

O PREPARO E CONHECIMENTO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA

SILVA A.L.A¹, Filipini, S.M²,

Univap/Enfermagem, Rua: Ipatinga nº. 75, Bosque dos Eucaliptos, SJC,
mila_jre@yahoo.com.br

Univap/Enfermagem, Rua Nicarágua, nº214, Vista Verde, SJC,
sfilipini@yahoo.com.br

Resumo - A obesidade é atualmente a doença crônica mais comum nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo apontada como importante condição à maior morbidade e mortalidade. A cirurgia bariátrica entra como opção quando os outros tratamentos contra a obesidade falharam. Este estudo teve como objetivo analisar o grau de preparo e conhecimento dos pacientes com indicação para a cirurgia. Nossos resultados revelaram que os voluntários possuem um grau satisfatório de preparo, sendo acompanhados por uma equipe multiprofissional. Concluímos que apesar deste retorno positivo, por ser um procedimento complexo se fazem necessários mais estudo e acompanhamentos a estes pacientes.

Palavras-chave: Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica, Preparo do Paciente.

Área do Conhecimento: Enfermagem

Introdução

A obesidade é atualmente a doença crônica mais comum nos países desenvolvidos bem como nos países em desenvolvimento, resultados dos estudos epidemiológicos obtidos na última década apontam à obesidade como importante condição que predispõe à maior morbidade e mortalidade (ANJOS 2000; AFONSO, 2001).

A obesidade apresenta também complicações como: varizes, descompensação cardíaca, dispnéia, aterosclerose, dificuldades respiratórias durante o sono, levando a uma fadiga crônica (apnéia do sono), cálculos biliares, esteatose do fígado, artrose, endócrinas; diabetes mellitus, problemas menstruais nas mulheres, impotência nos homens, irritações da pele, com predisposição a infecções e diversos problemas psicológicos como baixa auto estima, sentimentos de isolamento e discriminação, dificuldades afetivas e sexuais, frustração em relação ao vestuário. (AFONSO et al., 2001). No que se refere à situação socioeconômica, os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), para o país como um todo, mostraram que a prevalência de excesso de peso aumenta de acordo com o poder aquisitivo, especialmente entre os homens embora tenhamos estudos controversos. (BRASIL et al., 2003).

A organização Mundial de Saúde (OMS) define sobrepeso quando o índice de Massa Corpórea (IMC) calculado com a seguinte fórmula: peso/altura², encontra-se entre 25 e 29,9 Kg/m², e obesidade, quando o IMC encontra-se superior a 30 kg/ m². O conhecimento sobre aspectos epidemiológicos da obesidade foi limitado por anos devido à falta de padronização dos

parâmetros de medidas do excesso de gordura corpórea. (OLIVEIRA FILHO et al., 2002). Quanto à gravidade, a (OMS) define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9 kg/m² e, por fim, obesidade grau III também denominada obesidade mórbida quando o IMC ultrapassa 40kg/m². (GARRIDO et al., 2003).

A gastroplastia também conhecida como cirurgia bariátrica é uma cirurgia utilizada para redução do estômago, às vezes até em cerca de 20 centímetros cúbicos, por meio de variadas técnicas existentes, aparece como alternativa quando existe a indicação para redução da obesidade, quando tratamentos já foram considerados ineficazes. (CONCO FILHO et al., 2004). Segundo Conco Filho et al., (2004) existem dois tipos de cirurgia bariátrica, a que restringe a ingestão dos alimentos e outro tipo que além da restrição ao volume, também dificulta a absorção do que foi ingerido denominado restritiva-disabsortiva. Preocupada com tão grandes alterações sofridas por este paciente com tal procedimento este estudo teve como objetivo analisar o grau de preparo e conhecimento para o procedimento dos pacientes com indicação para a cirurgia.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo, voluntários que foram submetidos ou se submeterão à cirurgia bariátrica e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi desenvolvida no município de São José dos

Campos, no Vale do Paraíba. Os dados foram coletados utilizando um questionário com questões fechadas elaborado pela pesquisadora. Os resultados obtidos foram transferidos para uma planilha e tabulados com o auxílio do programa *Microsoft Excel* e analisados. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), sendo aprovado sobre o nº H81/CEP/2008.

Resultados

Participaram do estudo 11 mulheres (84%), e 2 homens (11%). Quanto à etnia encontramos; branca (76%), outras (23%) na faixa etária; de 25 a 35 anos (38%), 35 a 45 anos (46%), e 45 a 55 anos (15%). Com renda familiar; ≤ 4 salários (23%), 4 - 6 salários (46%), > 6 salários mínimos (30%). Quanto ao Grau de escolaridade; 46% (superior completo), 38% (ensino médio), 15% (superior incompleto).

Tabela 1 - Quesitos Anteriores a Cirurgia

IMC Anterior a Cirurgia	
Mórbida = ≥ 40 kg/m	100%
Tratamentos anteriores	
Dietas de baixa caloria	100%
Pratica de atividade física	70%
Uso de medicamentos	100%
Por quanto tempo tentou outros tratamentos	
Acima de 10 anos	61%
Pratica de atividades físicas anteriores a cirurgia	
Leve, atividade do dia a dia.	46%
Moderada, 3 vezes / semana	38%
Pesada, exercício intenso academia 3 vezes por semana	15%
Número de refeições diárias (anterior à cirurgia)	
4 refeições diárias	38%
6 refeições diárias	46%
Acima de 6 refeições diárias	15%
Indisposição para atividades rotineiras	
Sim	61%
Não	38%

Tabela 2 - Problemas Fisiológicos Apresentados

Problemas Fisiológicos Apresentados	
Apnéia do Sono	38%
Artropatia	24%
Diabetes mellitus	24%
Dispnéia ao Esforço	40%
Esofagite de Refluxo	15%
Hipertensão Arterial	47%
Varizes nas Pernas	40%

Tabela 3 - Conhecimento e Preparo para a cirurgia

Orientação e acompanhamento pela equipe multidisciplinar	
Sim	100%
Porque a decisão de realizar esta cirurgia bariátrica	
Sáude	53%
Estética	69%
Auto estima	84%
Relacionamento Pessoal Afetado	15%
Incapacidade para trabalhar	8%
Indisposição para trabalhar	76%
Quais profissionais que participaram desta orientação e acompanhamento	
Educador Físico	15%
Endocrinologista	46%
Pneumologista	100%
Cardiologista	100%
Nutricionista	100%
Psicólogo	100%
Enfermeiro	15%
Assistente Social	46%
Considera bem informada (o) sobre a cirurgia	
Sim	92%
Não	8%
De 1 a 10. Qual seu grau de preparo a cirurgia bariátrica	
1 a 5	15%
5 a 10	84%
Utilizou outras fontes para o conhecimento	
Sim	30%
Não	69%
Se positivo quais:	
Livros	15%
Internet	38%
Amigo	15%
Familiares	23%

Discussão

Em nosso estudo encontramos a maioria dos pacientes do sexo feminino, (LEAL; BALDIN, 2007) acompanharam em seu estudo 6 pacientes do sexo feminino que relatam ter na cirurgia expectativas inclusive de resolver problemas conjugais, portanto expressando a fragilidade do momento, (SOBAL et al., 1999), chama a atenção que a prevalência entre homens apresenta uma relativa estabilidade a partir dos 40 anos, enquanto que para as mulheres a prevalência dobra. Em relação a idade encontramos a maioria entre a faixa etária de 35 a 45 anos, (ELIAS et al., 2007) refere em seu estudo que a indicação da cirurgia bariátrica em pacientes idosos e muito jovens tem sido cada vez mais frequente não

devido levar em conta apenas a idade, mas sim as comorbidades e a expectativa de vida de cada paciente.

A maioria dos voluntários entrevistados é de raça branca, porém (TONETO; SIMON, 2005) afirmam que o aumento da obesidade mórbida é prevalente nas raças hispânicas, afro americano devido aos hábitos culturais e genéticos de cada região. Em relação à escolaridade observamos que 46% dos entrevistados a maioria tem curso superior completo, seguidos de 38% dos entrevistados com ensino médio. (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003) realizaram um estudo nas regiões nordeste e sudeste do Brasil, avaliando a relação entre obesidade e escolaridade entre (1999-2001), a obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade, já no período de (2001-2003) o aumento da obesidade foi maior nos indivíduos sem escolaridade. Assim podemos concluir que o índice de obesidade tem se elevado em todos os níveis de escolaridade do Brasil. Em relação à renda familiar encontramos a maioria dos entrevistados na faixa de 4 - 6 salários mínimos (46%), seguidos da faixa de 6 salários mínimos (30%). Apesar da determinação do Ministério da Saúde de autorizar cirurgias para pacientes com comprovada obesidade mórbida, sabemos ser este procedimento ainda muito caro e elitizado embora isto não aconteça com a obesidade. Pois (GARRIDO et al., 1998) afirmou em seu estudo que no Brasil se registrou um aumento na prevalência da obesidade entre 1975 e 1997 que predominou na região Nordeste, nas faixas da população de menor poder aquisitivo, aumentando a mortalidade que decorre principalmente de eventos cardiovasculares.

Na tabela 1 encontramos que os voluntários em relação ao IMC (100%) tem a classificação como Obesidade Mórbida nos parâmetros de $\geq 40 \text{ kg/m}^2$. Segundo o Consenso do National Institutes of Health (NIH) (2000) o Índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a 40 kg m^2 determina obesidade severa sendo indicativo para a cirurgia gastrointestinal ou então de o IMC de $35 \text{ a } 40 \text{ kg m}^2$ com comorbidades graves (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Encontramos também na tabela 1 que 100% dos voluntários tem tratamentos anteriores sem sucesso como dietas, prática de exercícios, e uso de medicamentos, sendo este outro critério definido pelo Consenso do National Institutes of Health (NIH) (2000) para opção cirurgica (SEGAL; FANDIÑO, 2002). Segundo Brownell; Neil et al., (1999-2001) as controvérsias e os modismos das dietas alimentares podem trazer vários riscos à saúde, dada a multiplicidade de etiologias, de problemas médicos e psicológicos a ela associados, as dietas mágicas e as consequências a curto e longo prazo precisam ser

esclarecidas em casos específicos de tentativas anteriores. (ALVARES; FANDIÑO, 2002) afirmam que os tratamentos convencionais para obesidade que consistem em terapia dietética, medicamentosa, mudanças no estilo de vida e exercícios estão associados ao alto grau de fracasso produzindo resultados insatisfatórios.

Na tabela 2 encontramos que em relação aos problemas de saúde relacionados a obesidade a hipertensão arterial, varizes e dispnéia, estão presentes na maioria dos relatos, (GARRIDO et al., 1998) analisando em seu estudo os antecedentes pessoais e familiares concluiu que a presença de obesidade relacionada às principais características de riscos cardiovasculares é o principal fator de comorbidades. Em semelhante (BOLDIN; SHARME; CHETT, 2005) em seu estudo afirmam que a prevalência do diabetes é atribuída ao sobrepeso, sendo maior o risco de seu desenvolvimento tanto em homens quanto em mulheres, a medida que o peso corpóreo aumenta. (COUTINHO et al., 2001) em um consenso latino afirma que a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar.

Na tabela 3 encontramos 100% dos voluntários que referem terem tido orientação e acompanhamento pela equipe multidisciplinar, segundo (FERRAZ; MARTINS; FILHO, 2006) recomenda-se a utilização de um documento de consentimento informando que o paciente e sua família assinem demonstrando assim o entendimento que o paciente deve ter sobre todos os aspectos propostos do tratamento cirúrgico particularmente os riscos e a importância do acompanhamento em longo prazo. A referida tabela nos mostra que todos os voluntários que participaram da pesquisa tiveram acompanhamento pela equipe multidisciplinar anterior a cirurgia, (GARRIDO et al., 2003) relata que o paciente deve receber tratamento pré e pós-cirúrgico, orientado por uma equipe multidisciplinar, educador físico, endocrinologista, pneumologista, cardiologista, nutricionista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, cirurgião bariátrico. Estes profissionais devem atuar nos períodos pré e pós-cirúrgico, esclarecendo dúvidas discutindo e adequando as expectativas do paciente as limitações do tratamento cirúrgico.

Em relação ao questionamento por que a decisão de realizar a cirurgia bariátrica; a maioria 84% refere ser devido a baixa auto estima, seguidos por indisposição para trabalhar, estética e saúde. (CORDÁS; LOPES; SEGAL, 2004) sugerem que seja feita uma formação de grupos de suporte pós-cirúrgico que incluíssem pacientes, efamiliares para discutir as dificuldades e também para aconselhamento. (FANDIÑO et al.,

2004) para que a evolução cirúrgica ocorra de maneira adequada, o paciente deve receber este acompanhamento inclusive em longo prazo, deve-se prevenir o abandono do tratamento pós-cirúrgico.

Em relação ao grau de preparo para a cirurgia bariátrica: 92% consideram bem informado sobre a cirurgia, a maioria não utilizou outras fontes de conhecimento, e os que utilizaram citaram a internet com meio de informação. Sabemos hoje ser a internet um excelente meio de comunicação e de adquirir novos conhecimentos.

Conclusão

Após nosso estudo podemos concluir que os pacientes são em sua maioria mulheres, brancas, na faixa etária de 35 a 45 anos com renda familiar de 4 a 6 salários mínimos e grau de instrução superior completo, todas com IMC acima de 40, com tratamentos anteriores sem sucesso por 10 anos, a maioria relata prática de exercício leve antes da cirurgia, até 6 refeições diárias, apresentavam dispnéia ao esforço e indisposição as atividades diárias, relatavam como complicação hipertensão arterial, varizes e dispnéia ao esforço, todos referem acompanhamento pela equipe multidisciplinar, e os motivos que o levaram a cirurgia foram; recuperação da auto estima indisposição para o trabalho estética e saúde Todos foram acompanhados por equipe multidisciplinar.

A grande maioria se considera bem informado sobre a cirurgia, uma pequena parte buscou outras informações utilizando para isto a internet. Concluímos que apesar deste retorno positivo, por ser um procedimento complexo e ainda recente se fazem necessários mais estudo e acompanhamentos a estes pacientes.

Referências

- ANJOS, L. A. Índice de Massa Corporal (massa corporal. estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. *Rev. Saúde Pública*, 26: 431-6, 2000.
- AFONSO, F. C. Indicações e Repercussões Clínicas do Tratamento Cirúrgico da Obesidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE, 2001, Foz do Iguaçu, PR. Anais. Foz do Iguaçu, 2001: 284p.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 2.a edição revista Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (2003). Disponível dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pnan.pdf acesso EM 17-08-2008.

- BROWNELL, K. D., & NEIL, P. M. (1999/2001). Obesidade. In D. H. Barlow (Ed.), Manual clínico de transtornos psicológicos (M. R. B. Osório & B. Range, trans.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- CONCON FILHO; A Curso de Cirurgia bariátrica de valinhos. Grupo de Cirurgia bariátrica de valinhos. 2004 cap. 8.
- COUTINHO W. Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- ELIAS J; Cirurgia bariátrica nos extremos da idade. *Rer Assoc. Méd. Brás.* Vol 53 nº5 São Paulo Sept./Oct 2007.
- GARRIDO, Jr. et al. Tratamento da Obesidade Severa. São Paulo: Lemos Editorial, 2003, 40-331p.1998.
- GARRIDO Jr. Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Atheneu, 2003.
- OLIVEIRA FILHO. et al., Problemas Clínicos Pré Anestésicos de Pacientes Morbidamente Obesos Submetidos à Cirurgia Bariátrica. *Rev Bras Anestesiol*; (2002).; 52.;2.;217.;222.
- SOBAL J. et al., Status, Fitness and obesity. *Soc. Sci. Med.*, 35: 915-23, 1999.
- LEAL W.; C.; BANDIM, N. O Impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *REVISTA PSIQUIATRICA RS.* 2007; 293; 324-327.
- J.; O C AULER JR., TSAU CINDY G., G; D. F SARAGIOTTO. Desafios no manuseio Perioperatório de pacientes Obesos Mórbidos. *Rev., Bras Anestesiol*2003., 53. 2., 227-228.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE.; W. L., & CASTRO, I.R.R.(2003). A tendência cambiante de relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, 19, supl. 1, 67-65.
- SEGAL A, FANDIÑO J. Indicações e Contra Indicações para Realização das Operações Bariátricas. *Rev Bras Psiq* 2002;24 (Supl III):68-72.
- TONETO, M. G.; SIMON, C. C.; ROCHA, M. D. História da Cirurgia para o Tratamento da Obesidade Mórbida. *Jornal brasileiro de história da medicina*, São Paulo, V.8, Nº1, p.34-35.
- FERRAZ E. M, MARTINS FILHO, Cirurgia Bariátrica; Indicação e importância do trabalho multidisciplinar, *Einstein* 2006, Supl; 1S 71 S 72.