

Elaboração	Elaboração	Verificação	Verificação	Verificação	Verificação	Aprovação Final
17/10/2022	Arlton Carlos Ferreira	Elaine Cristina Azevedo	Eliana Rodrigues Chaves	Graciele Francisca da Silva	Juliana Elídia Ribeiro dos Santos	Eliseu Albertin Teixeira

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Bariátrica e Metabólica, também conhecida como Cirurgia da Obesidade ou, popularmente, Cirurgia de Redução de Estômago, possui técnicas com respaldo científico destinado ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

O conceito de cirurgia metabólica foi incorporado há cerca de 10 anos pela importância de estudos científicos demonstrando que os órgãos envolvidos na cirurgia produzem substâncias hormonais e que a cirurgia na verdade alterava esse equilíbrio hormonal inicial de uma maneira benéfica ao paciente obeso, seja na perda de peso, seja no controle e até na cura de doenças endocrinológicas, como o diabetes, hipercolesterolemia, hiperuricemia, até na hipertensão e parte da síndrome plurimetabólica.

OBJETIVO

Estabelecer protocolo clínico multidisciplinar para assistência integral aos pacientes elegíveis e submetidos à Cirurgia Bariátrica no CSSJD.

SIGLAS

BC – Bloco Cirúrgico;
CSSJD – Complexo de Saúde São João de Deus;
DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2;
ECG – Eletrocardiograma;
EDA – Endoscopia Digestiva Alta;
FC – Frequência Cardíaca;
FR – Frequência Respiratória;
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana;
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva;
IM – Infarto do Miocárdio;
IMC - Índice de Massa Corpórea;
PAM – Pressão Arterial Média;
RPA – Recuperação Pós-Anestésica;
USG – Ultrassonografia.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Conforme Resolução CFM nº 2.172/2017, a cirurgia metabólica como opção terapêutica para pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) que tenham índice de massa corpórea (IMC) entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², desde que a enfermidade não tenha sido controlada com tratamento clínico.

Indicações

- ✓ Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², desde que a enfermidade não tenha sido controlada com tratamento clínico;
- ✓ Diagnóstico de Diabetes definido tipo 2 a menos de 10 anos, apresentando refração comprovada ao tratamento clínico e não possuir contraindicação para o procedimento cirúrgico proposto;
- ✓ Pacientes com IMC maior que 35kg/m² e portadores de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que até ameacem a vida como: Diabetes, Apneia do Sono, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, doenças cardiovasculares, incluindo Doença Arterial Coronariana, Infarto do Miocárdio (IM), Angina, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão e Fibrilação atrial, Cardiomiopatia Dilatada, Cor Pulmonale e Síndrome de Hipoventilação, Asma grave não controlada, Osteoartroses, Hérnias Disciais, Refluxo Gastresofágico, com indicação cirúrgica, Colecistopatia calculosa, Pancreatites agudas de repetição, Esteatose Hepática, incontinência urinária de esforço da mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, Síndrome dos Ovários Policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, Hipertensão Intracraniana Idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão;
- ✓ Idade: Maiores de 18 anos;
- ✓ Obesidade estabelecida conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de pelo menos dois anos.

Critérios de Exclusão

Pacientes com:

- ✓ Dependência química, como drogas ilícitas ou álcool;
- ✓ Distúrbios psiquiátricos não controlados ou demências graves ou moderada;
- ✓ Doenças cardiopulmonares graves que aumentem o risco cirúrgico;
- ✓ Síndrome de *Cushing* decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos;
- ✓ Falta de compreensão por parte do paciente e familiares dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar em longo prazo.

ORIENTAÇÕES AO CLIENTE/PACIENTE

É necessária uma avaliação minuciosa do estado físico, social, psicológico e o levantamento do histórico de saúde, uma vez que algumas doenças podem estar associadas à obesidade mórbida, tais como Hipertensão, Diabetes, doenças do fígado, doenças do aparelho respiratório, afecções circulatórias, alterações da gordura sanguínea, artroses, entre outras;

A avaliação médica tem como objetivos: identificar as necessidades do paciente, iniciar o processo de cuidado e detectar ações que podem ser fatores de complicações no ato cirúrgico-anestésico e pós-operatório.

Exames complementares indicados:

- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Ecodopplercardiograma (considerar stress farmacológico com dobutamina em pacientes com IMC > 50 kg/m², pacientes com suspeita para isquemias coronarianas ou pacientes diabéticos mesmo assintomáticos);
- ✓ RX de tórax frente/perfil;
- ✓ EDA com pesquisa de H. pylori;
- ✓ USG abdome total;
- ✓ Prova de função pulmonar (em casos de suspeita clínica de pneumopatia);
- ✓ Polissonografia (em casos de suspeita clínica de síndrome da apneia obstrutiva do sono);
- ✓ Exames laboratoriais: hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose em jejum, insulina em jejum, peptídeo C, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, coagulograma, proteínas total e frações, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama-GT, ácido úrico, T4 livre, TSH, ácido;
- ✓ Fólico, vitamina B12, 25-hidroxi-vitamina D, Ca, Caion, PTH, ferro, ferritina, transferrina, sorologias para hepatite B, hepatite C, HIV, urina tipo I (considerar dosagem de cortisol urinário 24 horas ou cortisol salivar com suspeita de doença de Cushing), beta HCG (mulheres em idade fértil);
- ✓ Elastografia hepática nas esteatohepatite não alcoólica com suspeita de fibrose;
- ✓ Ultrassonografia com Doppler venoso de membros inferiores (em caso de suspeita de trombose venosa profunda ou risco elevado).

São realizadas na instituição duas variantes técnicas de cirurgia, ambas regulamentadas no Brasil. A via de acesso preferencial é a laparoscópica, devido às vantagens já conhecidas, tais como menor trauma cirúrgico, recuperação mais precoce, menor tempo de internação, menor incidência de complicações operatórias, melhor resultado estético, entre outros. Além disso, realiza-se, como terapia complementar, o balão intragástrico.

Bypass Gástrico (Gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)

Estudado desde a década de 60, o *bypass* gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial.

Nesse procedimento misto, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial.

Gastrectomia Vertical

Nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml). Essa intervenção provoca boa perda de peso, comparável à do *bypass* gástrico nos primeiros anos, e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. É um procedimento relativamente novo, praticado desde o início dos anos 2000. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lípidos (colesterol e triglicérides), entretanto seus resultados em longo prazo são desconhecidos.

Terapia Auxiliar – Balão Intragástrico

Reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório, trata-se de um procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina. O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²).

PLANO TERAPÊUTICO

FASES DO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Fase Inicial

Consulta e Avaliação pelo Endocrinologista

A avaliação inicial é feita pelo Endocrinologista, que colhe informação sobre a história clínica, aspectos psicológicos e sociais. São levantados dados como tempo de obesidade, tratamentos clínicos realizados previamente e resultados obtidos, preferência e hábitos alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, além da existência de comorbidades orgânicas, psicológicas e características do tratamento realizado. Faz-se o exame físico que permite quantificar o grau de obesidade e suas consequências orgânicas. Com a análise destes dados, juntamente com exames complementares, define-se se o paciente possui indicação para Cirurgia Bariátrica. A partir daí, é feito o encaminhamento para o Cirurgião.

Nos casos de patologias de outros sistemas de difícil controle, o Endocrinologista poderá solicitar a avaliação de outros especialistas.

Consulta e Avaliação por Cirurgião

Faz parte desta consulta uma explicação criteriosa sobre o tratamento cirúrgico, procurando identificar fatores que possam contraindicar o tratamento cirúrgico. Procura-se enfatizar nesta fase a importância e necessidade de acompanhamento multidisciplinar e aderência ao tratamento.

Avaliação e Preparo Psicológico

Nessa fase, transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser abordados, orientados e tratados, se presentes. É avaliada a capacidade do paciente em aderir ao plano que envolve o tratamento através da cirurgia Bariátrica.

Avaliação e Educação Nutricional

Nesta fase, é feita uma anamnese alimentar e avaliação antropométrica, na qual os erros alimentares são identificados, procurando corrigi-los ainda na fase pré-operatória, de forma a preparar o paciente candidato à Cirurgia Bariátrica às mudanças de hábito alimentar impostas pela cirurgia. O paciente é orientado quanto às fases de transição da dieta no pós-operatório (liquida/semi pastosa/pastosa/branda/geral).

Fase Secundária

Cumprida a fase inicial e havendo indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, deve-se prosseguir na avaliação pré-operatória necessária a uma operação de grande porte:

Avaliação Cardiológica - o Eletrocardiograma, o Ecocardiograma e outros exames necessários são solicitados. É avaliado o estado funcional do coração e realizado a indicação do risco da cirurgia.

Avaliação Respiratória - a Radiografia de Tórax e as provas de função respiratória contribuem para o diagnóstico e orientação quanto ao quadro respiratório e indicação de Fisioterapia Respiratória. Nos pacientes portadores de apneia de sono grave, é recomendável a realização de Polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório. Pacientes fumantes exigem especial atenção. A orientação é de que o fumo deve ser abolido, pelo menos dois meses antes do procedimento cirúrgico.

Avaliação Endoscópica - a Endoscopia Digestiva Alta é realizada para o diagnóstico de doenças esôfago-gastro-duodenais e pesquisa do *Helicobacter pylori*. Quando encontrada essa bactéria, a infecção deve ser erradicada no pré-operatório.

Avaliação Ultrassonográfica - A Ultrassonografia Abdominal é realizada porque permite diagnosticar Colelitíase e Esteatose Hepática presentes num percentual elevado de pacientes obesos. Nas mulheres, o exame favorece ainda a investigação de órgãos pélvicos.

Avaliação Laboratorial – vide acima.

Fase Terciária

- ✓ Verificar se o paciente inclui-se nos critérios de indicação à Cirúrgica Bariátrica;
- ✓ Realizar orientação pré-operatória;
- ✓ Avaliação de Enfermagem – será aplicado o instrumento da avaliação inicial de Enfermagem contendo história de saúde, alergias, medicamentos em uso, sinais vitais e avaliação da dor quando aplicáveis também

deverão ser avaliados os aspectos socioeconômicos e espirituais. O Enfermeiro através da avaliação inicial identifica os aspectos técnicos e subjetivos que irão auxiliar na construção de um plano de cuidados individualizado com o objetivo de apoiar o paciente no enfrentamento da doença e tratamento proposto;

- ✓ Certificar-se que o paciente compreende riscos e benefícios do tratamento proposto;
- ✓ Aplicar "Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimento e Cirurgia".

RESPONSABILIDADES

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Médico:

- ✓ Realizar avaliação médica inicial e diagnóstica pertinente. Vide item Tratamento Indicado;
- ✓ Registrar em prontuário evolução diária do paciente, intercorrências, metas multidisciplinares, plano terapêutico e previsão de alta.

Enfermeiro:

- ✓ Validar e atualizar a avaliação inicial de Enfermagem;
- ✓ Elaborar plano de cuidados (Sistematização da Assistência de Enfermagem).

Intraoperatório:

O planejamento para a Cirurgia Bariátrica ocorre desde o momento do agendamento cirúrgico até a alta do paciente da RPA e contempla as seguintes etapas:

- ✓ Agendar o procedimento, realizando a reserva dos equipamentos específicos, bem como materiais descartáveis, como grampeadores e suturas mecânicas;
- ✓ Solicitar reserva de vaga e UTI para pós-operatório, se indicado;
- ✓ Preparar a sala operatória, provendo todos os materiais de Farmácia solicitados previamente, bem como os materiais do arsenal, como caixas específicas, pinças de Laparoscopia e ótica (para procedimentos laparoscópicos), campos e aventais cirúrgicos;
- ✓ Providenciar material para possível intubação difícil (C-Mac e/ou Fibroscópio);
- ✓ Deixar na sala manguitos com larguras e comprimentos variados, para monitorização da PAM não invasiva;
- ✓ Providenciar meias e massageador pneumático;
- ✓ Encaminhar o paciente para o BC em sua própria cama;
- ✓ Transferir o paciente para a mesa cirúrgica, colocando, na sequência, o cinto de segurança;
- ✓ Providenciar a monitorização do paciente com ECG, oximetria, FC, e PAM não invasiva;
- ✓ Auxiliar o Anestesiologista durante a indução e intubação orotraqueal;
- ✓ Realizar todas as proteções pertinentes, devido ao risco de lesão de pele por posicionamento perioperatório;
- ✓ Realizar o check list de verificação de segurança do paciente, nos 3 momentos: *sign in*, *time out* e *sign out*;

- ✓ Checar com o Anestesiologista a possibilidade de risco para sangramento, bem como risco de desequilíbrio na temperatura corporal;
- ✓ Auxiliar o Anestesiologista, após o término da cirurgia, no despertar do paciente;
- ✓ Manter o paciente com cinto de segurança;
- ✓ Realizar a transferência do paciente da mesa cirúrgica para a cama;
- ✓ Encaminhar o paciente para a RPA, com nebulização e acompanhado pelo Anestesiologista;
- ✓ Passar o plantão para a equipe de enfermagem da RPA;
- ✓ Monitorizar o paciente com ECG, FC, oximetria de pulso, FR, PAM não invasiva e termometria axilar;
- ✓ Manter o paciente com nebulização;
- ✓ Promover conforto térmico;
- ✓ Manter decúbito elevado;
- ✓ Manter grades elevadas e cama abaixada;
- ✓ Aplicar a escala de Aldrete e Kroulik modificada;
- ✓ Verificar presença de dor e, se confirmado, iniciar o gerenciamento da dor;
- ✓ Administrar medicamentos, de acordo com a prescrição Médica;
- ✓ Avaliar condições de alta, junto ao Anestesiologista;
- ✓ Passar o plantão para a equipe de enfermagem da unidade, após alta pelo Anestesiologista;
- ✓ Encaminhar o paciente para o quarto. Se necessário, encaminhar o paciente com nebulização, conforme prescrição médica.

Fisioterapeuta:

O paciente obeso mórbido apresenta uma série de alterações na mecânica respiratória, que em conjunto com fatores anestésicos, cirúrgicos e pós-operatórios, podem contribuir para uma elevada incidência de complicações pulmonares após a cirurgia bariátrica.

O paciente obeso apresenta redução na capacidade vital, capacidade pulmonar total e capacidade residual funcional, além de apresentar redução da força e *endurance* muscular respiratória.

O peso sobre a caixa torácica e o conteúdo abdominal aumentado restringe a descida do diafragma, levando a ocorrência de atelectasias, hipoxemia, redução da complacência e aumento da resistência pulmonar. A Cirurgia Bariátrica é considerada cirurgia abdominal alta e pode trazer consequências ao sistema respiratório, a anestesia faz com que o diafragma relaxe reduzindo o diâmetro crânio caudal da caixa torácica, comprimindo as bases pulmonares, podendo provocar atelectasias e hipoxemia.

A anestesia também reduz o movimento muco ciliar favorecendo o acúmulo de secreção e predispondo a infecção, se o paciente é fumante ou idoso os riscos de infecções aumentam. A incisão cirúrgica causa redução do volume pulmonar, levando a redução de sua ventilação e atelectasias.

A dor e os drenos também diminuem a expansibilidade pulmonar, levando a hipoxemia.

As atividades da fisioterapia têm como metas:

Redução das complicações respiratórias pós-operatória;

Prevenção de trombozes e embolias;

Prevenção de desajustes e prejuízos osteomusculares;

Atenção à composição corporal;

Reabilitar assoalho pélvico (reabilitação dos músculos localizados na região do púbis e cóccix);

Preparação para prática de atividade física e esportiva.

Avaliação Clínica:

- ✓ Observar o padrão respiratório, frequência respiratória, oximetria de pulso, dados vitais exames complementares;
- ✓ Posicionamento do paciente: Posicionar o paciente no leito, cabeceira elevada ($> 90^\circ$), prepara-lo para sedestação;
- ✓ Iniciar deambulação;
- ✓ Orientação: Explicar ao paciente a importância da reabilitação fisioterapêutica e prepara-lo para casa.

Resultados Esperados:

- ✓ Melhora da mecânica respiratória do paciente;
- ✓ Diminuição do tempo de permanência no hospital;
- ✓ Diminuição das taxas de complicações Pós-operatória;
- ✓ Evitar internações na UTI por complicações respiratórias e/ou circulatórias.

Psicólogo:

Tem o objetivo de possibilitar amparo subjetivo neste momento de instabilidade afetiva de pacientes e familiares. Assim, o Serviço de Psicologia Hospitalar realizará a avaliação psicológica pré e pós-operatória.

Os atendimentos psicológicos no período pré-operatório serão realizados visando a preparação final junto ao paciente e familiares para que possam obter o equilíbrio afetivo-emocional-comportamental para a realização do procedimento médico.

Os atendimentos psicológicos no período pós-operatório serão realizados visando o início da ressignificação do aspecto afetivo-emocional-comportamental para a preparação visando a alta hospitalar médica, sem restrições psicológicas.

Passado esta primeira etapa ambulatorial, a ida do paciente para o Hospital, será para a realização do procedimento cirúrgico. Assim, o serviço de psicologia hospitalar realizará a avaliação psicológica pré e pós-

operatória.

Os atendimentos psicológicos no período pré-operatório serão realizados visando a preparação final junto ao paciente e familiares para que possam obter o equilíbrio afetivo-emocional-comportamental para a realização do procedimento Médico.

Após a alta, a responsabilidade da continuidade da assistência psicológica volta para o Psicólogo a escolha da família e paciente que antes o assistia no nível ambulatorial.

Desta forma, a rede de assistência psicológica é mantida, garantido a segurança do paciente na continuidade de sua reabilitação psicológica.

Permanência do suporte psicológico diário para o paciente durante o período de hospitalização.

- ✓ Avaliação psicológica pré-cirúrgica após encaminhamento da atenção primária;
- ✓ Avaliação de aptidão do paciente para a cirurgia;
- ✓ Discussão do caso em equipe multiprofissional;
- ✓ Avaliação do paciente no pós-cirúrgico;
- ✓ Discussão do caso em equipe multiprofissional;
- ✓ Encaminhamento do paciente para a atenção básica de origem;
- ✓ Além da escuta junto ao paciente, produzimos espaço de possível interação com familiares.

Assistente Social:

O atendimento do Serviço Social consiste no acolhimento e acompanhamento de pacientes do Programa de Cirurgia Bariátrica ao longo do processo pré-operatório. O acolhimento parte da perspectiva de identificação de possíveis expressões da questão social materializadas na vida dos pacientes e de sua família, de modo a subsidiar as intervenções a serem realizadas pelo Serviço Social, no que se insere a compreensão ampla e total da dinâmica institucional, a fim de melhor atender ao usuário e seu acompanhamento na rede socioassistencial.

Para a realização do acolhimento é indicada realização de entrevista inicial com os pacientes ingressantes no programa. Pretende-se realizar o preenchimento de um formulário (o qual será confeccionado), visando a coleta de informações acerca dos pacientes, suas condições de vida, contexto familiar, acesso à rede socioassistencial.

A entrevista para o Serviço Social é um instrumental da profissão, compondo prioritariamente a dimensão técnico-operativa. A entrevista é um processo de relação direta com o usuário e suas demandas, identificando as expressões da questão social que se materializam no seu cotidiano. “É um instrumento que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (LEWGOY, A.M. B; SILVEIRA, E.M. C, 2007, p. 235).

Avaliação social com os pacientes aptos ao programa: Identificar as demandas dos pacientes, a fim de garantir o acesso aos direitos sociais em articulação com a rede socioassistencial e familiar.

Articulação com a rede socioassistencial: Orientar sobre garantia dos direitos sociais e previdenciários. Se

identificado alguma vulnerabilidade social, o acompanhamento é sistêmico e articulado com a rede.

Entrevista com familiares e amigos: Articulação da rede de apoio do paciente, para auxílio durante e após Cirurgia.

Encaminhamento para serviços internos e externos ao hospital: Viabilizar junto à instituição e/ou rede intersetorial medicamentos e materiais necessários na recuperação do pós-operatório.

Parecer da avaliação social: A Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007, dispõe da necessidade de estudo psicossocial para com o paciente que aguarda a definição da cirurgia bariátrica. A partir da avaliação psicossocial que são realizadas as intervenções necessárias para com o paciente.

Nutricionista:

O atendimento nutricional pré e pós-operatório vai proporcionar:

- ✓ Avaliação Antropométrica – na qual será avaliada a compleição física através de peso, altura e Circunferências;
- ✓ Avaliação Dietética – anamnese alimentar, questionário de frequência alimentar, recordatório 24 horas;
- ✓ Avaliando a ingestão das principais vitaminas e minerais, bem como, o consumo de alimentos proteicos ou muito calóricos (doces, gorduras, bebidas adoçadas alcoólicas);
- ✓ A partir dessas avaliações é possível identificar e tratar deficiências nutricionais, minimizar risco cirúrgico mediante redução de peso, planejar um programa alimentar de baixa caloria em pré-operatório visando reduzir a gordura hepática e abdominal, fazer um diagnóstico nutricional emitindo assim um parecer nutricional;
- ✓ Indivíduos que apresentam obesidade, na maioria dos casos apresentam um acúmulo de gordura visceral (presente nos órgãos abdominais, principalmente no fígado). Esta condição também tem relação com a genética do paciente e é mais prevalente no sexo masculino, porém ocorre também em diversas pacientes do sexo feminino, em especial no caso da obesidade do tipo maçã, em que a distribuição da gordura do organismo é centralizada na região do abdômen;
- ✓ Na maioria dos casos, é bastante prudente iniciar com dieta hipocalórica e de baixa carga glicêmica (baixa em calorias e sem carboidratos refinados e açúcares) e hiperprotéica (rica em proteínas) antes da cirurgia. Nesta linha de pensamento, Edholm et al (2011) descreveu em seu estudo em que uma dieta hipocalórica um mês antes da cirurgia reduz o tamanho do fígado, reduzindo a gordura intra-hepática (gordura do fígado) e visceral (presente no interior do abdômen), o que facilita o processo da cirurgia de vídeo-laparoscopia, em geral diminui o tempo cirúrgico, reduzindo assim o risco de complicações no intra (durante) e no pós-operatório;
- ✓ Avaliação e educação nutricional: nesta fase, é feita uma anamnese alimentar e avaliação antropométrica, na qual os erros alimentares são identificados, procurando corrigi-los ainda na fase pré-operatória, de forma a preparar o paciente candidato à cirurgia bariátrica às mudanças de hábito alimentar impostas pela cirurgia. O paciente é orientado quanto às fases de transição da dieta no pós-operatório (liquida/semi-

pastosa/pastosa/branda/geral).

Atendimento Nutricional Pré-Operatório:

Objetivo do Atendimento Nutricional:

- ✓ Avaliação antropométrica: aferir o peso atual, calcular IMC, peso ideal, aferir a circunferência abdominal. Avaliação da história alimentar (apetite, preferências e aversões, alergia ou intolerância alimentar);
- ✓ Realizar anamnese alimentar, recordatório alimentar e orientação alimentar individualizada. Prescrição de cardápio hipocalórico, hiperprotéico, exclusão de carboidratos simples, rico em vitaminas e minerais;
- ✓ Orientar o paciente em relação à dieta para perda de peso;
- ✓ Agendamento para o retorno, de acordo com o plano estabelecido pela equipe médica;
- ✓ Número de sessões: 04(01 sessão/semana).

Atendimento Nutricional Durante a Internação:

Pré-operatório:

- ✓ Jejum via oral ou dieta, conforme prescrição médica.
- ✓ 1º pós-operatório: jejum via oral.

A Partir do 2º Pós-operatório:

- ✓ Acompanhar a introdução da dieta (líquidos, de acordo com a prescrição médica);
- ✓ Monitorar a aceitação da dieta oferecida;
- ✓ Orientar a alimentação após a alta hospitalar, de acordo com a dieta prescrita pela equipe médica;
- ✓ Atender com agendamento prévio realizado hospital os pacientes que serão submetidos à Cirurgia Bariátrica para manter o atendimento nutricional pós-operatório.

Atendimento Nutricional Pós-Operatório

Objetivo do atendimento nutricional: monitorar o estado nutricional, prescrição de cardápio da evolução da consistência da dieta e monitorar a ingestão alimentar.

- ✓ Avaliação antropométrica: aferir o peso atual, calcular IMC, peso ideal, aferir a circunferência abdominal para acompanhar a perda de peso e redução de circunferência abdominal;
- ✓ Acompanhar e prescrever o cardápio com a evolução da consistência e quantidade da dieta (dieta líquida, dieta pastosa, dieta branda e dieta normal): acompanhar tolerância, monitorar e orientar a ingestão de líquidos, reforçar a importância da mastigação;
- ✓ Quantificar e monitorar a ingestão alimentar: evitar deficiências nutricionais e prescrição de suplemento alimentar;

- ✓ Número de sessões: 04 (01 sessão/semana).

Atendimento Nutricional Pós-Operatório Tardio

- ✓ Objetivo do atendimento nutricional: monitorar o estado nutricional e perda de peso;
- ✓ Avaliar a ingestão alimentar;
- ✓ Avaliar a prescrição de a suplementação alimentar;
- ✓ Número de sessões: 04 (01 sessão/mês).

ITENS DE CONTROLE

- ✓ Taxa de mortalidade pós Cirurgia Bariátrica em até 30 dias;
- ✓ Taxa de reinternação devido às complicações pós Cirurgia Bariátrica em até 30 dias;
- ✓ Taxa de reoperação devido às complicações pós Cirurgia Bariátrica em até 30 dias.

RISCOS ASSISTENCIAIS

Os riscos da Cirurgia Bariátrica estão ligados principalmente à quantidade e gravidade de doenças associadas à obesidade, sendo as principais complicações:

- ✓ Embolia pulmonar, causando dor intensa e dificuldade para respirar;
- ✓ Sangramento interno no local da cirurgia;
- ✓ Fístulas, que são pequenas bolsas que se formam nos pontos internos da região operada;
- ✓ Infecção hospitalar;
- ✓ Vômitos, diarreia e fezes com sangue;
- ✓ Síndrome de dumping, ou mal-estar causado pela ingestão de carboidratos refinados ou gorduras em excesso;
- ✓ Hipovitaminose, que é a ausência de vitaminas no corpo, podendo ser tratada com uma reposição vitamínica;
- ✓ Anemia crônica, gerada principalmente pela má absorção de vitamina B12 pelo estômago.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Cohen R, Caravatto PP, Correa JL, et al. Glycemic control after stomach-sparing duodenal-jejunal bypass surgery in diabetic patients with low body mass index. SOARD. 2012; 8 (4): 375–80;
- ✓ Cohen RV, Rubino F, Schiavon C, Cummings DE. Diabetes remission without weight loss after duodenal bypass surgery. SOARD. 2011; 8(5): e66–8;
- ✓ Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations;
- ✓ Resolução CFM 2.131, de 12 de novembro de 2015;
- ✓ Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica <https://www.sbcbm.org.br/fisioterapia/>.

FLUXOGRAMA

Não se aplica.

ANEXOS E/OU APÊNDICE

Não se aplica.

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Data Inicial	Elaboração		Verificação	Aprovação
-	-		-	-
Data	Versão	Item	Atualização	Responsável pelas alterações
-	-	-	-	-