

## CONHECIMENTO DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA SOBRE OS CUIDADOS NO PERIOPERATÓRIO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Lívia Moreira Barros (1); Joselany Áfio Caetano (2)

1. *Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: livia.moreirab@hotmail.com*

2. *Universidade Federal do Ceará. E-mail: joselany@ufc.br*

Objetivou-se mensurar o conhecimento de pacientes do pré-operatório sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório antes e após a intervenção educativa. Trata-se de estudo quase-experimental realizado em junho de 2017 em um hospital referência em cirurgia bariátrica no Estado do Ceará-Brasil com 30 candidatos ao procedimento cirúrgico. Os dados foram coletados no primeiro encontro e após três semanas a partir do inquérito CAP sobre cirurgia bariátrica, sendo as questões divididas em quatro domínios: cirurgia bariátrica e pré-operatório; internação e pós-operatório hospitalar; pós-operatório domiciliar e pós-operatório tardio. A intervenção educativa foi realizada em três encontros semanais de duração de 90 a 120 minutos e o material didático utilizado foi a cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável”. Os dados foram avaliados no software R com o teste binomial e o valor estipulado para conhecimento adequado sobre a temática da questão foi percentual de concordância de, no mínimo, 70% entre os participantes ( $p > 0,05$ ). Os resultados evidenciaram que os pacientes apresentavam déficit de conhecimento, principalmente em relação aos cuidados durante a internação hospitalar. As questões que apresentaram elevados índices de erros foram: complicações cirúrgicas com o rompimento dos grampos e costuras, repouso durante a internação e normalidade na presença de sinais de infecção na ferida operatória. No pós-teste, houve melhora da porcentagem e do p-valor de todas as questões avaliadas no domínio. Das 10 questões que não atingiram a frequência adequada no pré-teste, somente cinco ainda permaneceram com frequência de acertos inferior ao estipulado (70%). Após a intervenção educativa, foi evidenciado aumento do conhecimento entre os participantes do estudo e a maioria foi classificada com conhecimento adequado. A cartilha pode ser considerada como uma tecnologia que permite a obtenção de informações sobre saúde de forma inovadora e confiável entre pacientes do programa de obesidade atendidos no SUS, garantindo ao paciente obeso, a integralidade do cuidado por intermédio de intervenção educativa alinhada aos princípios da promoção da saúde como autonomia e autocuidado.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica, Enfermagem, Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é a opção de tratamento mais eficaz para a obesidade mórbida, complementando a prática de outras terapias não cirúrgicas para o controle de peso e de comorbidades associadas. Além de proporcionar uma perda ponderal sustentável em longo prazo, esse procedimento cirúrgico também melhora o metabolismo do indivíduo com melhora ou remissão de diversas doenças (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia), bem como a melhora do bem-estar biopsicossocial, além de um impacto positivo na qualidade de vida (STANFORD et al., 2015; TABIBIAN et al., 2015).

Embora a cirurgia bariátrica seja vista como uma intervenção eficaz, esse tratamento não é uma "cura milagrosa" (MCGRICE; PAUL, 2015), pois apesar dos resultados favoráveis, nem sempre a perda ponderal é sustentada, com chances de reganho de peso associado ao reaparecimento das comorbidade e possíveis complicações tardias têm sido relatado (CHRISTOU, EFTHIMIOU, 2009). Diante disso, o entendimento das intercorrências pós-operatórias pode direcionar os cuidados necessários para manter os melhores resultados.

A educação do paciente influencia positivamente na adaptação do indivíduo às condutas do pós-operatório, tendo em vista que ele obtém conhecimento sobre todo o processo do período perioperatório, o que favorece a resolução de dúvidas e o esclarecimento sobre o potencial de perda de peso, as fases dietéticas, os benefícios da atividade física, as possíveis complicações e a possibilidade do reganho de peso (BARROS et al., 2015).

O fornecimento de materiais educativos pode ajudar a responder a perguntas comuns de pacientes e solucionar queixas e preocupações relacionadas à cirurgia bariátrica, aumentando, assim, a satisfação do paciente e a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro (LEAHY; LUNING, 2015). No mestrado, foi construída e validada a cartilha "Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável" que representa uma tecnologia educacional com linguagem simples, layout atraente e conteúdo baseado nas necessidades de informações de indivíduos que buscam o tratamento da cirurgia bariátrica, construída com o objetivo de servir como uma ferramenta a ser utilizada na educação em saúde por qualquer profissional de saúde, além de ser um recurso de apoio para os candidatos e/ou pessoas que já se submeteram a cirurgia bariátrica e também para seus familiares com o intuito de esclarecer as dúvidas e aumentar o conhecimento sobre o tratamento, favorecendo o princípio da autonomia e o empoderamento (BARROS, 2015).

Possibilitar o acesso à informações por intermédio de uma cartilha favorece uma prática educativa mais dinâmica que permite o aprendizado e contribui para uma melhor vivência no pós-operatório, promovendo, assim, uma vida mais saudável com a participação ativa na tomada de decisão sobre as melhores condutas para o alcance da perda de peso, da melhora das condições clínicas, do bem-estar, da autoestima e da redução dos riscos de desenvolvimento de complicações ou reganho de peso. Diante do exposto, surge o questionamento: o uso da cartilha "Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável." favorece o aumento do conhecimento em relação aos cuidados no perioperatório? Assim, esse estudo teve como objetivo mensurar o conhecimento de pacientes do pré-operatório sobre

cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório antes e após a intervenção educativa.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quase-experimental com grupo único desenvolvido em uma instituição de referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará, a qual é representada por um hospital secundário que possui uma unidade de assistência em alta complexidade ao paciente portador de obesidade mórbida.

A população de interesse deste estudo foi representada pelos pacientes que estão vivenciando o pré-operatório mediato. A amostra foi selecionada segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e aplicados a todos os pacientes aptos a realizar a cirurgia e constam seu nome no livro da fila de espera da cirurgia bariátrica, ou seja, aqueles pacientes que já realizaram todas as consultas com a equipe multiprofissional e possuem todos os laudos.

Os critérios de inclusão foram: a) estar cadastrado no programa de obesidade da instituição em estudo; b) estar vivenciando pré-operatório mediato e c) ser alfabetizado. Já os critérios de exclusão foram: pacientes que possuem alguma limitação cognitiva de modo a comprometer a sua participação na intervenção educativa ou a resposta ao instrumento de coleta de dados. Para caracterizar a descontinuidade dos participantes no estudo foram adotados os seguintes critérios: realização da cirurgia bariátrica e desistência em participar da pesquisa após início da coleta de dados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi composta por 30 pacientes e não houve perda amostral ao longo do estudo.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador responsável deverá se apresentar e convidar o paciente para participar do estudo, explicando o objetivo e os momentos da aplicação dos instrumentos durante a pesquisa. Após o aceite, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o caráter sigiloso dos dados e o anonimato, além do direito de retirar o seu consentimento no momento em que desejar. Vale ressaltar que o TCLE foi disponibilizado em duas vias em que uma foi entregue ao participante e a outra ficará sob posse do pesquisador.

Considerando a cartilha como uma intervenção educativa, este estudo utilizará a tecnologia educacional “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” que apresenta orientações sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados no perioperatório. A cartilha, independente da temática ou a quem é destinada, deve ter sempre a mediação de um profissional de saúde. A tecnologia educativa poderá ficar com o paciente, porém é fundamental que o profissional explique o objetivo do

material, visando informar e esclarecer corretamente os conteúdos da cartilha, e inicie a leitura junto com paciente.

Dessa forma, a intervenção educativa foi realizada a partir de um grupo educativo que teve duração de 3 semanas a partir de encontros semanais, pois como o conteúdo da cartilha é extenso por abordar todo o processo perioperatório da cirurgia bariátrica, optou-se por dividir em três momentos: **1º Encontro** (Cirurgia bariátrica, técnicas e pré-operatório); **2º Encontro** (Internação, centro cirúrgico e pós-operatório hospitalar); **3º Encontro** (pós-operatório domiciliar e tardio). O grupo educativo ocorreu no auditório da instituição em estudo, a qual possui fácil acesso para os pacientes. Cada encontro durava, em média, 1h30 e, ao final, era ofertado um lanche saudável como forma de agradecimento pela presença. Em todos os momentos, o pesquisador principal esteve ao lado do paciente para conduzir a leitura.

Em cada encontro, inicialmente, foi realizada uma dinâmica de integração para promover a aproximação entre os participantes e o pesquisador, o que durava, em média, 10 a 15 minutos. Posteriormente, foi entregue um exemplar da cartilha educativa e os participantes eram orientados quanto aos capítulos deveriam ser lidos de acordo com a temática do dia. Após a leitura da cartilha, houve a “dinâmica da caixa” em que, caso houvesse dúvida sobre o tema, o participante receberia uma filipeta de papel para anotar sua dúvida e colocar na caixinha. Para finalizar o encontro, os participantes foram questionados quanto à satisfação em participar do encontro e se haviam gostado, o que contou com 20 a 30 minutos do encontro.

O instrumento de coleta de dados foi constituído pelo Inquérito CAP sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório que permite realizar o diagnóstico educacional de uma determinada população-alvo, tendo em vista que objetiva identificar o que as pessoas sabem sobre um assunto, o que elas sentem, as ideias pré-concebidas relacionadas a tal assunto e como elas demonstram seus conhecimentos por meio de suas ações.

Assim, para este estudo, a aplicação do inquérito CAP no primeiro encontro (Momento 0 - linha de base) serviu como parâmetro para o diagnóstico situacional dos pacientes sobre a temática em estudo, representando o pré-teste. No último encontro (M1 – após 15 dias), foi aplicado novamente o inquérito CAP, sendo comparados o pré e pós-teste, proporcionando a identificação das mudanças favorecidas pela intervenção educativa no conhecimento e na atitude, tendo em vista que a prática não pode ser avaliada por se tratar de pacientes que ainda não realizaram a cirurgia.

O inquérito CAP contém 35 questões e foi construído a partir do conteúdo da cartilha educativa e da revisão integrativa sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório realizada na dissertação de mestrado (BARROS, 2015). Os dados coletados foram digitados e analisados de acordo com os momentos estabelecidos (0 e 1) e compilados no Excel. Posteriormente, foi utilizado o software R para análise estatística. Foi aplicado teste binomial para verificar a porcentagem de acertos dos itens relacionados ao conhecimento sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica em que valores de  $p$  superiores a 0,05 indicavam que houve uma quantidade de acertos entre os pacientes, estatisticamente não inferior a 70%, rejeitando a hipótese nula. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em estudo, sendo aprovada sob parecer 1.658.436 (CAAE 56499116.2.3001.5041). A coleta com os sujeitos se realizou somente após aprovação por escrito, procurando atender aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Nas tabelas 1 a 4, apresenta-se as frequências absolutas e relativas de participantes que acertaram cada questão no pré e pós-teste de acordo com a análise estatística em que o valor estipulado para conhecimento adequado sobre a temática da questão foi de um percentual de concordância de, no mínimo, 70% entre os participantes ( $p > 0,05$ ).

Tabela 1- Comparação do domínio de questões sobre cirurgia bariátrica e pré-operatório antes e 15 dias após a intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2017 (n=30).

Cirurgia e pré-operatório	Antes Acertos*		Após 15 dias Acertos*	
	% (n)	p†	% (n)	p†
1. A cirurgia bariátrica tem como principais benefícios a perda de peso, a resolução e/ou controle de doenças associadas à obesidade e à melhora da qualidade de vida.	100 (30)	1	96,7 (29)	1
2. O apoio da família não é considerado como critério para a realização da cirurgia bariátrica.	76,7 (23)	0,840	73,3 (22)	0,718
3. Para realizar a cirurgia, o paciente deve ter tentado emagrecer com os outros tratamentos (dieta, exercício físico, remédios), não tendo sucesso na perda de peso.	93,3 (28)	0,999	83,3 (25)	0,969

4. O pré-operatório possibilita a avaliação clínica do paciente, a identificação dos fatores que possam comprometer o sucesso da cirurgia e a orientação dos candidatos e familiares sobre a cirurgia bariátrica.	80 (24)	0,923	93,3 (28)	0,999
5. É preciso parar de fumar ou de beber antes da cirurgia.	96,7 (29)	1	100 (30)	1
6. O tempo de preparo no pré-operatório é igual para todas as pessoas.	<b>43,3 (13)</b>	0,002	<b>40,0 (12)</b>	0,000

\*Frequência e porcentagem de acertos do total de pacientes avaliados antes e depois da intervenção;

†Teste Binomial.

Nas questões relativas à indicação da cirurgia bariátrica e cuidados no pré-operatório, observou-se melhora na porcentagem de acertos sobre o objetivo do momento pré-cirúrgico (questão 4) e cessação de tabagismo e etilismo antes da cirurgia (questão 5). As outras questões apresentaram discreta diminuição de acertos no pós-teste, porém permaneceram com frequência superior a 70% (tabela 1).

Tabela 2 - Comparação do domínio de questões sobre internação e pós-operatório hospitalar antes e 15 dias após a intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2017 (n=30).

Internação e Pós-operatório hospitalar	Antes Acertos*		Após 15 dias Acertos*	
	% (n)	p†	% (n)	p†
7. É necessário um jejum de 12 horas antes da cirurgia.	<b>66,7 (20)</b>	0,411	93,3 (28)	0,999
8. Serão aplicadas injeções de medicação anticoagulante para prevenir a formação de coágulos sanguíneos.	<b>60,0 (18)</b>	0,159	86,7 (26)	0,990
9. Após a cirurgia, o paciente será encaminhado diretamente para o quarto.	<b>50,0 (15)</b>	0,01	70,0 (21)	0,568
10. A cirurgia bariátrica apresenta riscos e complicações.	<b>60,0 (18)</b>	0,159	70,0 (21)	0,568
11. As costuras do intestino e o grampeamento do estômago nunca abrem, resultando em vazamento e infecção.	<b>26,7 (8)</b>	<0,000	<b>60,0 (18)</b>	0,159
12. Caso seja necessário, o paciente pode realizar outras cirurgias. A reoperação ocorre devido ao sangramento, hérnias, úlceras, abertura dos grampos cirúrgicos, fístula, obstrução do intestino ou estômago, entre outras causas.	<b>53,3 (16)</b>	0,040	<b>66,7 (20)</b>	0,411
13. Quando estiver na enfermaria, o ideal é que o paciente permaneça o tempo todo de repouso, ficando deitado na cama.	<b>46,7 (14)</b>	0,006	<b>63,3 (19)</b>	0,269
14. Mesmo sem a liberação médica, o paciente poderá iniciar a dieta líquida restrita e beber líquidos claros (água, água de coco ou chás) em intervalos de tempo estabelecidos pelo nutricionista.	<b>66,7 (20)</b>	0,411	<b>66,7 (20)</b>	0,411
15. As caminhadas e o uso de meias compressivas diminuem o risco de Trombose Venosa Profunda (TVP) e embolia pulmonar, facilitam a eliminação de gases e reduzem a dor após a cirurgia.	<b>63,3 (19)</b>	0,269	93,3 (28)	0,999
16. Para melhorar a função dos pulmões, é importante realizar os exercícios respiratórios orientados pelo fisioterapeuta.	90 (27)	0,997	96,7 (29)	1
17. É normal ter inchaço, calor e vermelhidão na cicatriz da cirurgia.	<b>40 (12)</b>	0,000	<b>63,3 (19)</b>	0,269

\*Frequência e porcentagem de acertos do total de pacientes avaliados antes e depois da intervenção;

†Teste Binomial.

No domínio sobre internação e pós-operatório hospitalar, a maioria das questões teve frequência de acertos inferior a 70% entre os participantes. As temáticas que apresentaram elevados índices de erros foram: complicações

cirúrgicas com o rompimento dos grampos e costuras, repouso durante a internação e normalidade na presença de sinais de infecção na ferida operatória. No pós-teste, houve melhora da porcentagem e do p-valor de todas as questões avaliadas no domínio. Das 10 questões que não atingiram a frequência adequada no pré-teste, somente cinco ainda permaneceram com frequência de acertos inferior ao estipulado (tabela 2).

Tabela 3 - Comparação do domínio de questões sobre pós-operatório domiciliar antes e 15 dias após a intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2017 (n=30).

Pós-operatório domiciliar	Antes Acertos*		Após 15 dias Acertos*	
	% (n)	p†	% (n)	p†
18. Em casa, o paciente poderá lavar a ferida operatória durante o banho com sabonete antisséptico.	<b>56,7 (17)</b>	0,084	93,3 (28)	0,999
19. A progressão da dieta alimentar (de líquidos claros até a dieta regular) depende da adaptação a pequenos volumes e da correta mastigação.	76,7 (23)	0,840	93,3 (28)	0,999
20. É normal ter náuseas e vômitos no pós-operatório tardio.	<b>6,7 (2)</b>	<0,000	<b>26,7 (8)</b>	<0,000
21. Nos primeiros seis meses, o paciente deve evitar doces, bebidas gaseificadas e de alto teor calórico (tais como refrigerantes, cerveja e milkshakes) e alimentos que causam mal-estar como frituras e alimentos gordurosos.	90,0 (27)	0,997	93,3 (28)	0,999
22. O paciente deve beber água apenas quando sentir sede. O ideal é beber, no mínimo, dois litros de água por dia, devagar e em pequenos goles.	<b>13,3 (4)</b>	<0,000	<b>26,7 (8)</b>	<0,000
23. Não é preciso tomar o suplemento vitamínico todos os dias, podendo deixar de tomar durante os finais de semana.	70,0 (21)	0,568	83,3 (25)	0,969
24. Após a cirurgia, o paciente terá que mastigar bastante todos os alimentos sólidos sob o perigo de, se não mastigar corretamente, sentir dor ao engolir, vomitar ou obstruir a passagem dos alimentos, podendo necessitar de endoscopia ou cirurgia.	73,3 (22)	0,718	83,3 (25)	0,969
25. Caso tenha vômitos, o paciente deve escovar os dentes imediatamente.	<b>16,7 (5)</b>	<0,000	76,7 (23)	0,840
26. No pós-operatório, nenhum paciente apresenta depressão, compulsão por compras, bebida e comida ou outro transtorno psicológico.	<b>53,3 (16)</b>	0,040	70,0 (21)	0,568
27. É necessário retornar às consultas com a equipe da cirurgia bariátrica (cirurgião, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo) somente no primeiro ano de pós-operatório.	76,7 (23)	0,840	<b>60,0 (18)</b>	0,159
28. Sempre que tiver alguma dificuldade no pós-operatório, o paciente deve procurar, primeiramente, amigos e conhecidos que realizaram a cirurgia bariátrica. Somente depois disso é que deve procurar os profissionais da equipe de cirurgia bariátrica.	90 (27)	0,997	83,3 (25)	0,969

\*Frequência e porcentagem de acertos do total de pacientes avaliados antes e depois da intervenção;

†Teste Binomial.

Quanto aos cuidados no pós-operatório domiciliar, verificou-se, no pré-teste, conhecimento inadequado sobre a lavagem da ferida operatória com sabonete antisséptico, ocorrência de vômitos frequentes após a cirurgia, necessidade de ingerir líquidos para prevenir desidratação, escovação dos dentes após vômitos e ocorrência de distúrbios psicológicos no pós-operatório (tabela 3).

Tabela 4 - Comparação do domínio de questões sobre pós-operatório tardio antes e 15 dias após a intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2017 (n=30).

Pós-operatório tardio	Antes Acertos*		Após 15 dias Acertos*	
	% (n)	p†	% (n)	p†
29. A perda de peso é maior nos seis primeiros meses após a cirurgia e dependerá muito da alimentação e da prática de atividade física regularmente.	<b>63,3 (19)</b>	0,269	100 (30)	1
30. Com a cirurgia bariátrica, é garantido a manutenção da perda de peso por toda a vida.	<b>63,3 (19)</b>	0,269	80,0 (24)	0,923
31. É normal haver mudanças no gosto (paladar) e no cheiro (olfato) dos alimentos; aumento no número de evacuações diárias com fezes e gases com forte odor; aumento do suor e feridas nas regiões onde há excesso de pele.	<b>40,0 (12)</b>	0,000	83,3 (25)	0,969
32. Após a cirurgia, ocorre a melhora das doenças como pressão alta e diabetes e o paciente pode parar de tomar seus remédios quando se sentir bem.	<b>16,7 (5)</b>	<0,000	<b>30,0 (9)</b>	<0,000
33. A síndrome de dumping é causada pelo rápido esvaziamento do estômago devido ao consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras. O paciente pode apresentar aumento dos batimentos cardíacos, suor frio, cólicas abdominais e diarreia.	<b>43,3 (13)</b>	0,002	76,7 (23)	0,840
34. As bebidas alcoólicas são liberadas após 3 meses e o paciente pode consumir a mesma quantidade que tomava antes de realizar a cirurgia.	80,0 (24)	0,923	80,0 (24)	0,923
35. A queda de cabelo, unhas quebradiças e pele ressecada ocorrem devido à diminuição de nutrientes no organismo. Isso é normal e temporário, podendo acontecer entre o 3º e o 10º mês de pós-operatório.	<b>60,0 (18)</b>	0,159	86,7 (26)	0,990

\*Frequência e porcentagem de acertos do total de pacientes avaliados antes e depois da intervenção;

†Teste Binomial.

Ao comparar as questões sobre pós-operatório tardio no pré e pós-teste, foi possível identificar permanência de baixo conhecimento somente sobre a cessação dos remédios após a melhora das condições clínicas que evoluiu de 16,7% ( $p < 0,000$ ) para 30% de acertos ( $< 0,000$ ) (tabela 4).

## DISCUSSÃO

Houve melhora do conhecimento entre os pacientes quando comparado antes da intervenção e após os 15 dias. As questões trabalhadas no inquérito CAP sobre cirurgia bariátrica abordam tópicos como: Cirurgia e pré-operatório; internação e pós-operatório hospitalar; pós-operatório domiciliar e pós-operatório tardio.

No tópico relacionado à indicação da cirurgia bariátrica e cuidados no pré-operatório, são abordadas questões sobre os principais benefícios da cirurgia bariátrica, a importância do apoio da família, outros tratamentos realizados antes da cirurgia, aspectos avaliados no pré-operatório; mudanças no estilo de vida antes da cirurgia e tempo no pré-operatório. Os participantes obtiveram um conhecimento adequado neste tópico, já que na maioria das perguntas houve um acerto acima de 70% após 15 dias



da intervenção. Observou-se melhora na porcentagem de acertos sobre o objetivo do momento pré-cirúrgico (questão 4) e cessação de tabagismo e etilismo antes da cirurgia (questão 5).

O procedimento para realização da cirurgia bariátrica inclui avaliação individual, realizada por médico cirurgião e clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta e anesthesiologista. Após a avaliação, o paciente irá conhecer as características, as necessidades, os riscos e as limitações da cirurgia, participando de reuniões com a equipe multiprofissional e com pacientes já operados, para assim ter mais certeza da decisão (BARROS et al., 2015).

No processo de avaliação e preparação psicológica para a cirurgia, é importante considerar o significado da alimentação e da obesidade para a família e para a pessoa, seus recursos para manejar limites e sentimentos de desconforto e frustrações. Também devem ser abordados os fatores relacionados à decisão do paciente em se submeter à cirurgia bariátrica e as suas expectativas com relação ao pós-cirúrgico (NEIL; ROBERSON, 2015).

A crescente demanda pela cirurgia bariátrica indica a necessidade de explorar os fatores implicados na decisão de realizá-la, porém é importante um bom grau de informação sobre o procedimento, além de uma motivação elevada para o alcance dos resultados. Os candidatos à cirurgia bariátrica devem entender a necessidade de mudança de atitude, sendo comum a redução na prática de tabagismo e etilismo, estando nossos resultados em consenso com outro estudo presente na literatura, o qual verificou também uma redução no número de fumantes e de consumidores de bebidas alcoólicas após a realização da cirurgia (BARROS et al., 2013).

A cessação do tabagismo é recomendada no período pré-operatório com o intuito de minimizar a ocorrência de complicações cirúrgicas. Além disso, sabe-se que o tabagismo está associado a um aumento da massa corporal, representando uma preocupação na tentativa de abandono do fumo. Com relação às bebidas alcoólicas, elas podem representar risco de insucesso de perda de peso, por serem líquidos hipercalóricos e por diminuírem a biodisponibilidade de nutrientes, promovendo a desnutrição (ZYGER et al., 2016). Outro fator negativo do etilismo é que o paciente pode tentar satisfazer com a bebida alcoólica a vontade que ele tinha anteriormente em comer.

São inúmeras as orientações recebidas pelos pacientes no período perioperatorio; dentre elas, a orientação para o cuidado nutricional que deve ser iniciada antes da cirurgia bariátrica para esclarecer a evolução da dieta no período pós-operatório. As mudanças da dieta devem ser orientadas conforme o

momento em que o paciente se encontra, evitando que o mesmo se confunda e tenha complicações, tais como: náuseas, vômitos, síndrome de dumping, diarreia, constipação, obstrução gástrica, intolerâncias alimentares, perda de peso insuficiente, ganho de peso após procedimento, ruptura da linha de grampeamento e deficiência de alguns micronutrientes específicos, tais como ácido fólico, ferro e vitamina B12 (PADWAL et al., 2013).

A alimentação no período pós-operatório de cirurgia bariátrica pode variar de acordo com o protocolo da equipe bariátrica, mas é consenso que a dieta deve permitir o repouso gastrointestinal, visando uma cicatrização adequada, além de manter o paciente bem hidratado. A alimentação nos primeiros 15 dias de cirurgia deve ser líquida e nos 15 dias subsequentes, pastosa. Alimentos sólidos só serão permitidos a partir do segundo mês pós-cirúrgico, sempre sob a orientação nutricional, pois esta progressão evita complicações como vômitos e obstrução (MCGRICE; PAUL, 2015).

Outras orientações importantes, como o consumo de gorduras, bebidas gaseificadas e outros alimentos, que faziam parte da vida dos pacientes antes da cirurgia devem ser discutidos, já que o novo estilo de vida ocasionará uma melhoria na vida destes pacientes, com uma percepção positiva de si, melhoria de comorbidades, porém o compromisso com o autocuidado é uma condição básica para que alcancem a melhora de seu estado geral. Importantes abordar os hábitos dos pacientes, que deve abranger a ingestão de alimentos e líquidos, hábitos alimentares, horário, frequência, preferência, intolerância, quantidade e qualidade.

O cuidado perioperatório engloba inúmeros procedimentos, que podem iniciar na concepção de um consultório, até as várias fases da hospitalização e retorno ao lar. Neste cuidado estão incluídas orientações para a alta hospitalar, sendo feita pela enfermeira. Tais orientações, na maioria das vezes, são realizadas somente no momento da saída do paciente do hospital, gerando muitas orientações ao mesmo tempo, o que acaba dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de esquecimentos e erros na interpretação.

Tendo em vista que a cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida envolve aspectos físicos, psíquicos, nutricionais, entre outros, o paciente deve receber apoio e acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Para isso, toda a equipe deve falar a mesma linguagem perante o paciente, salientando que o sucesso do tratamento não depende apenas do comprometimento do mesmo, mas também, da ausência de complicações clínicas,

psicológicas e psiquiátricas, que podem surgir mesmo após decorrido um longo tempo da cirurgia.

Deste modo, as informações e orientações ao paciente e sua família devem ser oferecidas desde a decisão pela cirurgia até o momento pós-cirúrgico, para que compreendam o processo cirúrgico e saibam como lidar com as mudanças pós-cirúrgicas, neste caso, muitas delas, para toda a vida (BARROS et al., 2015). Com relação ao domínio do pós-operatório domiciliar, as perguntas giravam em torno dos cuidados com a ferida operatória; a progressão da dieta alimentar; náuseas e vômitos no pós-operatório; cuidados com a alimentação e mastigação; ingestão de água; suplementação vitamínica; riscos da depressão, compulsão e outros transtornos psicológicos; retorno das consultas e a procura do profissional no momento das dúvidas.

Neste domínio, houve conhecimento insatisfatório em cinco perguntas (cuidados com a ferida operatória, náuseas e vômitos, ingestão de água, escovar os dentes após vômitos e transtornos psicológicos no pós-operatório) e, após a intervenção houve melhora do conhecimento. No último domínio que trata do pós-operatório tardio, as perguntas são relacionadas a perda de peso nos primeiros seis meses após a cirurgia; mudanças nos sentidos (paladar e olfato), na evacuação e no suor; cessação de medicamentos após melhora clínica (de doenças como hipertensão e diabetes); síndrome de dumping; ingestão de bebidas alcoólicas; queda de cabelo, unhas quebradiças e ressecamento da pele.

O enfermeiro, ao planejar uma atividade educativa, deve estimular o paciente a estabelecer as metas com a realização da cirurgia, reconhecer e enfrentar as barreiras para a perda de peso, melhorar as habilidades para a gestão do estresse e resignificar suas emoções negativas em positivas com o intuito de aumentar sua motivação com o tratamento proposto e criar expectativas adequadas sobre a vida após a cirurgia (EATON et al., 2012; PADWAL et al., 2013).

## **CONCLUSÃO**

Diante do exposto pode-se concluir que a educação do paciente no pré-operatório influencia positivamente na adaptação do indivíduo às condutas quanto à cirurgia de maneira geral, tendo em vista que ele obtém conhecimento sobre todo o processo do período perioperatório, o que favorece na preparação para o procedimento, evidenciando, assim, a importância desta ação.

Para isso, é necessário que o enfermeiro, ao planejar uma atividade educativa, estimule o paciente a estabelecer as metas com a realização da

cirurgia, reconhecer e enfrentar as barreiras, melhorar as habilidades para a gestão do estresse e resignificar suas emoções negativas em positivas com o intuito de aumentar sua motivação com o tratamento proposto e criar expectativas adequadas sobre a vida após a cirurgia. É importante compreender de que o processo terapêutico envolve muito mais do que o procedimento cirúrgico em si, e que a participação do paciente é fundamental para que ocorra o sucesso da cirurgia bariátrica. Sendo assim, é preciso propor intervenções educativas durante o período de internação e nas consultas subsequentes à alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- BARROS et al., 2013. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. 5, p. 1365-1375, out/dez. 2013.
- BARROS, L. M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. 289 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
- BARROS, L. M. et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36 n.1, p.21-27, 2015.
- CHRISTOU, N.V.; EFTHIMIOU, E. Bariatric surgery waiting times in Canada. **Canadian Journal of Surgery**, v.52, n.3, p.229-234, 2009.
- EATON, L. et al. On-line bariatric surgery information session as effective as in-person information session. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.8, n.2, p. 225-229, 2012.
- LEAHY, C. R.; LUNING, A. Review of nutritional guidelines for patients undergoing bariatric surgery. **AORN Journal**, v.102, n.2, p.153-160, 2015.
- MCGRICE, M.; PAUL, K. D. Interventions to improve long-term weight loss in patients following bariatric surgery: challenges and solutions. **Journal of Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, v.8, n.1, p. 263–274, 2015.
- NEIL, J. A.; ROBERSON, D. W. Enhancing Nursing Care by Understanding the Bariatric Patient's Journey. **AORN Journal**, v.102, n.2, p.132-140, 2015.
- PADWAL, R. S. et al. The evaluating self-management and educational support in severely obese patients awaiting multidisciplinary bariatric care (EVOLUTION) trial: rationale and design. **BMC Health Services Research**, v.13, p.321-321, 2013.
- STANFORD, F.C. et al. Patient race and the likelihood of undergoing bariatric surgery among patients seeking surgery. **Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques**, v. 29, n.9, p.2794-2799, 2015.
- TABIBIAN, A. et al. Bariatric Surgery Patients' Response to a Chronic Pain Rehabilitation Program. **Obesity Surgery**, v.25, n.10, p. 1917-1922, 2015.
- ZYGER, L. T.; ZANARDO, V. P. S.; TOMICKI, C. Perfil nutricional e estilo de vida de pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica. **Scientia Medica**, v. 26, p. 3, 2016.