

## NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA

Santos, A M dos<sup>1</sup>; Santiago, M P<sup>2</sup>; Toledo Junior, J A<sup>3</sup>; Chagas, L R<sup>4</sup>; Giaretta, V M A<sup>5</sup>.

Universidade do Vale do Paraíba/ Faculdade de Ciências da Saúde, Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova-São José dos campos-SP – CEP 12244-000  
joseadelcio@yahoo.com.br, [Mesquitahh@hotmail.com](mailto:Mesquitahh@hotmail.com),

**Resumo-** A obesidade é uma doença metabólica crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas. Tendo em vista o índice de mortalidade por obesidade mórbida, a partir de 1999 o Sistema Único de Saúde (SUS) incluiu a gastroplastia como procedimento coberto, mediante consultoria da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. Este trabalho tem como objetivo traçar o perfil dos voluntários submetidos à cirurgia bariátrica e avaliar o seu nível de satisfação após a cirurgia. Trata-se de um estudo QualiQuantitativo com abordagem descritiva, onde participaram 7 voluntárias submetidas a cirurgia bariátrica (técnica Capella), entre 27 e 49 anos, com IMC entre 40,0 e 45,4. Os dados foram obtidos através de um formulário dividido em 2 partes, onde a 1 contempla os dados referente a identificação e a 2 contém perguntas abertas e fechadas relacionada a cirurgia e a satisfação do cliente no pós cirúrgico. Concluímos que elas estão satisfeitas, ou seja, suas expectativas foram alcançadas.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bariátrica, Obesidade Enfermagem.

**Área do Conhecimento:** Ciências da saúde-Enfermagem

### Introdução

A obesidade é uma doença metabólica crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas, sendo assim considerada, um dos principais problemas de saúde da sociedade moderna. Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura em sua composição corporal e, em mulheres, mais do que 30% (SEGAL, FANDINO, 2002).

Garrido, (2003) relata que a maioria dos estudos estão em consonância com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) na utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) para cálculo da obesidade, onde divide-se o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros quadrados e, no risco de mortalidade associada, assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de 30kg/m<sup>2</sup>.

Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9kg/m<sup>2</sup> e, por fim, obesidade grau III também denominada obesidade mórbida quando o IMC ultrapassa 40kg/m<sup>2</sup> (GARRIDO, 2003).

A obesidade mórbida é considerada uma doença com alto grau de mortalidade no mundo. Na América Latina é provável que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência das co-morbidades relacionadas

com a obesidade como hipertensão arterial, diabetes tipo II, dislipidemia, apnéia do sono, doenças cardiovasculares, artropatias, colecistopatias, câncer, entre outras (GARRIDO, 2003).

Tendo em vista o índice de mortalidade por obesidade mórbida, a partir de 1999 o Brasil deu um grande passo em incluir a gastroplastia como procedimento coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mediante consultoria da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (GARRIDO, 2003).

A obesidade é uma doença crônica relacionada a diversos fatores, envolvendo vários profissionais e práticas para o seu tratamento, como orientação nutricional, uso de fármacos anti-obesidade e prática de exercícios físicos. Entretanto, encontrar-se pacientes que não respondem a estas manobras terapêuticas, ou seja, são insatisfatórios principalmente em caso de obesidade grau III que recuperam seu peso pré-tratamento em um curto espaço de tempo, necessitando assim de uma intervenção mais eficaz. A técnica de cirurgia bariátrica vem sendo uma conduta clínica empregada de grande auxílio nesses casos de obesidade (Fandiño; Benchimol; Coutinho; Appolinário, 2004).

A palavra bariátrica vem do latim onde *Baros* significa peso e *Iatrein* tratamento, esta cirurgia também é conhecida como cirurgia do gordo, cirurgia para emagrecer, operação do estômago, redução do estômago, cirurgia de

obesidade mórbida etc., a cirurgia bariátrica abrange uma dezena de procedimentos com o intuito de recuperar o peso ideal, tendo como objetivo tratar pacientes portadores de obesidade mórbida (CONCO FILHO, 2004).

O tratamento por meio dessa cirurgia não significa remover o tecido adiposo por sucção ou excisão, mais sim reduzir o reservatório gástrico, diminuindo conseqüentemente a sua capacidade, associando ou não a métodos que promovem diminuição da absorção dos nutrientes (CONCO FILHO, 2004).

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50 e, com o passar dos anos as técnicas foram sendo aperfeiçoadas. Quanto melhores os resultados, maior sua divulgação e aceitação, tanto no meio médico como entre os pacientes, por outro lado, a cirurgia passou a ser vista por muitos obesos como uma solução mágica, capaz de resolver todos os seus problemas (GARRIDO, 2003).

Faz-se necessário a elaboração de diretrizes para a indicação correta desta cirurgia no tratamento da obesidade, de forma a não se deixar de operar aqueles que delas realmente necessitam, mas por outro lado, não se cometer o exagero de submeter a riscos e inconvenientes os que não têm razões médicas graves para isso (GARRIDO, 1998).

Os Parâmetros adotados para os candidatos ao tratamento cirúrgico incluem grau de obesidade acentuado, IMC maior que 35 Kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apnéia do sono, resistência a tratamento clínico, risco cirúrgico aceitável, e a capacidade do paciente de compreender as implicações da operação (GARRIDO, 2003).

A cirurgia bariátrica é contra-indicada nos casos em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio, cirrose hepática, usuários de drogas, compulsões alimentares, suporte social inadequado. Há algumas citações que consideram também distúrbios psiquiátricos como contra indicação (Oliveira; Linardi; Azevedo, 2004).

As cirurgias bariátricas podem ser divididas em três grupos: Cirurgias restritivas (CR), cirurgias disabsortivas (CD) e cirurgias mistas (CM) (CONCO FILHO, 2004).

As cirurgias restritivas, como o próprio nome diz, atuam reduzindo a capacidade gástrica devido ao fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento deste "pequeno estômago". Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos. Porém, observa-se uma queda na velocidade de perda do peso para menos de 20% após 10 anos de seguimento. São exemplos de procedimentos restritivos: Bypass Gástrico, Gastropatias, Laparoscopia e Balão Intra-Gástrico (CONCO FILHO, 2004).

As Cirurgias disabsortivas atuam diminuindo a capacidade de absorção intestinal do alimento ingerido, com redução do peso, ou seja, evita que o alimento passe da luz intestinal para corrente sanguínea, através da redução da superfície intestinal, diminuindo o comprimento do intestino delgado em contato com o bolo alimentar (SIMÕES, 2004).

Segundo Simões (2004) existem duas técnicas utilizadas: Derivações Biliopancreáticas associadas com gastrectomia distal (operação de Nicolas Scopinaro) ou Gastrectomia vertical com preservação do piloro (Duodenal Switch de Hess e Marceau).

A Cirurgia Mista é uma terceira técnica que vem predominando e reúne a restrição à disabsorção, chamada de cirurgia de Capella. Aqui, a gastroplastia está associada a uma derivação gastrojejunal em formato da letra Y (chamada de Y de Roux). Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado (orifício menor que 1.5cm) e conexão com uma alça intestinal (Fandiño; Benchimol; Coutinho; Appolinário, 2004).

A ingestão de carboidratos simples pode, assim, ocasionar a chamada “Síndrome de *Dumping*” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia), podendo desempenhar um importante papel na manutenção da perda de peso. Com este procedimento, os pacientes obtêm perdas médias na ordem de 35% a longo prazo, sendo considerada uma técnica segura e com uma baixa morbidade (Fandiño; Benchimol; Coutinho; Appolinário, 2004).

No pré-operatório, o paciente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais ele atravessará, para tanto, faz-se necessário um acompanhamento psicológico para que forneça condições no sentido de perceber a amplitude do processo pelo qual passara, ajudando-o a tomar decisão mais consciente e de acordo com seu caso particular (Oliveira; Linardi; Azevedo, 2004).

Após a cirurgia, o paciente deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar, onde cabe ao Enfermeiro as orientações de cuidados no pós-cirúrgico mediante os sinais e sintomas apresentados nesse processo, para que a rápida perda de peso não cause outros problemas, como desequilíbrios psicológicos, fisiológicos e infecções. É importante também ter em vista o bem estar físico e emocional do indivíduo para que o emagrecimento torne-se um processo saudável (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Este trabalho tem como objetivo traçar o perfil dos voluntários submetidos à cirurgia bariátrica e avaliar o seu nível de satisfação após a cirurgia.

### Metodologia

Trata-se de um estudo Quali Quantitativo com abordagem descritiva.

Foi utilizado um formulário dividido em 2 partes, onde a 1ª contempla os dados referente a identificação e a 2ª contém perguntas abertas e fechadas relacionada a cirurgia e a satisfação do pós cirúrgico.

O presente estudo constou de 07 voluntários do sexo feminino, que assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, todas clientes da mesma equipe Médica, visando uma melhor fidedibilidade dos resultados por serem a mesma técnica e receberem o mesmo acompanhamento.

O estudo desenvolveu-se nos meses de maio e junho de 2007.

### Resultados

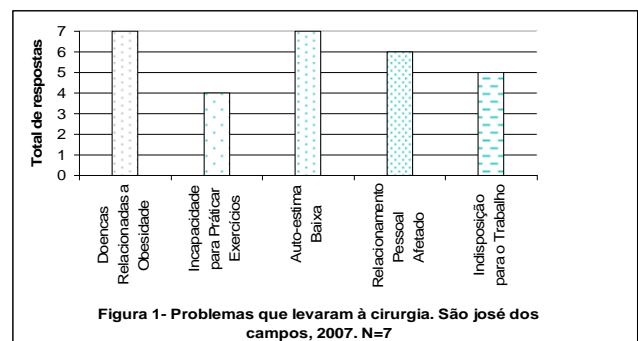
Estão representados em tabelas e figuras para facilitar o entendimento do leitor. A representação estatística da-se em números inteiros e percentuais.

**Tabela 1 - Identificação dos voluntários. São José dos Campos, 2007. N=7**

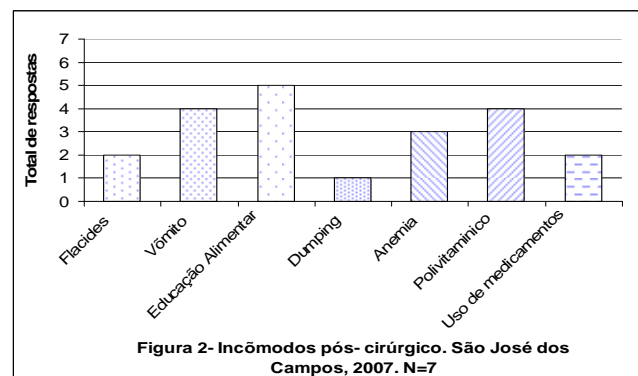
Voluntário	Idade	Nº Filho	Raça	Profissão
1	49	2	Branca	Comerciante
2	45	1	Negra	Recepcionista
3	24	0	Branca	Escrituraria
4	43	2	Branca	Domestica
5	48	3	Branca	cabeleireira
6	27	0	Branca	Bióloga
7	27	0	Branca	Enfermeira

**Tabela 2 - Comparação entre pré e pós-operatório. São José dos Campos, 2007. N=7**

Voluntário	IMC	Tempo de Cirurgia	IMC pós Cirurgia
1	42,6	23 meses	25,0
2	44,6	40 meses	31,6
3	45,4	24 meses	27,7
4	42,8	18 meses	23,2
5	40,8	12 meses	23,2
6	42,7	23 meses	22,9
7	40,0	04 meses	31,1



**Figura 1 - Problemas que levaram à cirurgia. São José dos Campos, 2007. N=7**



**Figura 2 - Incômodos pós- cirúrgico. São José dos Campos, 2007. N=7**

## Discussão

Analisando a amostra da tabela 1, observa-se a participação de 7 voluntárias, em sua maioria de raça branca, com idade entre 27 e 49 anos, profissão e número de filhos; contudo estas características não servem como indicação para cirurgia já que os candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) são pacientes com IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup> ou com IMC maior que 35 Kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades como cita Fandiño; Benchimol; Coutinho; Appolinário (2004).

Contudo a tabela 2 representa a diferença de IMC pré e pós cirurgia que mostra uma média de perda de peso de 41.7% de pacientes submetido a cirurgia tipo Capella, Fandiño relata que com este procedimento, os pacientes obtêm perdas médias de peso na ordem de 35% a longo prazo.

Na figura 1 observa-se os problemas que incomodam os voluntarios, levando a procurar a cirurgia, onde 100% refere como maior incomodo é a doença relacionada a obesidade e auto estima rebaixada, os autores acreditam que esses fatores também contribui para um relacionamento instavel, empregos concorridos, diminuição da frequência escolar, desencadeando assim isolamento, depressão que leva ainda mais o aumento da obesidade (Segal; Fandiño; 2002).

A figura 2 demonstra os incômodos comuns pós-cirurgia, onde podemos observar que 71,4% (5) das voluntárias julgam como maior incômodo a educação alimentar, seguido por vômito e polivitaminicos ambos com 57,1% (4).

Os autores corroboram com os voluntários aja vista, que a educação alimentar é uma reestruturação de vida, 57,1% (4) relatam vômito e polivitaminicos, o que entendemos estar perfeitamente colocado, já que o vômito desencadeia mal estar, sudorese, desconforto entre outros sintomas; e o uso de polivitaminicos desencadeia uma nova rotina de vida nem sempre já vivenciada, como horário correto e ininterrupto de um medicamento que devera ser ingerido pelo resto da vida (Fandiño; Benchimol; Coutinho; Appolinário, 2004).

## Conclusão:

A partir da visualização destes dados conclui-se que as indicações para cirurgia bariátrica estão sendo respeitadas conforme normas e que, apesar de alguns desconfortos pós - cirurgia elas estão satisfeitas, ou seja, suas expectativas foram alcançadas.

## Referências

BRUNNER, J; SUDDARTH, D. *Tratado de Enfermagem Medico-Cirúrgico*, 10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CONCON FILHO, A. Cirurgias Restritivas. In: CONCON FILHO; A. *Curso de Cirurgia bariátrica de Valinhos*. Grupo de Cirurgia bariátrica de Valinhos. 2004. cap.8.

CORDAS, T. A; LOPES FILHO, A. P; SEGAL, A. *Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: relato de caso* Arq Brás Endocrinol Metab v.48 n.4 São Paulo.ago. 2004.

FANDIÑO, J; BENCHIMOL, A. K; COUTINHO, W. F; APPOLINARIO, J C. *Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátrica*. Rev. Bras. Psiquiatr. V24 supl.3 São Paulodez. 2002.

GARRIDO, Jr.A.B. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 9-46p.

GARRIDO, Jr.A.B. *Situações especiais: Tratamento da Obesidade Mórbida* In: Halpern A (Ed): *Obesidade*. São Paulo. Lemos Editorial, 1998.40-331p.

<http://www.hospitalmemorial.com.br/clinicas/unicirurgia.shtml>, Acesso em 14/03/2007 as 14:21.

PARISI, C. *Obesidade-Incidencia e Prevalência - Tratamento Clínico*. In: Curso de Cirurgia de Valinhos. Grupo de cirurgia Bariátrica de Valinho, 2004.

SEGAL, A; FANDIÑO, J. *Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas*. Rev. Bras. Psiquiatr. v. 24 supl. 3 São Paulo dez. 2002.

SIMÕES, N. *Tecnicidade disabsortivas*. In: CONCON FILHO, A. *Curso de Cirurgia Bariátrica de Valinho*. 2004. cap9.