pelo risco cardiovascular (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Em adição ao acúmulo de gordura - lipídeos, ácidos graxos nos tecidos adiposos, há o aumento da produção de glicose, elevada produção de lipoproteína

de muito baixa densidade *Very Low Density Lipoprotein* (VLDL) e redução da remoção de insulina pelo fígado. Para o músculo esquelético, os ácidos graxos circulantes representam importante fonte de nutrientes a serem oxidados. Entretanto, esses órgãos também sofrem resistência insulínica quando a obesidade se instala, dado o aumento de lipídios nas fibras musculares. Diante do exposto, comumente podemos encontrar a expressão diabetes, que serve para designar a associação entre a obesidade e o DM2 (ABRANCHES, 2014).

O excesso de gordura - lipídeos, ácidos graxos na corrente sanguínea, especialmente de *Low Density Lipoprotein* (LDL), favorece a deposição dos mesmos no interior dos vasos sanguíneos. Isso porque indivíduos obesos são mais susceptíveis ao estresse oxidativo (dada à inflamação crônica ativada e presença de radicais livres da dieta ou endógenos em concentrações aumentadas). Além disso, quando oxidadas *Low Density Lipoprotein Oxygenated* (LDLox), as partículas de LDL que adentraram as camadas adjacentes ao endotélio são reconhecidas por macrófagos que não conseguem degradar totalmente as LDLox, iniciando um processo inflamatório chamado aterosclerose, que, ao se tornar crônico, com a deposição de cálcio e conseqüente endurecimento dos vasos (artérias), recebe o nome de arteriosclerose. A ruptura desses vasos comprometidos no coração chama-se infarto e, caso ocorram episódios como esse no cérebro, temos o acidente vascular encefálico (AVE) (ABRANCHES, 2014).

Em geral, indivíduos obesos têm a alimentação comprometida tanto quantitativamente quanto qualitativamente. O excesso de carnes e outros alimentos ricos em purinas, bem como o metabolismo podem levar à gota, dada a inabilidade do organismo em metabolizá-las. O metabolismo das purinas baseia-se na sua degradação em hipoxantina, que por sua vez é metabolizada em xantina. Pela ação da xantina oxidase, a xantina irreversivelmente é transformada em ácido úrico, o qual dá origem ao urato de sódio. Este metabólito pode ser acumulado na sinóvia que preenche as cavidades articulares. Assim, quando em excesso, o urato acumulado nas articulações pode formar cristais, provocando inflamações e o inchaço (ABRANCHES, 2014).

O risco de desenvolvimento de osteoartrite principalmente na articulação do joelho, também é associado ao acúmulo excessivo de peso. Todas essas doenças

comprometem a capacidade funcional do paciente, uma vez que há dificuldade para locomoção (ABRANCHES, 2014).

A obesidade também pode desencadear alterações pulmonares, como síndrome da hipoventilação e apneia obstrutiva do sono. A obesidade abdominal pode diminuir acarretar o aumento do trabalho respiratório, restrição da ventilação e atelectasia. A hipoventilação comumente é constatada em pacientes obesos graves e leva ao aumento da concentração de CO² como consequência à hiperpneia. Isso se deve a não responsividade da musculatura respiratória à demanda por efeito mecânico da obesidade (ABRANCHES, 2014).

As doenças cardiovasculares representam a comorbidez mais frequentemente associada à obesidade mórbida. A hipertensão arterial está presente em 25 a 55% dos obesos mórbidos, e este grau de obesidade aumenta o risco de hipertensão em até 16 vezes e demonstraram um aumento na prevalência da hipertensão arterial à medida que aumenta a obesidade. O resultado da combinação entre obesidade e hipertensão é o aumento do trabalho cardíaco, com consequente hipertrofia ventricular esquerda, podendo evoluir para insuficiência cardíaca, arritmias, morte súbita e aumento do risco de acidente vascular encefálico (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Estudos mostram que o aumento do peso corporal pode levar à hipertensão. Os mecanismos envolvidos nesse processo são relacionados à natriurese deficiente, aumento do fluxo sanguíneo, débito cardíaco e pressão arterial e elevação na resistência vascular periférica. A natriurese deficiente é proveniente do aumento da reabsorção renal de sódio, que é condicionada à resistência insulínica, aumento da atividade simpática renal, ativação do sistema renina-angiotensina, redução dos níveis circulantes do fator natriurético atrial e alterações de forças físicas intra-renais (ABRANCHES, 2014).

Também conhecida com síndrome plurimetabólica, dada a conjunção de fatores que a desencadeia, os quais são também fatores de risco cardiovascular que são relacionados ao acúmulo de gordura na região central do corpo e na resistência insulínica. Diferentes critérios podem ser considerados para o diagnóstico. Aqui, ressaltamos a definição do National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III), uma vez que segundo a I Diretriz brasileira para

o tratamento da Síndrome Metabólica (SM), essa definição foi desenvolvida para uso clínico, o que favorece a sua utilização (ABRANCHES, 2014).

A apneia do sono tem uma incidência bastante elevada em obesos mórbidos. A causa provável da obstrução intermitente das vias aéreas superiores consiste na combinação da constituição física do obeso com o relaxamento da musculatura faríngea induzida pelo sono, principalmente na fase REM ou *Rapid Eye Movement* (movimento rápido dos olhos), é a fase do sono na qual ocorrem os sonhos mais vívidos. Durante esta fase, os olhos movem-se rapidamente e a atividade cerebral é similar àquela que se passa nas horas em que se está acordado. O resultado dessa doença, por causar obstrução das vias aéreas, é a hipoxemia e a hipercapnia, que levam ao despertar, muitas vezes com sensação de sufocamento. Os pacientes que apresentam essa patologia se mostram sonolentos durante o dia, irritadiços e com dificuldades para realizar tarefas diárias. Pacientes com apnéia do sono têm maior taxa de mortalidade do que a população geral (SILVA, KAWAHARA, 2005).

A apneia obstrutiva do sono é outra doença comum de ser diagnosticada. Ela é causada pela obstrução parcial ou total das vias aéreas. A interrupção da passagem de ar e a hipóxia, decorrente da mesma, prejudicam a qualidade do sono, causando sonolência diurna e disfunção cardiopulmonar (ABRANCHES, 2014).

Grandes estudos epidemiológicos têm demonstrado uma forte associação entre obesidade e câncer. A etiologia ou a patogenia dessa relação obesidade-câncer não tem sido provada. Possíveis mecanismos responsáveis por essa associação seriam; alterações nos padrões hormonais, como hormônios sexuais, insulina e fatores de crescimento, além de fatores como distribuição de gordura corporal e alterações na adiposidade nas diferentes faixas etárias. Nas mulheres, câncer de mama e de endométrio estão entre as neoplasias malignas mais encontradas associadas à obesidade, assim como as neoplasias do colo uterino e de ovário (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Outras comorbidades associadas são demonstradas na tabela 2.

Tabela 2 - Comorbidades associadas

Comorbidade	Descrição
Litíase biliar	O risco aumentado de litíase biliar pode ser justificado pelo aumento do turnover de colesterol associado ao aumento de gordura corporal.
Doença hepática	Podem ocorrer alterações hepáticas (hepatomegalia, aumento da concentração das enzimas hepáticas, esteatose macrovesicular, esteato-hepatite, fibrose e cirrose). Tais disfunções teciduais são chamadas doença gordurosa não alcoólica do fígado. A esteatose é causada pelo aumento da lipólise do tecido adiposo, leva a um aumento da oferta de ácidos graxos livres, com consequente elevação da lipogênese hepática. Adicionalmente, tem-se a peroxidação hepática com produção de citocinas inflamatórias, dano celular e fibrose.
Alterações do sistema reprodutivo	Ciclos menstruais irregulares, amenorreia e infertilidade. A leptina, por exemplo, altera a produção de GnRH e gonadotrofinas, influencia o funcionamento dos ovários e endométrio e desenvolvimento embrionário.
Câncer (adenocarcinoma de esôfago, vesícula, pâncreas, mama, rins, endométrio, colo uterino, próstata, vesícula biliar e pulmão)	Os mecanismos para a associação entre o câncer e a obesidade são resistência insulínica, hiperinsulinemia crônica, disponibilidade de hormônios esteroides, inflamação sistêmica subclínica crônica e a inflamação localizada.
Dermatite	Assaduras, acantose nigricans.

Fonte: Abranches (2014).

2.8 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A busca de respostas sobre as condições de saúde/processos de vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades são a preocupação central dos cuidados de enfermagem. O diagnóstico é realizado pelo enfermeiro (ou estudante de enfermagem) da seguinte forma, de acordo com (HEATHER, KAMITSURU, 2015, s/p):

O processo de enfermagem inclui coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, estabelecimento de resultados, intervenção e avaliação. Enfermeiros usam a coleta de dados e o julgamento clínico para formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde. Todas essas etapas exigem conhecimento de conceitos subjacentes à ciência da enfermagem antes da identificação de padrões nos dados clínicos ou da elaboração de diagnósticos exatos.

Para tanto, faz-se necessário que o enfermeiro conheça conceitos essenciais, ou focos diagnósticos de enfermagem, antes de iniciar uma coleta de dados, para que consiga identificar padrões nos dados e faça um diagnóstico preciso.

Os diagnósticos feitos pela enfermagem e relacionados com a assistência aos pacientes submetidos a cirurgia gastrointestinal podem incluir: Ansiedade relacionada com o medo do desconhecido; Distúrbio da imagem corporal relacionado com possível ostomia pós-operatória; Alto risco de déficit de volume hídrico relacionado com a perda de sangue e sucos gástrico e intestinal ricos em eletrólitos; Alto risco de infecção relacionado com os procedimentos gastrointestinais invasivos; Hipotermia relacionada com a temperatura da sala, exposição da pele e ferida aberta (MEEKER, ROTHROCK, 1997).

A coleta de dados envolve a coleta de informações subjetivas e objetivas. Segundo consta em (HEATHER, KAMITSURU, 2015, s.p.):

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. O diagnóstico de enfermagem costuma ter duas partes: 1) descritor ou modificador e 2) foco diagnóstico, ou conceito-chave do diagnóstico. Há algumas exceções, em que um diagnóstico é apenas uma palavra, como Fadiga (00093), Constipação (00011) e Ansiedade (00146). Nesses diagnósticos, modificador e foco são inerentes a um só termo.

Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes que os de risco. Por vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente. O fundamental é que os enfermeiros conheçam as definições dos diagnósticos normalmente utilizados. Além disso, devem conhecer os “indicadores diagnósticos” - dados usados para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro (HEATHER, KAMITSURU, 2015).

O diagnóstico, portanto, é o processo de identificação e classificação dos dados coletados no histórico, de modo que estes sejam colocados em destaque para que os cuidados de enfermagem possam ser planejados. Os diagnósticos de enfermagem têm evoluído desde os primeiros, introduzidos em 1950 (MEEKER, ROTHROCK, 1997).

Um formato comum usado quando se aprende o diagnóstico de enfermagem inclui [diagnóstico de enfermagem] relacionado a [causa/fatores relacionados], evidenciado por [sintomas/características definidoras]. Os diagnósticos de

enfermagem são utilizados para identificar os resultados esperados com o cuidado e planejar as intervenções específicas da enfermagem, numa sequência. Define-se uma intervenção como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente” (HEATHER, KAMITSURU, 2015).

O diagnóstico de enfermagem “constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são de responsabilidade dos enfermeiros” (HERDMAN, 2012 apud HEATHER, KAMITSURU, 2015).

O uso de diagnósticos de enfermagem em interações com o paciente ou a família podem ajudar a compreender os assuntos que são foco da enfermagem e envolver os indivíduos nos próprios cuidados. Definições gerais para os diagnósticos de enfermagem são apresentadas, alteradas e aprovadas pelos membros da *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*. A última e principal alteração foi a de eliminar a palavra “risco”, a qual foi substituída pela palavra “vulnerabilidade” (HEATHER, KAMITSURU, 2015).

Cada diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA tem um conjunto de componentes: definição (significado do termo diagnóstico), definição das características (padrão de sugestão que operacionaliza o significado do diagnóstico) e fatores relacionados/ de risco/ contextuais (comportamentos do paciente e fatores ambientais que fazem a interação entre local e indivíduo com alto risco de desenvolvimento de um diagnóstico específico) (MEEKER, ROTHROCK, 1997).

Os diagnósticos de promoção da saúde foram mudados para garantir que as definições refletissem que os diagnósticos são adequados para uso em qualquer estágio. Todas as características definidoras começam agora com a expressão “Expressa o desejo de melhorar”, pois a promoção da saúde exige o desejo do paciente de melhorar sua condição atual (HEATHER, KAMITSURU, 2015).

O atendimento de saúde é feito por diversos tipos de profissionais, incluindo enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Isso se dá em hospitais e outros locais no continuum dos cuidados (p. ex., clínicas, atendimento domiciliar, atendimento em instituições de longa permanência, igrejas, prisões). Cada disciplina de saúde traz seu corpo singular de conhecimentos para o atendimento do cliente. De fato, um corpo de conhecimento único costuma ser citado como característica definidora da profissão (HEATHER, KAMITSURU, 2015, s.p.).

Entretanto, o trabalho destes profissionais exige colaboração; e, muitas vezes a junção das funções para que haja resultado satisfatório. Em se tratando dos diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA-I “existem 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Um domínio é “uma esfera de conhecimentos. Os domínios dividem-se em classes” (HEATHER, KAMITSURU, 2015).

A identificação dos resultados é um passo que descreve a condição desejada ou favorável do paciente que pode ser alcançada pelas intervenções de enfermagem. Os resultados do paciente são derivados do diagnóstico de enfermagem, e direcionam as intervenções para corrigir, alterar ou manter o diagnóstico de enfermagem. Eles são os padrões ou critérios pelos quais a eficácia das intervenções são mensuradas. Os resultados devem ser estabelecidos em termos do comportamento esperado ou desejado do paciente; eles devem ser específicos e mensuráveis em termos de tempo (MEEKER, ROTHROCK, 1997).

Meeker e Rothrock (1997) propõem os diagnósticos de enfermagem, resultado e intervenções visualizados na tabela 3.

Tabela 3 - Diagnóstico de enfermagem, resultado e intervenções

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado	Intervenções
Ansiedade relacionada com medo do desconhecido.	O paciente verbalizará conhecimento da experiência perioperatória.	<p>Explicar os procedimentos pré-operatórios que irão facilitar a cirurgia, como acessos endovenosos, preparo da pele, preparo intestinal.</p> <p>Explicar todos os procedimentos feitos na sala de cirurgia antes da indução.</p> <p>Explicar os drenos pós-operatórios, cateteres, curativos.</p> <p>Minimizar os estímulos na sala de cirurgia.</p> <p>Permanecer com o paciente durante a indução.</p> <p>Dar tempo ao paciente para verbalizar seus sentimentos e medos.</p>
Distúrbio da imagem corporal decorrente de uma possível ostomia pós-operatória.	O paciente demonstra conhecimento acerca da ostomia e desejo de autocuidar-se.	<p>Participar da comunicação terapêutica durante a visita pré-operatória; incluir membros da família, se apropriado.</p> <p>Estar consciente de pistas não-verbais.</p> <p>Encaminhar o paciente para uma estomaterapeuta.</p> <p>Estimular a participação do paciente em todos os aspectos dos cuidados.</p>

Alto risco de déficit de volume decorrente de perda sanguínea ou sucos gástrico e intestinal ricos em eletrólitos.	É mantido o equilíbrio hidreletrolítico do paciente.	<p>Obter dados basais do prontuário do paciente com relação ao equilíbrio hidreletrolítico.</p> <p>Avaliar as condições nutritivas, turgor da pele, ou medicamentos que afetam o equilíbrio hidreletrolítico.</p> <p>Informar periodicamente a equipe cirúrgica acerca da perda sanguínea estimada. Registrar todas as soluções administradas no campo cirúrgico.</p>
Alto risco de infecção relacionado com procedimento gastrointestinal invasivo.	O paciente demonstrará ausência de sinal clínico de infecção da ferida.	<p>Verificar a integridade e data de validade de todos os pacotes estéreis, caixas e bandejas.</p> <p>Assegurar que a técnica asséptica seja mantida; comunicar e corrigir a ruptura da assepsia.</p> <p>Descartar os elementos contaminados de acordo com o protocolo.</p>
Hipotermia relacionada com temperatura ambiente, exposição da pele e uma ferida aberta.	O paciente ficará livre de lesão relacionada com perda de calor.	<p>Oferecer ao paciente um cobertor antes da indução anestésica. Assegurar que todas as soluções irritantes estão aquecidas.</p> <p>Manter a temperatura ambiente a um nível que forneça manutenção da temperatura do corpo.</p> <p>Cobrir o paciente antes do transporte para a unidade pós-anestésica (URPA).</p>

Fonte: Adaptado de Meeker, Rothrock (1997, p. 249).

2.9 TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica (obesidade) envolve reduzir o tamanho do reservatório gástrico com ou sem um grau de má absorção associada. Isso reduz a ingesta calórica e assegura que o paciente pratique modificação de comportamento pela ingestão de pequenas quantidades lentamente e mastigando muito bem cada bocado. O sucesso do tratamento cirúrgico deve começar com objetivos realistas e avançar pelo melhor uso possível de cirurgias. Portanto, a opção do tratamento cirúrgico é uma lógica sustentada pelo princípio consagrado pelo tempo de que as doenças que prejudicam pedem uma intervenção terapêutica menos prejudicial que a doença em tratamento (obesidade) (MÔNACO et al, 2006).

A cirurgia bariátrica surge como forma de tratamento permanente, segura e com potencial de cura de várias comorbidades com melhora significativa na qualidade de vida do obeso. O tratamento cirúrgico consiste em técnicas que se aprimoram e se tornam a cada dia menos invasivas e com recuperação rápida. As técnicas são classificadas em restritivas, disabsortivas e mistas. Nas restritivas há diminuição da ingestão de alimentos, porém, há sensação de plenitude após as

refeições, nas disabsortivas redução da absorção de calorias, proteínas e outros nutrientes e a técnica mista se configura na combinação das duas técnicas anteriores (MÔNACO et al, 2006).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde (LEWIS et al 2013), existem atualmente 5 Técnicas conhecidas e reconhecidas, demonstradas na tabela 4.

Tabela 4 - Intervenções cirúrgicas para a obesidade mórbida

PROCEDIMENTO	MUDANÇAS ANATÓMICAS	VANTAGENS	COMPLICAÇÕES
Cirurgia Restritiva			
Gastroplastia Vertical com Bandagem (GVB)	Bandagem colocada em volta do estômago e grampos acima da bandagem para criar uma pequena bolsa gástrica.	Sem anastomose cirúrgica; Anatomia mais normal e fisiologia mantida; Risco de infecção mais baixo.	Alta taxa de complicações; Perda de peso lenta; Ruptura da linha do grampo Bolsa dilatada; Síndrome do esvaziamento rápido (náusea, vômito e/ou diarreia relacionados com a ingestão de doces, líquidos altamente calóricos ou laticínios).
Bandagem ajustável (BGA)	A bandagem envolve o estômago, criando um estoma e uma bolsa gástrica com cerca de 30mL de capacidade.	A digestão do alimento ocorre através do processo normal; A bandagem pode ser ajustada para aumentar ou diminuir a restrição; A cirurgia é reversível; Ausência de síndrome do esvaziamento rápido; Sem má absorção.	Baixa taxa de complicações; Alguma náusea e vômito inicialmente; Problemas com o dispositivo de ajuste; A bandagem pode escorregar ou erodir na parede estomacal; Perfuração gástrica.
Gastrectomia vertical	Cerca de 85% do estômago são removidos, deixando um estômago em forma de luva com 60 a 150mL de capacidade.	A função do estômago é preservada; Nenhum desvio do intestino; Evita complicações de obstrução, anemia, deficiências de vitamina.	A perda de peso pode ser limitada; Vazamento relacionado com o grampeamento.
Cirurgia Malabsortiva			
Desvio Biliopancreático (DBP) com ou sem derivação duodenal	70% do estômago são removidos horizontalmente; Anastomose entre o estômago e o intestino; Diminui a quantidade de intestino delgado disponível para a absorção de nutrientes; Derivação duodenal corta o estômago verticalmente com a forma de um tubo.	Maior quantidade de ingestão de alimentos; Menos intolerância aos alimentos; Maior perda de peso a longo prazo; Perda de peso rápida.	Distensão abdominal, diarreia e gases fétidos (esteatorreia); Três ou quatro evacuações soltas por dia; Má absorção das vitaminas lipossolúveis; Deficiência de ferro; Desnutrição proteico-calórica; Síndrome de esvaziamento rápido (com derivação duodenal, os dois últimos problemas são menos comuns).
Cirurgia Restritiva e Malabsortiva Combinada			
Desvio gástrico em Y de Roux (DGYR)	Cirurgia restritiva no estômago criando uma	Resultados de perda de peso melhores do que os dos procedimentos	Vazamento no sítio da anastomose;

bolsa; Pequena bolsa gástrica conectada ao jejuno; O estômago remanescente e o primeiro segmento do intestino delgado são ignorados.	restritivos; Incidências mais baixas de desnutrição e diarreia; Melhora rápida das comorbidades associadas ao peso.	Anemia: deficiência de ferro, cobalamina e ácido fólico; Deficiência de cálcio; Síndrome de esvaziamento rápido.
--	---	--

Fonte: Lewis et al (2013).

2.9.1 Gastroplastia Vertical com Bandagem

A gastroplastia vertical com bandagem (GVB) envolve a partição do estômago em uma pequena bolsa na porção superior ao longo da curvatura menor do estômago. Essa pequena bolsa limita muito a capacidade do estômago. Além disso, a abertura do estoma para o resto do estômago recebe uma bandagem para retardar o esvaziamento do alimento sólido a partir da bolsa proximal. Esse procedimento tem sido substituído por outros procedimentos devido à falta de perda de peso sustentada ou desejada e à alta incidência de complicações (LEWIS et al, 2013).

2.9.2 Banda Gástrica Ajustável

Com a banda gástrica ajustável (BGA), o tamanho do estômago é limitado por uma bandagem inflável colocada em torno do fundo do estômago. Esse procedimento restritivo pode ser feito utilizando-se um sistema *Lap-Band* ou *Realize Band*. A bandagem é conectada a uma porta subcutânea e pode ser inflada ou desinflada (por meio de injeção de fluido no consultório médico) para mudar o tamanho do estoma, a fim de satisfazer as necessidades do paciente a medida que perde peso. O procedimento é realizado por meio de laparoscopia e, caso necessário, pode ser modificado ou desfeito após o procedimento inicial. A BGA é o procedimento mais comumente realizado, sendo a opção preferida para os pacientes com risco cirúrgico, pois é a abordagem menos invasiva (LEWIS et al, 2013).

2.9.3 Gastrectomia Vertical

Na gastrectomia vertical (GV), cerca de 85% do estômago são removidos, restando um estômago em forma de luva. Embora o estômago seja drasticamente reduzido, sua função é preservada, O procedimento não é reversível. Como o novo estômago continua a funcionar normalmente, há pouca restrição quanto aos alimentos que o paciente pode consumir após a cirurgia. A remoção da maior parte do estômago também resulta na eliminação dos hormônios produzidos dentro do estômago que estimulam a fome, como a grelina (LEWIS et al, 2013).

2.9.4 Cirurgias Malabsortivas

Se o paciente optar por uma cirurgia malabsortiva para reduzir o seu peso, o cirurgião irá ignorar comprimentos diferentes do intestino delgado de modo a absorver menos alimentos (LEWIS et al, 2013).

2.9.5 Desvio Biliopancreático

O desvio biliopancreático (DBP) envolve a remoção de aproximadamente três quartos do estômago para produzir restrição de ingestão alimentar e diminuição de débito ácido. A porção remanescente do estômago é conectada à porção inferior do intestino delgado. As enzimas pancreáticas e a bile entram no segmento final do intestino delgado. Os nutrientes passam sem serem digeridos. O paciente perde peso porque a maior parte das calorias e nutrientes é enviada para dentro do cólon, onde não há absorção (LEWIS et al, 2013).

Esse procedimento pode aumentar o risco de formação de cálculos biliares e pode exigir a remoção da vesícula biliar. Os pacientes devem ter conhecimento das possibilidades de irritação intestinal e úlceras. Outros riscos do DBP incluem a distensão abdominal e as fezes ou gases fétidos. Também há um período em que os intestinos se ajustam, e os movimentos intestinais podem ser muito líquidos e frequentes. Os pacientes também têm de monitorar sua ingestão de proteína, ferro e cobalamina para garantir que não desenvolvam desnutrição ou anemia (LEWIS et al, 2013).

2.9.6 Desvio Biliopancreático com Derivação Duodenal

É uma variação do procedimento de DBP que envolve uma derivação duodenal na qual os cirurgiões deixam intactas grande parte do estômago e uma pequena parte do duodeno. Esse procedimento também permite que o cirurgião mantenha a valva pilórica, que ajuda a prevenir a síndrome de esvaziamento rápido (LEWIS et al, 2013).

2.9.7 Desvio Gástrico em Y de Roux

O procedimento de desvio gástrico em Y de Roux (DGYR) é uma combinação das cirurgias restritiva e malabsortiva. Esse é o procedimento bariátrico mais comum realizado nos Estados Unidos, sendo considerado o padrão-ouro entre os procedimentos bariátricos. Em geral, ele tem baixas taxas de complicação, excelente tolerância do paciente e provou-se capaz de manter a perda de peso a longo prazo. Nesse procedimento, o tamanho do estômago é diminuído com uma anastomose de bolsa gástrica que esvazia diretamente no jejuno.

Essa cirurgia pode ser realizada através de uma incisão abdominal aberta ou via laparoscopia. As variações desse procedimento incluem (1) grampeamento do estômago sem transecção para criar uma pequena bolsa gástrica com 20 a 30 ml de capacidade; (2) criação de uma bolsa gástrica superior e uma inferior, com a desconexão total das bolsas; e (3) criação de uma bolsa gástrica superior e remoção completa da bolsa inferior. Após o procedimento o alimento ignora 90% do estômago, do duodeno e de um pequeno segmento do jejuno (LEWIS et al, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de revisão integrativa de literatura, no tema “Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica”.

Uma revisão integrativa inclui a análise de pesquisas que reúnam e sumarizam dados da literatura empírica e/ou teórica relevantes sobre o tema estudado, fornecendo assim, uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado, dando suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, observacionais e outras abordagens, proporcionando compreensão do tema de interesse. A variedade na composição da amostra da revisão integrativa proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas (MENDES, GALVÃO 2008).

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Stetler et al. (1998) apud Caliri e Marziale (2000), definem a PBE como: “abordagem que utiliza os resultados de pesquisa, o consenso entre especialistas conhecidos e a experiência clínica para a prática clínica ao invés de experiências isoladas e não sistemáticas, rituais e opiniões sem fundamentação”.

Portanto, é de grande valia que os pesquisadores sigam corretamente uma sequência de pesquisa e que permita a inclusão de diferentes delineamentos de pesquisas e deve ser realizada com rigor metodológico que abranja os elementos seguintes: de que forma os estudos serão localizados, critérios de inclusão e exclusão dos artigos, conceitos dos de desfechos de interesse, realizar o diagnóstico dos resultados, verificação da qualidade dos estudos e análise da estatística empregada.

Os estudos que adotam o processo de revisão integrativa, é composto por seis fases que de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) são: 1 - identificação do tema e questão norteadora; 2 - amostragem ou procura na literatura; 3 - categorização dos estudos; 4 - avaliação dos estudos incluídos; 5 - interpretação dos resultados e 6 - síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados, também denominado por apresentação da revisão.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) descrevem que as fases devem seguir os seguintes procedimentos:

1) Primeira fase: definição do tema da pesquisa, elaboração da hipótese e ou questão norteadora e a escolhas dos descritores ou palavras chave, são etapas utilizadas para direcionar a construção do estudo. A questão da revisão integrativa pode ser delimitada focando em uma intervenção específica, ou mais abrangente, analisando diferentes intervenções.

2) Segunda fase: essa fase irá depender muito dos resultados encontrados, devendo ser feita de forma bem detalhada, pois um problema amplamente descrito poderá acarretar uma amostra diversificada, exigindo maior critério de análise do pesquisador. Os critérios de inclusão e exclusão devem ser claros e objetivos, sendo identificados no estudo, podendo ser reorganizados durante o processo da revisão integrativa.

3) Terceira fase: consiste em reunir e organizar todas as informações extraídas dos estudos selecionados (categorização), construindo um banco de dados de fácil acesso e manejo. As informações devem envolver a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia utilizada, resultados e as principais conclusões dos estudos sob análise.

4) Quarta fase: análise das informações extraídas dos estudos encontrados na fase anterior são informações que devem ser elaboradas individualmente e detalhadamente, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas de forma criteriosa para facilitar a próxima etapa.

5) Quinta fase: esta corresponde às fases de discussão e interpretação dos principais resultados da pesquisa. Através dos achados durante a pesquisa integrativa o pesquisador realiza a interpretação dos dados que será conferido

com outros estudos encontrados na literatura, permitindo levantar as lacunas sobre o conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas.

6) Sexta fase: essa última fase incide na apresentação da revisão integrativa, que traz às informações e os resultados dos artigos estudados, devendo ser contemplada as etapas percorridas pelo pesquisador. É um trabalho de extrema importância, já que causa impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática estudada.

3.2 QUESTÃO NORTEADORA

Quais as evidências científicas publicadas sobre as Intervenções e Diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica?

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Considerando critérios de inclusão, foram escolhidos em uma primeira seleção apenas artigos que tratassem e que evidenciavam em seu título o tema: Pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica, publicados em português e indexados nas bases de dados; e, com textos disponíveis e completos, publicados entre o período de 2012 a 2016.

Após as buscas dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foram analisados os títulos e resumos, quanto sua adequação à questão norteadora.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão não foram selecionadas cartas ao editor, editoriais, teses, monografias, dissertações, textos repetidos nas bases de dados, bem como os que não estavam disponíveis na íntegra.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Identificação dos descritores DeCs

As buscas foram realizadas em 2017, no período dos meses de setembro e outubro, consultando as bases de dados eletrônicas: Medline/PubMed, Scielo, Lilacs e BDNF via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores empregados foram obtidos a partir do DeCS – “Descritores em Ciências da Saúde”. Os DeCS selecionados foram: “Cirurgia Bariátrica”, “Cuidados de Enfermagem”. Utilizou-se AND como booleano conector entre descritores e palavras-chave e o qualificador “NU”, específico da enfermagem, a fim de facilitar as buscas.

3.5.2 Armazenamento dos Dados

Os artigos selecionados foram lidos criteriosamente, com o objetivo de organizar suas principais informações permitindo a identificação das publicações e, posteriormente, os dados foram inseridos em quadro sinóptico contendo os seguintes elementos: Número de Inclusão; Autor(es) e Ano de Publicação; Título; Objetivo; Método; Amostra; Coleta de dados; Principais Resultados; Classificação em nível de evidência. Com base nesses artigos analisados foram realizadas as discussões, apresentando resultados e conclusões considerando os objetivos deste estudo.

Os níveis de evidencia foram classificados conforme (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010) e organizado para graduar a exatidão e as particularidades de cada estudo, evidências descritas em seis níveis a seguir:

- Nível 1: meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: estudos quase-experimentais;
- Nível 4: estudos descritivos (não-experimentais), abordagem qualitativa;
- Nível 5: relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6: opiniões de especialistas.

4 RESULTADOS

A base de dados consultada foi a BVS - Biblioteca Virtual em Saúde Brasil, usando como termos de busca: cirurgia bariátrica AND cuidados de enfermagem. Ao todo foram identificados 101 estudos, publicados entre os anos 2012 à 2016. Distribuídos nas bases de dados da BDENF - Enfermagem (28 estudos); LILACS (47 estudos); MEDLINE (26 estudos). Os periódicos que publicaram o tema, foram: Rev Esc Enferm USP; Rev. RENE; Rev Bras Enferm; Acta paul. enferm; Enferm. foco (Brasília); Rev Gaucha Enferm; Rev. eletrônica enferm; Rev. enferm. UFPE on line; Rev. enferm. UFPI. Por fim, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a amostra final 4 estudos. A estratégia de buscas foi realizada em 4 etapas é apresentada na tabela 5.

Tabela 5 - Estratégia de busca dos artigos

Etapa	Detalhes da pesquisa	Resultado
1 ^a	Termos de busca na base de dados BVS - Biblioteca Virtual em Saúde Brasil: cirurgia bariátrica AND cuidados de enfermagem	101
2 ^a	Filtros: Idioma: Português Texto completo: Disponível	18
3 ^a	Critérios de exclusão Inacessível: 1 Repetidos: 6	11
4 ^a	Critérios de exclusão Revisão de Literatura: 3 Não atende aos objetivos: 3 Dissertação: 1	Incluídos 4

Fonte: Serigiolli (2017).

A amostra foi composta por 4 artigos que se adequaram após a aplicação de todos os critérios de inclusão e exclusão, anteriormente apresentados no método. Os estudos que foram excluídos, apresentados na tabela 6, na última etapa foram as revisões de literatura ou outros que não atendiam especificamente o tema proposto:

“Diagnósticos e Intervenções de enfermagem para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica”.

Tabela 6 - Artigos Excluídos (E)

nº	Título	Autor(es)	Motivo da exclusão
E 1	Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura	Rodrigues, Renata Tavares Franco; Leite, Rita Burgos; Lacerda, Rúbia Aparecida; Padilha, Katia Grillo; Graziano, Kazuko Uchikawa	Excluído por ser revisão de literatura
E 2	Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura	Rodrigues, Renata Tavares Franco; Lacerda, Rúbia Aparecida; Leite, Rita Burgos; Graziano, Kazuko Uchikawa; Padilha, Katia Grillo	Excluído por ser revisão de literatura
E 3	Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica	Ferreira, Maria Beatriz Guimarães; Galvão, Cristina Maria; Felix, Márcia Marques dos Santos	Excluído por se tratar de revisão
E 4	Percepções de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: orientações pré-operatórias da equipe de enfermagem	Riegel, Fernando; Siqueira, Diego Silveira; Silva, Flávia Giendruckzac da; Dal Pai, Daiane	Excluído não atende o objetivo
E 5	A história de pessoas com obesidade mórbida: uma experiência no sul do Brasil	Santos, Alixandra Trindade dos; Panata, Cintia Hugen; Schmitt, Janaina; Padilha, Maria Itayra; Amante, Lucia Nazareth	Excluído não atende o objetivo
E 6	Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro	Tanaka, Denise Spósito; Peniche, Aparecida de Cássia Giani	Excluído não atende o objetivo
E 7	Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro	Felix, Lidiany Galdino	Excluído por ser dissertação

Fonte: Serigiolli (2017).

Os achados oriundos da busca são apresentados quanto aos autores, objetivos, método, amostra, coleta de dados e principais resultados na tabela 6. Para facilitar a Discussão pela sigla A de artigos incluídos acrescentado de seu número de ordem de inclusão.

Tabela 7 - Apresentação dos estudos incluídos

nº	Autor(es)/Ano	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de dados	Principais Resultados	Nível
A 1	FELIX, Lidiany Galdino; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. 2012.	Construir um protocolo de assistência de enfermagem para o paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.	Estudo do tipo metodológico e de inovação tecnológica.	31 clientes portadores de obesidade mórbida.	Indicadores empíricos de manifestações observadas ou mensuradas dos requisitos de autocuidado afetados no cliente com obesidade mórbida, por meio de entrevistas realizadas no período de abril a junho de 2009.	Distúrbio da Imagem Corporal (90,3%); Conhecimento deficiente sobre complicações relacionadas à obesidade (83,9%); Interação social prejudicada (67,7%); Padrão respiratório ineficaz (58,1%); Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais (54,8%); Padrão de sono perturbado (54,8%); Constipação (54,5%); Diarreia (45,5%) e Estilo de vida sedentário (45,2%). Os pacientes não tinham muitas informações a respeito dessa intervenção, 40,0% disseram que sabiam pouco ou quase nada a respeito da cirurgia, o que levou ao diagnóstico de enfermagem: conhecimento deficiente em relação à cirurgia bariátrica.	4
A 2	MOREIRA, Rosa Aparecida Nogueira; CAETANO, Joselany Áfio; BARROS, Lívia Moreira; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. 2013.	Identificar os principais diagnósticos, fatores relacionados de risco da classe resposta cardiovascular/pulmonar, propostos pela NANDA, versão 2009-2011.	Estudo de série de caso, descritivo.	20 pacientes no pós-operatório imediato à cirurgia bariátrica.	Entrevista, exame físico e leitura do prontuário.	Os diagnósticos de enfermagem identificados com frequência maior que 50% foram: débito cardíaco diminuído (75%), padrão respiratório ineficaz (65%), resposta disfuncional ao desmame ventilatório (55%) e perfusão tissular periférica ineficaz (75%), dos quais 14 eram fatores relacionados e cinco, de risco.	4
A 3	STEYER, Nathalia Helene; OLIVEIRA, Magáli Costa; GOUVÊA, Mara Regina Ferreira; ECHER, Isabel Cristina; LUCENA, Amália de Fátima. 2016.	Analisar o perfil clínico, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.	Estudo transversal realizado em um hospital do Sul do Brasil.	143 pacientes.	Os dados foram coletados retrospectivamente entre 2011-2012 no prontuário eletrônico dos pacientes, os quais foram analisados estatisticamente.	Dentre os cuidados de enfermagem prescritos, os mais utilizados foram: usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do paciente, registrar a dor como 5º sinal vital e verificar sinais vitais. Foi observada associação entre a idade e as comorbidades. Os diagnósticos de enfermagem subsidiaram a prescrição de cuidados, possibilitando qualificar a assistência de enfermagem.	4
A 4	SILVA, Eliziani Gonçalves da; COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao; OLIVEIRA, Zilanda Sorai de. 2013.	Compreender o cuidado dos profissionais de enfermagem às pessoas que se submetem à cirurgia para redução de peso.	Pesquisa compreensiva.	3 sujeitos.	Entrevistas semiestruturadas e observação participante junto aos profissionais de enfermagem. Entrevistas gravadas e registros em diário de campo.	Os resultados deste estudo contribuíram para a compreensão do cuidado de enfermagem como um cuidado que se relaciona à própria dimensão sociocultural do ser que cuida, o profissional de enfermagem. Também evidenciam que a perspectiva socioantropológica integrada às pesquisas sobre o cuidado de enfermagem para as pessoas que se submetem à cirurgia para redução de peso possibilita a valorização dos comportamentos, das crenças e dos significados como elementos importantes para a qualificação do cuidado.	4

Fonte: Serigioli (2017).

5 DISCUSSÃO

5.1 DIAGNÓSTICOS, CUIDADOS DE ENFERMAGEM, PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

É importante considerar inicialmente a produção incipiente no tema, para os Diagnósticos específicos para este tipo de paciente. Quanto a classificação do nível de evidência todos os artigos selecionados (A1; A2; A3 e A4), se enquadram no Nível 4, com estudos descritivos (não-experimentais) com abordagem qualitativa. Nesse sentido apresentam relevância importante baseadas em evidências de alta qualidade e no benefício ao paciente em risco excessivo, razão para qual foram incluídos, pois para o tema deste trabalho, tratam dos Diagnósticos, Cuidados de enfermagem, Percepção do enfermeiro. Os achados e propostas são apresentados a seguir.

5.1.1 Diagnósticos

Ao analisar os estudos incluídos (A1, A2, A3 e A4) na presente revisão nota-se que a questão específica buscada em relação aos diagnósticos de enfermagem e as suas comorbidades, assim os avanços clínicos na assistência de enfermagem e demandas de autocuidado apresentadas, foram identificados os déficits de autocuidado e elaborados os respectivos diagnósticos de enfermagem. Para a construção dos diagnósticos de enfermagem, os autores utilizaram as definições e classificação da NANDA-I, por ser o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem mais divulgado e utilizado pela enfermagem atualmente (HEATHER; KAMITSURU, 2015).

Em sua pesquisa com 31 clientes portadores de obesidade mórbida, A1 obtiveram os seguintes resultados quanto aos diagnósticos de enfermagem identificados para os déficits de autocuidado apresentados pelos pacientes: débito cardíaco diminuído (90,3%); Conhecimento deficiente sobre complicações relacionadas à obesidade (83,9%); Interação social prejudicada (67,7%); Padrão respiratório ineficaz (58,1%); Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades

corporais (54,8%); Padrão de sono perturbado (54,8%); Constipação (54,5%); Diarreia (45,5%) e Estilo de vida sedentário (45,2%).

No estudo de A2, de série de caso, descritivo, com 20 pacientes no pós-operatório imediato à cirurgia bariátrica. No qual foram analisados os diagnósticos de enfermagem identificados em 13 ou mais pacientes, ou seja, aqueles que atingiram mais de 65%. Foram identificados sete diagnósticos de enfermagem com frequências que variaram de 15 e 75%. Verificaram-se os diagnósticos débito cardíaco diminuído (75%), padrão respiratório ineficaz (65%), resposta disfuncional ao desmame ventilatório (55%) e perfusão tissular periférica ineficaz (75%), que apresentaram frequência superior a 50%, em contraste com os diagnósticos ventilação espontânea prejudicada (45%), intolerância à atividade (45%) e risco de intolerância à atividade (50%) nos pacientes portadores dos diagnósticos da classe em estudo.

O diagnóstico de enfermagem mais presente nos casos estudados de (A1 e A2) foram: débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz, resposta disfuncional ao desmame ventilatório e perfusão tissular periférica ineficaz; Conhecimento deficiente sobre complicações relacionadas à obesidade; Interação social prejudicada. O diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído apresentou frequência percentual elevada nesses estudos, é possível que a identificação desses diagnósticos esteja relacionada à condição hemodinâmica instável do paciente no pós-operatório imediato.

Uma das principais complicações que podem ocorrer no pós-operatório imediato são alterações no débito cardíaco decorrentes de alterações na contratilidade, da pré e da pós-carga. Essas variações podem ser identificadas por monitorização da frequência e ritmo cardíaco, por mensurações da pressão arterial, pressão venosa central e pressão do átrio esquerdo e também por observações clínicas (SMELTZER et al. 2015).

Outro aspecto levantado por A2, ao avaliar os fatores relacionados identificados, constatou como mais frequentes, (superior a 50,0%): obesidade (100%), contratilidade alterada (75,0%), pré-carga alterada (75,0%), fadiga (55,0%) e demandas de energias episódicas e não controladas (55,0%). Entre os fatores de risco identificados, a frequência relativa variou entre 5 e 45%. As maiores incidências

(45%) foram identificadas em história prévia de intolerância e inexperiência com a atividade. O estado de falta de condicionamento físico e a presença de problemas circulatórios apresentaram concorrência de 35%.

Destaca-se de A2, que a faixa etária de maior incidência para identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe respostas cardiovascular e pulmonar foi predominantemente jovem (25 a 35 anos). Para esse grupo etário, o diagnóstico risco de intolerância à atividade apresentou maior frequência, com 90%. Débito cardíaco diminuído e perfusão tissular periférica ineficaz apresentaram frequência percentual substancial de 73,3%. Padrão respiratório ineficaz (76,9%), intolerância à atividade (66,7%), resposta disfuncional ao desmame ventilatório (63,6%) e ventilação espontânea prejudicada (44,4%) apresentaram menores frequências para esse grupo, contudo, maior incidência em comparação aos outros grupos etários.

A3, identificaram que a Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais foi o quinto DE mais frequente, mesmo sendo a cirurgia bariátrica o motivo da internação desses pacientes. Infere-se que este DE não tenha sido estabelecido por alguns enfermeiros por considerarem que o paciente no Pós-operatório (PO) já não o possui, uma vez que ele não recebe nutrição acima de suas necessidades corporais. O DE Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais foi o sexto mais frequente no estudo, apesar de não ser descrito em outra investigação com pacientes de cirurgia bariátrica.

Os fatores relacionados identificados nos participantes da pesquisa são passíveis de controle e a Enfermagem garante a construção de plano de assistência atuante. Tendo fatores relacionados déficits de conhecimento e conflitos decisórios em relação à ingestão adequada de alimentos, necessidade de lazer, controle da tensão emocional, prática regular de exercícios físicos, controle do peso, abandono do hábito de fumar que constituem atividades do tratamento não-medicamentoso (SILVA, KAWAHARA, 2005).

Em um estudo transversal realizado em um hospital do Sul do Brasil, com 143 pacientes, A3 pontuam que são dez diferentes Diagnósticos de Enfermagem mais frequentemente estabelecidos para esses pacientes: Dor aguda; Risco de lesão; Integridade tissular prejudicada; Risco de infecção; Mobilidade física; Conforto

alterado; Risco de desequilíbrio do volume de líquidos e Déficit no autocuidado: banho e ou higiene.

A4, em busca de estudos sobre a temática da enfermagem às pessoas em obesidade, encontra que os autores retratam as atualizações dos cuidados de enfermagem perioperatória, utilizando as diretrizes baseadas em evidências e as teorias de enfermagem, e recomendam que os profissionais de enfermagem observem suas crenças e atitudes frente à obesidade.

Ao analisar a avaliação do estudo de A4, destaca-se que as narrativas dos profissionais de enfermagem descrevem as formas como eles entendem o cuidado à pessoa obesa no contexto da cirurgia para redução de peso. Foi possível apreender que as narrativas incorporam significados relacionados aos valores, crenças e comportamentos compartilhados nos grupos sociais vivenciados ao longo de suas vidas.

Os dados coletados dos autores dos artigos selecionados para este trabalho, (A1; A2; A3 e A4) os DE apontados são: Débito cardíaco diminuído; Dor aguda; Padrão respiratório ineficaz; Nutrição desequilibrada; Padrão de sono perturbado; Constipação; Diarreia; Resposta disfuncional ao desmame ventilatório; Perfusão tissular periférica ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada; Contratilidade alterada; Pré-carga alterada; Problemas circulatórios; Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório; Integridade tissular prejudicada; Risco de infecção; Mobilidade física prejudicada; Conforto alterado; Risco de desequilíbrio do volume de líquidos; Banho e ou higiene.

Silva, Kawahara, (2005) alertam que devido a associação destas patologias, a investigação e o preparo pré-operatório merecem muita atenção, para que o risco de complicações seja minimizado. A avaliação é importante tanto quanto o conhecimento das condições gerais: hemodinâmicas, hematológicas, respiratórias, cardiovasculares, renais, endocrinológicas e ósteo-musculares, deve-se explicar, inclusive, ao paciente, os benefícios e riscos que o mesmo terá.

Segundo Meeker, Rothrock (1997), uma vez que os Diagnósticos de Enfermagem e os resultados desejáveis são identificados, o plano de cuidados específico é designado para cada paciente, mas que alguns diagnósticos de enfermagem são próprios para todos, assim como a implementação e o pronto

reconhecimento e imediata intervenção são imperativos para o bem-estar do paciente.

5.1.2 Cuidados de enfermagem

A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem, (A1; A2; A3 e A4), é realizado o planejamento da assistência, que envolve a determinação de metas, objetivos, método de ajuda e do tipo de sistema de enfermagem a ser estabelecido nas intervenções de enfermagem.

Destacam A1 que quase todos os sistemas de enfermagem determinados foram baseados em ações de enfermagem de apoio e educação, o que mostra a coerência na decisão pela Teoria do Autocuidado para nortear o processo de enfermagem em portadores de obesidade mórbida, que precisam de orientação, principalmente pela dificuldade de aderir ao tratamento e pelas comorbidades que a doença produz.

Ainda A2, mencionam que a cirurgia bariátrica se tornou uma abordagem aceita para controle de peso com o benefício adicional de resolução de várias comorbidades. No entanto, a assistência de enfermagem ao longo do período perioperatório contribui de maneira significativa para os resultados positivos da cirurgia.

Considerando A3, encontraram que os cuidados prescritos para envolveram a educação para a saúde quanto a um novo estilo de vida e a necessidade de cuidados adequados, de forma a complementar o sucesso do procedimento cirúrgico e, conseqüentemente, a melhora da saúde do paciente

Durante o processo de seleção, o enfermeiro pode explicar todas as fases da cirurgia desde o pré-operatório até o pós-operatório que envolvem: os testes necessários de diagnóstico e sua justificativa e realizar um histórico de enfermagem completo, com informações pertinentes.

Abranches (2014) confirmam que constitui direito do paciente a precisa informação sobre os detalhes do procedimento cirúrgico a que irá se submeter, com a análise profissional de seus fatores de risco e complicações possíveis de ocorrer, bem como, de total acesso ao cirurgião e sua equipe multidisciplinar durante todas

as fases de seu tratamento, para que os pacientes não recebam informações conflitantes ou pouco precisas a respeito dessa intervenção cirúrgica.

Os dados do artigo incluído A2, enfatizam ser importante iniciar as orientações para o paciente e família no período pré-operatório, pois a cirurgia bariátrica provoca mudanças importantes, tais como perda de peso, mudança nos padrões alimentares, na imagem corporal e nas percepções dos outros. Assim, é evidente que o paciente e a família precisam ir para casa com informações específicas sobre beber/comer, cuidar de tubos de drenagem, da pele e cuidados de feridas, deambulação, autocuidado, sinais e sintomas que requerem atenção médica e de enfermagem. Ao mesmo tempo, a enfermeira deve avaliar a condição psicológica do paciente em sua nova forma de vida.

Desta forma, além de prestar cuidados ao paciente, o enfermeiro é competente por envolver o paciente e sua família nos aspectos do cuidado, bem como por promover a comunicação entre estes e os membros da equipe de saúde. O enfermeiro direciona o cuidado da equipe às necessidades do paciente, facilitando esse cuidado, propiciando a continuidade desse cuidado e promovendo ações dirigidas à qualidade desse cuidado (SMELTZER et al, 2015).

Ainda no estudo de A4, no cuidado, o profissional de enfermagem reconhece a importância do período pré-operatório, pois é nesta fase e na interação profissional-paciente que é possível apreender como está o estado emocional para a realização da cirurgia, em especial, a cirurgia de redução de peso.

Estabelecem A4, que o cuidado do profissional de enfermagem vai além do modelo biomédico na medida em que ele revela nos seus modos como ele valoriza os vínculos entre profissional e pessoa obesa. O estabelecimento de vínculos com o paciente é fundamental e visa a diminuir a ansiedade. Ao descrever a escuta, o acolhimento, o diálogo, busca-se a compreensão da interpretação do outro. O cuidado do profissional também está presente nas formas como o profissional de enfermagem lida com a pessoa obesa.

Analisando os achados dos autores (A1; A2; A3 e A4) percebe-se que o paciente está pouco informado sobre os procedimentos que serão realizados em uma cirurgia bariátrica, bem como sobre suas complicações. Em relação as vantagens e as desvantagens as informações ficam também bastante incompletas.

Meeker, Rothrock (1997) salientam sobre a importância da educação ao paciente e sobre a oportunidade única e base de conhecimento para coordenar esforços que atendam às necessidades de educação dos pacientes, proporcionando segurança, custo-eficácia e qualidade dos cuidados de saúde. O paciente tem direito e deve ser encorajado ao obter dos médicos e dos enfermeiros informações relevantes, atuais e compreensíveis, concernentes ao diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Diante da predominância dos diagnósticos de enfermagem relacionados ao conhecimento deficiente sobre a cirurgia bariátrica e suas complicações, os autores (A1; A2; A3 e A4), têm a convicção de que a educação e o preparo pré-operatório são importantes para a recuperação do paciente e para o alcance do sucesso da cirurgia.

5.1.3 Percepção do enfermeiro com relação ao cuidado

Analisando as principais ideias dos autores (A1; A2; A3 e A4), sobre a percepção do enfermeiro de que a aplicabilidade do protocolo deve servir de recurso para embasar suas ações de assistente, que a partir da fase do ambulatório chegando a internação e culminando com a alta hospitalar do paciente bariátrico. Assim como serve de guia para a educação do paciente, com o objetivo de que o mesmo adote comportamentos saudáveis para reduzir o peso é essencial para a recuperação e a retomada da rotina.

Para A2, é importante que os enfermeiros desenvolvam pesquisas com clientes bariátricos e as propaguem, já que a atuação destes profissionais é crucial nesse momento tão importante na vida de um candidato à cirurgia bariátrica. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode acarretar questionamentos para o risco e a elaboração de planos de cuidados para pacientes no período perioperatório de cirurgia bariátrica. Os diagnósticos de enfermagem encontrados nessa fase, independentemente da classe, podem evidenciar especificidades que necessitam ser observadas pelos enfermeiros durante a assistência.

Além disso, à medida que se começam a implementar programas de melhoria, os enfermeiros têm várias oportunidades de se envolverem neste processo. Tanto as enfermeiras que ocupam cargos administrativos, como as que estão envolvidas diretamente com a assistência estão implicadas com a análise dos processos. O conhecimento desses profissionais sobre os processos e as condições que interferem no cuidado do paciente é de suma importância para o estabelecimento das mudanças que aprimoram a qualidade do cuidado.

Na maioria das instituições de saúde, o cuidado de enfermagem é realizado pela equipe de enfermagem, sob organização e supervisão do enfermeiro. Isto propicia ao enfermeiro a oportunidade e a responsabilidade de assumir os papéis assistencial e de liderança dentro de um referencial de prestação de cuidado direto ao paciente (SMELTZER et al., 2015).

Em seu estudo, enfatizam A3, que a enfermagem precisa compreender o processo de decisão do paciente pela cirurgia bariátrica e propiciar a ele o cuidado integral, que vai além do período de internação, com orientações e condutas educativas que favoreçam a recuperação plena de sua saúde e, demonstram que a aproximação do profissional da pessoa em obesidade deve ser cuidadosa e processual, utilizando os sentidos da visão, da comunicação, do tempo e das palavras positivas. Deve assumir uma postura de igualdade com a pessoa obesa com quem fala, ensina, informa, buscando captar suas necessidades. Revelando a preocupação com as reações da pessoa durante a internação e com o procedimento. Enfatizando que é importante a inclusão de fatores relacionais no seu cuidado com ela.

A4, encontraram que o cuidado do profissional tem por base as percepções e sensações da pessoa em sua trajetória, desde a sua internação, para a efetivação do procedimento cirúrgico, até o seu retorno ao leito na clínica. Na interação entre o profissional e a pessoa com obesidade, o cuidado ocorre quando este profissional é sensível aos comportamentos, gestos, falas e às necessidades de saúde do outro. A empatia é uma atitude que possibilita compreender as necessidades de saúde da pessoa que se submete à cirurgia.

Os principais pontos defendidos pelos autores (A1; A2; A3 e A4) é de que o enfermeiro é peça fundamental para o paciente bariátrico. Desde o momento em que

este procura o médico e decide pela cirurgia o enfermeiro deve estar munido de informações suficientes para orientá-lo sobre cada etapa desse momento tão importante. O paciente obtendo a atenção e as informações completas por parte do enfermeiro terá possibilidade de superar as dificuldades do processo e atingir uma recuperação mais rápida e mais satisfatória.

Meeker, Rothrock (1997) sobre a percepção do enfermeiro, salientam que o aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem implica significativamente sobre o paciente bariátrico. Os conhecimentos adquiridos capacitam o enfermeiro para iniciar ações de enfermagem tão logo seja notificado. Tal excelência da prática é o que dá sustentação à enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade não apenas gera mudanças físicas, mas traz consequências para o bem-estar emocional do ser humano. A qualificação de pessoas obesas, em sua maioria evidenciando discriminação, acontece em várias áreas de convivência: trabalho, escola, saúde; gerando baixa autoestima e afastando-as da interação social, podendo ocasionar a depressão.

Em se tratando de busca de soluções para a obesidade mórbida, faz-se necessário identificar e classificar o grau de obesidade, para cientificamente aprovar e realizar a Cirurgia Bariátrica. No entanto, a cirurgia bariátrica é realizada somente após as outras tentativas não cirúrgicas de controle de peso não darem o resultado necessário.

É necessário ter clareza de que qualquer procedimento cirúrgico de tratamento da obesidade comporta potenciais riscos e complicações. Porém, estes devem ser avaliados e criteriosamente comparados com a gravidade e as condições de saúde diante da obesidade do paciente.

É importante que a equipe de enfermagem acompanhe a evolução do paciente após a cirurgia, principalmente durante o pós-operatório imediato, período em que ocorrem as complicações mais graves. O enfermeiro é peça fundamental na coleta e padronização dos dados para que se faça um diagnóstico preciso. Ou seja, é à equipe de enfermagem que cabe diagnosticar com precisão, intervir adequadamente e, posteriormente, reavaliar os resultados obtidos.

É de fundamental importância a implementação do processo de enfermagem para identificação dos diagnósticos de enfermagem e elaboração do plano de cuidado. Os cuidados de enfermagem são essenciais durante o período pós-operatório, visto que é o primeiro momento de adaptação do paciente ao novo estilo de vida.

As pessoas que se submetem à cirurgia para redução de peso possibilitam a valorização dos comportamentos, das crenças e dos significados como elementos importantes para a qualificação do cuidado. A equipe de enfermagem deve compreender as fases de diagnóstico e prescrição, para planejar um plano para a execução do atendimento, produção e execução dos sistemas de enfermagem.

A pergunta norteadora que situou e ilustrou o objeto deste estudo foi satisfatoriamente respondida, pois foram evidenciadas publicações científicas sobre as Intervenções e Diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica. Para tanto, foram verificados artigos publicados no período de 2012 a 2016, relacionados ao tema em questão.

A pesquisa foi integrativa o que permitiu resultados que poderão ser utilizados como referência à equipe de enfermagem, uma vez que foram apresentados conceitos referentes ao assunto estudado, buscando dados com vistas a esclarecer sobre tema. Sendo assim, os objetivos deste estudo foram satisfatoriamente alcançados uma vez que foi possível identificar na literatura as evidências científicas publicadas sobre as intervenções e diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Considerando a fundamentação teórica e as análises realizadas, este estudo poderá contribuir significativamente com aqueles que atuam ou que se interessam pela área da saúde, principalmente à equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABESO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade- 2016**. 4.ed. - São Paulo, SP, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

ABRANCHES, Monise Viana. **Atenção nutricional na cirurgia bariátrica e metabólica**. [livro eletrônico]. - 1.ed. Viçosa: A.S. Sistemas, 2014. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=ibR3CwAAQBAJ&pg=PT141&dq=bariatrica&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiDiMzD3dzWAhXBEJAKHfyVA8AQ6AEIKzAB#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em: 29 set. 2017.

DeCS, Descritores em Ciências da Saúde. **Obesidade**. 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 02 set. 2017.

ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. **Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes**. Rev. bras. epidemiol. vol.13 no.1 São Paulo Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100015>. Acesso em: 29 ago. 2017.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Integrativereview versus systematicreview. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>>. Acesso em: 02 set. 2014.

FELIX, Lidiany Galdino; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 2012. jan-fev; 65(1): 83-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/12.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

HEATHER, T.; KAMITSURU, Shigemi. [org]. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017** [recurso eletrônico] / [NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Boturra Leite de Barros... [et al.]. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2011.

LEWIS, Sharon L.; HEITKEMPER, Margaret M.; DIRKSEN; Shannon Ruff; BUCHER, Linda. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**: Avaliação e Assistência dos problemas clínicos. [Tradução Maiza Ritomy Ide]. Rio de Janeiro : Elsevier, 2013.

Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=6cEEAQAQBAJ&printsec=frontcover&dq=tratado+de+enfermagem+medico-cirurgica&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiD7-PKp4_XAhUMC5AKHfgYC_EQ6AEIjzAA#v=onepage&q=tratado%20de%20enfermagem%20medico-cirurgica&f=false>. Acesso em: 30 out. 2017.

LOBIONDO-Wood G, HARBER J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 6ª ed. St. Louis (USA): Mosby/Elsevier; 2006. In MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira and GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 0104-0707. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 02 set. 2017.

MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. **Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Décima Edição, Guanabara Koogan : Rio de Janeiro, 1997.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. TextoContextoEnferm. 2008 out-dez; 17(4):758-64. In: ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Integrativereview versus systematicreview. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>>. Acesso em: 02 set. 2014.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 02 set. 2017.

MÔNACO, D. V.; MERHI, V. A. L.; ARANHA, N.; BRANDALISE, A.; BRANDALISE, N.A. Impacto da cirurgia bariátrica "tipo Capella modificado" sobre a perda ponderal em pacientes com obesidade mórbida. **Rev Ciênc Méd** [Internet]. 2006 [citado 2011 Mar 20];15(4):289-298. Disponível em:

<<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1099105>>. Acesso em: 30 out. 2017.

MOREIRA, Rosa Aparecida Nogueira; CAETANO, Joselany Áfio; BARROS, Livia Moreira; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Esc Enferm USP**. 2013. 47 (1) : 168-75. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a21v47n1.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Método, Avaliação e Utilização: 5. ed Porto Alegre: Artmed, 487 p. 2004.

SAMPAIO RF; MANCINI MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.** vol.11 no.1 São Carlos Jan./Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SILVA, Eliziani Gonçalves da; COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao; OLIVEIRA, Zilanda Sorai de. O cuidado de enfermagem à pessoa que se submete à cirurgia para redução de peso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 out/dez;15(4):886-96. 2013. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v15n4/05.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

SILVA, Renato Souza da; KAWAHARA, Nilton Tokio. **Cuidados Pré e Pós-Operatórios na Cirurgia da Obesidade**. Porto alegre: AGE. 2005. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=xGiLzd4gXgQC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=true>. Acesso em 29 set. 2017.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda; HINKLE, Janice L.; CHEEVEER, Kerry H. **BRUNNER & SUDDARTH: Manual de enfermagem médico-cirúrgica**. Revisão técnica Sonia Regina de Souza; tradução Patricia Lydie Voeux. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

STETLER, C.B. et al., Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *JONA*, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998. In: CALIRI, Maria Helena Larcherand;

MARZIALE, Maria Helena Palucci. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2000, vol.8, n.4, pp.103-104. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000400015>>. Acesso em: 02 set. 2014.

STEYER, Nathalia Helene; OLIVEIRA, Magáli Costa; GOUVÊA, Mara Regina Ferreira; ECHER, Isabel Cristina; LUCENA, Amália de Fátima. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016. mar;37(1): e50170. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160150170.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.