

**VIVÊNCIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA SEM
PREPARAÇÃO PRÉVIA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

***EXPERIENCES OF PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY WITHOUT
PRIOR PREPARATION FOR MULTIDISCIPLINARY TEAM***

Marina Ferraz de Arruda¹

Raquel Jacinto²

Silvéria Maria Peixoto Larêdo Oréfice de Camargo³

RESUMO

A obesidade vem crescendo de forma alarmante no Brasil e em todo o mundo. A cirurgia bariátrica é utilizada para o emagrecimento, o resgate da saúde e melhoria da qualidade de vida, no entanto é um procedimento que apresenta riscos de complicações pós operatória nos aspectos biopsicossociais. A amostra foi composta por 22 pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, idades variaram entre 15 a 66 anos, IMC médio de 50,8, todos com alguma comorbidade. Um questionário permitiu traçar o perfil destes e conhecer sua visão sobre a importância da preparação pré operatória. Concluímos que os sujeitos têm franca consciência da importância da preparação prévia quando disseram que esta poderia amenizar ou eliminar complicações, favorecer maior adequação no processo de mudanças e adaptação à nova vida, à longo prazo.

Palavras chaves: obesidade; cirurgia bariátrica; equipe multiprofissional.

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFABE de Bebedouro, SP. E-mail: silveria@unifafibe.com.br

² Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFABE de Bebedouro, SP. E-mail: silveria@unifafibe.com.br

³ Docente em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFABE de Bebedouro, SP. E-mail: silveria@unifafibe.com.br

ABSTRACT

Obesity is growing alarmingly in Brazil and around the world. Bariatric surgery is used for weight loss, the recovery of health and improved quality of life, yet it is a procedure that carries risks of postoperative complications in the biopsychosocial aspects. The sample consisted of 22 people who underwent bariatric surgery, aged between 15 to 66 years, mean BMI of 50.8, all with a comorbidity. Questionnaires allowed profiling this and gain their views on the importance of preoperative preparation. We conclude that subjects have frank awareness of the importance of advance preparation when they said this could reduce or eliminate complications, promote increased compliance in the process of change and adaptation to new life in the long run.

Keywords: obesity; bariatric surgery; multiprofessional team.

1 INTRODUÇÃO

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é considerada problema de Saúde Pública, e tem alcançado globalmente proporções epidêmicas, caracterizada como uma doença crônica e de prevalência crescente. Santos (2005) diz ser a obesidade uma síndrome multifatorial e que a obesidade mórbida se tornou um problema social, acarretando ou agravando as doenças respiratórias e coronarianas. A Obesidade vem crescendo de forma alarmante e tornando-se uma doença crônico degenerativa, para Azevedo e Spadotto (2004), a obesidade vem sendo o mais sério transtorno alimentar do mundo desenvolvido e pode ser considerado uma anormalidade comum para a atualidade.

A migração da população da zona rural para a zona urbana é um fator que contribuiu para o aumento da obesidade em diversas populações do mundo. Com a facilidade de transportes e utilidades domésticas, as pessoas tornaram se sedentárias (BUSSE, 2004).

Para Pinheiro, Freitas e Corso (2004) a obesidade está sendo considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, devido ao aumento de sua incidência, sendo possível que atinja 10% da população destes países e que

mais de um terço da população norte-americana esteja acima do peso desejável, relata ainda que relativamente a obesidade é incomum nos países da África e da Ásia, e que em regiões economicamente avançadas, os padrões de prevalência podem ser tão altos quanto em países industrializados, por exemplo, na maioria dos países europeus verificou-se em 10 anos um aumento entre 10% e 40% de obesidade, entre os anos 80 e 90, a Austrália, o Japão, Samoa e China, também apresentaram aumento da prevalência de obesidade.

O mesmo autor diz que no Brasil, a obesidade como problema de Saúde Pública é um evento recente, no entanto sua prevalência se apresenta em grau epidêmico, parcelas significativas da população adulta apresentam sobrepeso e obesidade. Em termos relativos, a situação mais crítica é verificada na Região Sul (5 milhões de adultos), e na região sudeste em dados absolutos, situa-se a maior quantidade de adultos com excesso de peso (10 milhões) e com sobrepeso (3,5 milhões), e estes estão concentrados entre as famílias de baixa renda.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) diz que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais, três componentes primários no sistema neuroendócrino envolvidos com a obesidade: o sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais de saciedade e de apetite de curto prazo; a unidade de processamento do sistema nervoso central; e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efetores autonômicos e termogênicos, que leva ao estoque energético.

Diz ainda que embora se possam utilizar medicamentos, dietas de valor calórico muito baixo e, às vezes, cirurgia nos graus II e III, as mudanças de estilo de vida por meio de aumento do conhecimento e técnicas cognitivo-comportamentais são ainda fundamentais. A escolha do tratamento deve basear-se na gravidade do problema e na presença de complicações associadas.

Porto e Morais (2007) relatam que a obesidade aumenta a possibilidade de desenvolvimento de comorbidades como acidente vascular encefálico, câncer, infarto, diabetes, hipertensão, dislipidemias, apnéia do sono, síndrome da hipoventilação; podendo ser agravada com o preconceito social, discriminação, alterações de comportamento que pode incluir exclusão social, baixa auto estima,

depressão, transtornos alimentares.

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Não existe nenhum tratamento farmacológico em longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida. Há várias opções de tratamento para a obesidade e o sobrepeso. Quanto maior o grau de excesso de peso, maior a gravidade da doença.

No Brasil Zilberstein, Galvão Neto e Ramos (2002), relatam que tradicionalmente a obesidade tem sido tratada com programas que envolvem dietas, exercícios, orientações comportamentais e psicológicas, além da utilização de drogas, contudo esses indivíduos conseguem reduzir o peso temporariamente; sendo o tratamento cirúrgico indicado para pacientes com obesidade mórbida.

A cirurgia para tratamento da obesidade grave vem sendo empregada há quase meio século. Iniciaram-se na década de 1950 com operações que causavam má absorção, abandonadas no fim da década de 1970 pelos seus efeitos indesejáveis graves e freqüentes. A partir de então, passaram a predominar os procedimentos que limitam a ingestão de alimentos, seja pela simples restrição da capacidade do estômago, seja por sua divisão e anastomose do intestino (GARRIDO JUNIOR, 1992).

Ferraz e Martins Filho (2003) dizem que o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é indicado em decorrência da ineficácia do tratamento não cirúrgico e pelo elevado risco de vida de uma obesidade clinicamente severa não tratada. Além disto, já foram bem demonstradas a eficácia e segurança dos procedimentos cirúrgicos bariátricos em aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos obesos mórbidos.

1.1 PREPARAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA

Vários autores destacam a importância da preparação pré operatória na cirurgia bariátrica, por equipe multidisciplinar, bem como delimitam esta equipe com os mais variados profissionais.

Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), acreditam que a cirurgia é um procedimento que apresenta risco de complicações como as demais cirurgias de grande porte, por isso é necessário que o paciente tenha uma boa orientação sobre

o procedimento cirúrgico e seus riscos e benefícios, diz também que no pré-operatório é necessário um acompanhamento com psicólogo para que o paciente consiga entender todos os procedimentos e como será sua vida após a cirurgia.

O enfermeiro tem um papel fundamental na qual deve participar em todas as etapas do tratamento, desenvolvendo ações e orientações, como enfatizar a mudança do hábito alimentar, a necessidade de realizar exercícios físicos, para que o paciente consiga ter um estilo de vida melhor e assim controlando o seu peso; e ainda treinar sua equipe para que estes possam tirar dúvidas dos pacientes ou familiares de forma correta e humanizada, e que o relacionamento da equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso do tratamento (RIBAS, 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

Puglia (2004) esclarece a importância da equipe multidisciplinar para tratar cada problema que surgir; Zilberstein, Galvão Neto e Ramos (2002) deixam claro que, com a participação da equipe multidisciplinar no pré e pós operatório é muito importante e também diz que com as novas técnicas de cirurgia bariátrica, é esperado que o cliente reduza em média 50% a 60% do peso.

Com as orientações do nutricionista o trato digestivo vai se adaptando com a nova situação do pós operatório onde ocorre apenas a ingestão de 30 ml de líquidos a cada 30 minutos. Após alguns meses, ocorre a adaptação, na qual o paciente vai conseguir comer vários tipos de alimentos, porém em pequenas quantidades (FREITAS, 2004 apud CORDEIRO; ALBUQUERQUE; FELIX, 2007).

A equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas ajuda muito o paciente após a realização da cirurgia, auxilia na qualidade de vida, ajudando a recuperar a saúde, valorizar a imagem corporal e se envolver novamente com a sociedade, sem ter preconceito ou discriminação (VILAS BOAS, 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as vivências de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica sem

acompanhamento prévio por equipe multidisciplinar.

3 METODOLOGIA

A pesquisa obedeceu às normas éticas que envolvem seres humanos.

O estudo quali quantitativo, hipotético dedutivo, usou como instrumento um questionário auto aplicado, as questões foram divididos em dois seguimentos, visando interrogar aspectos do pré e pós operatório, que incluíram basicamente: - Doenças Associadas antes da Cirurgia (inventários sobre doenças e comorbidades), -Alimentação (mudanças na alimentação: aceitação, intolerância, intensidade da fome), -Vivências emocionais (pensamentos recorrentes, mania, depressão, compulsão, ansiedade, motivação para cirurgia apoio e envolvimento familiar no processo de mudanças, expectativas do pós operatório) -Acompanhamento profissional (antes e depois da cirurgia), -Levantamento de pontos positivos e negativos em todo o processo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Importante ressaltar que o estudo revela as vivências dos pacientes, suas impressões e afirmações sem, portanto, ter a pretensão de revelar nenhuma verdade absoluta.

O gráfico a seguir, demonstra uma perda de peso expressiva, no entanto alguns continuam com IMC alto, classificados como obesos graus I, II e III. Na visão deles, isto se deu pelo fato destes não terem tido acompanhamento prévio, faltando assim uma conscientização quanto à mudança de estilo de vida, reeducação alimentar, mastigação adequada, e também pelo fato do tempo curto de pós-operatório de alguns.

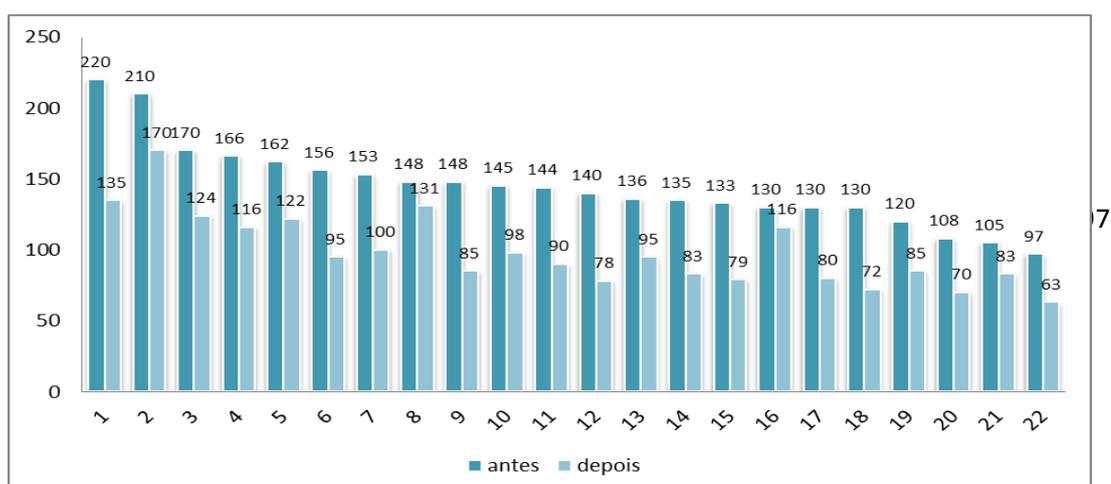


Gráfico 1. Peso antes de depois da cirurgia

Em relação à fome, observamos diferentes posicionamentos:

“...fui reeducada, aprendi a comer”;

“...a fome não tem”;

“..a fome continua a mesma, mas me policio para não comer”;

“...com a diminuição do estomago, diminui a fome, e a necessidade de estar sempre comendo”

“...a fome continua a mesma, o que mudou foi a quantidade de alimentos e a compulsividade”.

Contudo foi relatada a dificuldade na ingestão de carnes, açúcares, carboidratos e molhos. Ressalta a necessidade de ter consciência e policiamento contínuo no que diz respeito à quantidade e qualidade dos alimentos, pois em alguns sujeitos a ingestão em grande quantidade provoca vômito.

Podemos perceber de forma notória a redução de comorbidades comparativamente nos dois períodos.

Doenças Associadas antes da cirurgia		
Doenças Associadas	Nº	%
Diabetes	3	5,89
Dificuldades respiratórias	6	11,76
Artrite	4	7,84
Apnéia do sono	5	9,8
Colesterol Alto	3	5,89
Refluxo gástrico	2	3,92
Infertilidade	1	1,96
Impotência sexual	1	1,96
Patologias endócrinas	2	3,92
Problemas menstruais	3	5,89
Alcoolismo	2	3,92
Tabagismo	4	7,84
Doenças vasculares	7	13,72
Hipertensão	8	15,69
Total	51	100

Tabela 1- Doenças associadas antes da cirurgia

Doenças associadas após a cirurgia		
Doenças associadas	Nº	%
Diabetes	1	6,66
Artrite	1	6,66
Refluxo gástrico	1	6,66
Infertilidade	1	6,66
Patologias endócrinas	2	13,36
Tabagismo	3	20
Hipertensão	6	40
Total	15	100

Tabela 2–Doenças associadas após cirurgia

De acordo com os relatos das vivências emocionais destacamos dentre eles, que os maiores motivos para fazer a cirurgia foram: o excesso de peso, o preconceito social, a dificuldade de locomoção, as comorbidades entre outros:

“...falta de qualidade da minha vida, e em especial de minha esposa que não conseguia dormir”;

“...a vontade de voltar a viver”;

“...principalmente pela saúde, estava com problemas de hipertensão”;

A prática de atividade física também foi investigada, tanto no pré e pós-operatório, observando que os sujeitos que não praticavam atividades físicas antes da cirurgia, permanecem sedentários após a realização da cirurgia.

Quando perguntado se eles haviam desenvolvido alguma mania, depressão, compulsão, ansiedade ou outra coisa que julgavam importantes, as respostas foram diversas:

“...me sinto nervoso, qualquer coisa me irrita”;

“... não, apenas comprar roupas”;

“...não pelo contrario, tudo que havia de ruim tanto na personalidade quanto na saúde mudou para melhor”;

“... mania de me olhar no espelho”;

Ainda nas vivencias emocionais, quando perguntado: O que de novo você tem percebido nos seus pensamentos e sentimentos desde a realização da cirurgia?

“...medo de outra cirurgia”;

“... melhora da auto estima”;

“...sinto me disposto e equilibrado, sabendo que não tenho mais problemas de saúde”;

“...pensamentos, todos positivos, voltei a me amar, alegria de viver”.

Na questão “o que mais mudou a sua vida após a cirurgia?”, observamos um consenso nas respostas quanto aos pontos positivos: recuperação da qualidade de vida, perda de peso, auto estima elevada, melhora da mobilidade física, facilidade para comprar roupas; poucos foram os pontos negativos listados: intolerância a alguns alimentos, dificuldade de controlar a ansiedade, a maioria relatou ausência de negatividade até expressaram:

“...negativo, nenhum, faria tudo de novo.”

Uma grande dificuldade encontrada na realização da pesquisa foi quanto à busca ativa destes sujeitos. Curiosamente estes candidatos, aceitavam com cortesia o primeiro contato por telefone para agendando, no entanto no dia e horário escolhidos por eles, estes não estavam, e não justificavam sua ausência. Observamos que alguns entrevistados após a leitura do termo de esclarecimento e questionário respondiam ter tido preparação, e ou que haviam realizado todas as etapas do pré-operatório, mas suas respostas apresentavam contradições que evidenciava a ausência de preparo com equipe multidisciplinar.

Podemos notar que as mulheres entrevistadas se sentiram mais à vontade não se limitavam em responder ao questionário, mas em relatar sua história de vida.

A escassez de publicações com este tema tornou-se grande problema na interpretação dos resultados e na comparação com outras pesquisas devido a ausência de parâmetros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia bariátrica é utilizada para o emagrecimento, o resgate da saúde e melhoria da qualidade de vida, no entanto é um procedimento que apresenta altos riscos de morbi mortalidade, considerando várias complicações severas no pós-operatório, inclusive de ordem psicológica, por isso a grande necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Os participantes da pesquisa não tiveram preparação prévia, relatam o desenvolvimento de ansiedade, depressão e mania; também concluímos que os sujeitos da pesquisa têm franca consciência da importância da preparação prévia quando disseram que esta poderia amenizar ou eliminar complicações e fazer maior adequação no processo de adaptação no pós-operatório, reforçando os estudos de Oliveira (2006).

Portanto, sugerimos futuros estudos, por se tratar de um tema pouco

debatido e contendo ainda, várias questões que devem ser elucidadas como as complicações tardias dos pacientes sem preparação prévia, sugerimos também amostragem mais substanciais e aplicação de instrumento mais extenso que possam delinear o perfil deste pacientes, do ponto de vista biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Diretrizes brasileiras de: obesidade**, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf> Acesso em: 02/10/2010.
- ALMEIDA, M. E. F.; COSTA, P. D. Assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica. **Enfermagem Brasil**. v. 8, n. 3, maio/jun. 2009.
- BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 2004. 366p.
- CORDEIRO, A. L. A. O.; ALBUQUERQUE, C. O. S.; FELIX, R. Vivências de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista SOBECC**, v. 12, n. 4, p 40-45, out./dez. 2007.
- FERRAZ, E. M.; MARTINS FILHO, E. D. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein**, São Paulo, v. 4, p. 571-572, 2006. Supl. 1.
- GARRIDO JUNIOR, A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Ateneu 2004.
- OLIVEIRA, J. H. A. **Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica**. 2006. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p.199-201, 2004.
- PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez., 2004.
- PORTO, E. B. S.; MORAIS, T. W.; RASO, V. Avaliação do nível de conhecimento dos futuros profissionais na propedêutica da obesidade. **Revista**

Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo, v.1, n.2, p. 67-71, 2007.

SANTOS, F. C. G. **Magro e agora?: historia de obesos mórbidos que se submeteram a cirurgia bariátrica**. São Paulo: Vetor, 2005.174p.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C. **O papel da cirurgia no tratamento da obesidade**. v. 59, n. 4, abr. 2002.

AZEVEDO, M. A. S. B.; SPADOTTO, C. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n. 2, p. 127-144, 2004.