

A COMUNICAÇÃO NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO SOB A ÓTICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Caroline Lemes Pozza Morales¹, Jenefer Garcez Alexandre², Suzana Prim³, Lúcia Nazareth Amante⁴

¹ Enfermeira. Bolsista assistencial no ambulatório do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: carolpozz@gmail.com

² Enfermeira. Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: jenefergarcez@hotmail.com

³ Enfermeira. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Antônio Carlos. Santa Catarina, Brasil. E-mail: suzana_tuty@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil. E-mail: luciamante@gmail.com

RESUMO: Pesquisa qualitativa e descritiva, cujo objetivo foi verificar como o paciente compreende as orientações realizadas pela equipe multiprofissional durante o seu período perioperatório de cirurgia bariátrica. Os dados foram coletados por meio de três entrevistas individuais. Participaram seis pacientes internados em uma unidade cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, em abril e maio de 2012. A análise temática evidenciou três categorias: A comunicação no período perioperatório de cirurgia bariátrica; Qualidade de vida e cuidados pós-cirúrgicos de cirurgia bariátrica e comunicação no processo de trabalho da equipe multiprofissional. Os resultados mostraram satisfação com as informações recebidas, porém foram apontados problemas no processo comunicacional, uma apreensão acerca de como será a vida após a cirurgia e evidenciado a ausência do acompanhamento ambulatorial da enfermeira.

PALAVRAS CHAVE: Obesidade mórbida. Cirurgia bariátrica. Comunicação em saúde. Enfermagem perioperatória.

PERIOPERATIVE COMMUNICATION FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT: This was a qualitative and descriptive study that aimed to determine how patients understand instructions provided by a multidisciplinary team during perioperative periods of bariatric surgery. Data were collected through three individual interviews. Six patients admitted to a surgical unit of a university hospital in southern Brazil, in April and May 2012, participated in the study. Thematic analysis revealed three categories: communication in the perioperative period of bariatric surgery; quality of life and post-surgical care following bariatric surgery; and communication in the work process of the multidisciplinary team. The results showed satisfaction with the information received, but problems in the communication process and apprehension about life after surgery were highlighted. Furthermore, the absence of outpatient nursing care was demonstrated.

KEYWORDS: Morbid obesity, bariatric surgery, health communication, perioperative nursing.

COMUNICACIÓN EN EL PERIODO PERIOPERATORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

RESUMEN: Investigación cualitativa y descriptiva, con objetivo de verificar como el paciente comprende las orientaciones realizadas por el equipo multiprofesional durante el período perioperatorio de la cirugía bariátrica. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales. Participaron seis pacientes admitidos en una Unidad de Internamiento Quirúrgica de un Hospital Universitario al Sur de Brasil, entre abril y mayo de 2012; todos firmaron el Instrumento de Consentimiento Libre e Informado. El análisis temático reveló la existencia de tres categorías: La Comunicación en el Periodo Perioperatorio de la Cirugía Bariátrica; Calidad de vida y Cuidado Post-operatorio en la Cirugía Bariátrica; y Comunicación en el Trabajo del Equipo Multidisciplinario. Los resultados mostraron satisfacción con la información recibida, sin embargo señalaron problemas en el proceso de comunicación, una aprensión relacionado con el cómo sería la vida después de la cirugía y demostraron la ausencia de la enfermera ambulatoria.

PALABRAS CLAVE: Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Comunicación en salud. Enfermería perioperatoria

INTRODUÇÃO

Todo processo cirúrgico requer interação da equipe de saúde com o paciente e sua família para a promoção da saúde, por meio do ensino sobre as diversas etapas, procedimentos e resultados de uma intervenção cirúrgica. Desde o momento pré-operatório até a alta hospitalar são realizadas orientações e cuidados utilizando-se de algumas habilidades humanas; a comunicação é uma delas.¹ A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, sendo listada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a 5ª causa de morte no mundo. Com seu crescimento exponencial, o número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica aumentou nos últimos tempos.²

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM), a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, sendo que seu tratamento necessita de vários tipos de abordagens como a orientação dietética, a programação de atividade física, o uso de fármacos antiobesidade e, quando há necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, as operações bariátricas. A cirurgia bariátrica reduz a capacidade gástrica ou altera o trânsito gastrointestinal, com objetivo de diminuir os sinais de fome e aumentar os sinais de saciedade, produzindo um estado controlável de subnutrição.³

São candidatos ao tratamento cirúrgico, pacientes com o Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 40 kg/m² ou superior a 35 kg/m² quando associado a: apneia do sono, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias e dificuldades de locomoção, entre outras de difícil manejo clínico. A seleção de pacientes requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados. A cirurgia é contraindicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores citam contraindicações psiquiátricas, que ainda são fonte de controvérsias e motivo de discussão. Além disso, o IMC maior que 35kg/m², gravidez, doenças crônicas não relacionadas à obesidade, síndrome de Prader Wil, alcoolismo e drogadição também contra-indicam a cirurgia.³

O controle da obesidade pode ser realizado através de três tipos de procedimentos cirúrgicos:

apenas restritivos; mistos (restritivos e mal-absortivos) e puramente mal-absortivos (não mais utilizado como cirurgia bariátrica).³ Dentre as diversas técnicas cirúrgicas, o *Bypass* Gástrico em Y de *Roux*, ou cirurgia de Fobbi-Capella, é considerado padrão-ouro, e atualmente a mais realizada, devido aos resultados expressivos: perda de peso em longo prazo com menor reincidência da obesidade, além de aceitáveis índices de morbimortalidade.³

A cirurgia da obesidade é uma ferramenta terapêutica para redução sustentada de peso e melhora das doenças associadas à obesidade mórbida, mas a adesão ao tratamento pelo paciente e por seus familiares é fundamental para a segurança e os bons resultados.⁴ Este procedimento, melhora a qualidade de vida e autoestima, porém as mudanças que acontecerão na vida do paciente e as possíveis complicações devem ser relatadas quando ainda candidato à cirurgia, para que esteja ciente dos processos pelos quais passará e do seu papel como agente ativo no tratamento.

Neste sentido, o paciente submetido a este tipo de cirurgia deve receber apoio e acompanhamento através de uma equipe interdisciplinar. Para isso, toda a equipe deve falar a mesma linguagem perante o paciente. Cada profissional desta equipe fica responsável por uma parte do tratamento, fazendo com que os cuidados sejam mais intensivos e os resultados mais rápidos.²⁻³ A comunicação no processo cirúrgico de cirurgia bariátrica é uma das ferramentas por meio da qual se busca que o paciente e família se sintam seguros e motivados a modificar hábitos e enfrentar as alterações decorrentes do processo cirúrgico que, neste caso, serão para toda a vida.⁴ No entanto, observa-se ausência de estudos que se voltam para o processo comunicacional, ao mesmo tempo, essencial tanto para o paciente quanto para o profissional da equipe multiprofissional. Assim, este profissional precisa certificar-se que o paciente compreende e adere ao tratamento no período perioperatório e pós-operatório tardio, bem como o paciente precisa compreender o que está sendo orientado, em que medida compreende e está disposto a aderir à nova condição de vida decorrente da cirurgia bariátrica.

Sendo assim, o nosso objetivo foi o de verificar como o paciente compreende as orientações realizadas pelos profissionais da equipe multiprofissional, durante o seu período perioperatório de cirurgia bariátrica.

MÉTODO

Estudo qualitativo⁵⁻⁶ e descritivo realizado nos meses de abril e maio de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais, sendo estas gravadas a fim de garantir a fidedignidade dos dados colhidos. Foram entrevistados seis pacientes que se encontravam internados em uma unidade cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil; identificados como PTE 1; PTE 2; PTE 3; PTE 4; PTE 5 e PTE 6. Os critérios de inclusão foram: estar, no mínimo, com 24 horas de pré-operatório para cirurgia bariátrica, ser maior de 18 anos, de ambos os sexos, com capacidade de se comunicar, que não necessitariam de pós-operatório na Unidade de Terapia Intensiva. As entrevistas ocorreram na sala de passagem de plantão desta unidade cirúrgica e em três momentos: nas primeiras 24 horas de internação, no dia da alta hospitalar e sete dias após a cirurgia, quando retornaram ao hospital para retirada do dreno e receber orientações nutricionais. Dentre os seis pacientes, cinco eram do sexo feminino e um do masculino. A idade variou de 28 a 48 anos. O Índice de Massa Corporal (IMC) variou de 39,09 a 47 kg/m². A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (protocolo 23.910). A análise temática,⁶ que possibilitou a elaboração de três categorias, foi realizada em três momentos: 1. Pré-análise: foram escolhidos e preparados os documentos por meio da leitura flutuante do texto na qual foram elaborados indicadores que representam a homogeneidade e pertinência das categorias. 2. Exploração do material: fase de codificação dos dados, transformando-os em dados de significados que compuseram o quadro de resultados que remeteram aos objetivos. 3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: as informações de relevância foram agrupadas em unidades que permitiram inferências e interpretações e a categorização dos dados brutos formou uma representação do conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias resultantes da análise temática foram: "A comunicação no período perioperatório de cirurgia bariátrica"; "Qualidade de vida e cuidados pós-cirúrgicos de cirurgia bariátrica"; e "Comunicação no processo de trabalho da equipe multiprofissional".

A comunicação no período perioperatório de cirurgia bariátrica

A comunicação entre profissionais da saúde, paciente e família tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde destas pessoas, contribuir para a melhoria da assistência e promover a recuperação mais rápida e eficaz.⁷ A pessoa que será submetida a uma cirurgia apresenta diversos temores que podem alterar seu equilíbrio. Deste modo, explicar sobre o procedimento cirúrgico e a recuperação pode diminuir temores, inseguranças e apreensões, principalmente quando existe disponibilidade para a interação dialógica.⁸⁻⁹ Podemos constatar que os pacientes receberam orientações no período pré-operatório: *acho que fui bem informada. Eles estão sempre dispostos a responder a gente, dar orientação* (PTE 4); [...] *a nutricionista me explicou tudo, fazendo um desenho e mostrando como ia ser feita a cirurgia [...] me falou também sobre as mudanças na alimentação [...] soube tudo. Só não sabia como ia ser a anestesia. Fui bem apavorada para o centro cirúrgico. Essa parte foi a mais complicadinha [...]. Foi apavorante [...] pensei que eu não ia voltar ao normal. Foi a pior parte. Sobre o dreno também não falaram, que íamos para casa com ele* (PTE 1).

Constatamos que apesar da maioria dos pacientes terem afirmado receber informações, PTE 1 referiu falta de informações e relatou que sentiu medo e desconhecimento sobre o que iria acontecer. A falta de individualização das orientações pode fazer com que os pacientes apresentem algumas dúvidas, já que as informações são fornecidas de maneira muito semelhante a todos, sem serem levados em conta seus valores, experiências e expectativas.¹⁰

O período pré-operatório é o momento adequado para o estabelecimento do relacionamento interpessoal, sendo fundamental manter contato prévio com o paciente para explicar sobre os procedimentos que serão realizados. O medo da anestesia, o desconhecimento do preparo pré-operatório, o procedimento cirúrgico e a dúvida sobre a recuperação provocam ansiedade que pode ser evitada com acolhimento e comunicação clara e sincera com o paciente e sua família.⁸⁻⁹

Os pacientes demonstraram conhecer os procedimentos que deveriam ser realizados no momento pré-operatório: *fazer exames médicos, passar por médico, cardiologista, nutricionista, psicólogo. Realizar exame de sangue. Perder um pouco de peso* (PTE 2); [...] *dieta, tomar banho lavando a barriga com um*

sabonete verde, ficar em jejum, bem calminha [...], não lavar o cabelo e vestir uma roupa que eles dão (PTE 3).

Os pacientes estavam cientes do que deveriam realizar no pré-operatório, revelando uma comunicação efetiva por parte da equipe multiprofissional. A orientação para o cuidado nutricional 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 B12.¹¹ A orientação sobre estes aspectos pode ser comprovada pelas falas: *vou aprender a comer. Comer mais fruta. Vou comer menos, aliás, já estou comendo. Já perdi 5 quilos. Comecei comendo apenas líquidos, agora estou podendo comer umas papinhas, frutas amassadas. Pensei que ia ser mais difícil me acostumar com essas mudanças na alimentação, mas estou conseguindo. Quando vejo alguém comendo alguma coisa, claro que eu sinto vontade de comer, mas eu coloco na cabeça que eu não posso e pronto* (PTE 1); [...] *por enquanto estou só no copinho de café, de suco ou chá. Não sei qual a próxima etapa da dieta. A nutricionista disse que é melhor eu voltar na quarta-feira, mesmo que não tenha dreno pra tirar, pra saber da continuação da dieta. [...] Posso acabar me confundindo se ela passar todas as informações agora, porque a mudança é muito radical mesmo* (PTE 6).

Para que as orientações sejam compreendidas, os profissionais utilizam habilidades comunicacionais, principalmente a comunicação verbal (falada ou escrita).³⁻¹² São inúmeras as orientações recebidas pelos pacientes, no período perioperatório de cirurgia bariátrica, em sua maioria apenas oralmente, acarretando muitas vezes em esquecimento ou em confusões de informações relevantes. Para evitar tais conseqüências, estas orientações deveriam também ser entregues por escrito, como sugerem os pacientes: [...] *como eu saí meio 'grogue', não lembrava direito das orientações, daí eu pegaria o papel e leria* (PTE 3); [...] *receber alguma coisa por escrito seria bom, porque a gente sempre esquece alguma coisa, algum detalhe. [...] Um informativo é bem interessante para dar uma olhadinha, para não confundir ou esquecer as informações* (PTE 4).

A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer proble-

mas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente. Sendo assim, ao nos relacionarmos com outras pessoas, devemos procurar falar pausadamente, focalizar as ideias principais, repetindo-as, e verificando se foram entendidas, pois, às vezes o paciente tem dificuldade em apreender e compreender as informações recebidas.¹³ Pudemos constatar que houve falha no processo comunicacional entre equipe multiprofissional ou esquecimento/dificuldade de interpretação por parte do paciente, haja vista as afirmações: *quantos dias eu tenho que usar a heparina?* (PTE 1); [...] *a nutricionista não falou nada comigo, estou em dúvida sobre a mudança na dieta [...]* (PTE 5); [...] *a heparina que tenho que continuar usando, eu tenho que comprar? Eles dão a receita?* (PTE 6).

O esclarecimento de dúvidas permite ao paciente compreender certas situações e procurar alternativas que minimizem sua ansiedade.⁸ O cuidado perioperatório engloba inúmeros procedimentos, que podem iniciar na concepção de um consultório, até as várias fases da hospitalização e do retorno ao lar.¹⁴ Neste cuidado estão incluídas orientações para a alta hospitalar, sendo feitas pela equipe multiprofissional e/ou somente 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.¹⁵ Esta explicação impediria as dúvidas como comentaram PTE 1, PTE 5 e PTE 6, já referenciadas anteriormente.

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.²⁻³

Apesar dos pacientes referendarem como satisfatória a comunicação com a equipe multiprofissional, ainda ocorreram falhas na comunicação, havendo necessidade de que os profissionais reflitam sobre a maneira como se comunicam com os pacientes e seus familiares.

Qualidade de vida e cuidados pós-cirúrgicos de cirurgia bariátrica

A obesidade é um problema que gera limitações em vários aspectos da vida. Está presente como fator predisponente de muitas doenças crônicas, como diabetes *mellitus* e doença cardiovascular, além de osteoartrites, refluxo gástrico, distúrbios respiratórios, apneia do sono e morte prematura.³ Por envolver múltiplos fatores, como hábitos alimentares errôneos, aspectos psicológicos, genéticos, demográficos, sociais, ambientais, dentre outros, muitos pacientes obesos não obtêm sucesso na redução de peso com orientações nutricionais, exercícios físicos e medicamentos antiobesidade.³ Deste modo, a cirurgia bariátrica possibilita ao paciente obeso a oportunidade de realizar o cuidado de si, que está intimamente ligado à qualidade de vida e que pode ser definida como a relação entre o que é desejado e o que é alcançado ou alcançável. Entre obesos, há uma diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente na capacidade física, no bem-estar psicológico e no funcionamento social.¹⁵ A cirurgia bariátrica traz benefícios ao paciente obeso, pois consegue melhorar a expectativa de vida, diminuir a mortalidade, melhorar as patologias associadas à obesidade, contribuindo de maneira geral na melhora da vida desses pacientes.¹⁶

Uma das preocupações encontradas, com maior frequência, nas falas dos entrevistados estava ligada em como será a vida após a cirurgia bariátrica, destacando os cuidados com a ferida operatória e dreno e, por fim, com a alimentação pós-cirurgia, sendo esta a maior das preocupações e a que gerava mais dúvidas. Os pacientes entrevistados revelaram esperança da melhora da qualidade de vida, da saúde e da autoestima, como mostram os recortes dos discursos: *espero uma vida nova, com mais saúde, mais qualidade de vida* (PTE 4); *espero que a saúde melhore porque agora sinto uma agonia, o corpo pesado, espero que isso melhore* (PTE 5) *tudo melhor. Na saúde, na autoestima [...]* (PTE 2).

Por outro lado, o objetivo dos pacientes ao realizarem a cirurgia bariátrica não é apenas eliminar ou amenizar as doenças associadas à

obesidade, mas também promover a melhora no desempenho das atividades cotidianas, da afetividade interpessoal e da vida social, uma vez que permite o retorno às atividades sociais.¹⁷ As pessoas obesas também buscam enquadrar-se nos padrões de beleza atuais, visto que sofrem preconceito e discriminação, devido à sua aparência física. Encontrar roupas que caiam bem e de tamanhos adequados também é um desafio para esses pacientes.¹⁶ A consolidação da cirurgia bariátrica representa um meio de voltar a viver, recomeçar uma nova vida, sem se sentir diferente dos outros, como evidenciado nos discursos: *vida nova: poder andar, me vestir melhor, fazer exercícios, me alimentar melhor, voltar a dançar, resumindo voltar a viver!* [...] *Antes as roupas ficavam horríveis, há muitos anos eu deixei de fazer muita coisa* (PTE 3); *será como uma nova fase da minha vida, um recomeço. Virei uma página, espero conseguir virar essa página e vou escrever um diário novo* (PTE 6).

Outros aspectos, normalmente motivos de dúvidas por parte dos pacientes bariátricos, são os cuidados pós-operatórios, principalmente com a ferida operatória e com o dreno tubular.¹³ Desta forma, a atuação da equipe multiprofissional é essencial para o esclarecimento dessas dúvidas e a interação entre profissional e paciente no preparo para o procedimento cirúrgico, ocasionarão uma recuperação satisfatória.¹ A maior parte dos pacientes demonstrou ter clareza dos cuidados básicos com a ferida operatória e com o dreno tubular: *estou lavando e secando bem. Não estou tossindo para não estourar nenhum ponto. Estou cuidando para não bater* (PTE1); [...] *higienizar bem, limpar direitinho, secar bem, fazer curativo, segurar na hora de tossir, aplicar as injeçõeszinhas [heparina]. [...]* *O dreno não pode erguer muito, nem puxar* (PTE 3).

Podemos perceber que a equipe multiprofissional forneceu orientações úteis ao paciente no cuidado após a alta hospitalar, evitando problemas no pós-operatório e favorecendo a recuperação. Nesta etapa, a atuação da equipe de enfermagem faz com que o paciente se sinta seguro e motivado, possibilitando a recuperação de sua integridade bio-psico-sócio-espiritual.¹⁸ Os pacientes foram orientados no hospital com relação aos cuidados com a ferida operatória e com o dreno após a alta hospitalar e alguns realizaram os cuidados sozinhos. Já outros optaram pela ajuda de um profissional de enfermagem: [...] *tiro o curativo, quando vou tomar banho lavo bem e deixo uma fraldinha em cima, pois as enfermeiras vão todo dia lá em casa fazer o curativo. Elas lavam com soro, secam bem e fazem o*

curativo (PTE 5); [...] faço o curativo todos os dias com gaze, porque tenho criança, e eles até não botam a mão, mas pra evitar contaminação (PTE 2).

Na fala de PTE 2, observamos a preocupação com o fato da contaminação da ferida operatória, uma das complicações mais comuns, que tanto pode ocorrer durante a internação quanto após a alta hospitalar, por isso a necessidade de orientação clara sobre como proceder para uma limpeza adequada e a utilização de técnica asséptica na troca do curativo.

Ainda com relação ao autocuidado, um dos aspectos da vida do paciente bariátrico que sofrerá mais modificações é a alimentação. O tratamento nutricional é iniciado antes da realização da cirurgia e tem a finalidade de promover perda de peso inicial, reforçar a percepção do paciente de que é possível perder peso, identificar transtornos e erros alimentares, promover expectativas reais de perda de peso e, principalmente, preparar o paciente para a alimentação no pós-operatório. Além disso, só após uma avaliação nutricional criteriosa sobre os hábitos alimentares e o estado nutricional do paciente a indicação da cirurgia bariátrica é assegurada.¹⁹

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.¹³ Os depoimentos mostram o que sabem sobre a dieta pós-operatória: *começa com dieta líquida 15 dias, posso tomar chá, 'gatorade'. Depois, a pastosa, 15 dias também. E, depois, a normal em pequenas quantidades, mais saladas (PTE2); começa com líquidos, depois é coada, depois pastosa. Primeiro vem uma quantidade líquida em ml (não sei quanto), depois aumenta (PTE1).*

Percebemos que os entrevistados foram orientados quanto à alimentação após a cirurgia com relação ao tipo de alimento e ao tempo que permanecerão em cada etapa, porém, a quantidade a ser ingerida não foi lembrada por nenhum dos pacientes. Outras orientações também foram mencionadas, como o consumo de gorduras, bebidas gaseificadas e outros alimentos, que faziam parte da vida dos pacientes antes da cirurgia: *eu já estou*

fazendo. Tirei a gordura, diminuí, eu usava cinco latas de óleo, hoje eu uso duas pra fazer almoço e janta no mês. Passei de óleo para azeite de oliva extra-virgem [...]. Frutas, eu não tinha hábito de comer frutas, hoje eu como cinco frutas diárias, cinco tipo de legumes e verduras também (PTE3). [...] quero abolir o refrigerante e continuar a comer frutas, saladas e verduras. Sempre fui uma gordinha saudável (PTE4).

Analisando os discursos dos pacientes bariátricos com relação à qualidade de vida, aos cuidados com a ferida operatória e com a alimentação, observamos a preocupação com o seu autocuidado no que tange as necessidades básicas. Podemos inferir que o novo estilo de vida ocasionará uma melhoria na vida destes pacientes, com uma percepção positiva sobre si, por outro lado, o compromisso com o autocuidado, revelado nas falas, é condição básica para que alcancem a melhora de seu estado geral. Neste sentido, a comunicação estabelecida entre equipe de saúde e pacientes foi positiva.

Comunicação no processo de trabalho da equipe multiprofissional

Cada paciente deve ser entendido como único, com necessidades diferentes cuja busca de solução guia o processo de trabalho em saúde. Assim o conhecimento da história de saúde do paciente (alergias medicamentosas ou alimentares, comorbidades associadas à patologia de base, tabagismo, etilismo), sua rede social (familiares, amigos, grupos de convivência) entre outros, são fatores que tornam o cuidado em saúde e o processo de trabalho únicos. O processo de trabalho durante o período perioperatório requer a organização do cuidado prestado pelos membros da equipe de saúde para que o procedimento cirúrgico seja realizado com sucesso e de maneira segura.²⁰

A preocupação em prestar um cuidado efetivo e contínuo está evidenciada pela forma de orientar paciente e família, através de consultas com uma equipe interdisciplinar, a qual se disponibiliza para responder aos questionamentos, sanar dúvidas e para transmitir segurança aos pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica e seus familiares. A implementação do cuidado faz com que o paciente confie na equipe, trazendo-lhe satisfação e tranquilidade, através do esclarecimento quanto ao tipo de cirurgia e etapas pelas quais ele passará. A importância dada pelos pacientes à prestação do serviço pode ser observada nos relatos de satisfação e da melhora do atendimento,

bem como através das sugestões que surgiram: [...] *foi bem explicado durante todo o processo pré-cirúrgico [...]. Eu acho que o pessoal do hospital está se reestruturando. Eles estão se aprimorando mais [...]. Acho que o pessoal está bem focado, está bem direcionado* (PTE 6); [...] *desse jeito está bom. Mas acho que o psicólogo poderia conversar mais com a gente [...] já teve amiga minha que desistiu por não estar preparada para a cirurgia* (PTE 5).

As falas refletem a percepção dos pacientes com relação à necessidade de otimizar o serviço prestado. Essa necessidade ocorre devido à conscientização dos riscos cirúrgicos e pós-cirúrgicos, fazendo com que o paciente queira receber novas informações de maneiras diversificadas para sua melhor compreensão do processo cirúrgico. A falta de orientação e acompanhamento contínuo pode levar o paciente a desistir da cirurgia, refletindo o reconhecimento das mudanças às quais estarão sujeitos sem o devido preparo, ou a aceitar a cirurgia e sofrer as consequências de um procedimento cirúrgico, para o qual não se encontrava devidamente preparado.

A equipe de enfermagem atua diretamente no cuidado ao paciente, com o objetivo de reduzir a ansiedade, através de múltiplas ações: preparação do ambiente e oferecendo apoio; promovendo uma nutrição adequada; encorajando o paciente a ingerir alimentos que diminuam a irritação gástrica e em pequenas porções; monitorando a fluidoterapia e a terapia medicamentosa; avaliando a dor; promovendo alívio e conforto; realizando orientações e auxiliando na preparação pré-cirúrgica, (como no banho, administração de medicamentos pré-anestésicos conforme prescrição médica); colaborando com a organização dos prontuários; encaminhando e acompanhando o paciente ao centro cirúrgico; auxiliando e monitorando o início da ingesta alimentar no pós-operatório, prevenindo e atuando nas possíveis complicações; monitorando e prevenindo o surgimento de hemorragias, tromboembolismos, ulcerações, desequilíbrios metabólicos, infecções de sítio operatório, entre outros.¹³

Esses cuidados de enfermagem contribuem para a prevenção de complicações do período perioperatório.^{1,13} Com base em suas competências gerais (atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, entre outras) o enfermeiro delega e supervisiona as atividades específicas da equipe de enfermagem através do planejamento das ações.²¹ Para isso, é necessário conhecer o indivíduo através da realização do histórico de enfermagem e do

estabelecimento de uma relação de confiança. No processo da cirurgia bariátrica, é na consulta de enfermagem que o enfermeiro realiza a coleta de dados para o histórico de saúde e o exame físico e organiza as intervenções de enfermagem a serem realizadas em todo o período perioperatório.

Para a melhor adesão do paciente ao tratamento, busca a sua corresponsabilidade, por meio de orientações, atitudes sinceras e de respeito pelas escolhas que o paciente faz. As intervenções de enfermagem a serem realizadas no perioperatório incluem desde cuidados com a pele, com a ferida operatória, com higiene e conforto, com drenos, com medicações, com exercícios de mobilização de membros, até cuidados realizados com a saúde psicossocial, como atenção às ansiedades relacionadas ao procedimento cirúrgico, dúvidas com relação ao afastamento do trabalho e/ou da família e orientação sobre a importância de ter um acompanhante.¹³

Na consulta de enfermagem ocorre o esclarecimento de dúvidas, fazendo com que o paciente sinta-se seguro em relação à cirurgia.¹ Dos seis pacientes entrevistados, cinco deles demonstraram insegurança, medos e dúvidas quando ainda estavam no período pré-operatório: *ainda não falaram nada sobre isso [...]. O que me assusta é o dreno. Para mim ele é um bicho de sete cabeças* (PTE 4); [...] *não me disseram nada sobre a ferida, como faz o curativo. Tem o dreno também. Não sei os cuidados* (PTE 5).

Com isso, observamos que a falta da consulta de enfermagem no pré-operatório pode tornar o paciente inseguro e temeroso com relação ao que pode acontecer. A ansiedade, no momento pré-operatório, pode ser um fator que dificulta a apreensão de informações. Desta forma, uma orientação de enfermagem em nível ambulatorial, provavelmente, ofereceria um resultado mais efetivo e individualizado.⁹ Sendo assim, na internação, os pacientes ao falarem dos profissionais que realizaram orientações, não citaram o enfermeiro, como podemos perceber: *nutricionista, que foi quem me forneceu mais informações; psicóloga, que me ensinou a reeducar minha alimentação [...]. A fisioterapeuta [...] Me ensinou a respiração; médico endocrinologista que me orientou nas consultas [...]* (PTE 1). *Médico endocrinologista, nutricionista, cardiologista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, esses desde o começo. Hoje conversei com o médico que pediu exames [...]* (PTE 2).

Observamos que, após o período de internação, o enfermeiro é lembrado pelos pacientes: *os cirurgiões, a nutricionista, o pessoal da enfermagem, que está sempre perguntando se a gente precisa de alguma*

coisa, se está tudo bem (PTE 2); psicóloga, nutricionista, cirurgião, enfermeiras, farmacêutica (PTE 3).

Neste sentido, a presença do enfermeiro é determinante como membro da equipe multiprofissional, no entanto, o reconhecimento profissional ainda depende da própria enfermagem, pois só é reconhecido quem se faz presente. Assim, cabe a ele a busca por uma prática, para a qual todos os profissionais da equipe multiprofissional colaboram com as decisões clínicas, tornando o processo de trabalho descentralizado, e todos serão responsáveis pelas decisões e comprometidos com a assistência adequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que os pacientes compreendem as orientações prestadas e entendem ser essencial o próprio comprometimento com a terapêutica, porém, identificamos fragilidades no processo comunicacional estabelecido entre a equipe multiprofissional e o paciente/família, tais como a falta de informações e o uso apenas da linguagem oral, além do que, as informações para alta hospitalar terem acontecido apenas no momento da saída do paciente do hospital e a falta de um acompanhamento ambulatorial da enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios.

Este estudo poderá contribuir para a compreensão de que o processo terapêutico envolve, além do procedimento cirúrgico, a sustentação de uma maneira de viver a vida por meio de um processo comunicacional efetivo, e que a capacidade de compreensão do paciente é fundamental para que ocorra o sucesso da cirurgia bariátrica. Sendo assim, é preciso que os profissionais repensem o modo como estão se comunicando com o paciente e sua família, considerando que presença do enfermeiro é essencial durante todo o período perioperatório, pois é neste momento que ele estabelece uma relação de confiança com o paciente e intervém reforçando ações para a sua segurança. Sobre as formas de comunicação, além das orientações serem realizadas oralmente sugerimos que sejam entregues também por escrito e que sejam fornecidas durante o período de internação e nas consultas subsequentes à alta hospitalar, inclusive pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem. Consideramos que, o avanço do conhecimento de enfermagem sobre pessoas em vivência de obesidade e cirurgia bariátrica tem seu destaque na essencialidade do processo comunicacional efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Mar; 43(1):14-22.
2. Costa LD, Valezi AC, Matsuo T, Dichi I, Dichi JB. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. *Rev Col Bras Cir*. 2010 Mar-Abr; 37(2):96-101.
3. Petroianu A, Miranda ME, Oliveira RG. *Blackbook cirurgia - Medicamentos e rotinas médicas*. 1ª ed. Belo Horizonte (MG): Blackbook editora; 2008.
4. Rockenbach KF. *Cirurgia bariátrica: evolução nutricional no pós-operatório [trabalho de conclusão de curso]*. Cascavel (PR): Curso de Nutrição, Faculdade Assis Gurgacz; 2006.
5. Cuesta Benjumea C. *Pesquisa qualitativa e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem*. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Out-Dez; 19(4):762-6.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, Abrasco; 2008.
7. Milbrath VM, Siqueira HCH, Motta MGC, Amestoy SC. *Comunicação entre a equipe de saúde e a família da criança com asfixia perinatal grave*. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Out-Dez; 20(4):726-34.
8. Lima FB, Silva JLL, Gentile AC. *A relevância da comunicação terapêutica na amenização do estresse de clientes em pré-operatório: cuidando através de orientações*. *Inf Prom Saúde*. 2007; 3(2):17-18.
9. Razera APR, Braga EM. *A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória*. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun; 45(3):632-7.
10. Kruse MHL, Almeida MA, Keretzky KB, Rodrigues E, Silva SP, Schenini FS, et al. *Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes*. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2009 Jul-Set [acesso 2012 Feb 22]; 11(3):494-500. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>
11. Martins JSS, Paganotto M. *Hábitos de vida no pós-operatório de gastroplastia: correlação com peso*. *Cad Esc Saúde*. 2010; 1(4):30-45.
12. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. *Rev Eletr Enf [online]*. 2011 Abr-Jun [acesso 2011 Out 10]; 6(2):292-97. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf
13. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. *Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado*. *Acta Paul Enferm*. 2009 Mai-Jun; 22(3):323-7.
14. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [homepage na internet]. *Cirurgia*

- Bariátrica e Metabólica: Equipe Multidisciplinar – Enfermagem [acesso 2012 Mai 23]. Disponível em <http://www.sbc.org.br/coesa.asp?menu=6>
15. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm.* 2007 Jul-Set; 20(3):345-50.
 16. Toledo CC, Guimarães RL, Camilo GB, Moraes FR. Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev APS.* 2010 Abr-Jun; 13(2):202-9.
 17. Lemos MCM. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. *Arq Ciênc Saúde Unipar.* 2006 Set-Dez; 10(3):155-63.
 18. Yokokura AVCP, Silva AAM, Araújo GF, Cardoso LO, Barros LCMM, Sousa SMA. Obesidade e cirurgia Bariátrica no olhar dos ex-obesos *mórbidos*. *Saúde Debate.* 2011 Jul-Set; 35(90):462-69.
 19. Gritten L, Méier MJ, Gaievicz AP. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enferm.* 2006 Set-Dez; 11(3):245-51.
 20. Marchesini SD. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2010 Jun; 23(2):108-13.
 21. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jul-Set; 15(3):492-9.