



Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro*

Perioperative care for morbid obese patient undergoing bariatric surgery: challenges for nurses

Asistencia al paciente obeso mórbido sometido a la cirugía bariátrica: dificultades del enfermero

Denise Spósito Tanaka¹, Aparecida de Cássia Giani Peniche²

RESUMO

Objetivo: Identificar as dificuldades de enfermeiros de centro cirúrgico ao assistir pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica no período transoperatório. **Métodos:** A amostra constou de 70 enfermeiros com experiência em assistência ao paciente obeso mórbido. Os dados foram coletados durante o 7º Congresso Brasileiro de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização por meio de um questionário. **Resultados:** A análise dos resultados apontou como dificuldades aquelas relacionadas ao espaço físico, materiais e equipamentos e à assistência de enfermagem específica ao paciente obeso mórbido. **Conclusão:** O conhecimento específico, a especialização e a experiência em Centro Cirúrgico darão o conforto, a segurança física e emocional necessárias a estes pacientes.

Descritores: Obesidade mórbida/cirurgia; Cirurgia bariátrica/enfermagem; Gastroplastia/enfermagem; Enfermagem perioperatória; Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Objective: To identify the challenges for nurses during the perioperative for patients undergoing bariatric surgery. **Methods:** The sample consisted of 70 nurses who had experience in providing care for morbid obese patients. Data were collected from nurses who were participating in the 7th Brazilian Congress on Perioperative Nursing Care, Post Anesthesia Care, and Central Supply and Sterilization using a questionnaire. **Results:** Challenges included inadequate space in operating rooms, inadequate material and equipments, and having specific nursing skills to care for the morbid obese patients. **Conclusion:** Developing specific knowledge and skills and having specialization and clinical experience in the operation room will equip nurses to provide quality care, comfort, physical and emotional safety to attend the need of morbid obese patients.

Keywords: Obesity morbid/surgery; Bariatric surgery/nursing; Gastroplasty/nursing; Perioperative nursing; Nursing care

RESUMEN

Objetivo: Identificar las dificultades de enfermeros de centro quirúrgico en el cuidado a pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica en el período transoperatorio. **Métodos:** La muestra constó de 70 enfermeros con experiencia en asistencia al paciente obeso mórbido. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario durante el 7º Congreso Brasileño de Enfermeros de Centro Quirúrgico, Recuperación Anestésica y Centro de Material y Esterilización. **Resultados:** El análisis de los resultados identificó como dificultades aquellas relacionadas al espacio físico, materiales y equipos y a la asistencia de enfermería específica al paciente obeso mórbido. **Conclusión:** El conocimiento específico, la especialización y la experiencia en Centro Quirúrgico darán el confort, la seguridad física y emocional que necesitan estos pacientes.

Descriptores: Obesidad mórbida/cirugía; Cirugía bariátrica/enfermería; Gastroplastia/enfermería; Enfermería perioperatoria; Atención de enfermería

* Trabalho extraído da dissertação "O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia Bariátrica, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil. (Programa PROESA). 2006.

¹ Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, de origem metabólica e genética, definida como um estado anormal de saúde, associado ao excesso de gordura corporal e atualmente considerada uma epidemia global. No Brasil, o aumento percentual na velocidade de crescimento da obesidade determina grande impacto na saúde pública⁽¹⁾.

O termo obesidade mórbida foi criado por Payne, em 1963⁽¹⁾, para caracterizar o potencial de complicações decorrentes desse estado. A obesidade mórbida é uma das doenças com maior taxa de mortalidade. Na América Latina, estimam-se óbitos, anualmente, em decorrência de comorbidades relacionadas à obesidade⁽²⁾.

A terapêutica do paciente obeso deve envolver um plano de reeducação alimentar, atividade física e uso de agentes anti-obesidade, porém nos pacientes que apresentam obesidade mórbida, a abordagem clínica geralmente é ineficaz e o tratamento cirúrgico se impõe como a única opção de tratamento⁽²⁾.

Sendo assim, estes pacientes necessitam de uma terapêutica especial que considere suas dimensões corpóreas associadas às comorbidades e aos fatores de risco cirúrgicos e anestésicos.

No que se refere às comorbidades, estas podem ser resumidas em endócrinas metabólicas (síndrome metabólica, resistência à insulina, intolerância à glicose, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, síndrome de ovários policísticos); cardiovasculares (hipertensão, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva, disritmias, hipertensão pulmonar, estase venosa, trombose venosa profunda, e embolismo pulmonar); respiratórias (função pulmonar anormal, apnéia obstrutiva do sono e síndrome de hipoventilação pulmonar da obesidade); gastrintestinais (refluxo gastroesofágico, colelitíase, pancreatites, hérnias abdominais, esteatoses, e cirrose hepática); músculo-esqueléticas (osteoartrite, gota e dor lombar); ginecológicas/genito-urinárias (menstruações irregulares, infertilidade e incontinência urinária) e câncer (esôfago, cólon, vesícula biliar, próstata e útero)⁽³⁾.

Mesmo com os avanços no conhecimento da fisiopatologia da obesidade, os pacientes continuam se expondo aos fatores de risco relacionados ao procedimento anestésico e cirúrgico, apresentando um índice elevado de morbimortalidade, principalmente quando comparados aos pacientes não obesos⁽⁴⁾.

Estes fatores de risco estão relacionados à especificidade da cirurgia, à anestesia, ao estresse, às respostas neuroendócrinas decorrentes do trauma anestésico cirúrgico, ao período de hospitalização pré-operatório, à paramentação cirúrgica, à degermação e ao preparo pré-operatório da pele, bem como aos procedimentos⁽⁵⁾.

Em pacientes obesos mórbidos, a minimização destes fatores de risco está diretamente ligada a avaliação do paciente no período pré-operatório. Importantes alterações fisiopatológicas ocorrem nos sistemas cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, que são de especial importância.

A função cardíaca relacionada à obesidade é complexa. Diabetes, obesidade grave, tempo de instalação do sobrepeso, hipertensão arterial e doença coronariana podem estar associadas à disfunção cardíaca grave. Em pacientes obesos, os volumes circulatório e plasmático, o débito cardíaco, a pressão de enchimento e o consumo de oxigênio aumentam proporcionalmente com a elevação do peso. Os aumentos do volume sanguíneo e do fluxo pulmonar predispõem o obeso à hipertensão pulmonar, que pode ser acentuada com a vasoconstrição pulmonar que, juntas, levam à hipoxemia⁽⁶⁾. A volemia e o débito cardíaco aumentados sobrecarregam o coração, o que eventualmente leva à hipertrofia do miocárdio. Policitemia sugere hipoxemia crônica. Hipertensão pulmonar frequentemente aparece como consequência de hipoxemia. O eletrocardiograma pode evidenciar várias alterações e intercorrências nos períodos pré e intra-operatório.

No sistema respiratório, ocorre um aumento no consumo de oxigênio e da produção de gás carbônico no paciente obeso, como resultado da alta demanda metabólica e do gasto energético necessário para suprir a grande massa corporal. O tecido gorduroso das paredes torácica e abdominal reduz a complacência torácica. A capacidade residual funcional também se encontra diminuída e ocorre fechamento das vias aéreas durante a ventilação normal. Alguns pacientes apresentam pressão parcial de oxigênio normal durante o dia, mas à noite apresentam episódios de retenção de CO₂, distúrbios do sono, obstrução das vias aéreas, com hipoxemia grave, e disritmias cardíacas.

No sistema gastrintestinal, os pacientes obesos, cujo volume gástrico é geralmente maior que 25 ml com pH menor que 2,5, apresentam maior incidência de refluxo gastroesofágico e hérnia de hiato, que representam grande risco para pneumonia por aspiração. É comum hepatite gordurosa em 25% dos pacientes com obesidade mórbida. Portanto, as funções hepáticas devem ser avaliadas, para diagnósticos de hepatopatias⁽⁶⁾.

Além destes fatores de risco, existem outros decorrentes do conforto e da segurança física, que se apresentam como dificuldades ao enfermeiro. Conhecê-las, considerá-las e superá-las será um desafio para o enfermeiro, pois subsidiarão uma assistência de enfermagem perioperatória individualizada ao paciente obeso mórbido.

OBJETIVO

Identificar as dificuldades de enfermeiros de centro

cirúrgico ao assistir pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, no período transoperatório.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no 7º Congresso Brasileiro de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, organizado pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), realizado em São Paulo.

Foram distribuídos a todos os 750 participantes, os questionários, juntamente com uma carta-convite, onde se esclarecia o objetivo do estudo, prazo de devolução e o Termo referido. No último dia do Congresso, recolheram-se os questionários e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que, assinado, referendou a autorização dos enfermeiros para divulgação dos dados.

Foram incluídos enfermeiros com experiência em centro cirúrgico e em assistência a pacientes obesos mórbidos, que devolvessem o instrumento de coleta de dados preenchido, juntamente como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, resultando em uma amostra de 70 enfermeiros.

Foi elaborado um questionário composto por duas sessões: sessão I – com questões fechadas, que permitiram a caracterização da amostra (idade, sexo, ano de formação, tempo de atuação em centro cirúrgico, especialização em centro cirúrgico, tipo de instituição e tempo de atuação na especialidade); sessão II – com questões fechadas e de múltipla escolha, relacionadas a dificuldades encontradas para a realização da cirurgia; sessão II b – questão aberta relacionada a dificuldades na assistência de enfermagem prestada a pacientes obesos mórbidos durante tais procedimentos cirúrgicos.

Após a autorização concedida pela SOBECC para a realização da coleta de dados, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos éticos foram a aprovação do projeto pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos profissionais que se dispuseram a participar do estudo

RESULTADOS

Houve predominância de enfermeiros do sexo feminino, 68 (97,1%) com média de idade de 37,0 anos (dp = 8,25 anos), variando de 31 a 40 anos (37%).

Em relação ao término da graduação, 20 (29%) enfermeiros possuíam menos de cinco anos de formados (dp = 7,88 anos). No que se refere à especialização 33 (47%) enfermeiros realizaram cursos de pós-graduação. A maioria dos enfermeiros (42-61,0%) trabalhava em instituições privadas. Verificou-se que 44 enfermeiros (63%) atuavam de dois a quatro anos nesta especialidade bariátrica.

Foram identificadas as dificuldades citadas pelos enfermeiros, apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Dificuldades relacionadas à área física, aos materiais e aos equipamentos necessários à realização da cirurgia bariátrica- Julho, 2005

Dificuldades citadas	n
Dimensão da sala de operação	48
Não possuir maca de transferência especial	46
Não possuir mesa cirúrgica especial e acessórios	41
Não possuir perneiras em bota	41
Não possuir material especial para anestesia	41
Não possuir cinto de segurança	37
Total	254

Obteve-se que 48 citações referem-se à não disponibilidade de sala de operações apropriadas, assim como 46 menções à falta de macas especiais para pacientes obesos mórbidos, o mesmo acontecendo com a mesa cirúrgica e seus devidos acessórios, em que houve 41 referências de não ter mesa especial, nem acessórios para aumentar a largura da mesma ou perneiras especiais, tipo bota; assim como não possuir material para anestesia especial; 37 informações de não ter, disponível no local de trabalho, os cintos de segurança necessários para estes pacientes.

Tabela 2 - Dificuldades relacionadas à assistência de enfermagem prestada aos pacientes obesos mórbidos - Julho, 2005

Dificuldades citadas	n
Transferência, mobilização, posicionamento e transporte do paciente.	42
Ausência de materiais e equipamentos especiais.	23
Ausência de intervenção psicológica.	3
Técnica de cateterismo vesical.	3
Total	71

As dificuldades relacionadas à transferência, à mobilização e ao transporte obtiveram 42 citações. Outras 23 citações foram referentes à falta de materiais e de equipamentos específicos, o que prejudica a assistência prestada. O cateterismo vesical obteve três referências como dificuldade, assim como o apoio psicológico e emocional para minimizar a ansiedade do paciente.

DISCUSSÃO

Entre os participantes do estudo, houve predomínio do sexo feminino, confirmando a maioria de mulheres na profissão. A faixa etária mais freqüente correspondeu à fase adulta, apesar do pouco tempo de formado (< 5 anos - 29%).

No que se refere à formação na graduação, o conteúdo programático específico não apresenta uma inserção uniforme, tanto de conteúdo como na estrutura curricular, isto é, ora ministrado como disciplina isolada ou integrado à Enfermagem na saúde do adulto, ou à Enfermagem Cirúrgica ou Médico-Cirúrgica, o que limita a experiência e a prática aos serviços especializados⁽⁶⁾. Ressalta-se, ainda, que a especialização representa uma necessidade do mercado, uma vez que a graduação não supre essa lacuna⁽⁶⁾.

Em estudo⁽⁷⁾ realizado, observou-se que a especialização dos profissionais de enfermagem tem sido requerida pelas instituições hospitalares para áreas de especialidade, nas quais se inclui o centro cirúrgico (CC), uma vez que a graduação de cunho generalista não garante uma base teórico-prática para atuações competentes. Estes autores⁽⁷⁾ evidenciam que a busca pela pós-graduação ou a especialização em CC objetivou um aprimoramento pessoal e não a obtenção de valores relacionados à melhoria da qualidade da assistência ou a atualização de conhecimentos, ou seja, uma preocupação com a própria inserção no mercado de trabalho.

Quanto ao tipo de hospital em que desenvolvem assistência, as instituições privadas empregavam a maioria dos enfermeiros entrevistados (42-61%).

Quanto ao período de atuação em cirurgia bariátrica, a maioria, 63% dos enfermeiros da amostra, presta assistência a estes pacientes de dois a quatro anos, isto é, assim que terminaram a graduação, iniciaram suas atividades nessa especialidade.

Apesar da terapia cirúrgica para tratamento da obesidade mórbida e severa ter aproximadamente 20 anos de história, e ter sido demonstrada como método mais efetivo para prevenção e controle de suas potenciais comorbidades, o enfermeiro de CC ainda encontra muitas dificuldades relacionadas à assistência de enfermagem no período perioperatório⁽⁸⁾.

Em particular, neste estudo, acredita-se que o pouco tempo de atuação em centro cirúrgico, associado ao pequeno período de atuação na especialidade, sem um curso de especialização, agrave essa situação.

Dificuldades relacionadas ao espaço físico, ao mobiliário, aos acessórios de segurança e aos equipamentos

As recomendações da SOBECC⁽⁹⁾, que seguem as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sobre as instalações mínimas para cirurgias especializadas,

sugerem um espaço físico de 36 m², além de uma sala de apoio de 12 m². Porém, não é o que se observou nas respostas dadas pelos enfermeiros, uma vez que 48 citações apontaram para a inexistência do espaço físico determinado para receber pacientes obesos mórbidos.

O mesmo acontece com a mesa cirúrgica necessária e seus devidos acessórios. Uma mesa cirúrgica considerada básica ou padrão suporta, em média, 160 quilogramas.

É apontado como recurso essencial para a realização da cirurgia, a mesa cirúrgica, dando preferência às elétricas, que suportam até 455 quilogramas de carga e têm possibilidade para as mudanças de decúbito necessárias para o adequado manuseio do paciente⁽¹⁰⁾.

Segundo as diretrizes publicadas pela Association of Operative Registered Nurses (AORN)⁽¹¹⁾, foi determinado o peso máximo suportado pela cama entre 300 e 500 quilogramas, e também para mesa cirúrgica, ressaltando, aqui, a importância da visita pré-operatória, realizada com a finalidade de identificar a necessidade de adicionar acessórios laterais às mesas cirúrgicas existentes para esses pacientes.

A ausência de uma mesa cirúrgica específica para o paciente obeso mórbido, como ficou constatado neste estudo, reflete-se diretamente na segurança do paciente. Outro equipamento necessário é a maca, utilizada para a transferência do paciente. Segundo a AORN⁽¹¹⁾, o ideal seria um elevador hidráulico com movimentos apropriados para promover a segurança do paciente e possibilitar a transferência depois da cirurgia.

Porém, o que se obteve foram relatos dos enfermeiros referentes a não disporem desses equipamentos e que contam com auxílio de um recurso chamado “passante”, um colchonete de poliuretano dobrável que facilita a transferência do paciente para a maca por deslizamento, porém exige a presença de, no mínimo, seis funcionários.

Apesar das ofertas no mercado, decorrentes dos avanços tecnológicos e que acompanham paralelamente a evolução dos procedimentos cirúrgicos bariátricos, ainda o custo é um fator complicador, o que dificulta sua aquisição, mesmo em se tratando de instituições privadas.

O mesmo acontece com a aquisição de material utilizado na intubação, e dos acessórios de segurança, pois além das cânulas de Guedel número 5, do laringoscópio com lâmina mais longa, reta e curva, há necessidade de manter a disposição no setor, um fibroscópio para auxiliar na intubação muito difícil.

Dificuldades relacionadas à assistência de enfermagem prestada aos pacientes obesos mórbidos

As dificuldades supra citadas estão ligadas aos recursos materiais referidos anteriormente e aos recursos humanos necessários para dar conforto e segurança ao paciente e ao funcionário da equipe de enfermagem.

Sendo assim, recursos humanos devem ser considerados de forma especial, pois o peso do paciente

é uma grande limitação para a equipe e dificulta toda a assistência de enfermagem, como transportar o paciente da enfermaria para o CC. No que se refere à mobilização e ao posicionamento, um estudo⁽¹²⁾ evidencia, como fatores de risco, o tempo cirúrgico, além de comorbidades, como diabetes, alterações do Índice de Massa Corpórea (IMC), uso de colchão padrão da mesa cirúrgica, sendo que os pacientes com IMC alterado necessitam da implementação de intervenções preventivas para o desenvolvimento de úlceras por pressão⁽¹³⁾.

Considerando-se o obeso mórbido como um paciente altamente complexo, é recomendado que todas as proeminências ósseas e regiões mais susceptíveis sejam protegidas com dispositivos estáticos, como colchões de espuma ou gel, ou as coberturas de colchão de gel e polímero de visco elástico seco, colchão de ar ou fluído de almofadas de espuma e gel, ou ainda dispositivos dinâmicos, como colchão de ar micropulsante.

Segundo a AORN⁽¹¹⁾, é necessário que o enfermeiro providencie, para atender o obeso mórbido no transoperatório, dispositivos seqüenciais de compressão arterial e venosa, ou botas de compressão com apropriadas unidades motorizadas.

O uso de equipamento pneumático de compressão intermitente, associado à profilaxia medicamentosa, antitrombótica subcutânea, tem contribuído para a redução da trombose venosa profunda, uma vez que é grande o risco dessa complicação no pós-operatório⁽¹⁰⁾.

Após os procedimentos de admissão na sala de operação e da indução anestésica, recomenda-se que o paciente receba meias antiembolismo nos membros inferiores e, sob as meias, vão perneiras do sistema de compressão seqüencial com um controlador pneumático que provê a região de pulsos intermitentes de ar comprimido, os quais inflam, seqüencialmente, as múltiplas câmaras das perneiras, que se iniciam nos tornozelos e terminam nas coxas. Com isso, é aumentado o fluxo sanguíneo nos membros inferiores⁽¹⁴⁾.

Na falta desse equipamento, usam-se meias elásticas em todos os pacientes, ou ainda a faixa de Smarch siliconizada.

Neste estudo, mesmo em se tratando de uma maioria de instituições privadas, nem sempre o convênio oferece cobertura para o valor das meias elásticas. Sendo assim, o cuidado de enfermagem no transoperatório, no que refere à trombose venosa profunda é essencial, isto é, faixas devem ser colocadas após o ato anestésico, fixadas na região das coxas com esparadrapos largos, evitando o garroteamento, cuidado esse que deverá se estender até a retirada do paciente da mesa cirúrgica.

A maioria dessas dificuldades mencionadas pelos enfermeiros é vivenciada pelo paciente obeso mórbido, o que lhe acarreta grande constrangimento desde a internação, quando é necessário despi-lo de suas roupas

e providenciar roupas privativas (camisolas) para encaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.

Afirma-se⁽¹⁵⁾ que os obesos são alvos de preconceito e discriminações importantes em países industrializados. Isso pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e piadas. Esses fatos podem acontecer também na área da saúde, na qual 80% dos pacientes de cirurgia bariátrica relataram ter sido tratados desrespeitosamente pela equipe multiprofissional devido ao seu peso.

Cabe ao enfermeiro dar orientação sobre os procedimentos que serão realizados durante o preparo para a cirurgia, principalmente para aqueles que dependerão da colaboração do próprio paciente, como estratégia de apoio emocional necessário nessa situação.

Uma pesquisa⁽¹⁶⁾ foi realizada sobre a percepção do enfermeiro acerca da necessidade de dar apoio emocional aos pacientes cirúrgicos, e as facilidades e as dificuldades sentidas por esse profissional ao prestar tal assistência. O estudo possibilitou verificar que os enfermeiros percebem a necessidade de apoio emocional aos pacientes cirúrgicos por meio da expressão facial, postura, gestos, olhar, silêncio, choro e alterações fisiológicas. A autora identificou o ato de conversar com o paciente, tocá-lo e ouvi-lo, como meios que a enfermeira utiliza para prestar-lhe apoio emocional. As facilidades encontradas para prestar essa assistência estão relacionadas com a empatia e a formação religiosa. Já, as dificuldades, referem-se à falta de tempo, de pessoal, de entrosamento e de um instrumento de avaliação perioperatória.

Este estudo⁽¹⁶⁾ evidencia que a intervenção psicológica junto ao paciente ainda é uma dificuldade para a enfermeira, e a sua avaliação ainda está baseada no senso comum.

Mesmo com as várias pesquisas realizadas em torno dessa questão, aparentemente não existe base teórica suficiente para o enfermeiro reconhecer e intervir nessa necessidade do paciente. Seu comportamento estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar diante de um perigo iminente. Nesse sentido, os enfermeiros ainda não estão instrumentalizados para dar suporte ou intervir⁽¹⁷⁾.

Ao analisar o nível de satisfação das necessidades psicossociais de informação, de segurança e de afeto-estima, percebidas pelos pacientes, considerou-se que as informações devem estar ajustadas às necessidades de cada um, podendo ser efetivas ou não, pois o ser humano percebe as realidades através dos filtros de sua personalidade, de suas experiências pessoais passadas e problemas presentes⁽¹⁸⁾.

Esse autor sugere a hipótese de que as orientações aos pacientes podem ser úteis no controle das emoções, mas

isso não pode ser tomado como regra. A conduta da enfermagem, visando à diminuição da ansiedade, está relacionada com uma avaliação emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana.

CONCLUSÃO

As dificuldades dos enfermeiros em prestar cuidados

REFERENCIAS

1. Leite MA, Valente DC. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: indicações, seleção e preparo dos pacientes. Programa de Auto-Avaliação. Bol Inform Col Bras Cir. 2003;2(Supl 3):5-9.
2. Coutinho WF, Benchinol AK. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: Garrido Júnior AB, editor. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 13-7.
3. Ferraro DR. Laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. AORN J. 2003;77(5):923-40;quiz 942-4. Review.
4. Bagatini A, Trindade RD, Gomes CR, Marcks R. Anestesia para cirurgia bariátrica: avaliação retrospectiva e revisão da literatura. Rev Bras Anesthesiol. 2006;56(3):205-22.
5. Lacerda RA, coordenador. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu; 1992.
6. Bianchi ERF, Leite RCBO. O enfermeiro de centro cirúrgico e suas perspectivas futuras - uma reflexão. Rev SOBECC. 2006;11(1):24-7.
7. Turrini RNT, Bianchi ERF, Graziano KU. Especialização em enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP/2003: perfil dos candidatos. Rev SOBECC. 2004;9(2):24-7.
8. Cortez M, Orbe M, Herrera G, Monge B. Gastroplastia con banda sueca ajustable para el tratamiento de la obesidad severa-mórbida. Resultados de tres años de experiencia. Metro Cienc. 2003;12(2):13-5.
9. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 4a ed. São Paulo: SOBECC; 2007.
10. Souza AE, Cardoso AR. Cuidados especiais no perioperatório e no pós-operatório. In: Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP). Anestesia para pacientes com obesidade mórbida. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 89-90. (Atualização em Anestesiologia, v. 10).
10. Ferez D, Vane LA, Posso IP, Potério GMB, Torres MLA, organizadores. Atualização em anestesiologia. Vol. 10: Anestesia para pacientes com obesidade mórbida. São Paulo: Atheneu; 2005.
11. Association of periOperative Registered Nurses. AORN bariatric surgery guideline. AORN J. 2004;79(5):1026-40, 1043-4, 1047-52.
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latinoam Enferm. 2006;14(1):124-31.
13. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
14. Schmitt MT. Cirurgia da obesidade mórbida: atuação da enfermeira em uma equipe multidisciplinar. Rev SOBECC. 2004;9(4):15-8.
15. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl 3):68-72.
16. Silva A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira de centro cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 1987;21(2):145-60.
17. Peniche ACG. A influência da ansiedade na reposta do paciente no período pós-operatório imediato. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
18. Takahashi OC. Necessidades psicossociais de pacientes submetidos à cirurgia do aparelho digestivo: uma assistência sistematizada. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1987.