

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

Maybe Cristina Milan Lemos*

LEMOS, M. C. M. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 155-163, set./dez. 2006.

RESUMO: A obesidade é provavelmente uma das enfermidades mais antigas do homem. Desenhos rupestres mostram o homem pré-histórico com aspectos de peso excessivo para a sua altura. A obesidade severa ou mórbida é uma doença grave e potencialmente mortal. O seu impacto na sociedade, as repercussões na qualidade e diminuição do tempo de vida dessas pessoas são razões mais do que suficientes para justificar os atuais critérios de intervenção para amenizar o problema. A cirurgia bariátrica é o tratamento cirúrgico que se deve aplicar naqueles pacientes que fracassaram nas medidas médico-dietéticas para redução de peso. A cirurgia tem comprovado sua efetividade no tratamento da obesidade mórbida desde 1966. Ao longo desses anos, se tem desenvolvido técnicas cada vez melhores, mais seguras e menos traumáticas. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa com 9 pacientes de uma clínica do município de Cascavel/PR, com 9 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos. Os resultados mostraram que os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, mesmo correndo alguns riscos, fariam a cirurgia novamente, se necessário, e que, como resultado da mesma, eles obtiveram a extinção das suas patologias associadas e a melhora da sua qualidade de vida, da sua saúde e do seu convívio social.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia bariátrica. Qualidade de vida. Obesidade mórbida.

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY IN CASCAVEL, PR

LEMOS, M. C. M. The quality of life of patients submitted to bariatric surgery in Cascavel, PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 155-163, set./dez. 2006.

ABSTRACT: Obesity is probably one of the diseases which most affect men. Rupestral drawings show the pre-historic man with aspects of extreme weight for his height. Severe or morbid obesity is a serious and potentially mortal illness. Its impact in the society, the repercussions on the quality of life and the reduction of the lifespan of these people present to be enough reasons to justify the current criteria of intervention to brighten up the problem. Bariatric surgery is a surgical treatment which must be applied to those patients who had failed the doctor-dietary measures for weight reduction. The surgery has proven its effectiveness for the treatment of morbid obesity since 1966. Throughout these years, better, safer, and less traumatic techniques have been developed. A qualitative research was developed including patients from a clinic in the city of Cascavel, PR, with 9 patients older than 18 years of age, both genders. The results showed that the patients submitted to bariatric surgery, even under some risks, would face the same surgery again if necessary, and, because of its results, they had the associated pathologies extinct, and the improvement of their quality of life, health, and social life.

KEYWORDS: Bariatric surgery. Quality of life. Morbid obesity.

Introdução

Dentro do conceito fisiológico, a fome é uma necessidade visceral de introduzir alimentos no estômago; e apetite é o desejo de comer determinados alimentos. Os animais selvagens comem o necessário para satisfazer suas necessidades energéticas, sendo muito difícil ultrapassá-las. Já o homem procura alimentos não só para suas necessidades viscerais, como também para atender aos seus desejos de ingerir certas preparações, simplesmente pelo fato de serem agradáveis, saborosas, de aroma atraente, ou porque são conhecidas como extremamente apetitosas. Este é um fator predisponente à obesidade, pois não considera adequadamente os aspectos nutricionais. A sensação de fome faz com que procuremos alimento e é influenciada desde o meio ambiente imediato, como a variação do clima, da companhia, do local, etc., sendo que tudo isso influenciará

tanto na qualidade como na quantidade de alimento ingerido (ANGELIS, 2001).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar - POF 2002-2003 (BRASIL, 2004), a frequência do excesso de peso na população supera em oito vezes o déficit de peso entre as mulheres e em quinze vezes o da população masculina. Hoje, o percentual de pessoas acima do peso no país chega a 40% dos adultos ou 38,8 milhões. Deste total, 10,5 milhões podem ser considerados obesos. A segunda parte da pesquisa indicou que, como consequência de novos e piores hábitos alimentares, os brasileiros engordaram ao longo das últimas três décadas. Revelou que, em geral, as famílias brasileiras consomem muitos alimentos com alto teor de açúcar, principalmente refrigerantes, e poucas quantidades de frutas e hortaliças (BRASIL, 2004).

Na sociedade atual o modelo de beleza é a magreza e os obesos acabam sendo alvo de preconceito. Isto acontece

*Nutricionista especialista em Nutrição Humana, UNIPAR - Cascavel. e-mail: maybenutry@hotmail.com

comumente, quando são taxados de pessoas que não se gostam, que não têm limites para a ingestão alimentar. E, verdadeiramente, poucos pesquisadores analisam suas causas reais e a dificuldade do obeso perante as atividades cotidianas (CARLINI, 2001).

Define-se obesidade como o aumento de peso corporal devido ao excesso de gordura acumulada. Esta definição fica excluída para as pessoas com peso elevado devido à retenção de líquidos, como as pessoas que apresentam edemas ou ascite (RIOBÓ, 2002).

Segundo Casalnuovo (2004), a obesidade é caracterizada por um número excessivo de células de gordura aumentadas de tamanho (hipertrofiadas).

Existem itens objetivos para definir a obesidade, mas pode-se dizer que uma pessoa é obesa quando seu peso ultrapassa o limite compatível com sua saúde física e mental e com as expectativas normais de vida. A palavra obesidade deriva do latim *obesus* que significa “engordar por comer” (FERNANDEZ; ALVAREZ, 2004).

A obesidade grau III é uma condição clínica grave associada a uma alta morbidade e mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Seguindo-se critérios de avaliação adequados, a cirurgia bariátrica passa a ser a única intervenção eficaz, a longo prazo, no tratamento da obesidade grau III. Pacientes com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias (FANDIÑO et al. 2004).

Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

A obesidade severa ou mórbida é uma doença grave e potencialmente mortal. O seu impacto na sociedade, as repercussões na qualidade e a diminuição do tempo de vida dessas pessoas são razões mais do que suficientes para justificar os atuais critérios de intervenção para amenizar o problema (REPETTO et al., 2001).

Níveis de tratamentos da obesidade:

Segundo Casalnuovo (2004), o tratamento da obesidade existe em diferentes níveis, de acordo com a necessidade: Nível 1: Programa de Redução e Adaptação Alimentar (reeducação alimentar): Inclui uma porcentagem elevada dos pacientes com sobrepeso que podem ser tratados com regimes dietéticos e medidas complementares para a diminuição do peso. Nível 2: Programa de Cirurgia Estética da obesidade (lipoaspiração, plástica): Existem procedimentos cirúrgicos de lipoaspiração para obesidades localizadas (abdome, glúteos, braços, culotes, etc). Não são métodos criados para tornarem-se magros (embora produzam a perda de peso como benefício secundário) são para dar forma ao corpo, ou seja, para fins estéticos. Nível 3: Programa de Cirurgia Bariátrica: A cirurgia bariátrica (do grego Barus: peso e Intrake: tratamento) é a cirurgia realizada em pacientes com obesidade mórbida, a fim de provocar uma

perda importante de peso nos primeiros anos, mantendo-o, assim como reduzir as enfermidades associadas a este tipo de obesidade.

A maioria das pessoas obesas ganha peso lentamente, ao longo de muitos anos. O ganho de 1 ou 2 quilos por ano, em 10 anos se transforma em 10 a 20 quilos (RIOBÓ, 2002).

Para boa parte da população obesa, as tentativas de redução de peso e mudanças no estilo de vida acabam em fracassos recorrentes, particularmente nos casos mais graves, ou seja, os de obesidade mórbida. Realmente modificações no padrão alimentar e estabelecimento de atividade física regular podem ser práticas difíceis de se implementar a longo prazo para esses pacientes. Para os obesos mórbidos, os inúmeros tratamentos e a oscilação ponderal, além do potencial genético, agravam o quadro clínico (ZANELLA; CARVALHO, 2004).

A cirurgia bariátrica é o ramo da medicina que cuida do controle de peso, incluindo a gastroplastia, que é um procedimento cirúrgico no qual o tamanho do estômago é reduzido (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2002). Segundo Fernandez e Alvarez Blanco (2004), deve ser aplicada naqueles pacientes que fracassaram nas medidas médico-dietéticas para redução de peso. Porém, não se trata de uma cirurgia com fins estéticos (CASALNUOVO, 2004).

As cirurgias bariátricas podem ser de três tipos. No primeiro, há uma redução do tamanho do estômago, estabelecendo restrições. Existem três variações neste tipo de cirurgia bariátrica, sendo a mais conhecida a gastroplastia vertical com by-pass em y de Roux, denominada Capella ou Fobi-Capella, mais utilizada, desenvolvida por cirurgiões. Além da restrição por diminuição do volume do estômago, ocorre uma pequena disabsorção dos alimentos, porque eles deixam de passar pela primeira porção do intestino delgado. O segundo tipo de cirurgia bariátrica é a disabsortiva (ou derivação bilio-pancreática), chamada de cirurgia de Scopinaro. Neste caso, o paciente tem liberdade de comer maior quantidade de alimentos, já que não há grande diminuição do estômago que fica com 2/3 do seu tamanho, porém, ocorre um grande desvio do alimento, que vai para o intestino grosso sem ser absorvido (MATTOS, 2005).

O terceiro tipo de cirurgia bariátrica, introduzida por Mason, em 1982, denominada técnica cirúrgica de gastroplastia vertical com bandagem. É uma cirurgia restritiva, simples, rápida, com baixos índices de complicações e mortalidade. O procedimento consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, resultando em diminuição importante do reservatório gástrico. Um anel de contenção é colocado no orifício de saída, tornando o esvaziamento desta pequena câmara mais lento. Contudo, este procedimento apresenta alta incidência de recidiva da obesidade após 10 anos de seguimento, motivo pelo qual ela vem sendo abandonada mundialmente (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Como visto, todos os tipos de cirurgias desorganizam a anatomia e/ou fisiologia digestiva, no intuito de se contrapor ao balanço energético característico dos obesos e, conseqüentemente, exigem orientação dietética e monitorização pós-operatória a longo prazo. Sempre que isto não é praticado de forma conveniente, ou ainda se sobrevêm intercorrências externas que interferem mais ainda sobre o

padrão alimentar ou as necessidades energético-proteicas, atinge-se uma situação de risco (FAINTUCH, 2003).

O Brasil, que em meados da década de 1990 contava com menos de dez cirurgiões para a gastroplastia, nome técnico para esse tipo de procedimento, hoje tem cerca de 500 credenciados pela Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica. A gastroplastia virou um fenômeno que cresce na proporção do aumento da obesidade, a segunda doença previsível que mais mata a médio prazo. A cirurgia pode diminuir entre 30% e 50% o peso de uma pessoa (PAREJA, 2004).

Pelos riscos associados, a obesidade vem sendo considerada um grande problema de saúde pública. Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo sejam destinados à obesidade. Entretanto, vários pacientes não respondem às manobras terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz. A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente (FANDIÑO et al. 2004).

Segundo a Sociedade Espanhola de Cirurgia da Obesidade (2006), os riscos são operatórios, pós-operatórios e a longo prazo. Toda a cirurgia da obesidade é considerada como uma grande cirurgia e isso significa que o paciente não está livre de potenciais complicações. O risco de mortalidade é de 1-2%. Podem ocorrer complicações como infecção da ferida, estenoses, úlceras, problemas respiratórios e trombozes venosas, que totalizam um risco de 10%. A longo prazo, também, podem aparecer outros problemas que requeiram uma nova operação.

Para Garrido (2000), a obesidade mórbida é reconhecida como condição grave que se inclui na esfera cirúrgica, por implicar em três conseqüências para o paciente: piora da qualidade de vida, dada à elevada freqüência de morbidade associada, responsável pelo termo “obesidade mórbida”; redução da expectativa de vida; altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores (perda de peso insuficiente e recidivas), baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapia e exercícios físicos.

São candidatos para o tratamento cirúrgico aqueles pacientes com índice de massa corporal (IMC) igual ou maior que 40 ou com IMC entre 35-40 com comorbidades associadas. A seleção de pacientes para a cirurgia requer no mínimo 5 anos de evolução da obesidade e ausência de êxito nos tratamentos convencionais por profissionais qualificados (COUTINHO, et al., 1998).

A cirurgia estaria contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores citam contra-indicações psiquiátricas que ainda são fonte de controvérsias e motivo de discussão posterior (FANDIÑO et al. 2004).

O objetivo do trabalho é conhecer a qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em Cascavel - PR, como também verificar as mudanças no estilo de vida dos pacientes; identificar os benefícios da cirurgia na concepção dos pacientes; verificar a adesão à prática de atividade física após a cirurgia; perceber quais as mudanças

ocorridas na alimentação; verificar a melhora ou eliminação de comorbidades associadas à obesidade mórbida; conhecer a satisfação/adaptação psico-social destes pacientes à sua nova condição.

Causística e métodos

Para compor o cenário do presente estudo, foram selecionadas 12 pessoas para responderem ao questionário, porém apenas 9 pessoas se dispuseram a participar da pesquisa. Portanto, foram entrevistados 9 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica há mais de 1 ano, atendidos por uma determinada clínica no Município de Cascavel - PR. O estudo qualitativo foi realizado por meio de entrevista, uma das técnicas mais utilizadas no processo de trabalho de campo. A entrevista utilizada nessa pesquisa foi aberta, feita pelo próprio pesquisador, na qual a conversa transcorreu livremente, pontuando algum momento da vida do entrevistado ou a sua história como um todo. Utilizou-se um roteiro (ANEXO), contendo perguntas abertas para facilitar a construção do pensamento do entrevistado. A pesquisa foi encerrada após o cumprimento dos itens do roteiro e saturação do assunto e, em seguida, os questionários foram analisados. Para que fosse possível a realização desse estudo, um dos sócios da clínica assinou um termo de consentimento, assim como todos os entrevistados, que eram maiores de 18 anos.

Resultados e discussão

Os resultados deste estudo foram agrupados em 6 categorias, para facilitar a compreensão do conteúdo: (1) prática de atividade física; (2) cirurgia: riscos e complicações; (3) relação com a comida antes e pós-cirurgia; (4) acompanhamento nutricional, (5) hábitos alimentares e (6) qualidade de vida pós-cirurgia;

(1) Prática de Atividade Física

A pessoa com obesidade mórbida apresenta muitas dificuldades para desenvolver certas atividades, sejam elas corriqueiras ou não. Sabemos que a prática de atividade física fica ainda mais comprometida quando as pessoas são obesas, fazendo com que elas deixem de praticar e acabem tendo um prejuízo à saúde.

Segundo Riobó (2002), pode ser comprovado que a atividade física das pessoas obesas tem diminuído nas últimas décadas. Tem-se estimado uma diminuição de 200Kcal/dia no dispêndio energético, o que supõe um ganho ponderal significativo. A sociedade atual é eminentemente sedentária.

Quando questionados sobre a prática de atividade física antes da cirurgia apenas 33% dos entrevistados afirmaram praticar alguma atividade física, enquanto 67% não praticavam qualquer atividade. Alguns dos relatos a seguir podem indicar os motivos:

“Não. Sentia-me pesada demais”.

R. A. F.

“Não. Eu não praticava”.

M. F. J.

“Não, tinha vergonha de ir a uma academia”.

J. C. S.

“Não, fazia caminhada uma vez ou outra, mas me sentia muito pesada e sempre observada pelos outros”.

S.A.

A expectativa das pessoas que se submetem a essa cirurgia é a grande perda de peso e, com ela, uma melhora na qualidade e estilo de vida, incluindo a prática da atividade física. Houve um aumento da prática da atividade física no pós-cirúrgico e, atualmente, 67% dos pacientes a estão praticando.

Quando questionamos sobre a prática da atividade física após a cirurgia, obtivemos as seguintes respostas e justificativas:

“Sim, hidroginástica e musculação para definição”.

F. S. C.

“Sim, hoje faço musculação e aula de dança”.

S.A.

“Sim, agora faço academia”.

J.C.S.

(2) Cirurgia: riscos e complicações

Segundo Fandiño et al. (2004), as complicações do período pós-operatório podem ser classificadas em precoces e tardias. São as precoces: infecção da ferida operatória; estenose/ulceração gástrica; náuseas e vômitos; pneumonia; embolia pulmonar. São as tardias: má-absorção de vitaminas e sais minerais; colelitíase; diarreia; neuropatia periférica; anemias.

É sabido que muitas pessoas não se submetem a qualquer tipo de procedimento cirúrgico, devido aos riscos que o mesmo representa. A cirurgia da obesidade não é exceção. Como toda cirurgia, ela também oferece alguns riscos e efeitos colaterais. Sobre esse ponto pudemos constatar que 100% dos entrevistados apresentaram algum tipo de complicação.

“Queda de cabelo”.

S.K.M.L.

“Queda de cabelo e anemia, tudo sob controle”.

R. A. F.

“Sim, queda de cabelo. Vômito, muito raramente, logo após a cirurgia”.

J.C.S.

“Sim, tive um pouco de queda de cabelo, mas depois parou”.

S.A.

Segundo um estudo de Garrido (2000), a operação pode ser acompanhada de complicações, mas na sua grande maioria são de pequena gravidade (incisionais, pulmonares, urinárias). Entretanto, complicações como a

embolia pulmonar (1%) e as fistulas digestivas (2,6%) são de alta gravidade e exigem cuidados intensivos. Aquele autor verificou que elas foram responsáveis por óbitos de 8 pacientes (1% dos operados).

Quando questionados acerca do aparecimento de complicações durante e após a cirurgia apenas um paciente teve uma complicação (11% dos entrevistados). Muitos responderam o seguinte:

“Durante a cirurgia tive reação alérgica a penicilina. Após a cirurgia o Plasil me deu estilo síndrome do pânico”.

A. P. C.

“Não, não tive nenhuma intercorrência cirúrgica nem após a cirurgia”.

M. F. J.

“Não. Pois fiz com uma equipe qualificada e segui todas as orientações”.

J.C.S.

(3) Relação com o alimento e com a sociedade

A compulsão alimentar periódica (CAP) é uma outra síndrome psiquiátrica frequentemente encontrada nesta população, devido à sua associação com a obesidade. Essa síndrome é caracterizada por episódios nos quais ocorre uma ingestão, em um período limitado de tempo (até duas horas), de quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e em circunstâncias similares. Durante o episódio ocorre a sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar. Quando esses episódios ocorrem, pelo menos dois dias na semana, nos últimos seis meses, associados a alguma característica de perda de controle e não são seguidos de comportamento compensatório dirigidos à perda de peso, compõe-se uma síndrome denominada atualmente de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (FANDIÑO et al. 2004).

Muitos pacientes obesos sofrem desse problema, porém os que sofriram revelaram não apresentar mais esse problema após a cirurgia. Dos 6 pacientes, 3 relataram ter compulsão alimentar noturna antes da cirurgia e os 6 relataram não ter tido mais episódios de compulsão após a cirurgia, comprovado com a pergunta: “Antes ou depois da cirurgia teve compulsão alimentar noturna?”.

“Sim. Mas sempre tive consciência de que, se eu quisesse voltar a ser magra, dependeria só de mim”.

F. S. C.

“Antes da cirurgia tinha, hoje não tenho mais”.

S.K.M.L.

“Após a cirurgia eu não tive mais estes episódios de compulsão”.

M. F. J.

“Antes da cirurgia sim. Era mais forte do que eu”.

J.C.S.

Uma das grandes preocupações por parte dos nutricionistas após a cirurgia é o fato de que muitos pacientes acabam ingerindo alimentos líquidos de alta densidade calórica, pois os mesmos são de fácil digestão, porém podem fazer com que o paciente não tenha a perda de peso esperada. Isso acontece quando os pacientes não têm um bom preparo psicológico antes da cirurgia e/ou não continuam fazendo o acompanhamento nutricional e psicológico.

Portanto, segundo Zanella; Carvalho (2004), a adesão ao tratamento deverá ser avaliada, uma vez que pacientes instáveis psicologicamente podem recorrer a preparações de alta densidade calórica, de baixa qualidade nutricional, colocando em risco o sucesso da intervenção a longo prazo. Com relação ao consumo de alimentos de alta densidade calórica logo após a cirurgia os pacientes responderam que:

“Depois de muito tempo de cirurgia, sim: leite condensado”.

E.M.S.

“Não. Segui à risca todas as orientações”.

R.A.F.

“Raramente, comia sorvete”.

S.K.M.L.

“Não, segui todas as orientações para não fazer isso. Hoje consumo com moderação”.

J.C.S.

“Não, só depois, quando a nutricionista liberou”.

S.A.

Poderemos observar como é importante o preparo pré e pós-operatório com as respostas dadas sobre a seguinte questão: Qual a sua sensação após a cirurgia com a comida? Sentia fome após se alimentar? Sentia vontade de comer?

“Eu estava muito bem preparado para o que ia acontecer, por isso não senti nenhuma dificuldade. Sabia o que iria passar”.

E.M.S.

“No começo foram duros, os primeiros dias. Depois foi normal: sentia fome, comia a quantidade certa nas horas certas e tudo bem”.

R.A.F.

“Às vezes sinto fome, como alguma coisa e já fico satisfeita. Às vezes estou só de olho gordo: a gente não opera a cabeça”.

F.S.C.

“Não sinto fome, como pouco e isso me satisfaz e, quando tenho vontade de comer, como sem culpa, mas dentro do meu limite”.

J.C.S.

Os entrevistados responderam se tinham alguma

patologia associada e se houve melhora.

Somente uma pessoa relatou não ter patologias associadas, resultando em 11% do total estudado.

“Colesterol alto. Quanto às outras não chegaram a manifestar-se, mas tenho histórico na família de diabetes, hipertensão e cardiopatias”.

R.A.F.

“Colesterol, triglicérides, crises de bronquite”.

M.F.J.

“Sim, pressão alta e princípio de diabetes”.

J.C.S.

“Colesterol alto e pressão alta”.

S.A.

Devido ao fato de Segal; Fandiño (2002), levantarem essa questão, questionamos os entrevistados quanto ao ganho de peso após a cirurgia, ressaltando que os mesmos têm, no mínimo, dois anos de cirurgia. Apenas três pessoas (33%) ganharam peso (2 e 1 kilos e outra 500 gramas), mas que pode ser considerado irrelevante, pela quantidade de peso emagrecido.

“Sim, 2 kg”.

R.A.F.

“Não”.

A.P.C.

“Não”.

M.F.J.

“Sim, 500g”.

S.K.M.L.

A partir dos anos 60, o obeso passa de padrão de beleza a vilão dos tempos modernos, sendo, a partir daí, vítima de preconceitos e piadas (FISBERG, 2004).

Os pacientes obesos e, principalmente, os obesos mórbidos, sofrem muito preconceito em relação à sua aparência física. Isso é comprovado pelas respostas obtidas através da pergunta: Você sofreu algum tipo de preconceito por ter sido obeso? Por exemplo?

Observamos que 100% dos pacientes relataram ter sofrido algum tipo de preconceito.

“Sim. Alguns amigos sentiam vergonha de andar comigo, outras pessoas me chamavam de: gordo, baleia e assim por diante”.

E.M.S.

“Sim. No emprego um chefe me disse que eu precisava emagrecer, e uns meses depois eu estava na fila de desempregados. Sentia-me discriminada”.

R.A.F.

“Sim. Não conseguia emprego. Quando assumi no banco

X, todo mundo me olhava torto e fui colocada num lugar ao qual o público não tinha acesso”.

F.S.C.

(4) Acompanhamento Nutricional

Reforçam-se também a necessidade de acompanhamento multidisciplinar em todas as fases do tratamento, tanto no sentido de otimizar resultados, quanto no sentido de serem pesquisados fatores preditivos mais confiáveis (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Segundo Antonini et al (2001), somente o acompanhamento nutricional adequado garante o sucesso da cirurgia, evitando complicações, como vômitos, intolerância alimentar e perda de peso insuficiente. Quando questionados sobre o acompanhamento nutricional após a cirurgia, responderam:

“Agora não, porque creio que aprendi a comer”.

R.A.F.

“Sim, ainda continuo emagrecendo com saúde”.

F.S.C.

“Já parei, fiz durante um ano”.

C.I.G.P.

“Sim, faço uma visita a ela a cada 3 meses”.

M.F.J.

“Não, fiz durante 6 meses”.

J.C.S.

Com a redução de peso através da cirurgia se consegue eliminar ou melhorar uma grande parte das alterações metabólicas. A cirurgia pode causar esteatorréia, que pode levar à perda de peso, à má-absorção de vitaminas lipossolúveis e diminuição do zinco plasmático. A porcentagem de pacientes que apresentam níveis deficientes de vitaminas lipossolúveis é muito elevado, sugerindo a necessidade de suplementação desde o início (VAZQUEZ, et al. 2003).

É sabido que os pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica devem fazer uso, pelo menos em determinados períodos, de suplementos nutricionais. Perguntamos aos entrevistados: Está fazendo uso de suplemento nutricional? Há quanto tempo? Qual?

“No momento não. Mas fiz, durante 6 meses, uso de sulfato ferroso e centrum”.

R.A.F.

“Não”.

A.P.C.

“Sim. Desde que fiz a cirurgia tomo suplemento manipulado de vitaminas e minerais”.

F.S.C.

“Já parei, mas fiz durante um ano, com acompanhamento da nutricionista”.

C.I.G.P.

(5) Hábitos Alimentares

Enfatiza-se a importância do Aconselhamento Nutricional cuidadoso no pós-operatório, pois o paciente passará por inúmeras modificações de hábitos alimentares (CRUZ; MORIMOTO, 2004).

Não é somente a cirurgia que irá fazer o paciente se manter magro e saudável. Para que isso aconteça o paciente deve ter uma mudança dos seus hábitos alimentares. Caso isso não ocorra o paciente pode voltar a engordar e a sofrer das mesmas patologias de que era acometido antes da cirurgia. Não basta ser magro, para ser saudável deve haver mudanças de hábitos.

Com relação à modificação dos hábitos alimentares questionamos: Qual a diferença da sua alimentação hoje e antes da cirurgia?

“Como menos e melhor. Era fritura, lanches, somente comidas gordurosas. Hoje é mais light”.

E.M.S.

“Muita. Hoje penso e ajo como magro e salada é fundamental. Doce às vezes, mesmo porque meu organismo rejeita o açúcar e muita gordura”.

R.A.F.

“Antes comia de tudo em exagero. Hoje como em pequenas quantidades e tenho hábitos saudáveis: muita fruta, verduras, não ingiro líquidos nas refeições, nem tomo refrigerantes”.

C.I.G.P.

“Hoje eu como por necessidade fisiológica e não por gula, ansiedade”.

S.A.

Efeitos Benéficos da Cirurgia Bariátrica

A auto-estima é um fator de grande importância para o sucesso, tanto pessoal, como das organizações. Esse conceito ou auto-imagem, não é definitivo e imutável, mas está sujeito a alterações conforme as relações que se mantêm e suas crenças (CARLINI, 2001).

Com relação a isso os entrevistados afirmam na resposta à seguinte pergunta: O que mudou na sua vida após a cirurgia?

“Várias coisas, entre elas a auto-estima, a audácia e a coragem de buscar a felicidade”.

A.P.C.

“Tudo. Primeiro a auto-estima, condições físicas, atividade sexual”.

C.I.G.P.

“Minha qualidade de vida aumentou em 100%. Hoje não sou mais a pessoa sedentária e que não gostava de lugares públicos por me sentir completamente deslocada da sociedade. E hoje já compro roupas em lojas que não são especializadas em tamanhos especiais”.

M.F.J.

“Tudo mudou na minha vida. Eu sou uma pessoa realmente feliz agora. Sou só alegria”.
S.A.

Nenhuma intervenção cirúrgica está livre do risco, mas há os fatores que podem interferir no resultado cirúrgico, tal como o tipo de cirurgia, com suas implicações respectivas, a idade e o estado clínico do paciente. Apesar dos riscos possíveis, a cirurgia bariátrica é usada desde que ofereça uma perspectiva maior de vida e de qualidade de vida aos pacientes (VILLELA, et al 2004).

Não obstante esses riscos e inconvenientes, estas operações representam a última esperança para os obesos mórbidos, porque são capazes de recuperá-los física, psicológica e socialmente (GARRIDO, 2000). Mesmo sabendo dos riscos que correriam, os pacientes se submeteram à cirurgia e dizem se valeu a pena o risco versus o benefício da mesma, se foi compensatório para eles. Todos os pacientes foram unânimes em responder positivamente.

“Sim, compensadíssimo. Faria tudo de novo”.
R. A. F.

“Com certeza, se tem algo na minha vida de que não me arrependo é essa cirurgia”.
C. I. G. P.

“No meu caso foi muito mais que compensatório, foi um renascimento e estou completamente satisfeita com os meus resultados”.
M. F. J.

“Sim, faria tudo novamente, se fosse preciso”.
S.K.M.L.

(6) Qualidade de vida pós cirurgia

A cirurgia bariátrica consegue diminuir a mortalidade, melhorar a expectativa de vida, melhorar as patologias associadas à doença, diminuindo o risco de saúde e aumentando a qualidade de vida dos pacientes (CASALNUOVO, 2004).

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (MINAYO, HARTZ; BUSS, 2000).

Os pacientes quando questionados sobre mudanças na sua qualidade de vida após a cirurgia e o porquê, responderam:

“Sim, meu colesterol regularizou e diminuiu o risco de

outras doenças”.
S.K.M.L.

“Sim... e a vida ficou mais colorida”.
R. A. F.

“Sem dúvida, porque não foi só a estética que mudou. Vivo melhor, saio sem vergonha dos outros e tenho saúde para acompanhar o crescimento da minha filha e brincar com ela”.
A. P. C.

“Totalmente, eu fiz e sou a pessoa mais feliz da vida”.
C. I. G. P.

“Sem dúvidas. Tenho vida social, tenho saúde, disposição e não tenho mais pressão alta e diabetes”.
J.C.S.

Mesmo a cirurgia oferecendo alguns riscos, se a pessoa estiver amparada por uma equipe multidisciplinar competente e seguir à risca todas as orientações, terá uma grande melhora em todos os sentidos da sua vida. Podemos comprovar isso com algumas das respostas dos entrevistados quando questionados sobre: Tem alguma coisa que você não fazia antes da cirurgia e agora faz? O que?

“Sorrio mais, vivo mais, me amo mais”.
R.A.F.

“Muitas: jogar futebol, sexo era pobre em criatividade, trabalhos por ex: limpar a casa sem utilizar rodo”.
C.I.G.P.

“Ir ao mercado, ir ao Shopping, ir a piscina com minha filhinha, sair para dançar, e ter mais disposição para atividades ao ar livre”.
M.F.J.

“Ir ao clube, à piscina e lugares com muita gente”.
S.K.M.L.

“Praticar atividade física, ir a danceterias, barzinhos... “
J.C.S.

“... Comprar roupas nas lojas de “modinha “, ser paquerada pelos rapazes, etc. “
S.A.

Conclusão

Sabemos que as doenças associadas à obesidade mórbida como, por exemplo, a hipertensão arterial, dislipidemias etc., prejudicam a qualidade de vida dos portadores, além da cobrança da sociedade, na busca de um modelo de magreza anoréxica como sinônimo de beleza, fama e aceitação. Com isso vem o sentimento de culpa, as punições, fazendo com que essas pessoas acabem descontando tudo isso na própria comida e aumentando o círculo vicioso da obesidade. Com esse trabalho pudemos concluir que a

cirurgia bariátrica melhorou muito a vida dessas pessoas, seja diminuindo as patologias associadas; fazendo com que as mesmas não sofram mais preconceitos pela aparência física; pela oportunidade de poder fazer atividade física por prevenção, por saúde e principalmente por prazer. A cirurgia liberta os seus pacientes do alimento, que em muitos casos são usados como um escudo para se esconder, se proteger. A cirurgia nos permitiu ouvir frases como:

“Hoje eu como por necessidade fisiológica e não por gula, ansiedade”.

Concluimos, também, que alguns pontos devem ser mais bem trabalhados por parte dos pacientes, como por exemplo, seguir à risca todas as orientações, nesse caso com relação à suplementação de nutrientes. Os mesmos ainda precisam tomar a consciência de que só devem parar a ingestão após a alta nutricional e não quando bem entenderem ou acharem que já estão se alimentando corretamente e se darem alta do acompanhamento. É imprescindível para o sucesso do tratamento que os pacientes sejam acompanhados antes, durante e depois da cirurgia por uma equipe multidisciplinar. Apenas um número muito baixo de pessoas são conscientes da necessidade de se manter o acompanhamento, mesmo que esse seja espaçado. Com relação ao ganho de peso mostrado em outros trabalhos, não constatamos os mesmos resultados. Apenas 33 % dos pacientes ganharam peso, porém o ganho não foi alarmante, considerado irrelevante, comparado com a perda de peso dos pacientes. No entanto, com todos os riscos e complicações que podem ocorrer durante e após a cirurgia, quando tomados os devidos cuidados, concluimos que a cirurgia bariátrica é essencial para transformar a vida dessas pessoas. O que nos faz acreditar nisso são algumas das respostas dos pacientes depois da cirurgia:

“Sorrio mais, vivo mais, me amo mais” ou “... Sou só alegria”.

E é o sorriso estampado no rosto dessas pessoas que nos faz acreditar que, se a cirurgia for feita por profissionais competentes e por pacientes responsáveis, ela só trará benefícios. Mas, é claro que o melhor de tudo seria prevenir e não deixar a obesidade chegar a esse ponto. Com o comprometimento dos pacientes. Outros aspectos necessitam de cuidados para que esse tratamento de choque seja totalmente seguro e com garantia permanente, mas na maioria dos casos ele traz saúde e felicidade para muitas pessoas que estavam apenas vendo os dias passarem e agora estão vivendo cada um deles.

Referências

- ANGELIS, R. C. de. **Fome oculta**: bases fisiológicas para reduzir seus riscos através da alimentação saudável. São Paulo: Atheneu, 2001.
- ANTONINI, D. R. et al. Avaliação nutricional dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Bol. Cirur. Obes.** a. 2, v. 4, n. 3, 2001.
- BRASIL. Programa de Orçamento Familiar. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2004. Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso em: 12/01/06
- CARLINI, M. P. **Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Florianópolis, 2001.
- CASALNUOVO, C. A. **Centro de cirurgia da obesidade**. Disponível em: <www.obesidadmorbida.com>. Acesso em: 20/06/05

COUTINHO, W. et al. Documento do Consenso Latino Americano sobre Obesidade. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>>. Acesso em: 24/08/05

CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 17, n. 2, abr./jun. 2004.

FAINTUCH, J. **Considerações nutricionais sobre a cirurgia bariátrica**. v. 18, n. 3, jul./set. 2003. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/revista/18-3/04.htm>>. Acesso em: 18/03/04

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr.** Porto Alegre, v. 26, n. 1, jan./abr. 2004.

FERNANDEZ, M. L. Á.; ALVAREZ, B. M. A. Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas. **Nutr. Hosp.** v. 19, n. 1, p. 34-44, jan./fev. 2004.

FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GARRIDO, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2000. Disponível em: <<http://win.niddk.nih.gov/publications/gastric.htm>>. Acesso em: 18/01/06

MAHAN, K.; SCOTT-STUMP, S. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MATTOS, A. F. de G. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/oqtrata_009g.php>. Acesso em: 07/01/2005

PAREJA, J. C. **Gordos nunca mais**. Obesidade Severa. Conteúdo específico; artigos científicos e matérias destinadas às novidades da medicina nas cirurgias da obesidade severa. Disponível em: <<http://www.obesidadesevera.com.br/pt/artigosematerias/materia.asp?id=4>>. Acesso em: 07/01/2005

REPETTO, G. et al. Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida. **Rev. Nutrição em Pauta**, p. 42-44, maio/jun. 2001.

RIOBÓ, P. Obesidad. **Sociedade Espanhola de Endocrinologia e Nutrição**. 2002. Disponível em: <www.seenweb.org/index.php?pagina=la_obesidad>. Acesso em: 23/09/05

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 24, supl. 3, dez. 2002. Sociedade Espanhola de Cirurgia da Obesidade. Disponível em: <<http://www.seco.org/razonesyriesgos.php?op=5>>. Acesso em: 03/12/04

VAZQUEZ, C. et al. Repercusión nutricional de la cirugía bariátrica según técnica de Scopinaro: análisis de 40 casos. **Nutr. Hosp.** v. 18, n. 4, p.189-193, jul./ago. 2003.

VILLELA, N. B. et al. Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. **Nutr. Hosp.** Madrid, v. 19, n. 6, nov./dec. 2004.

ZANELLA, M. T.; CARVALHO, K. M. B. 2004. Obesidade. In: **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Acesso em: 05/04/05

ANEXO

QUESTIONÁRIO:

Nome _____
Sexo _____ Idade _____
Peso antes da cirurgia _____ Peso após cirurgia _____
Data da cirurgia _____
Ganhou peso depois de 01ano de cirurgia? _____ Quantos quilos? _____
O que mudou na sua vida após a cirurgia?
Que motivos o levou a procurar a clínica para se submeter a essa cirurgia?
Como você se sentia em relação à comida, à sociedade, antes da cirurgia?
Você sofreu algum tipo de preconceito por ter sido obeso? Por exemplo?
Possui ou possuía patologias associadas (diabetes, hipertensão, colesterol, triglicerídios, etc.)? Qual?
Você praticava alguma atividade física antes da cirurgia? Qual?
Após a cirurgia está praticando alguma atividade física? Qual? Por quê?
Qual a diferença da sua alimentação hoje e antes da cirurgia?
Tem alguma coisa que você não fazia antes da cirurgia e agora faz? O quê?
Você teve alguma complicação durante ou após a cirurgia? Qual?
Qual a sua sensação após a cirurgia com a comida? Sentia fome após se alimentar? Sentia vontade de comer?
Você consumiu alimentos de alta densidade calórica, porém líquidos, logo após a cirurgia? Como por exemplo, leite condensado, sorvetes, etc.?
Antes ou depois da cirurgia teve compulsão alimentar (atacar a geladeira à noite?).
Em sua opinião o risco x benefício, o emagrecer x complicações foram compensatórias?
Teve problema para comer carne vermelha? Por quê?
Apresentou queda de cabelo? Diarréia? Vômito?
Está fazendo uso de suplemento nutricional? Há quanto tempo? Qual?
Está fazendo acompanhamento nutricional? Por quê?
Você acredita que a sua qualidade de vida mudou após a cirurgia? Por quê?

Recebido em: 09/10/2006

Aceito em: 18/06/2007

Received on: 09/10/2006

Accepted on: 18/06/2007