

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ, TRANS E PÓS-OPERATÓRIO AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA

Thayná Albernaz Souto Paz¹
Nicolli Bellotti De Souza²

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica e vem crescendo como fenômeno mundial relevante de saúde no mundo. A cirurgia bariátrica é indicada em casos de obesidade mórbida associada a doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a importância da assistência de enfermagem ao paciente submetida a bariátrica, o acompanhamento no período transoperatório. É identificado os métodos da gastroplastia, expondo seus resultados esperados e desvantagens. O papel do enfermeiro no período pré-operatório é tão importante quanto no pós-operatório, pois uma fase depende da preparação da outra. O enfermeiro atua diretamente em sua recuperação, auxiliando o paciente para que este possa seguir adequadamente as orientações médicas e muitas das vezes fazendo por ele algo que ele não consiga fazer, como por exemplo, o seu autocuidado.

Palavras-chave: Bariátrica.. Enfermagem. Gastroplastia.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease and has been growing as a relevant world health phenomenon in the world. Bariatric surgery is indicated in cases of morbid obesity associated with chronic diseases, such as hypertension and diabetes. Thus, this study aims to identify the importance of nursing care to the patient undergoing bariatric surgery, the follow-up in the transoperative period. The methods of gastroplasty are identified, exposing their expected results and disadvantages. The role of nurses in the preoperative period is as important as in the postoperative period, since one phase depends on the preparation of the other. The nurse acts

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem - UniAtenas

² Docente e Orientadora Científica - UniAtenas

directly in their recovery, helping the patient to follow the medical guidelines properly and often doing for him something that he can not do such as his self-care.

Keywords: *Bariatrics; Nursing; Gastroplasty.*

INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade tem apresentado aumento significativo, acometendo metade da população brasileira, concentrando-se principalmente na zona urbana e nas regiões com maior poder aquisitivo. Uma questão preocupante é que entre crianças de 5 a 9 anos, essa porcentagem também é alta, com 36,6% das crianças brasileiras acima do peso. Quanto maior o poder aquisitivo da população, maior é a tendência ao aumento de peso e o sedentarismo é a principal causa desse fator, pois muitos não se preocupam ou se sentem cansados demais para exercitar seu corpo, sem pensar nas consequências que isso trará à saúde (IBGE, 2008-2009).

Com o crescimento significativo da obesidade, o número de cirurgia bariátrica vem aumentando proporcionalmente. A cirurgia consiste na redução do estômago, assim resultando na perda de peso e melhorando gradativamente suas comorbidades. A gastroplastia pode ser dividida em: cirurgias restritivas, que diminuem o tamanho do estômago, ou seja, reduzem consideravelmente seu espaço de armazenamento; cirurgias disabsortivas, que reduzem a capacidade do intestino em absorver os nutrientes, a partir de um desvio deste órgão; e cirurgias mistas, que combinam os dois métodos: redução de estômago e desvio intestinal. O mais popular é o Bypass gástrico, que corresponde a 75% dos procedimentos deste tipo realizados no Brasil (DERAM, 2018).

O pré-operatório e o pós-operatório tem grande importância no processo de recuperação do paciente submetido a cirurgia bariátrica e o enfermeiro tem o papel principal para que tudo ocorra como esperado. No pré-operatório o paciente recebe orientações e dúvidas são solucionadas, o enfermeiro passa segurança e conforto ao paciente, tornando o momento mais fácil e menos tenso, pois é nessa fase que o paciente se encontra ansioso e inseguro. O pós-operatório é uma fase nova onde se inicia uma rotina completamente diferente. Os sintomas são apresentados e as queixas são persistentes, assim, o enfermeiro atua de forma que

o paciente se recupere conforme esperado sem complicações e seguindo todas as prescrições médicas. Esse processo trans operatório é o início de uma grande mudança na vida do paciente, é onde inicia se toda a mudança e o acompanhamento de um profissional capacitado são muito importantes (DERAM, 2018).

O número de cirurgias bariátricas cresce cada dia mais, devido à eficácia desse tratamento em pacientes com obesidade mórbida e comorbidades associadas. O paciente obeso mórbido necessita de cuidados que são específicos da enfermagem, principalmente pela dificuldade de adesão ao tratamento, pelo risco pré, trans e pós-operatório.

Nesse contexto, a enfermagem é de fundamental importância no acompanhamento do paciente, tanto antes de se submeter a cirurgia bariátrica quanto depois. O enfermeiro desempenha papel fundamental na instrução ao paciente para que o este possa realizar com eficiência os cuidados necessários no pré o pós-operatório, garantindo assim uma boa recuperação do mesmo.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de abordagem exploratória, que segundo (GIL,2010, p. 27) “tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explicito ou construir hipóteses”. Esse tipo de análise permite agregar maior conhecimento sobre o tema a ser pesquisado.

Foram realizadas diversas pesquisas bibliográficas em artigos científicos depositados nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico, Biblioteca Digital, Revistas Acadêmicas, e também em livros de graduação relacionados ao tema, do acervo da biblioteca da faculdade Atenas.

As palavras-chave utilizadas para a busca forão: cirurgia bariátrica, importância do enfermeiro, pré trans e pós-operatório.

MÉTODOS, FINALIDADE, VANTAGENS E DESVANTAGENS DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Dados revelam que mais de 50% da população está obesa ou com sobrepeso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) já classifica a obesidade como a epidemia global do século XXI, o que eleva os gastos públicos com saúde, pois gasta-se muito por ano em doenças ligadas ao excesso de peso (BRASIL, 2018; DIAS 2017).

Esse problema atinge homens e mulheres adultos. Entretanto, um dado alarmante é o aumento da obesidade em pessoas cada vez mais jovens e em crianças, fenômeno ligado à alimentação rica em sódio, açúcares e gorduras juntamente com o estilo de vida mais sedentário (BRASIL, 2018; DIAS 2017).

No combate à obesidade, visando uma melhor qualidade de vida, são utilizadas várias estratégias como dieta aliada a exercício físico, uso de medicamentos, tratamentos psicológicos entre outros. Contudo, quando nenhum desses métodos se mostram eficazes, alguns médicos optam por intervenção cirúrgica (DIAS 2017).

O primeiro relato de cirurgia com objetivo de perda de peso é datado do século X e foi realizado pelo Hasdai Ibn Sharout, famoso médico judeu da corte de Córdoba em D. Sanches I, rei de Leon atual Espanha. Foi feita uma sutura nos lábios do Rei e ele era alimentado com uma palha embebida por um fármaco, que continha outras substâncias. Ao final do tratamento, que teve duração de 6 meses, o rei obteve sucesso na perda de peso. Ao longo do tempo foram surgindo outros procedimentos voltados à correção da obesidade, mas somente depois da segunda metade do século XX que a cirurgia bariátrica apresentou maior desenvolvimento (TAVARES et al, 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017), as técnicas da cirurgia bariátrica se dividem em Bypass Gástrico, Banda gástrica Ajustável, Gastrectomia Vertical, Duodenal Switch. Ambos os métodos são aprovados no Brasil e com a mesma finalidade (SBCBM, 2017).

O método de by-pass gástrico é o mais praticado no Brasil, o início dos seus estudos ocorreram na década de 60, sendo considerado o método mais seguro e eficaz, pois é feita através de vídeo, onde são feitas apenas cinco incisões no

abdômen do paciente, são utilizados grampos em substituição da sutura tradicional, tais grampos são expelidos pelo organismo em até 60 dias de pós operatório, esse grampeamento promove a redução do espaço do estômago, também é feito um desvio do estômago diretamente ao intestino delgado, esse procedimento promove o aumento dos hormônios que estão ligados a saciedade diminuindo assim a fome. O paciente elimina até 80% do excesso de peso inicial (ILIAS, 2011).

A Banda Gástrica Ajustável, atualmente um método pouco usado, técnica quase abandonada, criada em 1984 e usada no Brasil em 1996. Um anel de silicone inflável e ajustável é instalado ao redor do estômago, controlando assim o esvaziamento do estômago. Técnica restritiva, devido ao uso do anel, que é uma prótese, podendo a qualquer momento causar uma rejeição do organismo, trazendo complicações à cavidade abdominal. Com essa técnica, o paciente perde até 50% do excesso de peso (ILIAS, 2011).

Gastrectomia Vertical, também conhecida como Sleeve, o estômago é transformado em um tubo, tendo capacidade de 80 a 100 mililitros. Procedimento feito há aproximadamente 20 anos, com uma boa eficácia sobre o controle da hipertensão. Atualmente, está sendo muito usada por cirurgiões que acreditam na eficácia no controle do diabetes. A cavidade gástrica fica aproximadamente do tamanho de uma banana fina. Reduz a ingestão de alimentos, reduzindo assim o peso. Porém ocorre o esvaziamento gástrico rápido, onde pode diminuir o tempo de saciedade e precipitar a necessidade de comer (SBCBM, 2017).

Na técnica Duodenal Switch é usada a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal, 60% do estômago é retirado não mudando sua fisiologia de esvaziamento. Nessa técnica há menor restrição da ingestão alimentar. É muito eficaz na perda de peso e manutenção em longo prazo. Porém também há alto índice de desnutrição e deficiência de vitaminas. Assim sendo indicado apenas para casos isolados de diabetes grave (SBCBM, 2017).

Quando se tem pacientes que procuram assistentência médica para tratamento, incluindo a cirurgia bariátrica, o profissional deve expor ao paciente as vantagens e desvantagens de tal tratamento. Apesar de ser muito eficaz na correção da obesidade mórbida e suas comorbidades, também apresenta complicações de longo prazo, em todas as técnicas. Algumas delas são: cálculos biliares de colesterol, devido à rápida perda de peso, em alguns casos é necessária

intervenção cirúrgica, distúrbios gastrintestinais, caso o paciente saia da dieta ou não faça o uso correto dos suplementos nutricionais, 8% a 10% desenvolvem hérnias incisionais, sendo mais comuns em cirurgia bariátrica aberta, síndrome de realimentação (dumping) causando rubor facial, tontura e diarreia logo após a refeição, podendo ser tardio ou imediato (COHEN, 2016).

A queda de cabelo ocorre em todos os pacientes, porém tem mais impacto nas mulheres devido a estética, acontece entre o 3º até o 6º mês de pós-operatório. O metabolismo do paciente é alterado, pois com a perda de peso, o seu corpo tem de poupar energia, assim deixando de manter algumas funções que não são vitais. No pós-operatório, os fios vão enfraquecendo, com a perda de vitaminas, através do emagrecimento rápido (COHEN, R. 2016).

Conforme a Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento 2008, estudos mostraram que de doze casos aleatórios de pacientes já operados, três apresentaram baixa absorção de nutrientes, colelitíase, câncer gástrico após cinco anos de cirurgia, embolia pulmonar maciça e óbito por complicações de fístula digestiva. Dentre eles apresentaram também depressão, compulsão alimentar e anorexia nervosa (LUZ, ENCARNAÇÃO, 2008).

Algo que todos os pacientes devem ter em mente é a questão de manter a dieta, muitos imaginam que depois da cirurgia não se volta a engordar mais, errado, pois é a partir daí que se deve preocupar cada vez mais com sua dieta. A refeição tem que caber na palma de sua mão, não podendo passar de 200g, e essa medida é para o resto da vida, para manter o tamanho do estômago definido pelo cirurgião (LUZ, ENCARNAÇÃO, 2008).

IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE BARIÁTRICO

O termo cuidado provém do latim *cogitatu*, pensado, imaginado, mediato. A origem etimológica *cogitatus*, refletido. O cuidado também se refere à dedicação, aparência, formação moral e intelectual, atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo (SILVA, I. et al 2009).

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez na área da enfermagem em 1958, pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, que passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam do auxílio da enfermagem e porque podem ser

ajudados pela mesma. A partir daí formulou sua teoria sobre o déficit de autocuidado, sendo uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, a qual explica e descreve o autocuidado; a teoria do déficit do autocuidado, que explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas, e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter para que se dê a enfermagem (SILVA.et al 2009).

O primeiro contato da paciente com o enfermeiro ocorre através de uma entrevista, um processo muito importante, pois é nesse momento que se cria um vínculo, uma confiança para o procedimento cirúrgico. Sobre a atuação do enfermeiro com o paciente, podemos citar:

- a) avaliação do bem-estar físico, emocional e social do paciente;
- b) avaliação do grau de risco cirúrgico;
- c) diagnósticos e intervenções de enfermagem;
- d) explicar a importância dos movimentos respiratórios e de tossir para a prevenção de complicações;
- e) mostrar ao paciente a importância de seu posicionamento no leito com a cabeça elevada de 45 a 75 graus;
- f) explicar que, quando estiver sentado, deverá posicionar os braços com almofadas na lateral, deixando assim o pulmão mais livre para a sua expansão e as pernas sempre estendidas;
- g) orientar o paciente sobre a importância da manutenção da hidratação corporal;
- h) sobre a alimentação deve-se explicar a importância da quantidade e da frequência da dieta prescrita;
- i) orientar sobre o jejum. Recomenda-se um período de 6 horas ou mais, com alimentos leves e líquidos sem resíduos por duas ou quatro horas antes do procedimento cirúrgico, e preconiza o jejum de oito horas após uma refeição composta por alimentos gordurosos, frutas ou carnes;
- j) seguir as orientações do médico com relação ao preparo intestinal, que é composto pelo uso de laxantes prescritos pelo cirurgião, aproximadamente 24 horas antes do procedimento, e não ingerir água instantes antes do procedimento;

- k) identificar fatores de risco cirúrgico, como dependência de drogas e álcool, antecedentes alérgicos e familiares;
- l) explicar ao paciente que bebidas alcoólicas interagem com as medicações utilizadas pelo paciente, principalmente os anti-hipertensivos;
- m) proporcionar orientações sobre os dispositivos que poderão ser utilizados no período pós-operatório imediato, como sondas, soros e monitoramento da eliminação das funções fisiológicas (FELIX, SOARES, NÓBREGA, 2012).

O enfermeiro é o elo facilitador entre profissionais e familiares, tirando dúvidas e medos relacionados a cirurgia, tendo papel fundamental na orientação do paciente, assim contribuindo para a boa adesão do tratamento da obesidade, quem é composto pela recuperação e sucesso da cirurgia (RODRIGUES, 2012).

Deve-se certificar que o paciente retirou adornos, próteses, esmalte, unhas artificiais, objetos pessoais. Manter uma recepção calma e tranquila que traga segurança ao paciente observa o comportamento emocional do paciente e tentar amenizar possíveis angústias (RODRIGUES, 2012).

A melhoria da qualidade de vida com a perda de peso ocorre eliminando aos poucos as comorbidades que a obesidade traz, o que é fundamental após a bariátrica. Há etapas a serem vencidas até chegar nas plásticas reparadoras no pós-operatório. São dietas a serem seguidas, constituídas por fase líquida, pastosa, semissólida e sólida. Nesse contexto, a orientação sobre importância do autocuidado para o sucesso da cirurgia e sua recuperação é fundamental (FELIX, SOARES, NÓBREGA, 2012).

CUIDADOS E ORIENTAÇÕES ADEQUADAS AO PACIENTE NO PERÍODO TRANS E PÓS OPERATÓRIO

O período transoperatório tem início quando o paciente entra na unidade do centro cirúrgico até sua admissão na sala RPA (recuperação pós-operatório). A atuação do enfermeiro nesse período requer conhecimento sobre o procedimento, como objetivos principais, oferecer condições funcionais e técnicas adequadas ao paciente e toda equipe de saúde envolvida no procedimento cirúrgico (MOREIRA, et

al. 2013). O enfermeiro deve avaliar todo o ato cirúrgico detectando problemas e traçar intervenções para que não ocorram complicações no pós-operatório (MOREIRA, et al. 2013).

Dentro da sala de operação, o enfermeiro deve transferir o paciente da maca para mesa cirúrgica com segurança para evitar quedas, clampar drenos, cateter e punções para posicionamento seguro do paciente, monitorar, avaliar permeabilidade do acesso venoso, posicionar paciente em posição cirúrgica, sendo esta a decúbito dorsal; observar e zelar pela manutenção da assepsia, anotar consumo de medicamentos (RODRIGUES, 2012).

Os cuidados de enfermagem não restringem somente a prestações de cuidados diretos ao paciente, mas também na supervisão e organização da sala de operação. Auxiliam também nos aspectos de gerenciamento, para a provisão, o manuseio e manutenção de materiais e equipamentos que compõem a sala (MOREIRA, et al. 2013).

Logo após o procedimento cirúrgico, ocorre a admissão do paciente na sala de RPA, cujo objetivo é proporcionar a recuperação do paciente, prevenir e detectar complicações relacionadas ao procedimento anestésico cirúrgico até que tenha se recuperado, avaliando a volta dos sinais vitais, funções motoras e sensitivas, observar sinais de consciência, avaliar estado hemodinâmico, verificar presenças de sinais de choques, funcionamento dos drenos, sondas, etc (RODRIGUES, et al. 2012).

Como todo e qualquer procedimento cirúrgico invasivo, a cirurgia bariátrica necessita de muita atenção, principalmente no pós-operatório, fase que se inicia a partir da saída do paciente na sala de operação até sua total recuperação, na qual o paciente se encontra debilitado e enfrentando muitas alterações no seu organismo. O enfermeiro atua diretamente em sua recuperação, para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico, auxiliando o paciente para que este possa seguir adequadamente as orientações médicas e muitas das vezes fazendo por ele algo que ele não consiga fazer, como por exemplo, o seu autocuidado. Também é papel do enfermeiro acompanhar esse paciente, em suas pequenas rotinas, tornando assim mais seguro e eliminando os riscos ao paciente (TANAKA, PENICHE, 2009).

Com o avanço da medicina e tecnologia, essa cirurgia é feita através de vídeos, o que não deixa de lado a questão do curativo nas incisões. O enfermeiro deve realizar o curativo conforme prescrição médica e orientar o paciente sobre os cuidados a serem tomados com o mesmo, pois é uma porta de entrada de microrganismos que podem comprometer o pós-operatório (TANAKA, PENICHE, 2009).

Cuidados de enfermagem no pós-operatório:

- a) monitorar ferida cirúrgica, avaliando coloração, presença de secreção, aumento de volume, condição da sutura, sensibilidade, temperatura;
- b) realizar movimentos dos membros superiores e inferiores livres se possível;
- c) monitorar padrão respiratório: frequência respiratória, características respiratórias, ausculta pulmonar;
- d) monitorar padrão circulatório: frequência cardíaca, pulso arterial, pressão artéria, tempo de repercussão capilar;
- e) controlar a dor;
- f) restabelecer a homeostasia;
- g) verificar estado geral: tono muscular;
- h) monitorar temperatura corporal (TANAKA, PENICHE, 2009).

Como todo procedimento cirúrgico é muito invasivo, a bariátrica não deixa de ter suas complicações, onde o enfermeiro atua diretamente no controle das mesmas, podendo ser elas:

- a) respiratórias: hipóxia, obstrução das VAS, alteração do padrão respiratório, pneumotórax, hemotórax, broncoespasmo;
- b) cardiovasculares: hipotensão arterial, Hipertensão arterial sistêmica, taquicardia, bradicardia, choque hipovolêmico;
- c) renais: oligúria, poligúria, anúria, infecção;
- d) térmicas: hipotermia, hipertermia;
- e) gastrointestinais: náuseas, vômitos, constipação intestinal, sede;
- f) da ferida operatória: hemorragia, infecção (AGUIAR, et al. 2018).

Em função do tipo de intervenção cirúrgica é necessária uma evolução dietética diferenciada que inclui alimentos líquidos e pastosos, associado ao tipo de dieta correta. Entre o terceiro e quarto dia de pós-operatório a dieta líquida deixa de ser restrita, o início da mesma se inicia com a prova de líquidos claros, sendo 50 ml por refeição, como chás sem açúcar e caldo de vegetais. Cerca de um mês após a cirurgia, passa-se à dieta líquida completa, com cerca de 100 ml a 200 ml por refeição, como mingau, vitamina, iogurte. A dieta de transição, semilíquida ou líquida pastosa, pode variar de 100 ml a 200 ml por refeição, podendo sendo purês, arroz papa, verduras e carnes liquidificadas. Dieta branda, indeterminada, depende do nível de tolerância do paciente, alimentos de consistência normal mas há restrições de fibras com exclusão dos vegetais crus (BRASIL, 2014).

De uma forma geral, as deficiências nutricionais mais comuns na cirurgia bariátrica são: proteína, ferro, zinco, cálcio, vitamina D e vitaminas do complexo B. Portanto, a utilização de dosagens diárias adequadas de polivitamínicos/minerais é a forma de garantir esse aporte. Esse suplemento deve conter 100% ou ao menos 2/3 das necessidades diárias, com a finalidade da prevenção das deficiências nutricionais. Através do acompanhamento de rotina com equipe multidisciplinar será avaliada a necessidade de uma suplementação específica de algum nutriente isolado, caso seja necessário (BRASIL, 2014).

O número de suicídio em paciente pós-bariátricos é significativo: dois a cada cinco pacientes cometeram suicídio no terceiro mês de cirurgia. Isso acontece porque o paciente, em alguns casos, não está preparado para passar por tamanhas mudanças que o procedimento causa. E o enfermeiro atua no preparo desse paciente para passar por tais mudanças, explicando de forma clara o que o espera no seu pós-operatório. Orientações aos familiares são passadas, tornando mais fácil a adaptação de ambos. Normalmente, não é a fome que torna essa adaptação difícil, pois com os líquidos a fome é saciada, mas a necessidade de mastigar que pode desenvolver sentimentos com arrependimento e frustração no paciente (DIAS, NASCIMENTO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo, minimiza as comorbidades como as dislipidemias e o diabetes. É procedimento que limita a capacidade gástrica, que interfere na digestão, que traz agravos no estado mental e nutricional do paciente, impactando no seu autocuidado.

É fundamental o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, não deixando de incluir o papel do enfermeiro, que é fundamental na recuperação do paciente e no apoio da família do paciente bariátrico, sendo um pilar importante para enfrentar tamanhas mudanças e limitações temporárias.

Pode-se notar que ao longo da pesquisa foi visto que o número de paciente que realizam autoextermínio até o segundo mês de operado é significativo. O número de complicações em incisões tem diminuído significativamente, mostrando que estudos e técnicas têm se avançado em prol do paciente.

O elo criado entre o enfermeiro e o paciente é o caminho para uma boa recuperação, pois na enfermagem o paciente encontra muito além de apoio no seu autocuidado, fazendo por ele o que ele está incapacitado de fazer. No enfermeiro, o paciente posta confiança e expõe suas aflições voltadas ao procedimento e sua reabilitação total.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Priscilla Vasconcelos. GOMES, Eduardo Tavares. SANTOS, Iraneide Nascimento. et al. **Pacientes submetidos a cirurgias bariátricas: fatores associados a complicações pós-operatórias de sítio cirúrgico**. Rev. SOBECC, São Paulo. JAN./MAR. 23(1): 28-35. 2018.

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.

BATTISTELLI, CERES. **‘Número de cirurgias bariátricas’**, Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**:

obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: . 212 p.: il. – 38. 2014

COSTA, Bela Alice Botelho Morais. Gastrectomia linear: o papel emergente na cirurgia bariátrica. 2012.

DE JESUS SILVA, Irene et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

DE OLIVEIRA, Verenice Martins; LINARDI, Rosa Cardelino; DE AZEVEDO, Alexandre Pinto. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.

DERAM, Sophie. “**O que é cirurgia bariátrica: entenda melhor este processo**”, Sophie Deram PhD. Março 2018

FELIX, Lidiany Galdino, NÓBREGA, Maria Miriam Lima da, SOARES, Maria Júlia Guimarães de Oliveira. **Processo de Enfermagem Fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem a um paciente submetido à cirurgia bariátrica**. Revista de Enfermagem, João Pessoa-PB, out/dez 2009.

FELIX, Lidiany Galdino, NÓBREGA, Maria Miriam Lima da, SOARES, Maria Júlia Guimarães de Oliveira. **Protocolo de Assistência de Enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica**. Revista Brasileira de Enfermagem, Campina Grande, jan/fev 2012.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães; DOS SANTOS FELIX, Márcia Marques; GALVÃO, Cristina Maria. Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 710-719, 2014.

ILIAS, Elias Jirjoss. DO LEITO, À. BEIRA. Quais as complicações mais frequentes da gastroplastia a Fobi-Capella? Como tratá-las? **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 4, p. 365-366, 2011.

LUZ, Dora Marli Dias; DA ENCARNAÇÃO, Jocemar Nascimento. Vantagens e desvantagens da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade mórbida. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 10, 2012.

MOREIRA, Rosa Aparecida Nogueira et al . **Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 1, p. 168-175, Fevereiro. 2013.

NASSIF, Paulo Afonso Nunes et al. **Vertical gastrectomy and gastric bypass in Roux-en-Y induce postoperative gastroesophageal reflux disease**. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 27, p. 63-68, 2014.

RODRIGUES, Renata Tavares Franco et al. **Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 138-147, Oct. 2012.

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