

A INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA OPINIÃO DE PACIENTES QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA NA CIDADE DE CURITIBA

Camila de Quadros Campagnolo
Karime Beatriz
Láisa Michelle Prateado
Rafaela Guaita Di Lascio
Denise Cerqueira Leite Heller

Correspondência:
rafaeladilascio@bol.com.br

RESUMO

Atualmente a obesidade é classificada como epidemia atingindo 1/3 da população ocidental. No caso de indivíduos com obesidade mórbida ocorrem pré-disposições a comorbidades, que pioram sua qualidade de vida, gerando pressões psicológicas. Para se adequar ao padrão exigido pela mídia e pela sociedade, o obeso passa por diversos caminhos na tentativa de reduzir o peso. Hoje o método mais utilizado e eficaz é a cirurgia de redução de estômago, na qual o indivíduo limita-se a ingerir uma menor quantidade de alimentos, ou seja, altera seus hábitos e estilo de vida. Através da preparação e da mudança radical que o indivíduo passará, percebe-se que é necessário um acompanhamento multidisciplinar. Considerando a parte psicológica, é necessário que o indivíduo tenha um acompanhamento com o profissional para que possa facilmente se adaptar ao seu novo esquema corporal. Neste sentido foram entrevistados 13 indivíduos que se submeteram a cirurgia bariátrica, na cidade de Curitiba, há no mínimo 6 meses, através de entrevistas semi-estruturadas para verificar suas opiniões a respeito do acompanhamento psicológico. Constatou-se que os pacientes, apesar de afirmarem que o acompanhamento psicológico é fundamental, não o fazem.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; acompanhamento psicológico; mudança de hábito

Introdução

Resultando de pesquisa realizada junto a indivíduos que se submeteram a cirurgia bariátrica, este artigo busca demonstrar a realização da avaliação e acompanhamento psicológico pelos participantes no pré e pós-operatório.

A pesquisa aconteceu durante os meses de maio a agosto de 2004 e tornou-se relevante a execução de investigação anterior junto a cirurgiões bariátricos, na qual observou-se que apesar de afirmarem considerar importante o trabalho do psicólogo para o sucesso da intervenção cirúrgica e o parecer psicológico ou psiquiátrico ser exigência da Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica não existe um protocolo psicológico padrão.

Obesidade

Na antiguidade, as mulheres gordas eram consideradas belas e abastadas. Já na idade média, Hipócrates identificava a obesidade como condição doentia. Constando que a morte nesta população era mais freqüente do que em indivíduos magros, afirma CARVALHO citado por FARIA e RAMOS (2002, p.04)

Na década de 60, o modelo Twiggy firmou a magreza como padrão de beleza e os médicos passaram a detectar, mais uma vez, maior incidência de doenças em pessoas obesas, assim como uma expectativa de vida menor, relata SOUZA (2003).

De acordo com PITOMBO (2004), é crescente a preocupação da sociedade em relação a obesidade, pois indivíduos obesos enfrentam problemas médicos e psicológicos, visto que a sociedade valoriza a magreza.

MATOS citada por FERREIRA (2003) vê a obesidade como uma doença multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e psicológicos.

Atualmente, para BARROS, BRUNALDI e SALGADO JUNIOR (2003), a obesidade está entre os maiores problemas de saúde pública, atingindo 1/3 da população mundial, sendo considerada “a epidemia do 3º Milênio”.

HELLER e KERBAUY (2000, p.32) conceituam obesidade como excesso de gordura no corpo. Para se estabelecer uma comparação das diferenças de peso dos indivíduos adota-se o Índice de Massa Corpórea (I.M.C.), no qual o peso (Kg) é dividido pela altura (m) ao quadrado. Resultados acima de 25Kg/m² são considerados excesso de peso, entre 30 e 40 Kg/m² obesidade, e acima de 40Kg/m² obesidade mórbida. SOBRINHO (2003) acrescenta que também considera-se Obesidade Mórbida quando o peso do indivíduo excede 45Kg ou mais do peso ideal.

Obesidade Mórbida é definida por FARIA e RAMOS (2002, p.04) como aquela que traz consigo outras doenças, ou alto risco de adquiri-las, associadas a obesidade mórbida são as seguintes: complicações cardiovasculares, hipertensão arterial, varizes e flebite, descompensação cardíaca, aterosclerose, complicações respiratórias, falta de ar ao menor esforço (dispnéia), dificuldades respiratórias durante o sono, levando a uma fadiga crônica (apnéia do sono); complicações digestivas, cálculos biliares; esteatose do fígado; complicações ortopédicas, artrose; complicações endócrinas, diabetes; problemas menstruais nas mulheres; impotência nos homens; complicações dermatológicas, irritações da pele, com predisposição a infecções; problemas psicológicos sentem-se mal dentro do próprio corpo, sentimentos de isolamento e discriminação, dificuldades afetivas e sexuais, frustração em relação ao vestuário, problemas sociais, irregularidade no trabalho, perda do emprego e/ou dificuldade em conseguir emprego.

Tratamentos para Obesidade

HELLER e KERBAUY (2000, p. 32) afirmam que a obesidade deve-se ao excesso de ingestão de alimentos. FERSTER, NEURENBERGER e LEVITT citados pelas autoras vêm o comportamento alimentar como aprendido, sugerindo análise do mesmo e reeducação através de técnicas de autocontrole, pois “existem comportamentos que dificultam tanto a perda como a manutenção do peso, entre eles a resposta alimentar diante de uma situação problemática”.(p.35) Alterando as “cognições obesas” fica mais fácil perder e manter o peso. Porém a terapia comportamental apresenta-se mais eficaz em casos de pequenos e médios obesos, indicando a combinada a demais tratamentos no caos da obesidade mórbida.

De acordo com HELLER e KERBAUY (2000, p.34), estudos indicam que os obesos possuem cognição focada em comida/peso em graus mais elevado do que indivíduos de peso normal. Assim, tratamentos comportamentais para obesidade devem buscar modificação de pensamentos durante a alimentação para se modificar comportamentos de superalimentação.

RUSSO (1997, p.11) afirma que a maioria dos indivíduos com obesidade mórbida tentaram diversas formas de tratamento para emagrecer, voltando a engordar em seguida. BARROS, BRUNALDI e SALGADO JUNIOR (2003) relatam que o chamado “tratamento conservador da obesidade”, que é realizado através de mudanças nos hábitos alimentares, comportamentais, exercícios físicos e medicamentos são eficazes no combate da obesidade. Para eles, ocorre a perda do peso, porém, ou é muito pequena ou em pouco tempo esse é recuperado e até superado. Assim, em 1991 o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos estabeleceu que o único tratamento eficaz na perda e manutenção ponderal de obesos mórbidos é o cirúrgico.

Cirurgia Bariátrica

Indica-se cirurgia Bariátrica para indivíduos que preencham os seguintes critérios, de acordo com SOBRINHO (2003) Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40 kg/m² ou IMC entre 30 e 40 kg/m² quando existir uma patologia associada capaz de ser melhorada com a perda de peso: hipertensão arterial, diabetes, artrose radiologicamente comprovada apinéia do sono, obesidade estável há pelo menos 5 anos. Fracasso dos regimes alimentares ou medicamentos há mais de um ano. Ausência de patologias endócrinas descompensadas.

Também são necessárias avaliações psicológicas ou psiquiátricas, avaliação de risco cirúrgico, cardiológico e anestésico, avaliação nutricional, avaliação fisioterápica e ter consentimento informado previamente assinado.

MOHERDAUI (2003, p.104) afirma que existem 4 técnicas principais de cirurgia de redução de estômago:

O Balão Intragástrico é um balão de silicone que é inserido no estômago por meio de uma endoscopia, é inflado com soro, ocupando um terço do estômago. A perda de peso é cerca de 10% do total, porém pode-se ficar apenas seis meses com ele e grande parte dos indivíduos recupera o peso anterior. Pode causar cólicas, gastrite ou úlcera.

A Banda Gástrica é uma prótese de silicone que amarra o estômago, criando uma câmara de 20 ml com uma passagem de 1,2 cm. Ocasionalmente causa perda de 20% do peso total, porém é possível ingerir líquidos que engordam, burlando a cirurgia.

No método Fobi-capella o estômago é cortado e grampeado, tendo sua capacidade reduzida a 20 ml, gera 35 a 40% de perda de peso total, contudo há risco de morte e complicações, dificuldades de ingestão de arroz, doces e carnes.

No método Scopiano reduz-se o estômago a ¼ de seu tamanho, religando-o ao intestino num ponto onde a absorção de alimentos é menor. A perda de peso é de 30 a 40%, também há risco de morte e complicações em decorrência da intervenção e é grande a ocorrência de diarreia e flatulência.

GARRIDO JUNIOR, citado por MOHERDAUI (2003, p.105) afirma que só os riscos decorrentes da obesidade mórbida justificam a operação, por isso não deve ser realizada apenas por questão estética. PITOMBO (2004) acredita que “a cirurgia vem a ser menos traumática do que as próprias condições sociais e de saúde que a obesidade impõem ao paciente, empobrecendo ou até mesmo excluindo seu convívio social”. MARCHESINI (2004) concorda com este ponto de vista, afirmando que a primeira vista parece uma coisa agressiva e absurda, porém ao se colocar no lugar de pessoas obesas, entende-se que a cirurgia “é tão ou menos radical e violenta que a própria obesidade”. Tem como objetivo a busca de manutenção da saúde e da vida.

Influência Psicológica e Importância do Psicólogo.

“As mudanças não são poucas na vida de quem deixa de ser obeso mórbido. Quem opta pela cirurgia deve saber que está optando por enormes mudanças internas e externas, mas também está optando pela vida. A psicoterapia ajuda na reorganização desta nova vida, em um corpo inevitavelmente diferente”.(LEVY, 2004)

Os obesos mórvidos, com a cirurgia terão que se adaptar a um novo estilo de vida, completamente diferente ao que estava acostumado, afirma LEVY (2004). Para SZECO (2004), com o tempo estes indivíduos darão conta “que os hábitos alimentares adquiridos desde a primeira infância irão mudar e que isto afetará sua vida como um todo e não só no que diz respeito ao estômago”.

ZANELLA citada por FERREIRA (2003) afirma que fatores psicológicos podem afetar de forma negativa o resultado de tratamentos para emagrecer.

Na fase que antecede a cirurgia a avaliação psicológica se justifica na necessidade de preparar, orientar, apoiar e informar o indivíduo a respeito da cirurgia, de acordo com FRANQUES in GARRIDO JUNIOR (2002, p.78) SZECO (2004) acredita que o objetivo principal da intervenção psicológica nessa fase é observar o estado psíquico do indivíduo, o porque ele ter optado pela cirurgia. Também enfoca-se a mudança no comportamento alimentar, visando desenvolver um comportamento assertivo e maior adesão ao tratamento médico e nutricional.

No pós-operatório, segundo PITOMBO (2004) surgem novas questões que o ex-obeso terá que lidar, pois ele estará privado de um de seus maiores prazeres e ainda não será magro. MARCHESINI (2003) afirma que o foco terapêutico neste período deve ser a nova imagem corporal e suas repercussões na personalidade do indivíduo, pois muitos não conseguem abrir mão de sua forma, boicotando o tratamento.

“O magro também sofre de desemprego, desilusão amorosa e perdas. Por esses e muitos outros motivos o acompanhamento psicológico é de extrema importância. Equilíbrio emocional também é saúde, sendo fundamental para ajudar o paciente a extrair o melhor de sua nova condição de vida”. (PITOMBO, 2004)

Método

Participantes

Treze indivíduos com idade entre 20 (vinte) e 60 (sessenta) anos que se submeteram à cirurgia bariátrica na cidade de Curitiba, há no mínimo 6 (seis) meses.

Local:

Consultório médico e sala de aula da faculdade do campus Champagnat da Universidade Tuiuti do Paraná- UTP.

Materiais

Entrevistas semi-estruturadas com 5 (cinco) perguntas abertas referentes ao acompanhamento psicológico na cirurgia de redução da câmara gástrica.

Procedimento

Os participantes foram contatados e instruídos a respeito da pesquisa, aceitando participar da mesma, e sendo assegurados do seu anonimato.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas visando investigar a respeito da realização do acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório.

As entrevistas foram elaboradas e realizadas pelas acadêmicas. Esta foi realizada em duas fases. Na primeira, as entrevistas foram analisadas individualmente, uma a uma. Na segunda fase, analisou-se os conteúdos em comum de todas as entrevistas, categorizando as respostas obtidas.

Resultados

Foram entrevistados 13 (treze) indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, dos quais 92,4% (n=12) afirmaram que o trabalho do psicólogo é muito importante durante as fases que antecedem e sucedem a intervenção. Para o P12 (7,7% [n=1]), é tão importante quanto à cirurgia, já o P7 (7,7% [n=1]), acredita ser desnecessário, mas que pode ajudar.

TABELA 1- OPINIÃO DE INDIVÍDUOS QUE SE SUBMETERAM A CIRURGIA BARIÁTRICA EM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO - 2004

PARTICIPANTES	OPINIÕES	
	MUITO IMPORTANTE	DISPENSÁVEL
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	

6	X	
7		X
8	X	
9	X	
10	X	
11	X	
12	X	
13	X	
TOTAL	12	1

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA: Modelo de entrevistas realizadas em anexo.

Apenas 46,2% [P2, P5, P9, P10, P11 e P13 (n=6)] realizaram acompanhamento psicológico, sendo 23,1% [P5, P9 e P11 (n=3)] apenas no pré-operatório. O P7 [7,7% (n=1)] afirma ter feito apenas uma entrevista com o psicólogo para conseguir a autorização para a cirurgia. P4 e P8 [15,4% (n=2)] consideram o psicólogo importante para outros casos, e não os deles. Já o P6 [7,7% (n=1)] afirma estar com a “cabeça boa” por estar fazendo acompanhamento com a nutricionista, que segundo o participante, deu mais resultado.

TABELA 2- REALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO
 POR INDIVÍDUOS QUE SE SUBMETERAM A CIRURGIA DE
 REDUÇÃO DE ESTÔMAGO EM CURITIBA-2004

PARTICIPANTES	ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO				
	PRÉ-OPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	UMA ENTREVISTA PARA AUTORIZAR A CIRURGIA	NÃO REALIZARAM	NÃO REALIZARAM, POIS ACREDITAM NÃO PRECISAR
1				X	
2		X			
3				X	
4					X
5	X	X			
6					X
7			X		
8					X
9	X	X			
10		X			
11	X				
12		X			
13		X			
TOTAL	3	6	1	2	3

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA: Modelo de entrevistas realizadas em anexo.

Dos participantes, 23,1% [P6, P7 e P13 (n=3)] relatam ter tido problemas por não seguirem a dieta, porém acreditam não ter cunho psicológico. Os demais participantes [77% (n=10)] afirmam não ter tido problemas, e o P2 [n=1 (7,7%)] relata que no seu caso isso se deu graças ao acompanhamento psicológico.

TABELA 3- PARTICIPANTES QUE TIVERAM PROBLEMAS NO PÓS OPERATÓRIO POR NÃO SEGUIREM A DIETA PROPOSTA PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR -2004

PARTICIPANTES	COMPLICAÇÕES	
	NÃO	SIM, PORÉM SEM CUNHO PSICOLOGICO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6		X
7		X
8	X	
9	X	
10	X	
11	X	
12	X	
13		X
TOTAL	10	3

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA: Modelo de entrevistas realizadas em anexo.

Discussão

A confirmação da eficácia da cirurgia bariátrica em relação aos outros tratamentos para obesidade mórbida levou os indivíduos obesos a procurar diretamente essa intervenção, mesmo quando ainda não existam as exigências necessárias para a realização desta, assim alguns engordaram mais, propositalmente para conseguir de forma mais fácil e alcançar o objetivo de ter o corpo desejado ou diminuir os riscos de saúde, resultando em um modismo e conveniência. Pois comprovou-se que indivíduos obesos mórbidos têm dificuldades em emagrecer somente com dietas alimentares com baixas calorias e com terapia comportamental, afirma SOBRINHO (2003) que apenas 10% deles conseguem. O autocontrole e mudança de hábitos alimentares são os focos da Terapia Comportamental, explica PEREIRA e HELLER (2003, citando SILVA). O

comportamento é aprendido e pode ser modificado, para isso necessita-se alterar o ambiente que influencia o comportamento (SEGAL in HALPERN e MANCINI, 2002, p.123). Na história de vida de obesos percebe-se que os pais oferecem alimentos para qualquer manifestação do bebê, fazendo-os com que passem a infância, chegando à fase adulta, associando frustrações à alimentação, não conseguindo encontrar o seu estado de saciedade (GUIMARÃES e HELLER citando FISBERG, 2003, p.13). Assim, sabe-se que o que mais os influenciam são os estímulos externos, e não que estes tenham mais fome que os indivíduos não obesos (SCHACHTER e GROSS in HELLER e KERBAUY, 2000, p.33).

Percebendo-se a necessidade de uma investigação com os indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, de quão preparados foram e estão para a aceitação do novo modo de vida que precisam adotar após a cirurgia, pois sabe-se que muitos não tiveram preparação psicológica e de outras abordagens necessárias. PITOMBO (2004) afirma que no período pós-operatório surgem novas questões com que o paciente precisa lidar. Através da pesquisa viu-se que os pacientes não se preocupam com as conseqüências, pois visualizam apenas o objetivo final: emagrecer e não a saúde. Isto faz com que não percebam o quanto importante é o acompanhamento da equipe multidisciplinar juntamente com o acompanhamento psicológico.

Conclusão

No decorrer da pesquisa, os ex-obesos, afirmam considerar o trabalho do psicólogo importante e de grande ajuda na intervenção cirúrgica e no pós-operatório, mas muitos não o fazem.

Pode-se notar tanto na pesquisa realizada com os cirurgiões bariátricos como na com ex-pacientes obesos que há somente um protocolo médico definido pela Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica para a realização da cirurgia, entretanto não possui um protocolo psicológico padrão. Além disso, percebe-se que os cirurgiões bariátricos não dão muita importância ao trabalho psicológico não exigindo que os pacientes façam a devida avaliação e acompanhamento não transmitindo a necessidade do mesmo a não adesão ao tratamento a este. Assim sugere-se mais pesquisas a esse respeito para a elaboração deste protocolo dando ênfase, não apenas ao trabalho do cirurgião, mas sim de toda a equipe multidisciplinar.

Referências

BARROS, C.J.; BRUNALDI, J.E. E SALGADO JUNIOR, W. **O tratamento cirúrgico para obesidade que não se resolve de outra forma.** Disponível em <http://www.agendasaude.com.br/materiais/index.asp?cod=46/>. Acesso em 05 jun.2003.

FARIA, A.S. e RAMOS, L.H. **Portadores de Obesidade Mórbida candidatos à gastroplastia: avaliação psicológica e sua importância.** Curitiba, 2002. 13f. Artigo de graduação. (Formação de Psicólogo). Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Tuiuti do Paraná.

FERREIRA, T. **Transtornos emocionais são inimigos na luta contra a obesidade.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed157/pesq7.htm> Acesso em: 05 jun. 2003.

GARRIDO JUNIOR, A.B. (org). **Cirurgia da Obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2002.

HELLER, D.C.L. e KERBAUY, R.R. Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimento com uma população de baixa escolaridade. **Revista Brasileira de Terapias Comportamental e Cognitiva**, Curitiba, v 2, n°1, p.31-52, 2000.

LEVY, A. **Importância do Apoio Psicológico na Cirurgia Bariátrica.** Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/news/articule.php?storyid=379> Acesso em: 15 ago. 2004.

MARCHESINI, S. D. **Aspectos psicológicos da obesidade.** Disponível em: <http://www.gastronet.com.br/newpage11.htm> Acesso em: 05 jun. 2003.

MOHERDAUÍ, B. Comer bem nunca mais. **Revista Veja**, São Paulo, v.36, n.15, p.104-106, 16 abr. 2003.

PITOMBO, C. **Obesidade Mórbida.** Disponível em: <http://cirurgiaavancada.com.Br/psi.htm>. Acesso em 15 ago.2004.

RUSSO, F. **Qualidade de vida em pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia de redução da câmara gástrica.** São Paulo, 1997. 58 f. Monografia (Pós- graduação) – Setor de

Divisão de Psicologia do Instituto central do Hospital das Clínicas-FMUSP, Universidade de São Paulo .

SOBRINHO, S. **Obesidade Mórbida**. Disponível em:
<http://www.internext.com.br/videocirurgia/obesidade_morbida.htm>. Acesso em: 05 jun.2003.

SOUZA, G.S. **Obesidade**. Disponível em:
<<http://www.saudenarede.ubbi.com.br/saude.htm>> Acesso em :05 jun. 2003.

SZEGO, T. **Psicologia**. Disponível em: <<http://www.ccogastro.com.br/especialidades.asp>>
Acesso em: 22 set.2004.

Pergunta feitas aos Pacientes:

1. Como você vê o trabalho do psicólogo nas fases que antecedem e sucedem a intervenção cirúrgica?
2. Você teve algum problema por não seguir a dieta indicada? Você acha que um acompanhamento psicológico poderia evitar isso?
3. Você acha que o acompanhamento psicológico pode ajudar no período pós-operatório, e nas três primeiras semanas?
4. Você acha que o acompanhamento psicológico pode facilitar a adesão ao tratamento nutricional proposto pela equipe?
5. Você fez acompanhamento psicológico? Por quanto tempo?
6. Quanto tempo faz que você fez a cirurgia?