

CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA EM UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Morbid Obesity Surgery: Nurse Experience with a Multidisciplinary Team

Cirugía de la Obesidad Mórbida: La Actuación de la Enfermera en una Equipe Multidisciplinaria

Márcia Teresinha Schmitt

Resumo – O presente estudo relata a experiência de uma enfermeira na cirurgia da obesidade mórbida no Centro da Obesidade Mórbida (COM) do Hospital São Lucas da PUC-RS. A assistência da Enfermagem ao paciente obeso cirúrgico envolve técnicas e procedimentos que devem ser considerados não apenas durante a operação, mas também nos períodos pré e pós-operatório. O obeso mórbido no contexto cirúrgico é uma realidade cada vez mais comum em nossa prática, o que nos impõe a necessidade de compreendê-lo como um paciente diferenciado, devido às peculiaridades que apresenta. O objetivo deste trabalho é destacar a relevância do papel da Enfermagem, chamando a atenção dos profissionais da área para esse novo campo de atuação. O índice de massa corpórea da população mundial, particularmente da brasileira, vem aumentando de forma considerável nos últimos anos, o que nos leva a refletir sobre a relevância do assunto.

Palavras-chave – assistência de Enfermagem Perioperatória; equipe multidisciplinar; paciente obeso.

Abstract – The present research reports a nurse's experience with morbid obesity surgery at COM, Centro de Obesidade Mórbida^[1] at São Lucas Hospital – PUC-RS. The daily routine and the nursing assistance to the surgical obese patient involve techniques and

procedures that must be considered not only during the surgery, but also in the pre and post operation period. The objective of this assignment is to highlight the relevance of the nursing action, calling the attention to the professionals of the area to this new field of action. The morbid obese patient, inserted in surgery context, is getting more and more common in our practice, which imposes the need of considering him as a different patient due to his peculiarities. The growing weight of the world's population, specially in Brazil, is increasing considerably in the last years, which makes us to think on the relevance of the subject.

Key words – Perioperative Nurse care; multidisciplinary staff; surgical obese.

Resumen – El presente estudio relata la experiencia de una enfermera en la cirugía de la obesidad mórbida junto al Centro de la Obesidad Mórbida (COM) del Hospital São Lucas da PUC-RS. La asistencia de la enfermera al paciente obeso quirúrgico envuelve técnicas y procedimientos que deben ser considerados no solamente durante la cirugía, mas también en los períodos pré y pós-operatório. El individuo obeso mórbido, inserido en el contexto quirúrgico, es una realidad práctica, lo que nos impone la necesidad de comprenderlo como un paciente distinto, debido las peculiaridades que

apresenta. El objeto deste trabalho es destacar la relevancia de la actuación de la enfermera, llamando la atención de los profesionales de la área para este nuevo sitio de actuación. El índice de masa corporal de la población mundial, y particularmente la brasileña, viene aumentando considerablemente en los últimos años, lo que nos lleva a reflectir sobre la relevancia del asunto.

Palabras-llaves – asistencia de Enfermagem Perioperatoria; equipe multidisciplinar; paciente obeso.

INTRODUÇÃO

A obesidade apresenta uma etiologia multifatorial, influenciada por fatores de origens comportamental, dietética e/ou ambiental, os quais representam 95% dos casos, e por fatores relacionados com componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos, que respondem por aproximadamente 5% dos casos⁽¹⁾. Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a classificação do peso corporal baseada no índice de massa corporal (IMC), que é calculado segundo o peso em quilogramas dividido pela altura em metros, elevada à segunda potência, ou seja, $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$. A OMS define o quadro clínico característico da obesidade em quatro categorias, conforme a tabela na página seguinte:

[1] Morbid Obesity Center.



Característica	IMC (kg/m ²)
Obesidade leve	25 - 30
Obesidade moderada	30 - 40
Obesidade severa (mórbida)	40 - 50
Superobesidade	≥ 50

A variedade de dietas, os clubes de ginástica, os centros de tratamentos de obesidade, os *spas* e o uso de drogas que diminuem o apetite testemunham a grande dificuldade dos pacientes para reduzir o peso. Algumas dessas modalidades podem apresentar resultados positivos em indivíduos com obesidade leve, mas não nas pessoas que têm obesidade mórbida, com IMC acima de 40 kg/m², em quem o sucesso de tais terapias provavelmente não chegue a 2%⁽²⁾.

A obesidade aumenta o risco de diversas doenças, como hipertensão arterial, coronariopatias, diabetes, doenças da vesícula, apnéia do sono, arteriosclerose, infarto do miocárdio, doenças articulares degenerativas e síndrome de hipoventilação pulmonar, além de elevar a incidência de câncer de ovário, de útero, de mama e de próstata. Em consequência, o excesso de peso está associado de forma direta ao aumento da taxa de mortalidade, que fica expressivamente mais alta quando o IMC se encontra entre 27 kg/m² e 40 kg/m²⁽¹⁾.

A cirurgia da obesidade mórbida, também conhecida como bariátrica – do grego *baros* = peso e *iatreia* = tratamento médico –, desponta como mais uma alternativa de tratamento para o portador dessa condição, com resultados ponderais significativos⁽³⁾. O procedimento cirúrgico é considerado hoje o tratamento mais eficaz para pacientes obesos mórbidos.

Desde a metade do século XX, os cirurgiões pensavam em meios invasivos para solucionar o problema da obesidade. Ao longo dos anos, houve o desenvolvimento de vários recursos cirúrgicos. Em 1991, por exemplo, foi introduzida no Brasil a técnica cirúrgica de gastroplastia vertical com *bypass*, a qual evidenciou resultados satisfatórios. Em 1996, os americanos Wittgrove e Clark deram início ao uso da videolaparoscopia na cirurgia bariátrica⁽³⁾. Entre as diversas técnicas cirúrgicas, a mais utilizada no Brasil e no Centro da Obesidade Mórbida é a Fobi – Capella. Esse recurso combina dois métodos: a restrição gástrica, já que o novo estômago possui uma capacidade de 30 ml, e a desabsorção intestinal. Nesse procedimento cirúrgico, a redução ponderal após 18 meses é de aproximadamente 60% do excesso de peso.

O Centro da Obesidade Mórbida (COM) do Hospital São Lucas da PUC-RS reúne cirurgiões, endocrinologistas, gastroenterologista, cardiologistas, psiquiatras, nutricionistas, enfermeira, fisioterapeuta e psicólogos. O serviço realizou 330 cirurgias bariátricas no período de março de 2000 a fevereiro de 2003.

Na prática, o paciente faz a primeira consulta de triagem com o cirurgião, consultando, em seguida, o cardiologista, o endocrinologista, o psiquiatra e a nutricionista, os quais aplicam a ele questionários e solicitam exames. Após essa etapa, a equipe avalia cada indivíduo em uma reunião clínica para definir o tratamento a ser realizado. Havendo indicação para a cirurgia, marca-se o procedimento. O paciente, então, é orientado a participar de, no mínimo, uma reunião mensal do COM, da qual tomam parte profissionais da equipe, pessoas que já passaram pela cirurgia, pacientes que vão ser submetidos a essa operação e familiares. Caso haja alguma contra-indicação, seja cirúrgica/clínica, seja psicológica, o interessado deve aguardar até ser liberado para o procedimento ou, então, ser excluído do programa e encaminhado para alguma alternativa terapêutica clínica ou instrumental, a exemplo da colocação de balão intragástrico.

Todos os pacientes cirúrgicos são encaminhados para a consulta de Enfermagem, que é realizada alguns dias antes da internação hospitalar. Uma vez que atua desde a criação do COM, a enfermeira do local desenvolveu diversas atividades, como o preparo da Unidade de Internação para receber o paciente obeso mórbido cirúrgico, o preparo do Centro Cirúrgico quanto aos equipamentos, materiais/medicamentos e instrumentais cirúrgicos, o preparo dos técnicos de Enfermagem e o auxílio ao procedimento anestésico-cirúrgico. Cabe ainda a essa profissional a participação em congressos, a apresentação de trabalhos e a realização de palestras e estudos sobre o tema obesidade.

RELATO

A enfermeira atua no Centro da Obesidade Mórbida do Hospital São Lucas da PUC-RS desde o início de suas atividades, em 1999. A consulta de Enfermagem tem, por objetivo, o preparo físico, psicológico e educacional para a cirurgia, com duração média de 50 minutos. Esse atendimento consiste numa entrevista com o paciente e familiares, que inclui a identificação de necessidades biopsicossociais, a promoção de uma assistência personalizada e o fornecimento de orientações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, tais como a utilização de suturas mecânicas, a colocação de drenos e cateteres, etc. Nesse momento, a enfermeira deve observar se o indivíduo apresenta alguma dor ou problema articular, além de verificar suas medidas para as providências a serem tomadas para o posicionamento da pessoa na mesa cirúrgica, tais como coxins e pranchas perpendiculares.

Os pacientes também recebem orientações sobre a profilaxia da trombose venosa profunda e assistem a uma demonstração dos exercícios com membros inferiores que devem ser repetidos no período pré-operatório. Quase todos eles têm de usar uma faixa abdominal de tamanho único, fechada com velcro, de fácil colocação e remoção, que favorece a movimentação efetiva no pós-operatório. A enfermeira



ainda esclarece uma série de dúvidas na ocasião, desde as roupas que as pessoas devem levar para o período de internação, como peças leves e chinelos antiderrapantes, até o tempo de permanência hospitalar e o regresso às atividades cotidianas, passando por questões sobre dor e drenos. A oportunidade também é aproveitada para informar o paciente da necessidade de tomar banho antes da cirurgia e de retirar adornos e próteses, entre outros detalhes.

Na internação hospitalar, alguns cuidados precisam ser observados em relação ao paciente com obesidade mórbida. Em primeiro lugar, são necessárias camisolas apropriadas para que ele se sinta confortável. As camas devem ser preferencialmente elétricas, com resistência para pessoas gordas, com 250 kg a 300 kg, e com colchões piramidais, que facilitam a movimentação dos indivíduos no pós-operatório, otimizando sua saída precoce da cama. As cadeiras têm de ser altas, retas e firmes, apresentando sustentação para o paciente. O vaso sanitário também deve ser reforçado, contendo acoplamentos laterais.

A enfermeira recebe o paciente no Centro Cirúrgico e o leva para a Sala de Operação. Lá, pede para que ele passe para a mesa cirúrgica e, então, procede à execução de vários procedimentos, tais como punção de uma veia periférica para a instilação de soro fisiológico e a colocação dos eletrodos de monitoração cardíaca, do aparelho de pressão arterial e do sensor de oximetria. Na sequência, o anestesilogista inicia a anestesia geral, seguida de cateterização de veia central e punção arterial quando o IMC supera os 60 kg/m². Conforme solicitação do anestesilogista, a enfermeira colabora nessa ação, injetando as medicações e/ou fazendo a técnica de Selig na indução anestésica. Com o paciente anestesiado, parte-se então para a realização da sondagem vesical com sonda Folley, conectada a uma bolsa de drenagem, que é colocada em local de fácil visualização para o anestesilogista. Em seguida, a profissional faz a desgerminação do abdômen

com solução apropriada e, se necessário, a tricotomia.

Após esses procedimentos, o paciente recebe meias antiembolismo Kendall[®] nos membros inferiores. Sob as meias vão ainda perneiras do Sistema de Compressão Sequencial – Sequel[®], com um controlador pneumático que provê a região de pulsos intermitentes de ar comprimido, os quais insuflam sequencialmente as múltiplas câmeras das perneiras, iniciando-se no tornozelo e movendo-se através das pernas em direção à coxa. Com isso, aumenta-se a velocidade do fluxo sanguíneo nos membros inferiores. Por fim, a enfermeira coloca um coxim sob os joelhos do indivíduo e em outros locais que precisem desse recurso. A placa de retorno de eletrocoagulação é posicionada na face externa da coxa. Como medida de precaução, usa-se ainda uma faixa de esparadrapo sobre o púbis do paciente, de forma a mantê-lo contido na mesa cirúrgica.

Em seguida, a enfermeira dispõe na mesa cirúrgica os adaptadores do afastador abdominal, que são especiais para as cirurgias bariátricas. Logo após, faz a anti-sepsia e procede à colocação dos campos cirúrgicos.

A partir do primeiro procedimento anestésico-cirúrgico no COM, foram montados protocolos para a cirurgia da obesidade, conforme a relação abaixo. Vale salientar que o preparo da sala é importante para a otimização das rotinas, com o máximo de ganho de tempo possível nas tarefas previsíveis.

Protocolos para a cirurgia de obesidade:

- 1) Montagem da mesa com instrumentais/equipamentos cirúrgicos.
- 2) Montagem da caixa da farmácia de medicamentos e materiais.
- 3) Montagem dos passos a seguir, desde a presença do paciente em sala cirúrgica até sua saída.

4) Montagem do carrinho no Centro de Material e Esterilização.

5) Preenchimento de documentações do início ao fim da cirurgia no livro de registro cirúrgico, no qual são lançadas informações sobre os tempos cirúrgicos, o posicionamento do paciente na mesa, o desenho com a colocação de eletrodos, os procedimentos cirúrgicos associados, os exames anatomo-patológicos, como biópsia de fígado e de vesícula biliar, e a colocação de cateteres e drenos.

Após a cirurgia, o paciente é acordado pelo anestesilogista. Nesse momento, deve-se contar com pessoal treinado e disponível para passá-lo para a cama elétrica. Na maioria das vezes, o indivíduo é encorajado a passar da mesa cirúrgica para a cama ou acaba sendo transferido por meio do Skate[®], uma prancha que facilita esse processo por meio do deslizamento da pessoa, deitada ou imobilizada, de uma cama para outra, de forma suave e rápida, proporcionando às equipes médica e de Enfermagem o conforto físico e a segurança recomendados. A cabeceira da cama é levantada em cerca de 30° e a parte inferior do móvel, levemente elevada.

A enfermeira da Recuperação Anestésica ou da UTI é informada do encaminhamento do paciente, que chega a permanecer até 12 horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, com seus sinais vitais monitorados. Como geralmente o indivíduo está acordado, ele pode ser estimulado a realizar movimentos respiratórios e os que envolvem os membros inferiores, os quais lhe foram ensinados na consulta de Enfermagem. Ele só pode retirar as meias antiembolismo Kendall[®] quando inicia a deambulação na Unidade de Internação. A cama permanece com elevação da cabeceira em 30 graus. Ali, então, são administradas medicações, conforme prescrição médica, assim como registradas as medidas de drenagem urinária e dos drenos abdominais. Após a realização de exames que confirmem a drenagem do estômago e a ausência de fístulas, é possível iniciar a ingesta



via oral com líquidos claros e em pequenas porções.

O paciente é conduzido pela equipe de Enfermagem da Sala de Recuperação Pós-Anestésica para a Unidade de Internação, onde, em geral, fica três dias. Durante esse período, o fisiatra faz-lhe visitas para a realização de exercícios respiratórios e a utilização do espirômetro. Assim que ali chega, o indivíduo recebe também estímulos para realizar os movimentos com os membros inferiores e deambular precocemente. O nível de atividades aumenta a cada dia, visando à sua independência. No primeiro dia do pós-operatório, a nutricionista também aparece para ver o paciente. De acordo com a rotina, a ingestão oral começa com pequenos goles de água, num total de 30 ml a cada 30 minutos, conforme a tolerância da pessoa. Tudo que é consumido deve ser registrado por um acompanhante em formulário próprio. A dieta é progressiva e abrange a educação do indivíduo para que ele compreenda inteiramente suas necessidades.

Quando o período de internação chega ao fim, o paciente recebe as instruções para a alta hospitalar, assim como o contato telefônico da equipe multidisciplinar do COM para esclarecimentos ou orientações diante de complicações que, por ventura, possam ocorrer. Geralmente ele tem alta do hospital na manhã do quarto dia de pós-operatório e é orientado a retornar ao ambulatório/consultório após sete dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da enfermeira no Centro da Obesidade Mórbida do Hospital São Lucas da PUC-RS vem se mostrando bastante satisfatório, diante da reação de pacientes, familiares, membros da equipe e outros profissionais. À medida que reconhece as necessidades dos pacientes obesos mórbidos, ela se torna parceira deles em busca da promoção de seu bem-estar e da qualidade dos serviços prestados. O fato é que o cuidado ao obeso mórbido apresenta um desafio que exige a cooperação da equipe multidisciplinar.

O papel da enfermeira tem um grande valor, pois ela deve estar constantemente consciente das possíveis complicações e das intervenções de Enfermagem que possam vir a ser necessárias para evitar riscos potenciais, tanto para o paciente quanto para a equipe. Uma atmosfera de entendimento e cooperação ajuda o indivíduo submetido ao procedimento cirúrgico e seus familiares durante a hospitalização, assegurando um suave ambiente de trabalho.

A assistência de Enfermagem ao obeso mórbido vem conquistando novos campos de atuação para o enfermeiro. Por meio da experiência que acaba de ser descrita, espero fornecer recursos técnicos e conhecimentos científicos a outros colegas da área, objetivando a reflexão e o aperfeiçoamento do profissional em suas rotinas de trabalho com esse paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Damaso A. Obesidade. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
2. Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002.
3. Gastromed. Obesidade. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/imagens/univtool.map>> (21 ago. 2001).

AUTORIA

Márcia Teresinha Schmitt

Enfermeira do Centro Cirúrgico e do Centro da Obesidade Mórbida do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela SOBEC, em 1999, com licenciatura em Enfermagem conferida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1994.

Endereço para correspondência
Rua João Abott, nº 219, apto. 101,
Petrópolis, Porto Alegre, RS,
CEP: 90460-150.
Tel.: (51) 3333-6007 (res.),
(51) 3320-3404 (com.) e
(51) 9808-9291 (celular).
E-mail: marcia.tt@terra.com.br



A melhor relação custo/benefício:

- Câmara de Passagem Pass Through
- Controle e Teste
- Lavadora
- Termodesinfectora
- Estufa de Depirogenação
- Incubadora de Grande Volume, Climatização
- Isoladores de Processos e Parede Rígida
- Lavanderia Clean Room
- Secador Granulado
- Tratamento de Água
- Validação de Serviços



BAUMER

Entendendo necessidades. Propondo soluções.

Tecil

- Embalagem para esterilização em papel grau cirúrgico
- Diatest Folhas e pacote pronto
- Indicador biológico e Incubadora
- Integrador químico
- Suporte de rolos
- Seladora

Acesse: www.baumer.com.br
Central de Vendas: F. (11) 3670-0000

BAUMER
Compromisso com a saúde