



MEDICINA: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME VI

Frederico Celestino Barbosa

Medicina: a ciência da vida

6ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

6ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238M Medicina: a ciência da vida

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

112 f.: il

DOI: 10.37423/2022.edcl643

ISBN: 978-65-5367-246-8

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. saúde 2. prevenção 3. cura 4. tratamento 5. diagnóstico I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 610

<https://doi.org/10.37423/2022.edcl643>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

CAPÍTULO 1	7
BILIOMA PÓS BYPASS GÁSTRICO VIDEOLAPAROSCÓPICO: UM RELATO DE CASO	
Luciana Barbosa Paglia	
Isabella Ventura Gomes Martins	
Caio Francisco Rodrigues Anchieta	
João Lucas Ribeiro Christóvan	
Priscila Pádua	
Fabiana Franca Pelegrini	
Pedro Marcos Santinho Bueno de Souza	
José César Assef	
Guilherme Tommasi Kappaz	
Marta Cristina Lima	
DOI 10.37423/221206938	
 CAPÍTULO 2	 14
O PARTO HUMANIZADO: REALIDADE OU TABU?	
Suelen Paula Gobatto	
Gabriel de Souza Jeremias	
Ana Luísa Borges Santana Ferreira	
Lara Scarpelli Pedrosa Jordão	
Arthur Alves Araújo	
Victor Pinto Costa	
Arthur de Carvalho Caetano	
Gabriel Neves de Oliveira	
Mariana Valadão	
Maria Luiza Abreu	
DOI 10.37423/221206941	
 CAPÍTULO 3	 17
REGISTROS HOSPITALARES DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO EM MONTES CLAROS-MG	
Gabriel Jose De Menezes	
Brenda Luíza Neves	
Myrella Aparecida Sousa De Almeida	
Warley Da Conceição Silva	
Anderson Dias Fernandes	
Helena Talita Barbosa Soares	
Isabella Suelen Santos Castro	
Wendel Samuel Silva Alves	
Dayane Marielle Soares De Freitas	
Henrique Andrade Barbosa	
DOI 10.37423/221206951	

CAPÍTULO 4 19

IMPACTOS DA DESOBRIGAÇÃO DO NASF NA APS

Natália Simões Teixeira

Mateus Araújo Teixeira

Letícia Godinho da Fonseca Carvalho

DOI 10.37423/221206966

CAPÍTULO 5 22

VIVÊNCIA CULINÁRIA ESTIMULANDO A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS: COMO MITIGAR EFEITOS DA PROGRAMAÇÃO METABÓLICA EM GESTANTES

Anne Marcelle Marques Coelho

DOI 10.37423/221206967

CAPÍTULO 6 30

MUSICOTERAPIA E SEUS EFEITOS EM MULHERES PORTADORAS DE NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS E DA MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Lucas Guimarães Junqueira

Giovanna Gilioli da Costa Nunes

Gustavo Lima Toledo

Afonso Moraes Melo Junior

Wesley Dos Santos Ramos

Carolina Nunes Werneck de Carvalho

Bárbara Waléria Gonçalves Alves

Rafael Silva Lemos

Manuele Menezes Nascimento

Luis Eduardo Werneck de Carvalho

DOI 10.37423/221206971

CAPÍTULO 7 45

TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA DE FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE

ANA PAULA RIBEIRO FERREIRA

GILEILA DE JESUS LOPES

GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL

IZABEL CRISTINA BRUNORO HOPPE

KAROLINE CALFA PITANGA

MICHELLY LOUISE SARTORIO ALTOE TOLEDO

MARIA CAROLINA MAGALHÃES DE CASTRO DOYLE MAIA

SANNA ABIGAIL DE JESUS MELLO

DOI 10.37423/221206977

CAPÍTULO 8	48
CIRURGIA BARIÁTRICA: AVALIAÇÃO E PREPARO DO PACIENTE DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE	
Luciane Cristina de Souza Fernandes	
Patrícia Fernanda Garcia Seixas	
DOI 10.37423/221206998	
CAPÍTULO 9	64
QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL DE PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA REGIÃO NORTE DO PAÍS	
Simone Regina Souza da Silva Conde	
Hyvina Paula Peres Duarte	
Alan Souza da Luz	
DOI 10.37423/221206999	
CAPÍTULO 10	78
ALIMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS: CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO AO CONTEXTO DA OBESIDADE E DA CIRURGIA BARIÁTRICA	
Luciane Cristina de Souza Fernandes	
Liza Fensterseifer	
DOI 10.37423/221207000	
CAPÍTULO 11	98
RETOMADA DAS CIRURGIAS E OS PROTOCOLOS FRENTE À COVID-19	
Cássia Rozária da Silva Souza	
Jéssica da Silva Teixeira	
Mônica Andréia Lopez Lima	
Lanna Dávila Santos Monteiro	
Naelly Gonçalves do Nascimento	
Rebeca Cardoso Castro	
Thaynara Ramires de Farias Carvalho	
Sarah Domitila Menezes Mourão	
Aélia Fernanda de Magalhães Santana	
Luana da Silva Batista	
DOI 10.37423/221207001	
CAPÍTULO 12	106
A CONFERÊNCIA FAMILIAR COMO FERRAMENTA DE CUIDADO: RELATO DE UM CASO	
JACQUELINE JAGUARIBE BEZERRA	
Rita Maria de Almeida Pereira Lemos	
DOI 10.37423/230107009	

Capítulo 1



10.37423/221206938

BILIOMA PÓS BYPASS GÁSTRICO VIDEOLAPAROSCÓPICO: UM RELATO DE CASO

Luciana Barbosa Paglia

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Isabella Ventura Gomes Martins

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Caio Francisco Rodrigues Anchieta

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

João Lucas Ribeiro Christóvan

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Priscila Pádua

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Fabiana Franca Pelegrini

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Pedro Marcos Santinho Bueno de Souza

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

José César Assef

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Guilherme Tommasi Kappaz

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL*

Marta Cristina Lima

HOSPITAL SAO CRISTOVAO

Resumo: O termo bilioma foi descrito pela primeira vez por Gould e Patel, em 1979, definido como uma coleção de bile encapsulada extra hepática. Atualmente, corresponde a qualquer coleção de bile intra ou extra hepática, porém fora da árvore biliar, encapsulada ou não.

O objetivo deste estudo é relatar o caso de um bilioma pós bypass gástrico videolaparoscópico, uma rara complicação, sem relatos prévios na literatura e seu tratamento minimamente invasivo realizado.

Relato: Paciente sexo feminino, 65 anos, hipertensa e obesa grau 3 (IMC 49) com antecedente cirúrgico de colecistectomia aberta por laparotomia paramediana há 30 anos. Submetida a bypass gástrico com reconstrução em Y de roux videolaparoscópico dia 22/07/20 com achado intraoperatório de múltiplas aderências entre epíplon, fígado e parede abdominal, além de hepatomegalia e importante gordura visceral. Evoluiu no 5º dia pós operatório (PO) com dor em aperto em hipocôndrio direito (HCD) com piora à inspiração profunda e irradiação para dorso à direita. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, taquipneica e com dor intensa à palpação de HCD, sem massas palpáveis ou sinais de peritonite. Exames laboratoriais com discreta leucocitose e aumento de PCR, a tomografia de abdome (TC) com contraste endovenoso evidenciou coleção subcapsular hepática medindo cerca de 20 x 8 cm, com elevação acentuada da cúpula frênica direita. Paciente manteve dor refratária à analgesia e em nova TC, após 2 dias, houve importante aumento da coleção com volume aproximado de 800 ml. Optado por realizar punção da coleção, com aspirado bilioso, e então, drenagem com Pigtail com saída de 800ml. A paciente apresentou melhora absoluta dos sintomas, realizando TC de controle, que não evidenciava mais a coleção, sendo retirado o dreno 11 dias após drenagem. Evolui assintomática com perda de 11% do peso no 30º PO.

Discussão: A maioria dos pacientes possuem coleções pequenas e não apresentam sintomas, podendo ser conduzidos de forma conservadora, com seguimento. Quando sintomáticos, normalmente, os biliomas são maiores e refratários ao tratamento clínico, devendo ser abordados por drenagens guiadas por radiointervenção ou cirurgicamente.

Palavras chave: Bypass gástrico, Complicações e Bilioma

INTRODUÇÃO

O termo bilioma foi descrito pela primeira vez por Gould e Patel, em 1979, definido como uma coleção de bile encapsulada extra hepática. Com o tempo, o termo veio se desenvolvendo e atualmente corresponde a qualquer coleção de bile intra ou extra hepática, porém fora da árvore biliar, encapsulada ou não.¹

As principais causas são lesão traumática ou iatrogênica, como pós colecistectomia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, colangiografia transparietohepática e biopsia hepática.^{2,3}

Durante a revisão de literatura para o trabalho, não foi encontrado nenhum relato sobre a presença de biliomas como complicação de cirurgia bariátrica.

RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, 65 anos, hipertensa controlada e obesa grau 3 com IMC pré-cirúrgico de 49 (peso 118kg). Como antecedentes cirúrgicos, a paciente realizou colecistectomia aberta por laparotomia paramediana há 30 anos. Submetida a cirurgia bariátrica dia 22/07/20 tipo bypass gástrico com reconstrução em Y de roux videolaparoscópica após preparo com equipe multidisciplinar por 06 meses.

Como achado intra operatório, apresentava múltiplas aderências entre epíplon e fígado e parede abdominal, além de hepatomegalia e importante gordura visceral. Iniciada a cirurgia com lise de bridas de fígado com parede abdominal, e prosseguida confecção de bypass gástrico sem intercorrências. Ao final da cirurgia, durante a revisão de cavidade, identificada área cruenta no local de descolamento do fígado de aproximadamente 4cm, sem sangramento ou saída de secreções.

Apresentou boa evolução no pós-operatório imediato com início de dieta via oral com 6 horas de pós operatório, conforme protocolo do serviço, com boa aceitação e alta hospitalar no 1o dia de pós operatório, sem queixas, deambulando e com retorno programado para o 9o dia pós operatório.

No 5o dia pós operatório, a paciente começou a apresentar dor em aperto em hipocôndrio direito com dificuldade de inspiração profunda com irradiação para as costas. Procurou o serviço e ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, taquipneica e com dor intensa à palpação de HCD, sem massas palpáveis ou sinais de peritonite. Solicitados exames laboratoriais e tomografia de abdome e pelve, que evidenciaram hemoglobina de 11,7, 11400 leucócitos sem desvio, PCR de 19,2 e e

tomografia de abdome com contraste endovenoso com coleção de aspecto loculado no espaço peri hepático medindo cerca de 20 x 8cm, elevando acentuadamente a cúpula frênica direita. (Figura 1). Foi levantada hipótese de hematoma subcapsular e otimizada analgesia da paciente, com melhora, tendo alta com retorno programado em 2 dias para controle hematimétrico.

No retorno, a paciente mantinha quadro de dor importante em hipocôndrio D, porém sem novas quedas de Hb/Ht. Solicitada nova tomografia computadorizada para controle, que evidenciou aumento importante da coleção, com volume aproximado de 800 ml (Figura 2). Discutido caso com equipe da radiointervenção do serviço e optado por punção aspirativa do conteúdo, para definir condutas. O aspirado foi bilioso, excluindo a hipótese inicial de hematoma ou coleção e definido diagnóstico de bilioma. Feita então drenagem do bilioma com dreno de Pigtail número 14, já com melhora importante dos sintomas logo após. A drenagem imediata foi de 800 ml de aspecto bilioso, e 20 ml nas 24 horas seguintes. A paciente apresentou melhora absoluta dos sintomas durante a internação e recebeu alta hospitalar com o dreno fechado no 4o dia pós drenagem. Retornou no ambulatório uma semana após para reavaliação e tomografia de controle, que não evidenciava mais a coleção ou outras alterações (Figura 3). Sacado dreno sem intercorrências. A paciente evoluiu assintomática com perda ponderal de 11% do peso no 30o dia de pré-operatório, dentro do esperado.

DISCUSSÃO

A formação de biliomas pós colecistectomias aumentou com o advento da videolaparoscopia, a incidência de 0,1% na cirurgia aberta, chega a 0,3 a 1,5% na videolaparoscópica. Essa complicação ocorre devido a lesões iatrogênicas do ducto colédoco, falha na clipagem do ducto cístico e presença de variações anatômicas, como o ducto anômalo de Luschka. Em um estudo de Walker et al, 2,7% dos pacientes submetidos à colecistectomia vlp entre 1990 e 1991 no hospital Birgham and Women evoluíram com extravasamento de bile ou bilioma.

Casos de bilioma espontâneo também são relatados na literatura, porém em menor frequência. Entre 1979 e 1997 apenas 25 casos de bilioma espontâneo foram relatados na literatura, em que a maioria dos casos (64%) teve como causa coledocolitíase. As demais causas presentes nesta revisão foram: colangiocarcinoma, colecistite aguda, infarto hepático, síndrome nefrótica e icterícia obstrutiva.(4)

Não foi encontrado nenhum relato na literatura sobre biliomas como complicação de cirurgia bariátrica. Dessa forma, este estudo torna-se relevante para abrir o leque de diagnósticos diferenciais

de coleções subcapsulares hepáticas no pós operatório de bariátrica, além do tratamento minimamente invasivo proposto.

Os sintomas são inespecíficos e podem abranger desde dor e distensão abdominal, icterícia, náuseas e vômitos até sepse, em casos mais graves. 2,4

As técnicas de diagnóstico continuam se desenvolvendo conforme os casos são relatados, a ultrassonografia de abdome normalmente é o primeiro exame a ser realizado, devido a baixo custo e fácil acesso porém, exames contrastados como tomografia computadorizada de abdome e ressonância nuclear magnética, apresentam melhor acurácia para o diagnóstico e identificação de possíveis causas. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, permite um estudo específico da via biliar. 4

A maioria dos pacientes possuem coleções pequenas e não apresentam sintomas, podendo ser conduzidos de forma conservadora, com seguimento. Quando sintomáticos, normalmente, os biliomas são maiores e refratários ao tratamento clínico, devendo ser abordados por drenagens ou cirurgicamente. 4

Como opções terapêuticas, a drenagem percutânea guiada por rádio intervenção, quando possível, deve ser a primeira escolha devido à baixa morbidade do procedimento. Em casos de falha da terapia inicial, deve-se prosseguir para abordagens mais invasivas como drenagem transparieto hepática da via biliar e até mesmo abordagem cirúrgica. 4

REFERÊNCIAS:

1- Gould L, Patel A: Ultrasound detection of extrahepatic encapsulated bile: “biloma.”

AJR Am J Roentgenol 1979;132:1014-1015

2 - Peters JH, Ellison EC, Innes JT, et al: Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. Ann Surg 1991;213:3-12.

3 - Lee JH, Suh JI. A case of infected biloma due to spontaneous intrahepatic biliary rupture. Korean J Intern Med. 2007 Sep;22(3):220-4. doi: 10.3904/kjim.2007.22.3.220.

4- Copelan A, Bahoura L, Tardy F, Kirsch M, Sokhandon F, Kapoor B. Etiology, Diagnosis, and Management of Bilomas: A Current Update. Tech Vasc Interv Radiol. 2015 Dec;18(4):236-43. doi: 10.1053/j.tvir.2015.07.007.

Figura 1: Tomografia computadorizada do 5o dia pós operatório.



Figura 2: Tomografia computadorizada de controle do 7o dia pós operatório.

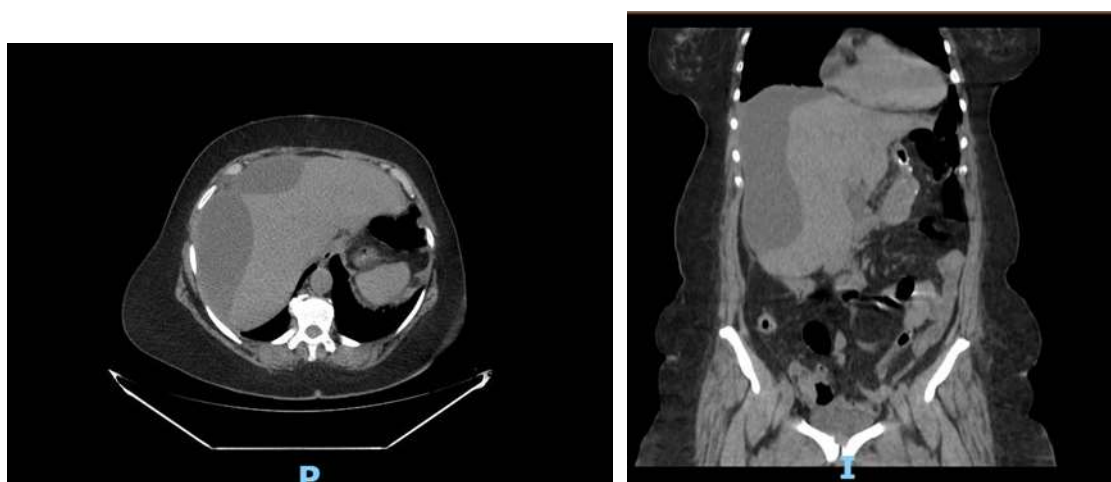


Figura 3: Tomografia pré-retirada de dreno de Pigtail.



Capítulo 2



10.37423/221206941

O PARTO HUMANIZADO: REALIDADE OU TABU?

Suelen Paula Gobatto

Unicerrado

Gabriel de Souza Jeremias

Unicerrado

Ana Luísa Borges Santana Ferreira

Unicerrado

Lara Scarpelli Pedrosa Jordão

UniCerrado

Arthur Alves Araújo

Unicerrado

Victor Pinto Costa

Unicerrado

Arthur de Carvalho Caetano

Unicerrado

Gabriel Neves de Oliveira

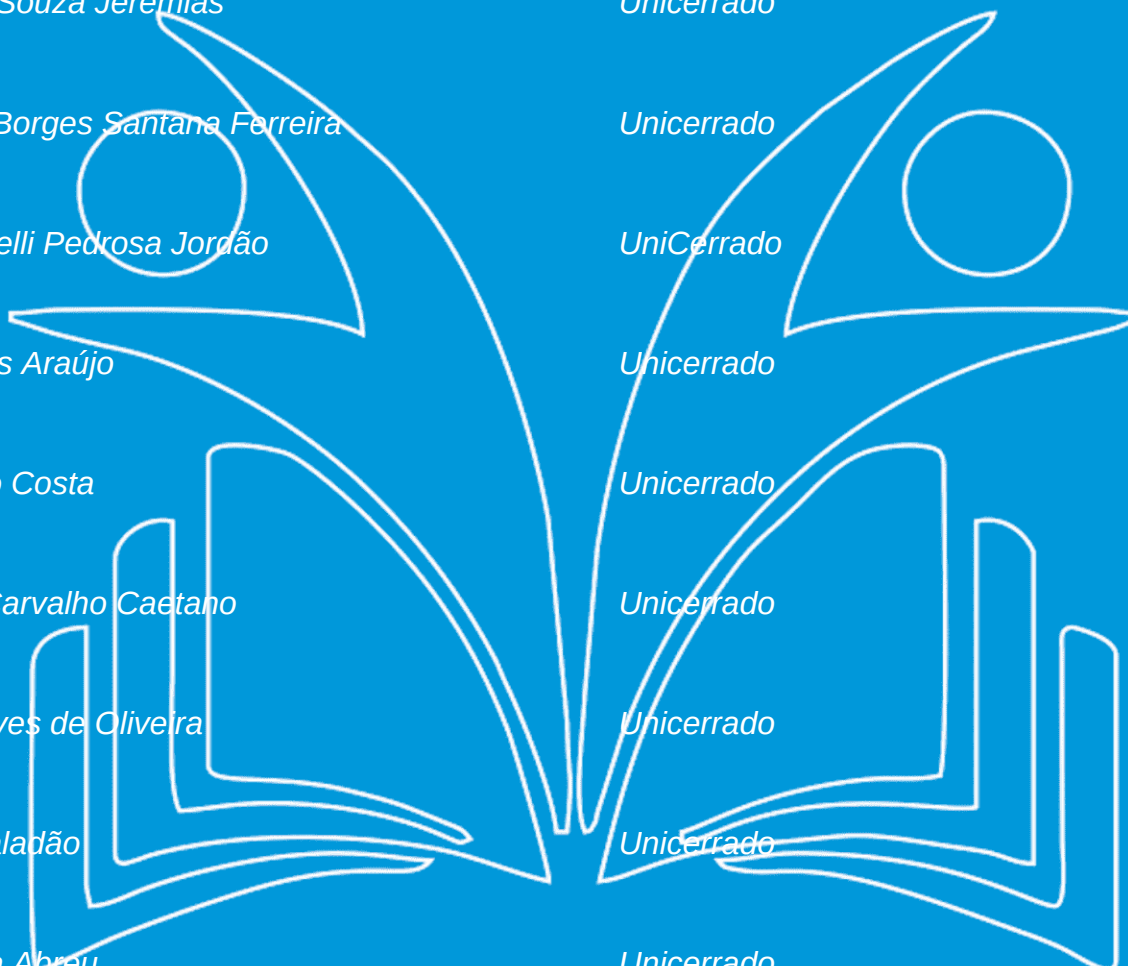
Unicerrado

Mariana Valadão

Unicerrado

Maria Luiza Abreu

Unicerrado



INTRODUÇÃO:

A hora do partear para muitas parturientes é um processo mágico e muito esperado, porém é um momento que exige cuidados e todos os direitos das gestantes devem ser garantidos para que essa seja uma experiência agradável e não traumática. No parto humanizado o protagonismo feminino é fundamental e, nesse sentido, é necessário que os profissionais da área de saúde preservem a autonomia das mulheres nas suas escolhas que vão desde o tipo de parto até a definição do seu acompanhante. Para assegurar esse direito, foi criada em 2005 a Lei 11.108, em que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS ficam obrigados a permitir a presença de 1 acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No âmbito privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar definiu através da Resolução Normativa nº 338 de 2013 que os atendimentos de obstetrícia, independente do plano de saúde, deveriam cobrir todas as despesas com o acompanhante.

OBJETIVO:

Analisar o conhecimento e acesso das mulheres ao parto humanizado, fazendo uma correlação com o padrão sociocultural das mesmas e a medicalização do parto.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura elaborada a partir de artigos selecionados nas bases de dados Scielo e PubMed. Na busca eletrônica foram utilizados os seguintes descritores e as combinações nas línguas portuguesa e inglesa: humanização (humanization), parto (childbirth) e direitos (rights). Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: indexação dos artigos nas bases; relação direta com os descritores; idiomas de publicação em português e inglês; período de publicação do artigo compreendido entre 2017 e 2020 e artigos completos cujos arquivos estavam disponíveis online. Além disso, foram utilizadas informações do Ministério da Saúde (MS).

DISCUSSÃO E RESULTADOS:

A temática do parto humanizado vem sendo difundida no Brasil nas últimas décadas, principalmente após a criação da Rede Cegonha em 2011. Essa estratégia criada pelo governo federal tem como objetivo proporcionar a todas as mulheres um acompanhamento humanizado desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, visando estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil.

Segundo o MS, o parto humanizado considera os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo de gestação e nascimento. Porém, a literatura traz inúmeros relatos que a porcentagem de mulheres que não tiveram um parto humanizado nas últimas décadas é estatisticamente alta. Segundo pesquisas atuais, as brasileiras que tiveram acesso ao parto humanizado, são majoritariamente de classes sociais média e alta. O baixo número de partos humanizados pode ter como possíveis causas a falta de domínio e conhecimento do assunto pelos profissionais, abuso da medicalização e a grande adesão das gestantes aos planos particulares.

CONCLUSÃO:

Com base na literatura analisada, é possível afirmar que muitas mulheres desconhecem esse formato de assistência humanizada. Portanto, é imprescindível maiores investimentos na capacitação dos profissionais de saúde com relação ao parto humanizado no SUS, para que possamos abolir esse modelo obstétrico intervencionista que acarreta condutas consideradas como violência obstétrica.

Palavras-chave: humanização, parto e direito

Capítulo 3



10.37423/221206951

REGISTROS HOSPITALARES DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO EM MONTES CLAROS-MG

Gabriel Jose De Menezes

*Faculdade de Saúde e Humanidades
Ibituruna-FASI*

Brenda Luíza Neves

*Faculdade de Saúde e Humanidades
Ibituruna-FASI*

Myrella Aparecida Sousa De Almeida

*Faculdade de Saúde e Humanidades
Ibituruna-FASI*

Warley Da Conceição Silva

*Faculdade de Saúde e Humanidades
Ibituruna-FASI*

Anderson Dias Fernandes

*Faculdade de Saúde e Humanidades
Ibituruna-FASI*

Helena Talita Barbosa Soares

*Faculdade de Saúde e Humanidades
Ibituruna-FASI*

Isabella Suelen Santos Castro

Faculdades Prominas

Wendel Samuel Silva Alves

Faculdade Santo Agostinho – FASA

Dayane Marielle Soares De Freitas

Faculdade Santo Agostinho – FASA

Henrique Andrade Barbosa

*Universidade Estadual de Montes Claros –
UNIMONTES*

INTRODUÇÃO:

O câncer colorretal é uma neoplasia classifica como familiar ou esporádica mais incidente no Brasil e no mundo, o segundo mais prevalente nas mulheres e o terceiro entre homens. Abrange principalmente pessoas de baixa renda, que consomem alimentos que provocam inflamação intestinal e causam pólipos com características cancerizáveis.

OBJETIVO:

Identificar registros hospitalares de internação, óbitos e mortalidade por neoplasia maligna do cólon estratificada por sexo.

METODOLOGIA:

Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, no banco de dados secundários do DATASUS. A condição clínica selecionada na lista de morbidades da Classificação Internacional de Doenças foi a neoplasia maligna do cólon, na cidade de Montes Claros-MG, no período entre 2011 e 2020, variáveis sexo, internações, óbitos e taxa de mortalidade.

RESULTADOS:

Observou-se tendência ascendente do câncer do cólon de 2011 a 2019, reduzida em 2020 possivelmente devido à pandemia. As internações são frequentes entre as mulheres 709 (56,81%) e apesar do número de óbitos ser maior também no sexo feminino 40 (54,05%), a taxa de mortalidade é mais elevada em homens, com 6,31.

CONCLUSÃO:

Os registros revelam que a população feminina deve ser orientada para condutas capazes de minimizar as internações e possíveis óbitos por esta neoplasia e alertar homens sobre a mortalidade.

Palavras-chave: Neoplasia; Colorretal; DATASUS.

Capítulo 4



10.37423/221206966

IMPACTOS DA DESOBRIGAÇÃO DO NASF NA APS

Natália Simões Teixeira

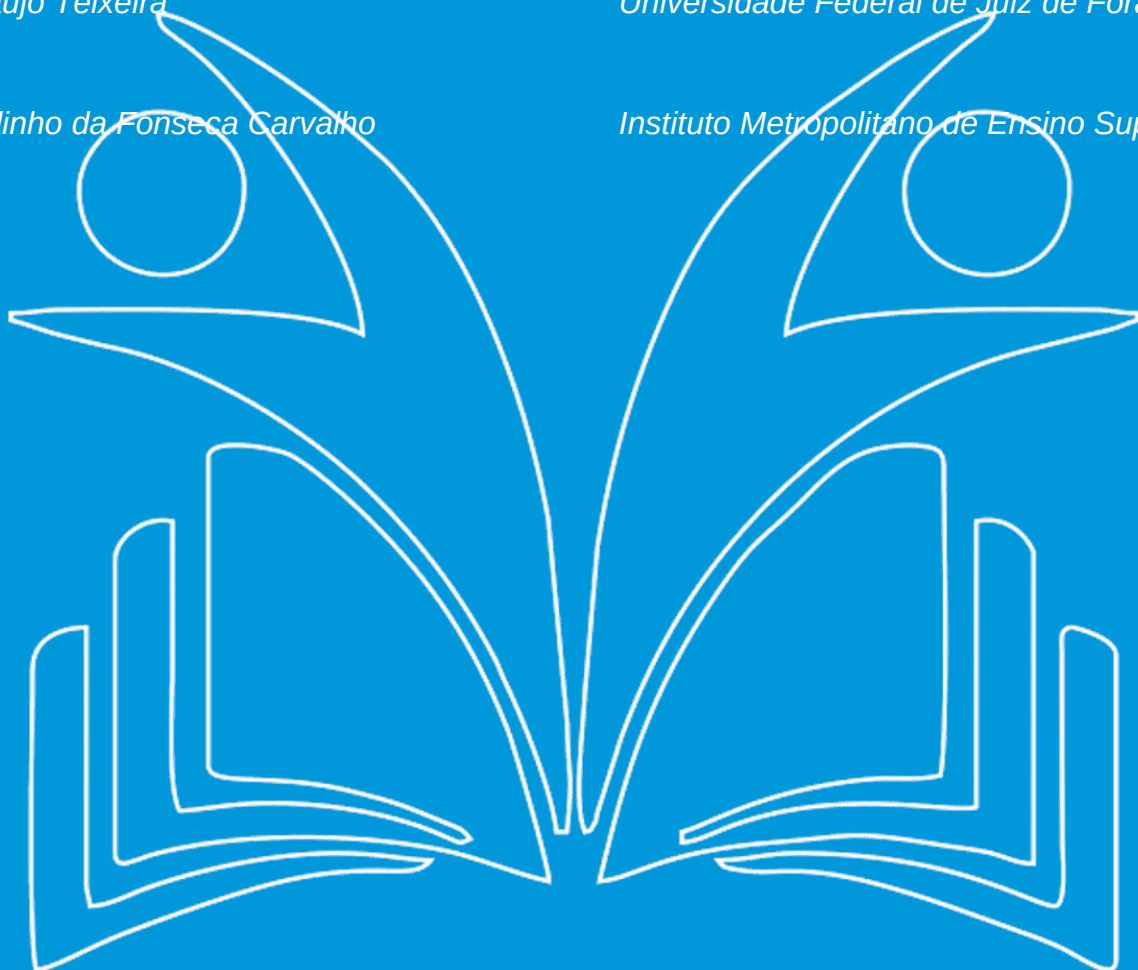
Instituto Metropolitano de Ensino Superior

Mateus Araújo Teixeira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Letícia Godinho da Fonseca Carvalho

Instituto Metropolitano de Ensino Superior



O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado, em 2008, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de consolidar a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, garantindo cuidado multidimensional para os usuários desta rede e elaborando estratégias de promoção da saúde. A ideia de manutenção da integralidade do cuidado na APS é colocada sob discussão após divulgação da nota técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, publicada em fevereiro deste ano, que acaba com a obrigatoriedade da criação dessas equipes. Objetivou-se problematizar a possível redução do acesso da população aos serviços essenciais de saúde, como consequência da desobrigação do NASF. Foi realizada revisão literária através das bases de dados *Scielo* e *Ministério da Saúde*, através das palavras-chave “NASF”, “programa previne Brasil”, “novo financiamento SUS”. Nos últimos anos, o NASF tem funcionado em concomitância com a APS, constituindo uma estratégia de ampliação das ações em saúde e da resolutividade da atenção básica no Brasil. Entretanto, mesmo antes da desobrigação do NASF, muitos municípios não dispunham o programa de maneira funcional. Ao permitir que a APS funcione sem o apoio desses profissionais, a nova resolução pode agravar esse problema, reduzindo a eficácia de estratégias de saúde coletiva e individual e aumentando a demanda de outros setores de saúde por agravos passíveis de prevenção a níveis primários. Conclui-se que uma possível ausência de políticas que promovem vínculo efetivo do paciente com os agentes provedores do cuidado em saúde pode gerar diminuição da busca da atenção básica como porta de entrada deste indivíduo para os demais serviços. Além disso, prejudica-se, também, as ações em promoção da saúde e prevenção de agravos, podendo permitir complicações clínicas graves que geram hospitalizações e, por conseguinte, mais gastos ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Política Pública. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Indicadores do PMAQ: NASF. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/2473>>. Acesso em: 30 set. 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Brasília, DF, [2018?]. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>>. Acesso em: 30 set. 20.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Radis Comunicação e Saúde. Saúde da Família perde modelo do NASF. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>>. Acesso em: 30 set. 2020.
4. Gonçalves RMA *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, jun. 2015.
5. Minas Gerais (Estado). Ministério Público. Nota Técnica Nº 07/2020. Política Nacional de Atenção Básica. Novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde – APS... Belo Horizonte, MG, maio 2020.

Capítulo 5

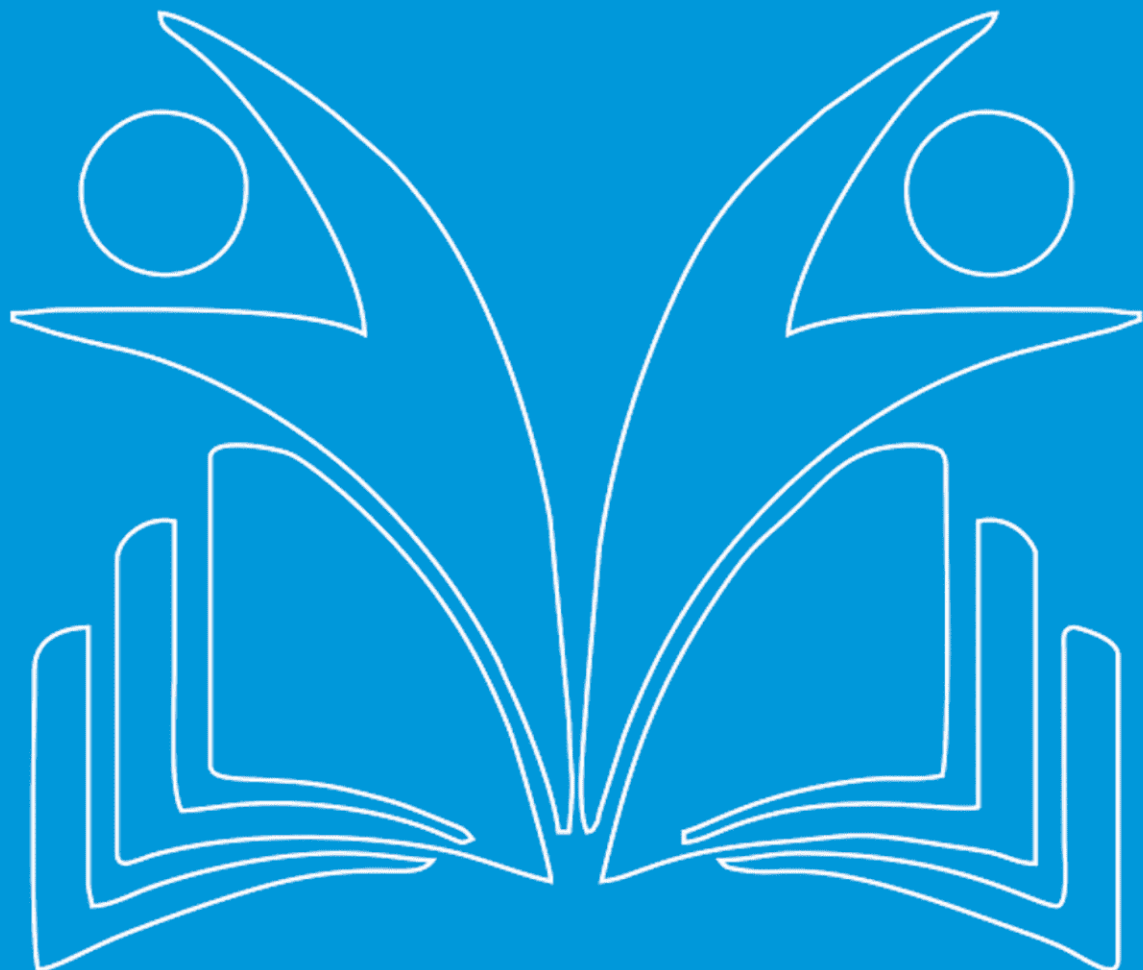


10.37423/221206967

VIVÊNCIA CULINÁRIA ESTIMULANDO A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS: COMO MITIGAR EFEITOS DA PROGRAMAÇÃO METABÓLICA EM GESTANTES

Anne Marcelle Marques Coelho

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro -
UERJ / Universidade de Vassouras - Campus
Maricá*



INTRODUÇÃO

A gravidez é uma ocasião de intensas alterações físicas e emocionais. A gestação, desejada ou não, é um momento de profunda mudança na vida da mulher, o que gera muitas vezes inúmeras situações de estresse e leva o organismo a reagir de formas variadas.

O estado nutricional da mãe pode influenciar fortemente o desenvolvimento do filho.

Desnutrição mãe-filho é uma das principais causas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. As crianças desnutridas têm deficiências do sistema imunológico e têm maior risco de infecções e desenvolvimento precário. O processo de desnutrição em período de formação do feto que acarreta erros no sistema endócrino é classificado como programação metabólica (BARKER, 1995; LUCAS, 1999; MOURA; PASSOS, 2005; DE MOURA; LISBOA; PASSOS, 2008, GREEN; ROZANCE; LIMESAND, 2010, SIMMONS; TEMPLETON; GERTZ, 2010).

O termo “programação” se refere a uma alteração permanente de determinada função, consequente a um estímulo ou agressão (imprinting) ocorrido em um período crítico de vida, como a gestação ou lactação (BARKER, 1995; LUCAS; EDS ZIEGER; MOURA; PASSOS, 2005; DE MOURA; LISBOA; PASSOS, 2008).

Na maioria das vezes, o estímulo indutor da programação é a falta de nutrientes para o desenvolvimento do feto, que altera a disposição de nutrientes para os tecidos com desvio preferencial de suprimento ao cérebro em detrimento dos demais órgãos, como o fígado (BARKER; CLARK, 1997; CORRÊA et.al., 2011).

Estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais sobre a programação metabólica mostraram que alterações nutricionais, hormonais e ambientais nos períodos críticos do desenvolvimento poderiam influenciar permanentemente a estrutura e a fisiologia de órgãos e tecidos (WALKER; COURTIN, 1985; PRACYCK et.al., 1992; DORNER ; PLAGEMANN, 1994; PASSOS; RAMOS; MOURA,2000; CORRÊA et.al., 2011).

A falta de informações das gestantes quanto aos efeitos adversos da desnutrição durante a gestação e a lactação são fatores condicionantes que podem provocar danos na criança que se propagam para a vida adulta, tais como: obesidade, hipotireoidismo, diabetes II e doenças cardiovasculares (BARKER et.al., 1993; PHILLIPS, 2002; YURA; FUJI, 2006). Dessa forma faz-se necessário a atuação eficaz dos profissionais de saúde no comprometimento com orientações às gestantes e as ações realizadas pelo

Núcleo de Apoio à Saúde da Família podem contribuir fortemente para este fim, visando a redução dos mecanismos que favoreçam a instalação da programação metabólica.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2009), a APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2009).

As ações de alimentação e nutrição integram o compromisso do setor de saúde relativo aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Na atenção básica, essas ações de Alimentação e Nutrição estão sob a responsabilidade do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família -, criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de enfatizar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como aumentar o escopo das ações da APS no Brasil. A Nutrição se insere nesse contexto com ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição.

Em consideração aos argumentos descritos, o presente estudo tem como objetivo oferecer a oficina culinária como forma de educação continuada e atualização profissional sobre o tema “Programação Metabólica” a profissionais de saúde de uma unidade básica vinculados diretamente ao atendimento de gestantes, com conteúdo teórico e vivência prática de preparação culinária que contribua na redução dos riscos da programação metabólica em gestantes.

MÉTODO

O trabalho foi desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde, regida pelo modelo Estratégia de Saúde da Família, situada na cidade do Rio de Janeiro. Para que não houvesse prejuízo no atendimento da clientela durante a realização da oficina, com duração de 90 minutos, esta foi realizada em horário previamente reservado para reuniões de equipe técnica nas dependências da unidade.

Foi realizada pela nutricionista do NASF oficina de atualização em nutrição com o tema: “Programação Metabólica” com o grupo de profissionais de saúde. A estratégia de abordagem da oficina foi inicialmente apresentação dialogada do tema em roda de conversa com posterior vivência culinária elaborando o logurte Natural Caseiro. Trata-se de preparação de fácil elaboração, saborosa, nutritiva e de baixo custo. Durante a atividade foram abordados aspectos importantes sobre alimentação saudável, alimentação da gestante, programação metabólica e técnica dietética. Os profissionais participantes foram trabalhadores de uma unidade básica de saúde, de nível médio e superior, que prestam cuidado a gestantes. A identidade foi preservada e a participação voluntária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fortalecimento da APS foi reconhecido como estratégia fundamental para alcançar as metas propostas e as práticas de saúde nela instituídas, indicada como forte mecanismo do sistema de saúde e do desenvolvimento social e econômico da comunidade (CECCIM, 2005).

Atualmente na APS, parte dessas ações de Alimentação e Nutrição está sob a responsabilidade do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) - criado pelo Ministério da

Saúde através da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - com o objetivo enfatizar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação e o fortalecimento das ações da APS no Brasil. Atua na lógica do matriciamento e apoio às equipes de saúde nas unidades e no território adscrito.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Neste contexto, a Nutrição se insere com ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição.

O tema Programação Metabólica tem sido amplamente discutido. Estudos realizados por Corrêa e colaboradores (2011), entre outros autores (BARKER, 1995; LUCAS, 1999; MOURA; PASSOS, 2005; DE MOURA; LISBOA; PASSOS, 2008, GREEN; ROZANCE; LIMESAND, 2010, SIMMONS; TEMPLETON; GERTZ, 2010), mostram que estudos epidemiológicos, experimentais e clínicos indicaram que alterações nutricionais, hormonais e ambientais nos períodos críticos do desenvolvimento poderiam influenciar permanentemente a estrutura e a fisiologia de órgãos e tecidos.

Barker (2003), discute que em alguns casos, os efeitos adversos da desnutrição durante a gestação e a lactação decorrem da falta de informação das gestantes e são fatores condicionantes que podem provocar danos na criança que se propagam para a vida adulta, tais como: obesidade, hipotireoidismo, diabetes II e doenças cardiovasculares.

Visto que a Programação metabólica é um tema presente (PILGAARD et al, 2011;

SILVEIRA et al, 2012), de grande relevância pública (PORTELLA et al, 2012), e suas consequências duradouras, podendo ser evitadas durante a gestação através de uma alimentação equilibrada e adequada nutricionalmente, torna-se uma fundamental agenda de pesquisa para profissionais de saúde, principalmente, vinculados ao trabalho com as gestantes.

Os resultados desse estudo mostraram que os profissionais de saúde sentiram-se motivados em participar de uma atividade de educação continuada, voltada também para atualização profissional por abordar um tema atual e de relevância na saúde pública. O desdobramento da atividade em algo prático, como a vivência culinária foi bem aceito pelos participantes. Isso destaca a importância da promoção de ações em educação continuada aos profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), já que a APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (CAMARGO, 2003).

Além disso, houve uma boa aceitação da proposta, tendo sido capacitados 80% dos profissionais da unidade, que relataram sentir-se motivados e seguros em multiplicarem esta prática e a informação em saúde nos seus territórios de abrangência. Conforme já destacado pelo Ministério da saúde, a

formação continuada dos profissionais de saúde é ponto fundamental para as transformações do processo de trabalho, que inclui as necessidades de aprendizagem da equipe multiprofissional, baseada nos valores da comunidade, seus conhecimentos, hábitos e atitudes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CONCLUSÃO

A realização de oficinas culinárias favoreceu espaço coletivo de atualização a profissionais de saúde, incentivando-os a multiplicação da informação em saúde.

Dessa forma, é necessário o uso de ideias criativas em alimentação e nutrição que incorporem atividades práticas e que promovam, além da atualização profissional e educação continuada, momentos de satisfação em aprender, aproximando temas relevantes em saúde da prática clínica.

Tais informações fundamentam a importância do investimento em educação continuada em alimentação e nutrição na APS, e o NASF pode contribuir nesse processo ao passo que considera a sinergia do conceito de apoio matricial numa inserção à dimensão da educação permanente, que, unida à elaboração de novas práticas de abordagem torna-se um potente instrumento para potencializar as ações educacionais em saúde.

REFERÊNCIAS

- BARKER D.J.P; CLARK P.M. Fetal undernutrition and disease in later life. *Rev Reprod* , 2(2):105-112, 1997
- BARKER D.J. The fetal and infant origins of disease. *Eur J Clin Invest*, 25: 457-463, 1995.
- BARKER D.J.; MARTYN, C.N.; OSMOND, C.; HALES, C.N.; FALL, C.H. Growth in utero and serum cholesterol concentrations in adult life. *BMJ*, v.307, n. 6918, p. 1524–1527. Dez, 1993.
- BARKER DJ. The developmental origins of adult disease. *Eur J Epidemiol*, 18 (8): 733- 736, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção
- Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília. 2009.
- CAMARGO JR KR. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.
- CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. Jan-Jun; 14(1):41-65. 2004.
- CECCIM, R.B Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- CORREA C.L.; LISBOA P. C.; OLIVEIRA E; MOURA E.G; OLIVEIRA R.M.F; GOMES A.C; MACHADO-SILVA J.R. The outcome of acute schistosomiasis infection in adult mice with postnatal exposure to maternal malnutrition. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 106(5): 584-593, 2011.
- DE MOURA E.G; LISBOA P.C; PASSOS M.C.F. Neonatal programming of neuroimmunomodulation - role of adipocytokines and neuropeptides. *Neuroimmunomodulation*, 15: 176-188. 2008.
- DORNER G; PLAGEMANN A. Perinatal hyperinsulinism as possible predisposing factor for diabetes mellitus, obesity and enhanced cardiovascular risk in later life. *Horm Metab Res*, 26: 216-221. 1994.
- GREEN AS, ROZANCE PJ, LINESAND SW. Consequences of a compromised intrauterine environment on islet function. *J Endocrinol*. 205(3):211-24, 2010.
- LUCAS A; EDS ZIEGER E.E; MORO G.E. Early nutrition and later outcome. Nutrition of the very low birthweight infant. In *Nestlé Nutrition Workshop Series*, 43:1-13. 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda*. Brasília (DF): MS; 2005.

- MOURA E.G; PASSOS M.C.F. Neonatal programming of body weight regulation and energetic metabolism. Biosci Rep, 25 (3/4): 251-269. 2005.
- PASSOS M.C.F; RAMOS C.F; MOURA E.G. Short and long term effects of malnutrition in rats during lactation on the body weight of offspring. Nutr Res, 20(11): 1603-1612. 2000
- PHILLIPS, D.I.W. Endocrine programming and fetal origins of adult disease. Trends Endocrinol Metabol, v.13, n. 9, p.363-364. Nov. 2002.
- PILGAARD. K, T. H. MOSBECH, L. GRUNNET. Differential nongenetic impact of birth weight versus third-trimester growth velocity on glucose metabolism and magnetic resonance imaging abdominal obesity in young healthy twins. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, vol. 96, pp. 2835–2843, 2011.
- PORTELLA A. K., E. KAJANTIE, P. HOVI. Effects of in utero conditions on adult feeding preferences. Journal of Developmental Origins of Health and Disease, vol. 3, no. 3, pp. 140–152, 2012.
- PRACYCK J.B; SEIDLER F.J; MCCOOK E.C; SLOTKIN T.A. Pituitary-thyroid axis reactivity to hyper and hypothyroidism in the perinatal period: ontogeny of regulation and long term programming of responses. J Develop Physiol, 18: 105-109. 1992
- SILVEIRA P.P, M. AGRANONIK, H. FARAS, A. K. PORTELLA, M. J. MEANEY, AND R. D. LEVITAN. Preliminary evidence for an impulsivity-based thrifty eating phenotype. Pediatric Research, vol. 71, no. 3, pp. 293–298, 2012
- SIMMONS RA, TEMPLETON LJ, GERTZ SJ. Intrauterine growth retardation leads to the development of type 2 diabetes in the rat. Diabetes. 50(10):2279-86, 2010.
- WALKER P; COURTIN F. Transient neonatal hyperthyroidism results in hypothyroidism in the adult rat. Endocrinol, 116: 2246-2250. 1985.
- YURA, S; FUJII, S. Obesity in offspring with maternal undernutrition during pregnancy. Nippon Rinsho, v.64, n.4, p.795-780. 2006.

Capítulo 6



10.37423/221206971

MUSICOTERAPIA E SEUS EFEITOS EM MULHERES PORTADORAS DE NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS E DA MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Lucas Guimarães Junqueira

Universidade do Estado do Pará

Giovanna Gilioli da Costa Nunes

Universidade Federal do Pará

Gustavo Lima Toledo

Universidade do Estado do Pará

Afonso Moraes Melo Junior

Centro Universitário do Pará

Wesley Dos Santos Ramos

Universidade do Estado do Pará

Carolina Nunes Werneck de Carvalho

Universidade Nilton Lins

Bárbara Waléria Gonçalves Alves

Universidade do Estado do Pará

Rafael Silva Lemos

Universidade do Estado do Pará

Manuele Menezes Nascimento

Universidade Federal do Pará

Luís Eduardo Werneck de Carvalho

Oncológica do Brasil

INTRODUÇÃO

A música, como efeito terapêutico, é uma prática milenar, pesquisada e utilizada desde as civilizações antigas. Sobre as neoplasias ginecológicas, são doenças que podem se beneficiar de práticas musicoterápicas, pois são utilizadas como forma de alívio dos fardos psicológicos, físicos e sociais que acompanham o paciente, já que causam sintomas como ciclos menstruais irregulares e dor pélvica.

Sabe-se que o câncer propriamente dito traz consigo grande carga física e emocional, podendo causar ao paciente e seus familiares diversos problemas, principalmente no que se trata sobre ansiedade diante do prognóstico da doença influenciando negativamente na adesão ao tratamento e sua efetividade.

A Associação Americana de Musicoterapia definiu a musicoterapia como uma prática baseada em evidências na qual musicoterapeutas certificados utilizam a música com objetivos terapêuticos específicos e metas individualizadas (NERES et al., 2020)). De acordo com Neres et al. essa prática objetiva usar a música como distração, focando apenas em estímulos agradáveis que fogem do cenário de doença.

Além disso, a musicoterapia pode ajudar na evolução e progressão do tratamento de neoplasias ginecológicas, trazendo benefícios, tanto para a paciente, quanto para a equipe multiprofissional em saúde. Pois, a musicoterapia auxilia em aspectos biopsicossociais da paciente, tais como a redução do medo do tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, a criação de memórias positivas correlacionando a musicoterapia com uma evolução mais positiva, preservação da saúde mental com a redução de ansiedade durante o tratamento. E, também, a prática musicoterápica pode ajudar em aspectos fisiológicos da paciente, com impacto positivo na redução de dor, melhor controle de níveis pressóricos e diminuição de sintomas como, náuseas e vômitos (LI et al., 2020a)

Ademais, outro aspecto relevante é a relação da intervenção musical na adesão ao tratamento de neoplasias ginecológicas e da mama. E, estudos mostram que a musicoterapia auxilia na redução de dor em procedimentos médicos como biópsia de mama e radioterapia, por exemplo, de modo que, foi-se percebido a diminuição de estresse e ansiedade em relação a estes procedimentos médicos (LIMA et al., 2020)

E, outro aspecto relevante é o tempo de duração da intervenção da música e seus efeitos na fisiologia das pacientes ginecológicas. Desse modo, a exposição de 10-15 minutos de musicoterapia tem relação com a alteração do sistema nervoso autônomo, de modo que, sejam percebidas alterações na

frequência cardíaca e redução de sintomas associadas a quimioterapia e radioterapia, como náuseas, vômitos, fadiga e estresse (LIMA et al., 2020)

Sendo assim, a musicoterapia tem se mostrado como uma terapia integrativa positiva em pacientes com neoplasias ginecológicas, de modo que, a intervenção da musicoterapia abrange as pacientes de forma integral, possibilitando um caminho mais leve durante todo o processo de evolução da doença e tratamento da mesma, sendo que, o bem estar das pacientes é de extrema importância e relevância para a aplicação da intervenção musical.

OBJETIVO

Identificar na literatura os efeitos da musicoterapia no tratamento de neoplasias ginecológicas.

METODOLOGIA

DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo o qual se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é defendida por seus próprios autores (POLIT; BECK, 2011).

A revisão integrativa permite associar dados da literatura empírica e teórica com a finalidade de definir conceitos, identificar problemáticas, revisar teorias e analisar a metodologia dos estudos sobre uma determinada temática (MATOS, 2015). Essa estratégia consiste na compilação de estudos referentes a determinado problema de investigação, de forma a possibilitar a análise crítica quanto aos seus objetivos e percurso metodológico, gerando contribuições não só para a integração do conhecimento, mas também para sua aplicabilidade, com vistas ao desenvolvimento da área em estudo (POMPEO et al, 2009)

Dessa forma, constitui-se em um instrumento da Prática Baseada em Evidências, afinal a revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, a qual foi conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para um possível resultado benéfico na qualidade dos cuidados com os pacientes portadoras de neoplasias ginecológicas e da mama (SOUSA et al. 2010).

PROCEDIMENTOS DE BUSCA, SELEÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Percorreu-se seis etapas distintas no processo de produção da Revisão da Literatura, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (MENDES et al., 2018). Deste modo para o rigor desta revisão integrativa as 6 etapas de produção foram fundamentadas nas descrições propostas a seguir por Matos (2015).

Na primeira etapa, determinou-se o objetivo a ser atingido, formulou-se a pergunta de pesquisa e as hipóteses a serem respondidas. Dessa forma, o questionamento central foi construído a partir da estratégia “PICO”, utilizada para construir questões de pesquisa em múltiplas áreas, por meio do acrônimo: P = população, paciente ou problema, I = interesse ou intervenção e Co = contexto (DAVIES, 2011) (SANTOS et al., 20107). Desse modo, a população (P) a qual essa pesquisa visa atender são as mulheres portadoras de neoplasias ginecológicas e da mama; a intervenção (I) relaciona-se ao efeito da musicoterapia na qualidade de vida dessas pacientes. Sendo assim a questão que norteou a pesquisa foi: “Quais são os principais efeitos da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida das pacientes portadoras de neoplasias ginecológicas e da mama?”

Após isso, na segunda etapa, buscou-se estabelecer a fonte de dados e dos critérios de inclusão e exclusão do estudo (MATOS, 2015). Avaliou-se criticamente os critérios e métodos empregados no desenvolvimento dos vários estudos selecionados, determinando assim os que contemplavam ou não o objetivo e temática desta pesquisa (SANTOS et al., 2013). Dessa forma, os descritores selecionados e utilizados nas bases de dados, foram: “musicoterapia”, “neoplasia”, “sexo feminino”, “neoplasia da mama”. Para esse estudo, as fontes de dados selecionadas foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tendo em vista sua amplitude no que tange a abrangência dos periódicos da saúde, contemplando um banco de dados nacional e internacional e a Public/Publisher MEDLINE (PubMed), devido a sua ampla abrangência em revistas e periódicos de cunho internacional. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados nos últimos 5 anos (2018-2022), com texto completo disponível gratuitamente, publicados em inglês ou português. Excluiu-se estudos que não contemplavam a pergunta de pesquisa citada anteriormente, bem como outras revisões.

Por meio de tais descritores e da estratégia de busca PRISMA, pôde-se seguir para a terceira etapa. Nela, foram encontrados 117 artigos em ambas as bases, com a aplicação de filtros - de ano e idioma (inglês e português), bem como a restrição por assunto na base de dados BVS -, esse número limitou-se a 31 estudos. Nesse sentido, utilizou-se a estratégia de leitura Bardin, na qual realizou-se uma leitura flutuante de tais artigos, verificando sua relação com a temática proposta e excluindo artigos

que não incorporavam musicoterapia no tratamento de pacientes portadoras de neoplasias da mama e ginecológicas e outras revisões, resultando em 18 artigos após a leitura rasa.

Na quarta etapa, realizou-se uma leitura profunda, analisando detalhadamente esses estudos, por meio de uma avaliação crítica, buscando sanar os questionamentos encontrados referentes à divergência de dados; objetivando justificativas pertinentes que explicassem potenciais avaliações conflitantes dos estudos. Por meio dessa avaliação profunda e crítica, foram incluídos 7 artigos na revisão integrativa.

Na quinta etapa, foram escolhidas as informações abordadas por cada estudo selecionado e, por conseguinte, discutiu-se os resultados encontrados, baseando-se na coerência com o tema e objetivos específicos pré estabelecidos na pesquisa.

Na sexta etapa, sintetizou-se as informações dos artigos selecionados, com o objetivo de fomentar uma reflexão a respeito da relevância e coerência do tema. Ademais, a análise crítica foi realizada de forma descritiva com base na literatura coletada.

RESULTADOS

A princípio, foram selecionados 7 estudos: um estudo comparativo (14,28%), um estudo clínico randomizado (14,28%), um estudo quase-experimental (14,28%), dois estudos prospectivos de controle randomizados (28,57%) e dois estudos de controle randomizado (28,57%).

Todos os estudos aplicaram metodologias com o objetivo de avaliar, seja em critérios qualitativos ou quantitativos, o impacto da musicoterapia em pacientes que sobreviveram ao câncer de mama de estágio I ao IV.

Com o fim de mensurar o benefício dessa prática integrativa, foram utilizados critérios como Qualidade de Vida, Memória, Participação em Atividades, Estresse, Ansiedade, Depressão e melhora dos Efeitos Adversos à Quimioterapia.

Em relação ao tempo de música, houve variações de 15 minutos, 30 minutos, 40 minutos e de 150 minutos de intervenção (HENNEGHAN et al., 2020; LIMA et al., 2020; NERES et al., 2020; ROSSETTI et al., 2017).

Com relação à Qualidade de Vida, três estudos referiram melhora neste aspecto. Todavia, essa percepção foi qualitativa e foi acompanhada pelo grupo de controle sem a intervenção musical no estudo de Lima 2020 (CHOU, 2020; HENNEGHAN et al., 2020; LIMA et al., 2020).

Acerca do coorte com musicoterapia, evidenciaram-se - ainda- significativas melhoras nas variáveis Memória, Comprometimento Cognitivo Percebido (PCI), Comentário de outras pessoas, Estresse, Fluência Verbal e Capacidade Cognitiva Percebida (PCA) em uma avaliação comparativa do pré-teste para o pós-teste (CHOU, 2020; HENNEGHAN et al., 2020; LIMA et al., 2020).

Não obstante, os critérios Ansiedade, a Depressão e Efeitos Adversos devido à Quimioterapia, no qual destacam-se a êmese, foram reduzidos nos pacientes submetidos à *playlist* musical em momento anterior a cada sessão do tratamento oncológico (LI et al., 2020b; NERES et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

O critério de participação em atividades, quantitativamente, não se mostrou dispare em relação à conduta sem a música. Porém, qualitativamente, foi relatado pelas pacientes a percepção de melhora desse critério (LIMA et al., 2020).

TABELA 1: Características dos estudos incluídos.

Autor/ ano da publicação	Título	Objetivo	Amostra	Idade Média	Intervenção	Resultados segundo Variáveis
SMITH et al., 2021	Comparison of a standard computer-assisted cognitive training program to a music enhanced program: A mixed methods study	Comparar os efeitos de um programa padrão de treinamento cognitivo assistido por computador a um programa CACT aprimorado com música para melhorar o foco e a concentração na memória, cognição e qualidade de vida	n =19	A idade média das pacientes compreendeu a faixa etária de $53,44 \pm 21$ anos.	Os participantes foram aleatoriamente designados para o grupo CACT ou CACT+A. Os participantes do grupo CACT+A receberam fones de ouvido e um USB com um álbum de música de 2 horas e 30 minutos disponível publicamente para aumentar o foco e a concentração.	Memória: Não houve diferença significativas nos dois grupos no pré e pós-teste; Os critérios PCI*, PCA** e Comentário de outras pessoas aumentaram do pré-teste para o pós-teste em ambos os grupos; Qualidade de vida: Houveram melhoras significativas para ambos os grupos.

					Os participantes realizaram exercícios no computador por 30 minutos por dia, 5 dos 7 dias por semana durante 1 mês.	
LIMA <i>et al.</i> , 2020	Impact of a Music Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial	Avaliar o efeito de intervenções musicais nos sintomas, eventos adversos e qualidade de vida (QoL) de pacientes com câncer de mama passando por quimioterapia.	n = 33	A idade média no grupo controle foi de 50,76 e no grupo submetido à terapia musical foi de 49,50.	Participantes foram randomizados em dois grupos. No Grupo Música (GM), a intervenção musical foi aplicada por meio de um fone de ouvido MP3 por 30 minutos imediatamente antes da quimioterapia, e eles não ouviram potencialmente outros ruídos perturbadores do ambiente.	Incidência de vômitos, ansiedade e depressão induzidos por quimioterapia: Houveram reduções no número de pacientes acometidos; Qualidade de vida: Houve melhora no quadro dos pacientes.
SANTOS <i>et al.</i> , 2020	Música no alívio do estresse e distress de pacientes com câncer	Avaliar o efeito da música sobre estresse fisiológico e distress de pacientes com câncer em tratamento em	n = 26	Idade média foi de 56 anos.	A intervenção única com música ocorreu individualmente com os pacientes deitados ou sentados em seus leitos nas enfermarias do hospital do estudo,	Estresse fisiológico e distress: Houveram reduções nos níveis dos pacientes submetidos à quimioterapia.

		ambiente hospitalar			conforme escolha do próprio participante, com a utilização de fones de ouvido; a sessão durou cerca de 15 minutos, tendo sido tocadas três músicas escolhidas por eles próprios.	
ALCÂNTARA-SILVA <i>et al.</i> , 2018	Music Therapy Reduces Radiotherapy-Induced Fatigue in Patients With Breast or Gynecological Cancer: A Randomized Trial	Investigar a influência da musicoterapia na redução da fadiga em mulheres com neoplasia maligna de mama ou ginecológica durante a radioterapia, pois a fadiga é um dos efeitos colaterais mais frequentes desse tipo de tratamento, podendo interferir na autoestima, nas atividades sociais, e qualidade de vida.	n = 116	A média de idade dos participantes foi de 52,90 ($\pm 10,26$) anos para o grupo controle e 51,85 ($\pm 10,60$) anos para o grupo da musicoterapia	Os participantes do grupo de musicoterapia tiveram 10 sessões individuais de musicoterapia de 30 a 40 minutos, duas vezes por semana, imediatamente antes das sessões de radioterapia. A estratégia escolhida foi um período terapêutico de escuta musical em 3 momentos diferentes de cada sessão. A seleção das músicas para a primeira e terceira escuta de cada sessão foi realizada pela musicoterapeuta	FACT-F**** , FACT-G , TOI : Não houve alteração nas 3 variáveis no grupo controle; Depressão : Melhora dos sintomas depressivos e do risco de desenvolvimento desta doença para o grupo submetido à musicoterapia.

					ta com base em repertório próprio dos períodos barroco, clássico e romântico.	
ROSSETTI <i>et al.</i> , 2017	The Impact of Music Therapy on Anxiety in Cancer Patients Undergoing Simulation for Radiation therapy	Avaliar o impacto da Musicoterapia na ansiedade e angústia durante uma simulação de tratamento de pacientes recém-diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço ou câncer de mama.	n = 78	A idade média foi de 58,5 anos. Não houveram pacientes <26 anos e >77.	Para o grupo estudado, aproximadamente 40 minutos de música foram escolhidos com base nas preferências de cada paciente e analisados seguindo um algoritmo de “sistema de caracterização musical”.	Ansiedade: Houve redução nos níveis do estado de ansiedade para a coorte dos pacientes submetidos à musicoterapia, enquanto o estado de ansiedade aumentou na coorte do grupo sem musicoterapia.
HENNEGHAN <i>et al.</i> , 2021	Sustained Effects of Mantra Meditation Compared to Music Listening on Neurocognitive Outcomes of Breast Cancer Survivors: A Brief Report of a Randomized Control Trial	comparar efeitos sustentados nessas duas intervenções realizadas anteriormente (pacientes submetidos a tratamento de meditação baseado em mantra e pacientes submetidos a tratamento utilizando	n = 27	A idade média foi de 52,22 anos, sendo 77,78% dos pacientes estavam na pós-menopausa, seja naturalmente ou induzida via tratamento.	Os participantes foram randomizados para um dos dois grupos de intervenção, sendo o primeiro baseado em terapia com mantras e o segundo contendo terapia com audição de música clássica. Foi utilizado um software de randomização.	A Fluência Verbal, a Memória, Comprometimento Cognitivo Percebido e Qualidade de Vida melhoraram significativamente nos dois grupos. Porém, apesar dos efeitos terem sido mantidos, não houve diferença significativa ao longo do tempo em relação ao estudo anterior.

		música clássica.			Os participantes foram instruídos a meditar ou ouvir música de uma playlist digital, sentados calmamente, com os olhos fechados por 12 minutos por dia durante 8 semanas.	
HENNEGHAN <i>et al.</i> , 2021	A randomized control trial of meditation compared to music listening to improve cognitive function for breast cancer survivors: Feasibility and acceptability	O objetivo deste estudo foi explorar a viabilidade e os efeitos de uma intervenção de meditação Kirtan Kriya (KK) sobre sintomas cognitivos e psicológicos em comparação com uma condição de controle de atenção, escuta de música clássica (ML), nos pacientes sobreviventes de câncer de mama.	N = 27	A idade média do grupo submetido à musicoterapia foi de 48,93 e a de meditação 50 anos.		Comprometimento Cognitivo Percebido, Capacidade Cognitiva Percebida e Qualidade de Vida: Ambos os grupos neste estudo demonstraram melhorias nos critérios, não havendo diferenças significativas nos dois grupos.

* Comprometimento Cognitivo Percebido

** Capacidade Cognitiva Percebida

***Avaliação Funcional da Fadiga da Terapia do Câncer

DISCUSSÃO

O presente estudo dedicou-se a avaliar os efeitos da musicoterapia em pacientes em tratamento de neoplasias ginecológicas e da mama. A revisão identificou 7 estudos válidos pelos critérios de seleção, totalizando 286 pacientes. Considerando a literatura coletada, o câncer de mama foi o mais estudado, com menções a outros tipos de câncer ginecológico escassas ou inexistentes. Todavia, pôde-se identificar os seguintes efeitos da musicoterapia nas pacientes: redução da ansiedade: o efeito mais proeminente, sobretudo quando a música é escolhida pela paciente, por propiciar um ambiente com melodias previsíveis ante uma doença imprevisível, culminando com menores níveis de ansiedade e depressão e sintomas como náuseas, fadiga associada ao câncer e êmese, impactando diretamente na eficiência da quimioterapia, de alto potencial emetogênico.

Em relação aos efeitos observados sobre sintomas de ansiedade, todos os 3 estudos que avaliavam essa variável de forma comparativa observaram melhora nos sintomas associados por meio de questionários e avaliações clínicas periódicas (LIMA et al., 2020; ROSSETTI et al., 2017; SANTOS et al., 2021). Apesar desses achados sugerirem relação positiva para intervenção musical em pacientes com câncer, convém ressaltar a heterogeneidade percebida entre os métodos, ocasionada provavelmente pela falta de padronização dos instrumentos de avaliação, escalas e coleta de informações sobre os sintomas de ansiedade nos pacientes dos estudos selecionados.

Sendo assim, o nível de sensibilidade para essa associação diminuiu significativamente, embora os sinais e sintomas observados nessa revisão tenham concordado com a literatura que avaliou os efeitos da musicoterapia em outros tipos de câncer (LI et al., 2020b; NERES et al., 2020), como a redução da pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca e respiratória, tendo-se atribuído à redução de catecolaminas na regulação do sistema nervoso autônomo observada em pacientes submetidos à musicoterapia (CHOU, 2020)). Por outro lado, cabe ressaltar que esses efeitos fisiológicos benéficos foram percebidos em estudos com a maioria ou totalidade da população feminina, a qual já é mais propensa a desenvolver sintomas de ansiedade e depressão durante o tratamento quimioterápico (NERES et al., 2020).

Em relação à depressão, a redução de seus níveis foi verificada na maioria dos estudos como achados secundários. Em dois estudos, de Lima et al (2020) e de Alcântara-Silva et al (2018), a associação da depressão com a musicoterapia recebeu maior destaque, relacionados com a melhora de sintomas depressivos, estresse e ansiedade. Do ponto de vista neuropsicológico a música evoca emoções e

memórias reconfortantes, ativando virtualmente áreas límbicas e paralímbicas. Apesar disso, existem controvérsias sobre esse tratamento, porém relacionadas com esquemas diferentes, padrões musicais e períodos de tratamento insuficientes (ALCÂNTARA-SILVA et al., 2018; LIMA et al., 2020).

Sobre os demais sintomas que impactam na qualidade de vida dos pacientes, a fadiga e a êmese foram descritos como grandes empecilhos. O estudo de Alcântara-Silva et al (2018) evidenciou uma boa relação entre a musicoterapia e a diminuição da fadiga, estando relacionada com a liberação de neurotransmissores relacionado com o prazer, satisfação e felicidade, como a serotonina e dopamina. Sobre a êmese, foram encontradas relações de sua melhora com a musicoterapia, estando associada, principalmente, ao uso de antieméticos e medicações sintomáticas (ALCÂNTARA-SILVA et al., 2018).

Além disso, mulheres sobreviventes de cânceres ginecológicos possuem diversas complicações e sequelas, como déficits cognitivos, de memória, de função executiva e motora. O estudo de Smith et al (2021) demonstrou que programas de assistência cognitiva computadorizados possuem a capacidade de reabilitar certas funções, como os déficits cognitivos, de memória e executivos quando bem trabalhados com as pacientes, devido aos resultados promissores e a facilidade de serem realizados na casa da paciente. Outros estudos como de Henneghan et al (2021) demonstraram semelhantes impactos da musicoterapia durante o tratamento das pacientes, principalmente quando associados a outros tratamentos multiprofissionais. Possuindo associação com q melhora da relação médico-paciente e demais relações interpessoais, potencializadas com a psicoterapia (HENNEGHAN et al., 2021; SMITH; WANG, 2021).

CONCLUSÃO

Destaca-se a partir do presente estudo, portanto, a importância da musicoterapia no tratamento das neoplasias ginecológicas, como forma de alívio dos fardos psicológicos, físicos e sociais que acompanham o paciente. Os diversos benefícios observados incluem questões fisiológicas e sociais, reafirmando a capacidade dessa alternativa de tratamento integrativo em produzir diversos efeitos terapêuticos, como a redução da dor, da fadiga, do estresse, da ansiedade, a promoção de conforto, do relaxamento muscular, dentre outros.

Ademais, formas integrativas benéficas ao tratamento oncológico se mostram eficientes na forma que os profissionais administram e ajustam os procedimentos para atingir determinados objetivos terapêuticos, ao mesmo tempo que minimiza o número de pacientes que abandonam esses serviços ao demonstrarem um controle dos sintomas e aumento de índices de qualidade de vida. Além disso,

resultados de estudos com sobreviventes de neoplasias ginecológicas demonstram efeitos significativos da musicoterapia no prognóstico de sintomas psicológicos e de danos de habilidades cognitivas, como, da memória, controles de estresse, ansiedade, sintomas depressivos e até mesmo de oscilações de humor.

Porém, é de fundamental importância ressaltar que são necessários mais estudos envolvendo esta abordagem e a disseminação e conhecimento desta prática para com as pacientes oncológicas, a fim de que se torne uma ferramenta mais comumente observada nos serviços de oncologia, visto que pode ser aplicada por meio de estratégias simples e de baixo investimento, além de afetarem diretamente os prognósticos e as experiências dos pacientes durante o tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS:

ALCÂNTARA-SILVA, T. R. et al. Music Therapy Reduces Radiotherapy-Induced Fatigue in Patients With Breast or Gynecological Cancer: A Randomized Trial. *Integrative Cancer Therapies*, v. 17, n. 3, p. 628–635, 10 set. 2018.

CHOU, K.-R. CN35 Effects of music therapy on anxiety and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *Annals of Oncology*, v. 31, p. S1137, set. 2020.

HENNEGHAN, A. M. et al. A randomized control trial of meditation compared to music listening to improve cognitive function for breast cancer survivors: Feasibility and acceptability. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 41, p. 101228, nov. 2020.

HENNEGHAN, A. M. et al. Sustained effects of mantra meditation compared to music listening on neurocognitive outcomes of breast cancer survivors: A brief report of a randomized control trial. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 150, p. 110628, nov. 2021.

LI, X. et al. Music intervention improves the physical and mental status for patients with breast cancer. *Medicine*, v. 99, n. 49, p. e23461, 4 dez. 2020a.

LI, Y. et al. The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 76, n. 5, p. 1111–1123, 19 maio 2020b.

LIMA, T. U. et al. Impact of a Music Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial. *Integrative Cancer Therapies*, v. 19, p. 153473542093843, 3 jan. 2020.

MATOS, P. C. Tipos de revisão de literatura. Faculdade de ciências agronômicas da UNESP. Botucatu, São Paulo, 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e contexto enfermagem*, v.17, n.4, p. 758-764, 2018.

NERES, C. B. et al. Efetividade da Musicoterapia na Redução da Ansiedade de Pacientes Oncológicos: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, n. 4, 27 jan. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Artmed, 7. Ed. Porto Alegre, 2011.

POMPEO, D. A.; GALVÃO, C. M.; ROSSI, L. A. (2009). Revisão integrativa: Etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

ROSSETTI, A. et al. The Impact of Music Therapy on Anxiety in Cancer Patients Undergoing Simulation for Radiation Therapy. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, v. 99, n. 1, p. 103–110, set. 2017.

SANTOS, C. M. C; PIMENTA, C. A. M; NOBRE, M. R. U. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, p. 508-511, 2007.

SANTOS, M. S. DOS et al. Music in the relief of stress and distress in cancer patients. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 2, 2021.

SOUSA, MT.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

SMITH, T. M.; WANG, W. Comparison of a standard <scp>computer-assisted</scp> cognitive training program to a music enhanced program: A mixed methods study. Cancer Reports, v. 4, n. 2, 10 abr. 2021.

Capítulo 7



10.37423/221206977

TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA DE FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE

ANA PAULA RIBEIRO FERREIRA

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes

GILEILA DE JESUS LOPES

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes

GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes

IZABEL CRISTINA BRUNORO HOPPE

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes

KAROLINE CALFA PITANGA

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes

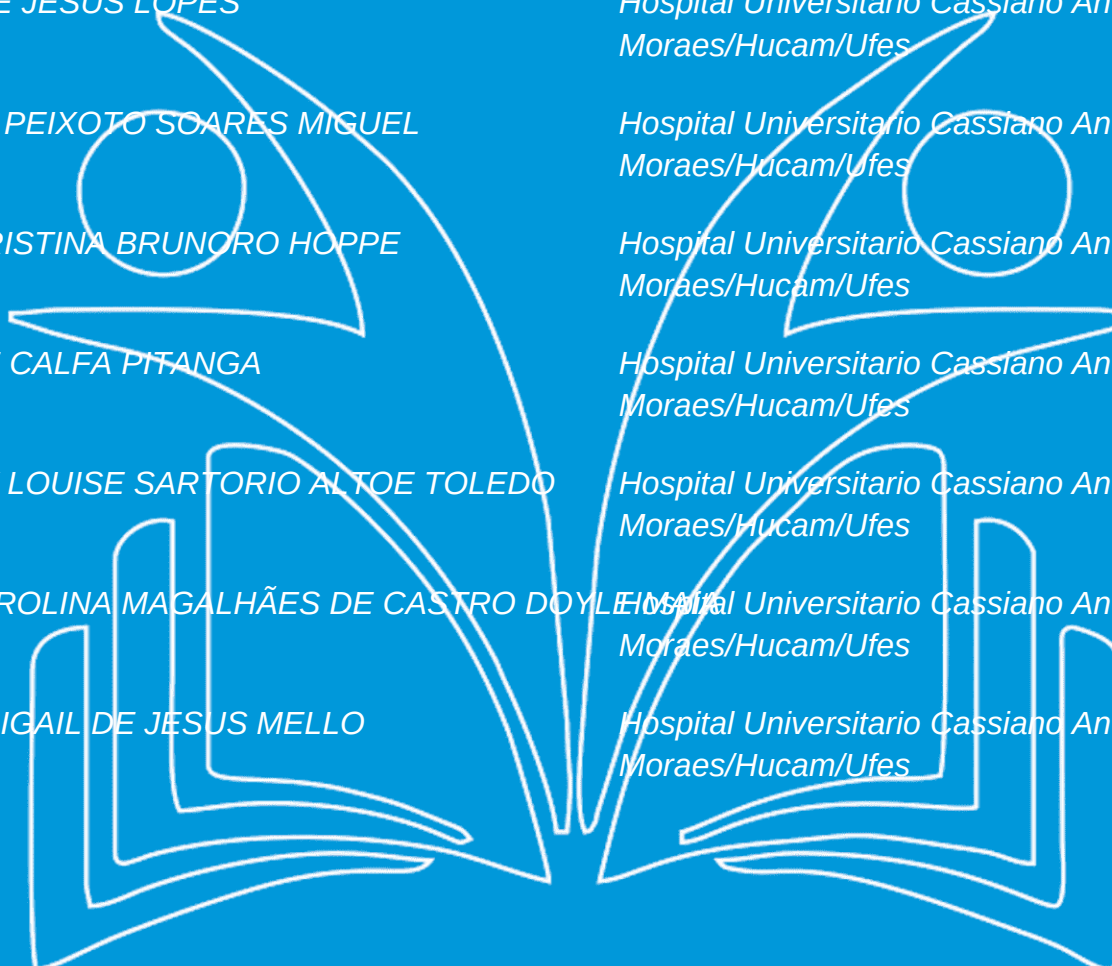
MICHELLY LOUISE SARTORIO ALTOE TOLEDO

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes

MARIA CAROLINA MAGALHÃES DE CASTRO DOYLE *Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes*

SANNA ABIGAIL DE JESUS MELLO

Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes/Hucam/Ufes



OBJETIVO DO TRABALHO:

Este trabalho tem como objetivo a capacitação da equipe multiprofissional da atenção primária e secundária sobre o manejo no tratamento ao indivíduo com sobrepeso e obesidade. Além disso, compartilhar o conhecimento da equipe multiprofissional de um programa de cirurgia bariátrica e metabólica sobre o manejo do paciente pré e pós operatório em todas as áreas afins (nutrição, psicologia, medicina, serviço social, enfermagem, educação física, fisioterapia) junto a rede de atenção ao indivíduo obeso.

MÉTODO:

Cada integrante da equipe multiprofissional fica responsável em elaborar uma web palestra e ministrá-la via Telessaúde (rede de colaboração que auxilia os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS)), referente a sua área de atuação no Programa de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (PCBM). Para facilitar o acesso às web palestras, tanto dos pacientes quanto dos profissionais da atenção primária, criamos um canal de comunicação (www.bariatricahucam.ufes.br) onde constam todos os temas e os links das webs realizadas.

RESULTADOS:

Já foram ministradas 12 web palestras via Telessaúde, com os seguintes temas: Cirurgia bariátrica no pós operatório tardio - Sinais de alerta, Atuação fisioterapêutica no pré operatório de cirurgia bariátrica, Obesidade - Promoção, prevenção e educação em saúde, Atendimento psicológico pré e pós cirurgia bariátrica, Cirurgia Plástica Pós Bariátrica: Atualizações para o acompanhamento de equipes multiprofissionais Acesso ao Pré-operatório Multiprofissional no Programa de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, Abordagem nutricional em cirurgia bariátrica, entre outros. Já tendo atingido mais de **46.000** visualizações no canal do Telessaúde no youtube desde o início do projeto, em meados de setembro/2019.

CONCLUSÕES:

Ao utilizar o Telessaúde como ferramenta de promoção e educação em saúde, acreditamos que contribuimos para fortalecer a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no que tange a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade. Além disso, colaboramos no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à

formação e qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS como preconiza a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Contribuindo dessa forma, em um atendimento humanizado e integral ao paciente com sobrepeso e obesidade.

Capítulo 8



10.37423/221206998

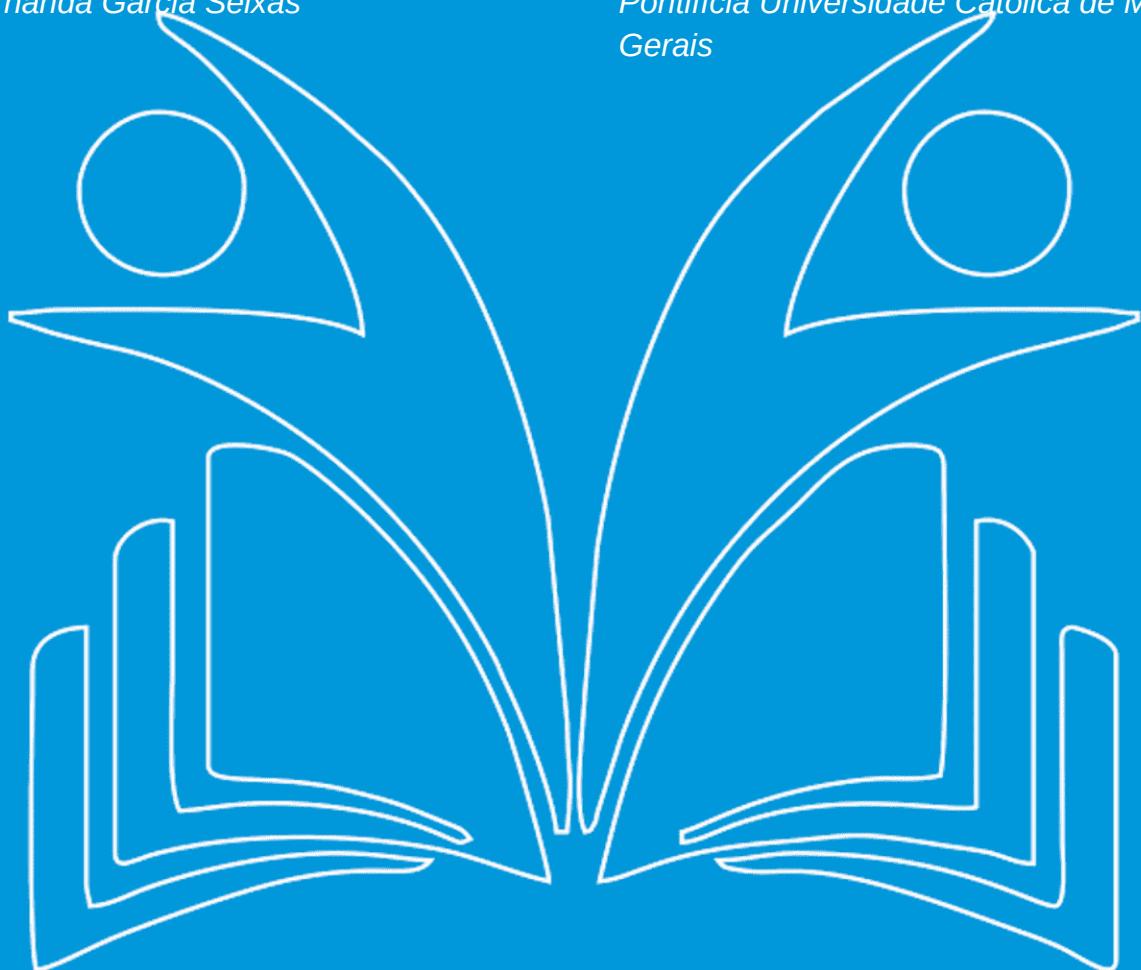
CIRURGIA BARIÁTRICA: AVALIAÇÃO E PREPARO DO PACIENTE DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Luciane Cristina de Souza Fernandes

Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte

Patrícia Fernanda Garcia Seixas

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais



Resumo: O presente trabalho versa sobre a importância da Avaliação Psicológica realizada pelas equipes cirúrgicas de tratamento e controle da Obesidade dentro dos hospitais da rede pública. Os pacientes com Obesidade Grau III são indicados para tratamento cirúrgico da Obesidade quando correspondem aos critérios validados e exigidos pela OMS - Organização Mundial de Saúde. Por se tratar de uma doença crônica com múltiplas causas, torna-se necessário ampliar o olhar para um manejo adequado das opções terapêuticas disponíveis. Dentre os desafios encontrados pelas equipes que atuam nos hospitais, lidera o ranking, a adesão do paciente ao próprio tratamento, sendo esta, a única forma de alcançar e manter os resultados propostos. A avaliação do estado psicológico do candidato conduz ao preparo individual adequado, que visa conscientizar para a necessidade de mudanças no estilo de vida, bem como da continuidade do tratamento. Considerando este cenário, o presente artigo traz a partir das observações da autora, uma perspectiva que visa beneficiar de maneira prática a condução dos processos de avaliação, favorecendo profissionais e usuários. A pesquisadora é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, especialista em Comportamento Alimentar pelo Instituto de Pesquisas, Ensino e Gestão em Saúde (IPGS), cursando o programa de Pós Graduação em Psicologia Hospitalar da Santa Casa de Belo Horizonte. Falando deste lugar e embasada pelas contribuições de autores da literatura científica atual, apresenta seu olhar a partir da prática supervisionada realizada no Centro de Especialidades Médicas (CEM). A observação ocorreu durante atendimentos individuais aos pacientes do ambulatório de Obesidade Clínica, obesos mórbidos candidatos à Cirurgia Bariátrica, e usuários no pós-operatório. Os quesitos observados e pontuados foram - utilização de técnicas de avaliação, escuta ativa individualizada e acompanhamento pós-cirúrgico. Os resultados mostraram que por se tratar de um ambiente onde a adequação se faz necessária, nem sempre será possível utilizar-se de todas as medidas terapêuticas existentes. Contudo, observa-se que ainda assim, para benefício da parte mais vulnerável, neste caso o doente, é necessário expandir o referencial teórico objetivando diminuir a distância existente entre o prescrito e o real.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Avaliação psicológica. Atuação do psicólogo.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade em sua forma mais grave associa-se a diversas comorbidades, acarretando sérios prejuízos para a saúde, tanto física como emocional. Embora muito já se tenha avançado, o tratamento para a forma mais grave da doença ainda enfrenta grandes desafios, pois as abordagens clínicas mostram-se ineficazes a médio e longo prazo. No que diz respeito à intervenção cirúrgica, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), diz que ela ainda é vista como tabu por uma parcela significativa da sociedade. O procedimento, de acordo com a OMS não promove cura, objetiva proporcionar melhor qualidade de vida aos obesos que a ele recorrem. Os pacientes que ao longo da vida lidam com a Obesidade e com todos os seus efeitos, muitas vezes ao buscarem ajuda fecham os olhos para quaisquer possibilidades, investindo toda sua energia na busca por resultados irreais.

Não é novidade para estudiosos dos transtornos alimentares como Duchesne e Apolinário (2001), que padrões impostos pelas sociedades tornam-se regras e para o alcance desses padrões, muitos comportamentos onerosos à saúde são emitidos. A busca muitas vezes inconsequente por um corpo magro, apresentado como retrato da beleza e da felicidade, é considerada elemento fundamental na etiologia dos transtornos alimentares. Desde a infância a imagem vem sendo formada, bem como sua identidade e seus hábitos, tanto alimentares quantos nos demais contextos de vida.

É ainda nesta fase que as crianças começam a aprender sobre o que é valorizado socialmente e que as diferentes características físicas são classificadas de acordo com um padrão imposto. Começam desde pequenas a julgar as formas adquiridas pelo próprio corpo e a inferir valor sobre ele de acordo com o que acreditam ser socialmente esperado. Em outras palavras, aprendem a partir do olhar do outro o quanto adequado ou inadequado seu corpo se parece e até que ponto merece ser apreciado. Ainda na infância a criança já começa a ser prejudicada e sofre interferência nos seus sentimentos de autovalor.

Freud (1905), postulou que o desenvolvimento das relações do indivíduo consigo mesmo e com os outros acontece desde a amamentação tornando o ato de se alimentar um fenômeno que vai muito além do biológico ou do fisiológico. Em concordância, Winnicott (1999), defende que a estimulação oral do bebê através da amamentação é determinante para a construção do indivíduo. O autor afirma que já nesta fase, através dos diálogos entre a criança e a mãe durante o ato de alimentar, a personalidade infantil começa a ser moldada pela troca de afeto, tornando a alimentação um ato emocional. Muitos são os eventos ao longo de uma vida, que podem desencadear o desejo pelo alimento como forma de compensar a falta de afeto. Quando algo assim ocorre, muitas vezes sem perceber o indivíduo busca pelo excesso como forma de preencher os vazios da própria existência.

Quando chegam à idade adulta atingindo o extremo da Obesidade e buscam na intervenção cirúrgica a cura para sua doença, nem sempre estão atentos ao fato de que permeia nesta doença o fator biológico crônico. Isto significa que embora existam tratamentos eficazes para seu controle, nenhum deles é capaz de promover cura e isto é definitivo até o momento.

Fernandes (2019) afirma que quando se trata da avaliação dos quesitos psicológicos norteadores da condição de um paciente que será submetido à Cirurgia Bariátrica, é necessário estar atento aos fatores desencadeantes e agravantes. Estudiosa do tema desde o ano de 2010, após ser submetida ao tratamento cirúrgico para controle da própria Obesidade a autora traz apontamentos a seu ver, essenciais na condução desta avaliação. Uma grande dificuldade observada entre as pessoas com Obesidade é a de se reconhecerem como doentes, já que a gordura está socialmente associada à preguiça e ao desleixo e à falta de força de vontade. Não é tarefa fácil tratar aquilo que não é visto como doença e não é possível tratar quem não se sujeita e não consegue seguir regras. Torna-se ainda mais desafiador quando o paciente não se torna a parte ativa do próprio tratamento, então, o profissional terá que valer-se de estratégias para ajudá-lo.

D'Angelo (2008), afirma que mesmo com o pouco tempo que pode ser disponibilizado aos atendimentos de acordo com o contexto é possível proporcionar um efeito terapêutico, possibilitando novos caminhos ao tratamento. Para isso, é imprescindível que o profissional esteja atento aos preceitos éticos e disposto a fazer diferença com seu trabalho, não se limitando apenas ao óbvio. Deste modo, quanto mais propício for o contexto, maiores serão as possibilidades de o profissional atuar em concordância com seu papel de ajudador. É preciso ainda, sempre que possível, implicar o paciente em seu próprio tratamento dando autonomia para que ele conduza a si mesmo para o lugar da melhora clínica. O psicólogo precisa ainda conhecer minimamente a patologia que acomete cada paciente para compreender suas queixas e poder auxiliá-lo sempre que possível. Precisa saber que seu paciente é um ser humano em detrimento de qualquer diagnóstico. E que seu sofrimento, por menor que possa parecer, é legítimo e único, não devendo então ser negligenciada a dimensão da sua dor, mas sim, acolhida sem julgamentos.

2. IDENTIFICANDO O PROBLEMA

Um dos maiores desafios para as equipes multidisciplinares de Cirurgia Bariátrica é mostrar ao paciente a importância do seu comprometimento com o tratamento extremo ao qual está sendo submetido. Esta situação se agrava ainda mais no contexto da rede pública, pois, além da Obesidade

e das doenças associadas a ela, estão presentes dificuldades financeiras e a vulnerabilidade social. Este trabalho teve como pano de fundo para os resultados que serão apresentados, os atendimentos de prática supervisionada realizada no Ambulatório de Obesidade do Centro de Especialidades Médicas – (CEM) da Santa Casa de Belo Horizonte.

De acordo com a pesquisadora, alguns dos quesitos mencionados foram percebidos como pontos de possíveis melhorias para os atendimentos realizados pelo Ambulatório de Obesidade. Alguns itens bem simples como acessibilidade e acolhimento que na prática podem fazer uma diferença relevante tanto para os pacientes quanto para os profissionais responsáveis pela condução dos casos são sugeridos ao final do artigo. Outros mais específicos como a utilização de instrumentos e técnicas de uso exclusivo de psicólogos, poderiam viabilizar maior segurança na realização das avaliações pré-cirúrgicas. Consequentemente, o uso de tais ferramentas no direcionamento de pontos nevrálgicos facilita o preparo psicológico dos pacientes conforme demandas individualizadas a fim de promover maior adesão no pós-operatório.

De acordo com Fernandes (2019), os pacientes com Obesidade trazem consigo além do peso do próprio corpo, um modo peculiar de perceber-se, que é influenciado pelas próprias vivências. O adoecimento físico, que é o cerne de todo tratamento de caráter ambulatorial, é por vezes visto como secundário pelos indivíduos, pois as dores mais sentidas por ele são aquelas de caráter subjetivo - as que doem na alma. (Fernandes e Fensterseifer, 2019). Durante os atendimentos realizados no decorrer da prática supervisionada a pesquisadora relata situações em que embora fosse notório que o corpo gritasse por socorro, era o que ultrapassava o limiar orgânico que exigia urgente atenção.

Spink (2003), adverte sobre a importância de se observar a realidade de vida dos usuários, o contexto em que estão inseridos e chama a atenção para o melhor uso e expansão do referencial teórico. Exulta ainda sobre a necessidade de se conhecer o local de trabalho e o que ele oferece como condição favorável ou não, às práticas terapêuticas. À luz de suas colocações e das anotações constantes do diário de campo construído durante as práticas, foi possível fazer uma análise contextual para propor mudanças. No intuito de se criar mais proximidade objetivando melhor acolhimento e atendimento mais humanizado aos pacientes da Psicologia. A proposta é estreitar os laços com intervenções simples como atender sem uma mesa entre profissionais e usuários e também que seja possível oferecer um lenço quando a emoção tomar conta da situação. As pessoas com Obesidade de acordo com Flores (2014) manifestam sofrimentos de cunho íntimo e falar sobre tais angústias a um desconhecido não é

uma tarefa simples. A autora salienta que foi por este motivo que o psicólogo passou a fazer parte das equipes multidisciplinares de Cirurgia Bariátrica.

No começo sua presença não era obrigatória, mas considerada de extrema importância, contudo, em sessão plenária de 13 de maio de 2005, o Conselho Federal de Medicina (2005), aprovou a Resolução CFM No 1.766/05, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, dentre elas, a presença do psicólogo nas equipes. A este profissional segundo Machado (2007), Apud Fernandes e Fensterseifer (2022), cabe analisar a ausência de psicopatologias graves nos candidatos às cirurgias, sua capacidade de elaboração de conflitos, aptidão para avaliar o custo benefício da cirurgia, além de verificar a percepção do paciente acerca da própria imagem corporal e de si mesmo como pessoa, que vai para além de um corpo obeso.

Para trazer à tona a realidade experienciada, é necessário que o indivíduo crie um vínculo de confiança com o profissional e somente assim irá despir-se de si mesmo e falar das situações de sofrimento. Saber ainda no pós-operatório o que ocasionou ou agravou o ganho de peso ampliando o olhar para além do biológico, é o ponto de partida para amparar as dificuldades que possivelmente se apresentarão no período pós cirúrgico. A utilização de ferramentas psicológicas deve ser vista como parte de um processo avaliativo composto por várias etapas. Exploração da queixa, análise da demanda, entrevista de anamnese entre outros, são quesitos básicos do trabalho do psicólogo. Contudo, muitas destas atribuições podem ser influenciadas pelo olhar subjetivo do profissional. Seja pelo desejo inconsciente de fazer o que acredita ser o melhor para o paciente, ou guiado pelo instinto de salvador que segundo Berti e outros (2015) muitas vezes acomete aquele que lida com as emoções.

Por estes motivos todas as informações coletadas durante as etapas do processo de avaliação serão melhor validadas, quando analisadas à luz de instrumentos científicos não passíveis de manipulação. Os dados obtidos pelos instrumentos devem ser integrados aos conteúdos produzidos em cada etapa e correlacionados para elaboração da proposta terapêutica individualizada. Uma sugestão de Avaliação Psicológica padrão Pré Cirurgia Bariátrica no contexto ambulatorial de atenção secundária, seria que após participação nos grupos psicoeducativos, todos os pacientes fossem conduzidos para os atendimentos individuais. O espaçamento entre estes atendimentos deveria ser semanal até a realização da cirurgia, não podendo se estender, devido à natureza subjetiva deste trabalho.

A justificativa da proposta é que as questões inerentes à condição humana não param de acontecer em função da necessidade de quem os vivencia. Logo, entre um e outro encontro podem acontecer eventos fatídicos que do ponto de vista psicológico são capazes de mudar todo o cenário de preparo

emocional do paciente. Outro motivo é que a história pregressa da vida de cada avaliado influenciará diretamente na adaptação pós-cirúrgica, no manejo do pós-operatório e consequentemente no seu empenho e adesão ao tratamento em curto, médio e longo prazo. Devem ser levados em consideração o fato de estarmos falando da rede pública e da necessidade de nos adequarmos à realidade apresentada em relação ao tempo necessário e custos com qualificação dos profissionais. Uma técnica qualitativa de avaliação da personalidade, quando confrontada com escalas quantitativas, oferece bons resultados para validação do subjetivo com o exato. Existem opções de instrumentos que mensuram elementos essenciais a serem trabalhados com os pacientes submetidos a esta forma de tratamento. Como sugestão a proposta que se apresenta refere-se à utilização de instrumentos projetivos de baixo custo e fácil aplicação, associada a uma escala psicológica de correção informatizada, sempre que possível. Vale ressaltar que testes, técnicas e construtos psicológicos são ferramentas de uso exclusivo de psicólogos, podendo somente ser utilizados e interpretados por profissionais ou estagiários de Psicologia.

As técnicas apuram informações que são facilmente disfarçadas pelo próprio avaliado, como por exemplo, ansiedade, depressão, ideação suicida entre outros. Uma vez que indícios são captados pelos instrumentos, podem ser melhor explorados pelo profissional na condução do caso. Situações como ocorrência de abusos sexuais ou de outra natureza, traços de psicopatologias podem ser assimiladas pelos instrumentos de acordo com as respostas e utilizadas para embasar o direcionamento das entrevistas. A presença destes fatores influencia diretamente aos hábitos de vida, podendo trazer sérios prejuízos na fase de adaptação pós-operatória. Estas ferramentas quando e se bem utilizadas podem se tornar um grande facilitador para o trabalho do psicólogo, além de auxiliar no diagnóstico diferencial influenciará nos resultados alcançados. É relevante salientar quanto à necessidade da consistência e da homogeneidade na fala dos profissionais da saúde no que tange ao estado de saúde de cada paciente, o que reforça a urgência em se padronizar a forma de se realizar a Avaliação Psicológica Pré Cirurgia Bariátrica. Contudo é mister enfatizar que a impossibilidade de acesso aos instrumentos não deve ser impedimento para uma boa prática, manejo e condução dos casos. Ademais, estas ferramentas nem sempre existiram e em alguns contextos, não fazem parte da realidade que se apresenta.

Segundo Cavalcante (2009), é necessário que o paciente esteja ciente de todos os prós e contras da cirurgia, para que deste modo, possa tomar a decisão mais apropriada de maneira consciente e com expectativas realistas, aderindo ao tratamento e seguindo as orientações.

Para tal, cabe ao psicólogo, além de verificar a aptidão psíquica, ainda auxiliar o sujeito no manejo das emoções que envolvem todo o processo. A estes profissionais, segundo Machado (2007), cabe analisar a ausência de psicopatologias graves nos candidatos às cirurgias, sua capacidade de elaboração de conflitos, aptidão para avaliar o custo benefício da cirurgia, além de verificar a percepção do paciente acerca da própria imagem corporal e de si mesmo como pessoa, que vai para além de um corpo obeso. Fernandes (2015c) aponta que ao se pensar na população obesa, é preciso ter em mente tratar-se de um público diferenciado e peculiar e em função disso, a avaliação destes pacientes deve ser minuciosa e cautelosa. Isso torna a avaliação pré-bariátrica um trabalho relativamente difícil, endereçando grande responsabilidade a quem o realiza.

A autora ainda complementa que a Obesidade e os prejuízos causados por ela vão muito além do que se confere em estudos científicos. Pondera que o sofrimento de cada pessoa com Obesidade e a forma como cada um a vivência é muito íntima e pessoal, sendo que os significados atribuídos à própria doença interferem diretamente nos modos de tratá-la. Fernandes então conclui dizendo considerar essencial que o profissional da Psicologia que trata deste público, possua o mínimo de conhecimento teórico sobre a Obesidade, suas múltiplas causas e consequências, e que tenha disposição para deixar de lado seus preconceitos e suas crenças acerca do sujeito obeso, para que consiga de fato, ajudá-lo. Com estes atributos e tendo acesso ao material de trabalho adequado para melhor aplicação dos seus saberes, o psicólogo tende a ser o suporte e aporte que irá levar ao paciente a consciência de si mesmo como ator principal no seu tratamento.

Tendo em mente a natureza subjetiva das questões psicológicas, poder contar com o auxílio de construtos específicos para análise da personalidade pode facilitar o processo de avaliação, aproximando os resultados cada vez mais da segurança esperada para os procedimentos. Os pacientes com Obesidade na maioria das vezes trazem em suas histórias de vida, situações de abusos físicos, sexuais e psicológicos que em algum momento contribuíram para desencadear ou agravar a doença. Situações desencadeantes são eventos que incidem culminando na ocorrência de crises de compulsão. Já as situações agravantes são aquelas que, embora o descontrole já esteja instalado, contribuem para sua permanência. Se o paciente sabe que os acontecimentos psicológicos contribuem para agravar seu estado de saúde física, entende que falar sobre eles ajuda a amenizar o sofrimento.

Quando não se fala sobre os sentimentos é mais provável que o corpo adoça, ou, no caso das pessoas com Obesidade, que o corpo peça por comida. Uma vez que o paciente tem consciência dos principais fatores que o levaram ao extremo do ganho de peso, compreende que a escolha dos alimentos

desempenha um papel social. De acordo com Rozin (p.19) a escolha alimentar é somente um entre os vários comportamentos na busca inconsciente de satisfazer os vazios desencadeados por determinados acontecimentos. Ou seja, as escolhas alimentares são moldadas por determinantes que continuarão acontecendo depois da cirurgia, mas que precisam ser identificados antes dela para que possam ser tratados. Uma vez identificados estes fenômenos, torna-se possível agir na tentativa de não repetir os hábitos antigos e se dedicar às mudanças comportamentais necessárias para o sucesso de seu tratamento.

O comportamento alimentar perpassa os limites da ingestão de alimentos e sua prática inadequada precisa ser substituída por outras menos nocivas, que serão trabalhadas com o paciente durante o período de acompanhamento. A Cirurgia Bariátrica é a ferramenta que nos dias atuais consegue manter a doença Obesidade sob controle, mas como toda ferramenta necessita de bom uso para alcance de eficácia. A sugestão pela utilização de instrumentos psicológicos justifica-se no contexto de saúde pública, principalmente pela questão do tempo disponível para realizar a avaliação e o preparo adequado do paciente. Com o auxílio destas ferramentas o profissional terá subsídios para fazer as perguntas certas na condução das entrevistas, a partir das hipóteses levantadas pelos instrumentos.

Conforme Fernandes e Fensterseifer (2019) os testes psicológicos e instrumentos de avaliação apontados no Protocolo Clínico da Comissão das Especialidades Associadas (COESAS), da SBCBM (2015), apontam instrumentos que podem auxiliar na escolha. Não se tratam de construtos específicos para o público obeso ou para o contexto da cirurgia bariátrica, mas podem ser muito úteis, quando manuseados de maneira competente. O quadro a seguir apresenta estes instrumentos.

Quadro 1: Principais instrumentos utilizados para avaliação de domínio ou áreas importantes no contexto da cirurgia bariátrica.

Atitudes, crenças, comportamentos, pensamentos, estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>)
• Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) – Seidl et al., 2001 • Escala de Resiliência (CD-RISC), Escala de Resiliência (ER) • Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman (IECLB) • Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD)
Comportamento alimentar e Transtornos alimentares
• Binge Eating Scale (BES) – Adução, adaptação cultural UNICAMP, 2011 • Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) • Escala de Atitudes Alimentares (EAT), • Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) – Freitas et al., 2001 • Escala de Crenças Alimentares (MFH) • Escala de Sintomas Alimentares Noturnos (ESAN) • Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) • Questionário sobre padrões de alimentação e peso revisado (QEWPR) • Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)
Imagem Corporal
• Body Attitudes Questionnaire (BAQ) • Body Shape Questionnaire (BSQ) - Tradução, adaptação cultural UNICAMP, 2011 • Escala de Figuras de Silhuetas (EFS)

Personalidade e Psicopatologia
• Defensive Style Questionnaire (DSQ- 40) • Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) • Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS - 40) • Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) • Self Reporting Questionnaire (SQR-20) • Rorschach • Zulliger • Pirâmides Coloridas de Pfister • Teste de Apercepção Temática (TAT)
Problemas decorrentes do uso de álcool
• Teste para Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool (AUDIT)
Qualidade de Vida
• Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) • Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF) • Questionário de Saúde Geral (QSG) • Medical Outcomes Study 36 (SF-36)
Sintomas de Ansiedade e Depressão
• Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) • Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) • Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Sono

- Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (IQSP),

- Escala de Sonolência de *Epworth* (ESE), Questionário de Berlim

Outros domínios relevantes

- Dor – Escala Visual Analógica (EVA), Questionário de Dor *McGill* (*Short-Form McGill Questionnaire* – SF-MPQ),
- Suporte Social – Escala de Suporte Social (Seidl e Tróccoli, 2006), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) Estresse – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)
- Habilidades Sociais – Inventário de Habilidades Sociais (IHS)
- Aspectos neuropsicológicos (memória, flexibilidade cognitiva, função executiva) – •
RAVLT, Stroop e Minimental

Fonte – Protocolo Clínico COESAS (Comissão das especialidades associadas) da SBCBM (Sociedade Brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica) sobre assistência psicológica no tratamento cirúrgico da obesidade.

2.1. QUEBRANDO O PROBLEMA

Quadro 2: Identificação causa x problema

Problema - Raiz “nós”	Consequência	Prioridade: Alta – Média - Baixa
Consulta Rápida	Não formação de vínculo	Alta
Falta de proximidade	O necessário não é dito	Alta

Despadronização	Resultados manipuláveis	Alta
Margem de erro	Discutível	Alta

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022)

3. ELABORANDO PLANO DE MELHORIAS

Com base nos problemas apontados acima no que diz respeito à Avaliação Psicológica no contexto do CEM, pesquisadora e orientadora conversaram sobre um possível plano de melhoria buscando viabilizar a utilização dos instrumentos psicológicos durante as práticas. A proposta inicial é que haja uma fase de teste em quatro encontros onde ocorrerá a aplicação de uma técnica projetiva de desenho nos usuários já indicados para a Cirurgia Bariátrica. No primeiro encontro se dará a entrevista inicial para coleta de dados e exploração da demanda. No encontro seguinte, é realizada a aplicação dos instrumentos. No terceiro encontro, uma entrevista deverá ser conduzida com base em um questionário semiestruturado elaborado a partir dos resultados da primeira fase. No quarto e último encontro desta fase que é destinada somente à avaliação, será realizada a entrevista devolutiva para o paciente. Caso ele tenha sido liberado sem impedimentos para a realização da cirurgia, receberá o laudo favorável.

Juntamente com este documento serão fornecidas orientações individualizadas sobre os pontos a serem trabalhados até a intervenção, bem como no pós-operatório imediato. Nos casos onde haja indício de psicopatologias ou quaisquer alterações relevantes ao processo, recomenda-se continuidade nas sessões até que sejam melhor investigadas. Neste caso, o papel do psicólogo será o de acolher o paciente que muitas vezes sente-se frustrado pela negativa, conscientizando-o para a necessidade de cercá-los de todos os cuidados para sucesso da cirurgia. É fundamental informá-lo que esse tempo se faz necessário para que possa ter um melhor preparo, e passe com segurança por todas as etapas do processo. Estas medidas preconizam um tratamento de sucesso que alcance aquilo que se busca: o ganho de saúde e qualidade de vida até então dizimados pela Obesidade. Em todos os casos, o paciente precisa entender que tanto as medidas de tratamento quanto os profissionais que os viabilizam, são ferramentas de apoio, mas que é ele com sua disciplina e comprometimento, que fará dar certo. Quando falamos de adesão ao tratamento estamos dizendo de mudanças de comportamentos inadequados por novos hábitos, menos nocivos. O seguimento das recomendações feitas por cada profissional que integra a equipe é de extrema importância para que a Obesidade possa

ser tratada em sua multidisciplinaridade. Deste modo, diminui-se a incidência de recidiva de peso e outras complicações comuns em pós-operatórios tardios de pacientes que vão despreparados para a mesa de cirurgia.

3.1.QUADRO

3 - Plano de Melhoria

LOCAL	Ambulatório de Obesidade
PROBLEMA	Ausência de ferramentas de uso exclusivo do psicólogo
CAUSA	Disponibilidade de recursos e adequação contextual
AÇÃO	Introduzir o uso de testes e instrumentos psicológicos
ETAPAS	Adquirir construtos, treinar profissionais e dar início à fase de
PRAZOS	teste Estipulados pela instituição
RECURSOS	Instrumentos e treinamento de pessoal
IMPACTOS	Resultado final- Menos casos de recidiva e complicações. Maior segurança para o profissional que avalia.
RESPONSÁVEL	Todos os envolvidos

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022)

4. CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi, através da prática supervisionada, identificar problemas presentes no dia a dia do Ambulatório de Obesidade do Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo

Horizonte. A partir da observação da rotina de trabalho, deveriam ser levantadas hipóteses de melhorias para beneficiar tanto os profissionais quanto os usuários do serviço. Para tal foram realizados atendimentos individuais aos pacientes do ambulatório de Obesidade clínica e cirúrgica incluindo o pós-operatório. Sob supervisão da psicóloga Patrícia Seixas, responsável pelo setor, a pesquisadora recebeu todas as condições para realizar seu trabalho de acordo com a rotina do ambulatório. Durante as práticas houve a elaboração de um “diário de campo” onde foram registrados apontamentos, observações e pontos que chamaram a atenção da psicóloga. Ao fim deste período e à luz da análise das anotações produzidas, chegou-se à conclusão de que o uso de instrumentos, técnicas e testes psicológicos seria um facilitador do trabalho realizado no contexto. Visando otimizar o tempo e padronizar os processos avaliativos a implementação destas medidas possibilitaria que todos os casos fossem conduzidos da mesma forma e com menor risco de manipulação dos resultados. Deve-se ressaltar que a prática psicológica realizada na rede pública de saúde não se iguala aos atendimentos clínicos realizados em consultórios particulares, logo, quaisquer intervenções não devem em primeira instância objetivar os mesmos resultados.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM No 1.766/05. [S. l.], 2005. Disponível:http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5852:&catid=3. Acesso em: 17 jun. 2019.

D'ANGELO, Lucia. Terapias breves versus efeitos terapêuticos rápidos: MILLER, Jacques-Alain. Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Scriptum Livros, 2008.

FERNANDES, Lu. Chega de Engolir Sentimentos. Juiz de Fora: Garcia Edizioni, p. 50-58, 2015 c.

FERNANDES, Luciane Cristina de Souza; FENSTERSEIFER; Liza. ALIMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS: contribuições do psicólogo ao contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica. Pista: Periódico Interdisciplinar. Belo Horizonte, v.3, n.1, p.119-140 fev./jun. 2021. Disponível: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pista/issue/view/1273>>. Franques, A. R. M. & Arenales-Loli, M. S. (Orgs.). (2006). Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade. São Paulo, SP: Vetor.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1905.

MACHADO, Adriane Picchetto. Manual de Avaliação Psicológica. 21 ed. Curitiba: Unificado, 2007.

MENSORIO, Marinna Simões. Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico. Orientadores: Costa Júnior, Áderson Luiz. 2013. Dissertação de mestrado (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde) - Universidade de Brasília, [S. l.], 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Obesity and overweight. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso: 01 maio 2022

SPINK, Mary Jane. A formação do psicólogo para atuação em instituições de saúde. In: Psicologia Social e Saúde. Petrópolis: Vozes, 2003a, pp. 132 - 140.

WINNICOTT, Donald Wood. Bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Capítulo 9



10.37423/221206999

QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL DE PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA REGIÃO NORTE DO PAÍS

Simone Regina Souza da Silva Conde

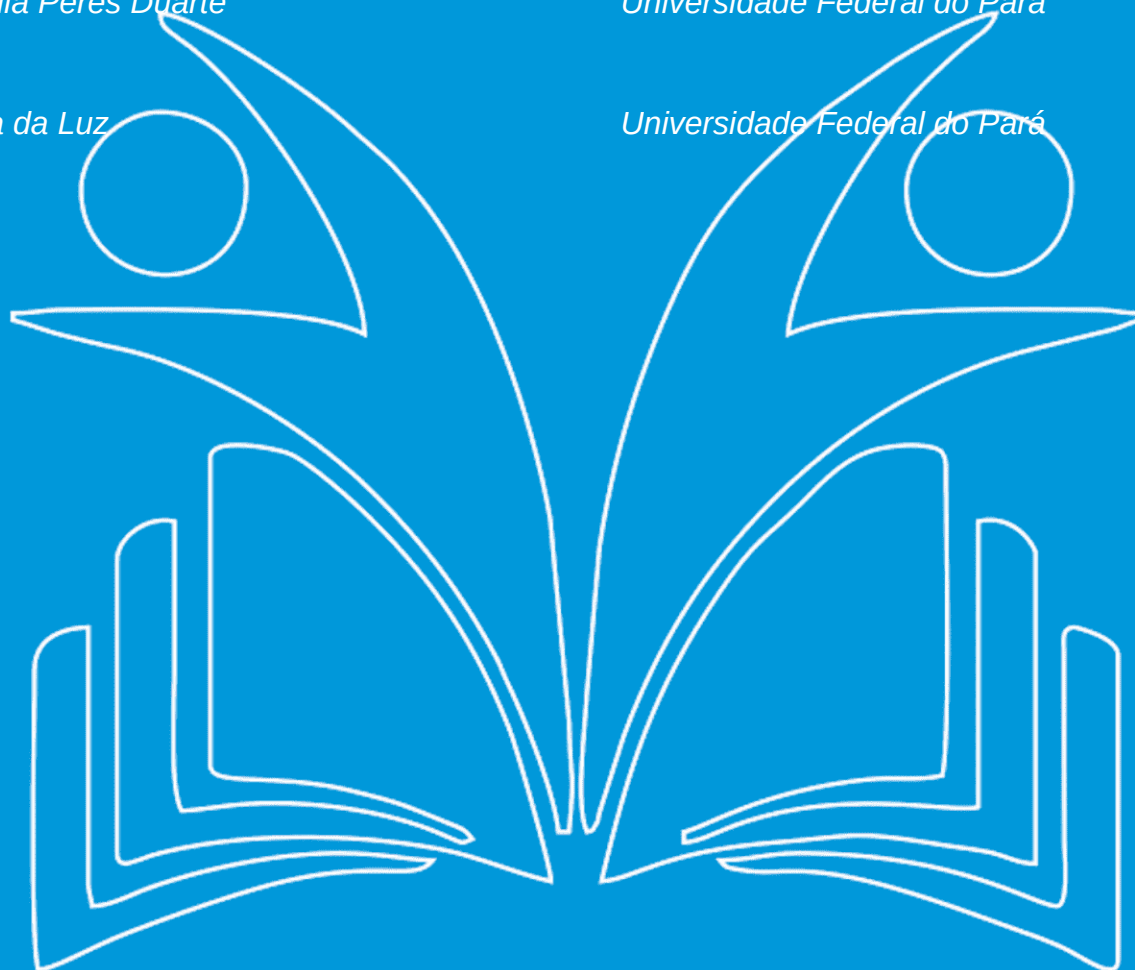
Universidade Federal do Pará

Hyvina Paula Peres Duarte

Universidade Federal do Pará

Alan Souza da Luz

Universidade Federal do Pará



Resumo: Introdução: O Câncer Gástrico é uma das neoplasias mais incidentes no Brasil e por ser, em muitos casos, diagnosticado tardiamente o paciente passa a não ter possibilidade de receber um tratamento curativo, sendo reservado a estes o paliativismo. Os Cuidados Paliativos são preconizados com o objetivo de fornecer maior qualidade de vida e minimizar os efeitos deletérios físicos e psicológicos ocasionados pela doença. Nesse sentido, a espiritualidade se faz presente como forma de melhorar o bem-estar do paciente, além de proporcionar a humanização e a integralidade do cuidado.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo e descritivo de caráter fenomenológico com pacientes diagnosticados com Câncer Gástrico (CG) em Cuidados Paliativos (CP) exclusivos ou com indicação de CP, atendidos no período entre agosto de 2021 e dezembro de 2022, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB).

Resultados: Dos 25 pacientes, 48% tinham idades entre 60-79 anos, com o predomínio de sexo masculino e da cor parda. Além disso, 64% possuíam indicação de cuidados paliativos. O ECOG mais frequente (80%) foi entre 1 e 2. Quanto ao EORTC QLQ-C30, a Saúde Global (76,36) e a função cognitiva (74,25) tiveram um bom desempenho, fadiga (45,23) e dor (40,21) foram os sintomas frequentes.

Considerações Finais: A espiritualidade mostrou-se positiva ao bem-estar de pacientes em CP e, a sua influência no tratamento oncológico, fomenta a possibilidade de melhoria na qualidade de vida, atrelado à promoção da saúde mental, a aceitação do diagnóstico e a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Câncer Gástrico; Cuidados Paliativos; Espiritualidade.

1. INTRODUÇÃO

O câncer pode ser descrito como células que perdem a capacidade de regulação da proliferação celular e da homeostasia. A partir de estudos foi possível identificar alguns processos que ditam o crescimento dessas células malignas, como a perda de sensibilidade aos sinais inibidores do crescimento celular, o ganho de potencial replicativo ilimitado, a capacidade de causar angiogênese e a habilidade de invadir tecidos e causar metástases (HANAHAHAN, WEINBERG, 2000).

O câncer gástrico (CG) é um dos tipos de neoplasias mais incidentes no Brasil. Segundo estimativas, na Região Norte do país, este é o segundo tipo de câncer mais frequente em homens e o quinto mais frequente em mulheres. O tipo histológico de CG mais comum é o adenocarcinoma, o qual acomete mais o sexo masculino na faixa etária entre 60 a 70 anos (INCA, 2020).

O CG é uma doença multifatorial, na qual há a contribuição de fatores genéticos e ambientais para o seu desenvolvimento. Dentre os fatores ambientais mais importantes estão os hábitos alimentares, baixo nível socioeconômico e a infecção pela bactéria *Helicobacter Pylori*. Em revisão sistemática demonstrou-se que dietas ricas em sal foram citadas por diversos estudos como um dos fatores de risco mais significativos para o aparecimento do CG, assim como a ingestão de carnes processadas e defumadas (YUSEFI, 2018). A análise da ingesta de alimentos culturalmente consumidos na Região Norte – como carne seca, peixe salgado, farinha de mandioca e tucupi – apontou que essa dieta contribui para processos associados à carcinogênese (MARTINS; DOS SANTOS; DE SALES CORRÊA, 2021).

A neoplasia gástrica costuma ser diagnosticada tardiamente, em fases mais avançadas e sintomáticas da doença (YUSEFI, 2018). Os pacientes que estão classificados em estádios III ou IV são considerados com CG em estágio avançado, logo, para esses indivíduos, deixa-se de ter a possibilidade de tratamento curativo e passa a ser indicado o tratamento paliativo, onde haverá o controle de sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (DA SILVA, 2020).

O Cuidado Paliativo (CP) é um tipo de assistência humanizada que oferece suporte ao paciente em processo de terminalidade da vida e tem como objetivo melhorar o bem-estar e promover alívio da dor, por meio da comunicação entre paciente, familiares e equipe multiprofissional (FLORIANO, 2020). A Espiritualidade, por meio dos CP, fornece consolo e apoio psicológico ao paciente, facilitando a compreensão sobre a doença e o processo de resignificação da vida (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

Nesse sentido, é pertinente analisar a influência da espiritualidade na saúde e no bem-estar dos pacientes em cuidados paliativos com Câncer Gástrico. Além disso, o aprofundamento sobre informações relacionadas aos CP e a dimensão espiritual dos pacientes pode contribuir significativamente para o aprimoramento da integralidade dos cuidados destes e de seus familiares.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo e descritivo de caráter fenomenológico com pacientes diagnosticados com Câncer Gástrico (CG) em Cuidados Paliativos (CP) exclusivos ou com indicação de CP, atendidos no período entre agosto de 2021 e dezembro de 2022, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB). Foram incluídos pacientes portadores de CG, confirmados histologicamente, sem possibilidades de tratamento modificador da doença, que tinham indicação ou que já se encontravam em CP. Os pacientes inseridos deveriam estar conscientes, com capacidade de verbalização preservada, ter idade igual ou superior a 18 anos e concordarem em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Oncologia (NPO) sob o número do parecer 4.949.627 de 02 de setembro de 2021. Para este estudo, analisaram-se as seguintes variáveis: i) demográficas; ii) clínicas; iii) performance clínica; e iv) bem-estar espiritual. As análises descritivas dos dados demográficos, da escala ECOG, EORTC QLQ-C30 e do escore FACIT-SP 12 foram realizadas por meio de estatística simples, através da introdução dos dados em planilhas do programa Excel 5.0. Os dados foram apresentados em forma de frequências, acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), sendo adotado como significância estatística o valor de $p < 0,05$, onde foram comparadas as proporções de indivíduos com ou sem melhoria física e psicológica durante o tratamento paliativo sobre a influência da espiritualidade

3. RESULTADOS

3.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Foram selecionados 25 pacientes para este estudo, no período da pesquisa. A idade dos pacientes entrevistados variou de 37 a 82 anos (média 47,68 anos e mediana 62 anos) e as faixas etárias mais frequentes foram 60-79 anos (48%) e 40-59 anos (40%). Observou-se também, um predomínio de sexo masculino e da cor parda, como demonstra a tabela 1.

Tabela 1 – Dados demográficos de pacientes portadores de câncer gástrico, em cuidados paliativos, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB).

Variáveis	N (%)
Idade (anos)	
Média (Amplitude)	47,68 (38 – 82)
30-39 anos	02 (08%)
40-59 anos	10 (40%)
60-79 anos	12 (48%)
>79 anos	01 (04%)
Gênero	
Masculino	13 (52%)
Feminino	12 (48%)
Cor da pele	
Preta	02 (08%)
Parda	21 (84%)
Branca	02 (08%)

Fonte: pesquisa

3.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Dentre os pacientes analisados, 64% (16/25) possuíam indicação de cuidados paliativos, seja pelo tratamento com FLOX ou pelos exames de imagem já evidenciarem metástase à distância. Também, observou-se que 76% (19/25) já haviam realizado cirurgia (gastrectomia subtotal/total). No momento da entrevista, o ECOG mais frequente (80%) foi entre 1 e 2 (Tabela 2).

O sistema de estadiamento utilizado é preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Neste trabalho, 84% dos pacientes

classificaram-se como estadiamento IV, como mais prevalente. A modalidade de tratamento mais indicada foi o FLOX Paliativo (72%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados clínicos e terapêuticos de pacientes portadores de câncer gástrico em cuidados paliativos, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB)

Variáveis	N (%)
Tipo de cuidados paliativos	
Cuidados Paliativos Estritos	04 (20%)
Indicação de cuidados paliativos	16 (80%)
Necessidade de cirurgia	
Sim	19 (76%)
Não	06 (24%)
Estadiamento Clínico	
Estadiamento I	01 (04%)
Estadiamento II	—
Estadiamento III	03 (12%)
Estadiamento IV	21 (84%)
Tratamento Quimioterápico	
Flot Neoadjuvante	07 (28%)
Flox Paliativo	18 (72%)
ECOG*	
0	4 (16%)
1	9 (36%)
2	11(44%)
3	1 (04%)
4	0
5	0

Fonte: pesquisa

*ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group): 0 - Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição; 1- Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária; 2 - Capaz de realizar todos os autocuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado; 3- Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado; 4- Completamente incapaz de realizar auto cuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira; 5- Morte

3.3 EORTC QLQ-C30 - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA

Para a caracterização de uma boa qualidade de vida, foi adotada uma média ≥ 70 , dentro dos parâmetros da escala adotada (tabela 3). As escalas apontadas pelos usuários com uma qualidade de vida favorável foram a Saúde Global (76,36) e a função cognitiva (74,25), tendo as demais caracterizações não favoráveis.

Tabela 3 – Qualidade de vida distribuída entre as escalas funcionais de pacientes portadores de câncer gástrico em cuidados paliativos, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB).

Escala (0 a 100)	Média
Saúde global	76,36
Função cognitiva	74,25
Função emocional	67,23
Função física	67,78
Desempenho de papéis	60,30
Função social	54,13

Fonte: pesquisa

Na tabela 4, encontram-se os resultados relativos aos sintomas e dificuldades financeiras avaliados pela escala. A dificuldade financeira foi a variável com maior escore (54,6) e os dois sintomas com os maiores escores foram fadiga (45,23) e dor (40,2).

Tabela 4 – Sintomas e aspectos econômicos de pacientes portadores de câncer gástrico, em cuidados paliativos, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB).

Escala (0 a 100)	Média
Dificuldade financeira	54,90
Fadiga	45,23
Dor	40,21
Insônia	35,60
Constipação	32,60
Falta de apetite	32,50
Náuseas e vômito	32,40
Diarreia	29,80
Dispneia	27,80

Fonte: pesquisa

3.4 FACIT-SP 12 - ESCALA DE BEM ESTAR ESPIRITUAL

Na Escala de Espiritualidade - FACIT-Sp 12 (escore total=48), o escore médio para os pacientes foi de 34,76 (dp = 6,78), sendo 25 a pontuação mais baixa e 46 a mais alta. A mediana apresentada foi 34. Essa escala é subdividida em dois momentos. A primeira avalia o quesito “sentido/paz” (itens 1 a 8). O escore médio apresentado foi de 21,12 (dp = 3,98) e mediana igual a 20. O segundo momento avalia “fé” (itens 9 a 12). O escore médio foi de 13,56 (dp = 3,20) e mediana igual a 14.

Tabela 5 – Escala de Bem Estar Espiritual (Facit SP-12) de pacientes portadores de câncer gástrico em cuidados paliativos, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB).

Escala Facit SP-12	Média	Mediana
Total	34,76	34
Sentido/Paz	21,12	20
Fé	13,56	14

Fonte: pesquisa

Tabela 6 – Aspectos gerais sobre espiritualidade/religiosidade dos pacientes portadores de câncer gástrico em cuidados paliativos, na Unidade de Alta Complexidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UNACON/HUJBB).

Variáveis	Participantes	(%)
Possui crença espiritual		
Sim	25	100
Não	-	-
Considera-se Religioso		
Sim	19	76
Não	6	24
O que dá sentido na vida		
Família	18	74
Fé/Deus/Religião	4	16
O viver	1	4
Trabalho	2	8
Considera importante abordar sobre espiritualidade/religiosidade com o médico		
Sim	25	100

Não

-

-

4. DISCUSSÃO

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para cada ano do triênio 2020-2022 o Câncer Gástrico possui, no gênero masculino, uma incidência de

13.360 e, no gênero feminino, 7.870 novos casos, respectivamente. Diante disso, verifica-se que o CA de estômago tem maior prevalência em homens, em consonância com o resultado deste estudo, em que o gênero masculino foi o mais prevalente, apesar de ser quase equivalente com o gênero feminino. Nessa perspectiva, é notório que inúmeros cânceres têm maior acometimento em homens do que mulheres e que altas taxas de mortalidade são identificadas nessa população, tendo esta última sido relacionada a fatores ambientais como: tabagismo e sedentarismo, sendo estes também fatores de risco para o desenvolvimento de tumores malignos do TGI. A faixa etária neste estudo variou de 37 a 82 anos, com média de 47,68 anos, o que corrobora com a estimativa do INCA (2020) que evidencia que homens entre 50 e 70 anos são os mais diagnosticados com câncer de estômago.

Quanto a terapêutica disponível para o CA de estômago, a proposta cirúrgica por meio da gastrectomia total e subtotal é classificada como o principal meio curativo para casos de neoplasias gástricas com possibilidade de cura. No entanto, aos pacientes com doença avançada e sem possibilidade de cura apenas com o procedimento cirúrgico, reserva-se a quimioterapia paliativa que objetiva melhorar a qualidade de vida, assim como aumentar a sobrevida do paciente e amenizar os sintomas do câncer.

Nesta pesquisa, houve uma alta prevalência de tratamento cirúrgico, visto que 76% (19/25) dos pacientes foram submetidos a gastrectomia total ou subtotal, no entanto devido à evolução da doença, 63% dos indivíduos gastrectomizados foram submetidos a quimioterapia paliativa. Com efeito, a terapêutica realizada gera impactos negativos ao submeter o doente a complicações críticas, o que compromete a sua qualidade de vida, bem como os sintomas podem aflorar e incapacitar a funcionalidade do indivíduo.

No presente estudo, foi visível a alteração na capacidade funcional dos pacientes, sendo 44% destes indivíduos com pontuação 2 no escore ECOG. Esse comprometimento mais acentuado pode estar relacionado ao fato de 84% dos pacientes estarem no estágio IV do câncer gástrico; assim como, 40% dos indivíduos possuírem mais de 3 anos de diagnóstico. Essa relação tempo de doença e estadiamento clínico, além de fatores intrínsecos de cada indivíduo, é pautada no fato de que o

acúmulo de alterações imunológicas e inflamatórias, secundárias a progressão da doença, gera impacto na funcionalidade do organismo, o qual interfere no status físico e mental dos pacientes com neoplasia gástrica.

Somado a isso, a Avaliação da qualidade de vida de um paciente oncológico é um instrumento fundamental para quantificar o bem-estar global do paciente e inclui seu estado físico, emocional, mental e social, além de componentes comportamentais. O instrumento mais aplicável é o EORTC QLQ-C30, que avalia os pacientes com câncer submetidos a diversos tipos de terapêuticas, comparando diferentes tipos de tumores e estágios. Nessa pesquisa evidenciou-se que, de maneira global, os pacientes apresentam qualidade de vida satisfatória, com escores satisfatórios para desempenho de papel e funções física, emocional, cognitiva e social. Esse fato é justificado pelos baixos escores sintomatológicos avaliados, desse modo, baixa incidência de complicações sintomatológicas associadas ao bom desempenho funcional.

Em relação aos sintomas, percebe-se a fadiga e a dor como mais significativos, principalmente por serem complicações comuns do tratamento quimioterápico, bem como a progressão da doença. Além disso, foi observada a interferência do tratamento em domínios específicos da saúde funcional, com piora no âmbito emocional e social. Nesse aspecto, o impacto psicossocial do câncer pode ser delineado em três áreas: desconforto psicológico; mudanças no estilo de vida; e preocupações com o reaparecimento da doença e a morte.

No tangente à saúde emocional, registou-se baixo escore, que pode ser explicada pelo impacto do diagnóstico da doença e expectativa da possibilidade de cura. No âmbito social, também evidenciou um escore médio inferior à linha de corte, o que significa uma interferência negativa do impacto da quimioterapia e comorbidades do câncer. No tocante às possíveis dificuldades financeiras oriundas da condição física ou do tratamento, obteve-se melhora nos escores, com tendência ascendente, pode ser baseada na expectativa dos pacientes em relação aos custos do tratamento ao início do diagnóstico.

A pesquisa evidenciou, na Escala de Espiritualidade, que os aspectos de “sentindo paz” e “fé” obtiveram médias acima quando comparados às literaturas pesquisadas. Esse fato é justificado haja vista que a espiritualidade e a religiosidade são instrumentos utilizados como estratégia de enfrentamento na qual o indivíduo busca fortalecimento para superar a doença e/ou tratamento. Nesse aspecto, para FLORIANO et al (2020) o bem estar espiritual e a qualidade de vida em pacientes oncológicos possuem evidências de influência positiva na qualidade de vida, o que gera melhora na

saúde mental, redução do estresse e adesão ao tratamento curativo ou cuidado paliativo. Para esse estudo, seria interessante um período maior de acompanhamento desde o início do diagnóstico de câncer, com o objetivo de identificar ferramentas mais detalhadas como cuidado paliativo para o enfrentamento do curso da doença.

Apesar do estudo avaliar apenas espiritualidade como instrumento de cuidado paliativo, o vínculo familiar é citado como responsável por dar sentido à vida de pacientes oncológicos. Rodrigues, Ferreira e Caliri (2013) evidenciou a necessidade de avaliar o suporte social como fonte de enfrentamento para esses indivíduos, sendo a família e/ou amigos como mais os principais apoiadores. Todos os pacientes avaliados neste trabalho afirmaram acreditar em Deus, apesar de uma pequena taxa não ter vínculo com nenhuma religião. Com isso, é notório que as crenças religiosas são fundamentais no enfrentamento do câncer gástrico.

A pesquisa demonstrou, que as crenças religiosas/espirituais influenciavam de forma positiva na saúde dos pacientes, auxiliando como fonte de apoio e como alicerce para superar a situação do adoecer. Pereira, F Santos, C. (2011) investigaram a influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida de pessoas com câncer e evidenciaram os benefícios das crenças religiosas na recuperação da doença, em aspectos como bem estar, diminuição de depressão e redução de pensamentos suicidas.

No presente estudo, a maioria dos pacientes considera indispensável o papel do médico e/ou profissionais da saúde na abordagem sobre suas crenças religioso-espirituais durante o tratamento, o quais descrevem como forma de atenção e empatia para um tratamento mais humanizado. De acordo com Oliveira et al. (2013), os pacientes oncológicos destacam a importância do apoio sobre a dimensão espiritual no processo saúde-doença, por meio dos profissionais da saúde, sobretudo pelos médicos, pelo fato de acreditarem na influência positiva da espiritualidade na saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados coletados demonstraram que a espiritualidade trouxe efeitos considerados positivos aos pacientes com Câncer Gástrico em Cuidados Paliativos. A espiritualidade, para a maioria dos pacientes, atuou como fonte de suporte no momento do diagnóstico da doença, assim como durante o decorrer do tratamento.

Nesse sentido, a pesquisa foi capaz de construir resultados importantes que, ao serem divulgados para a comunidade acadêmica, poderão contribuir e trazer benefícios para a saúde e bem-estar dos

pacientes oncológicos. Além disso, percebe-se a necessidade de aumentar os estudos sobre a temática da espiritualidade, ainda pouco abordada no âmbito científico.

6. REFERÊNCIAS

HANAHAN, Douglas; WEINBERG, Robert A. As características do câncer. célula , v. 100, n. 1, pág. 57-70, 2000

ESTIMATIVA, I. N. C. A. et al. incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2020.

YUSEFI, Ali Reza et al. Risk factors for gastric cancer: a systematic review. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, v. 19, n. 3, p. 591, 2018.

Coimbra F J F. Diagnóstico Precoce em Câncer Gástrico – Importância, Desafios no Brasil e a Experiência Oriental. Rev. Onco. Maio/Junho, 2012.

Eifler L S. Estadiamento e Sobrevida no Câncer Gástrico: Papel do Fator de Crescimento Endotelial Vascular. [Dissertação de Pós Graduação]. Porto Alegre, 2012.

MARTINS, Luisa Carício; DOS SANTOS, Fabrício Tavares; DE SALES CORRÊA, Anderson Roberto. Influência do regionalismo amazônico como fator de risco para desenvolvimento de câncer gástrico. Enfermagem Brasil, v. 20, n. 2, p. 130-142, 2021.

DA SILVA, Islany Barbosa Soares et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 3, 2020.

Souza A S, Fortes R C. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos: Um Estudo Baseado em Evidências. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, 2012; Julho – Dezembro (2) 183-192.

Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bot- tomley A, et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.

Nunes N A H. Qualidade de Vida de Pacientes Brasileiros com Câncer Avançado: validação do European organization for research and treatment of cancer quality- life questionnaire core 15 pal (EORTC- QLQ- C15-PAL). [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Guarulhos. 2013.

Monteiro N M L, et al. Câncer de Esôfago: Perfil das Manifestações Clínicas, Histologia, Localização e Comportamento Metastático em Pacientes Submetidos a Tratamento Oncológico em um Centro de Referência em Minas Gerais. Rev. Brasileira de Cancerologia 2009; 55 (1) 27-32.

FLORIANO, Josué Jonildo et al. O processo de adoecer do paciente com câncer em cuidado paliativo. Nursing (São Paulo), v. 23, n. 267, p. 4502-4513, 2020.

BENITES, Andréa Carolina; NEME, Carmen Maria Bueno; SANTOS, Manoel Antônio dos. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. Estudos de Psicologia (campinas), v. 34, p. 269-279, 2017.

Pereira, F., & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes

oncológicos na fase final de vida. Cadernos De Saúde, 4(2), 37-45.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2011.2820>.

Capítulo 10



10.37423/221207000

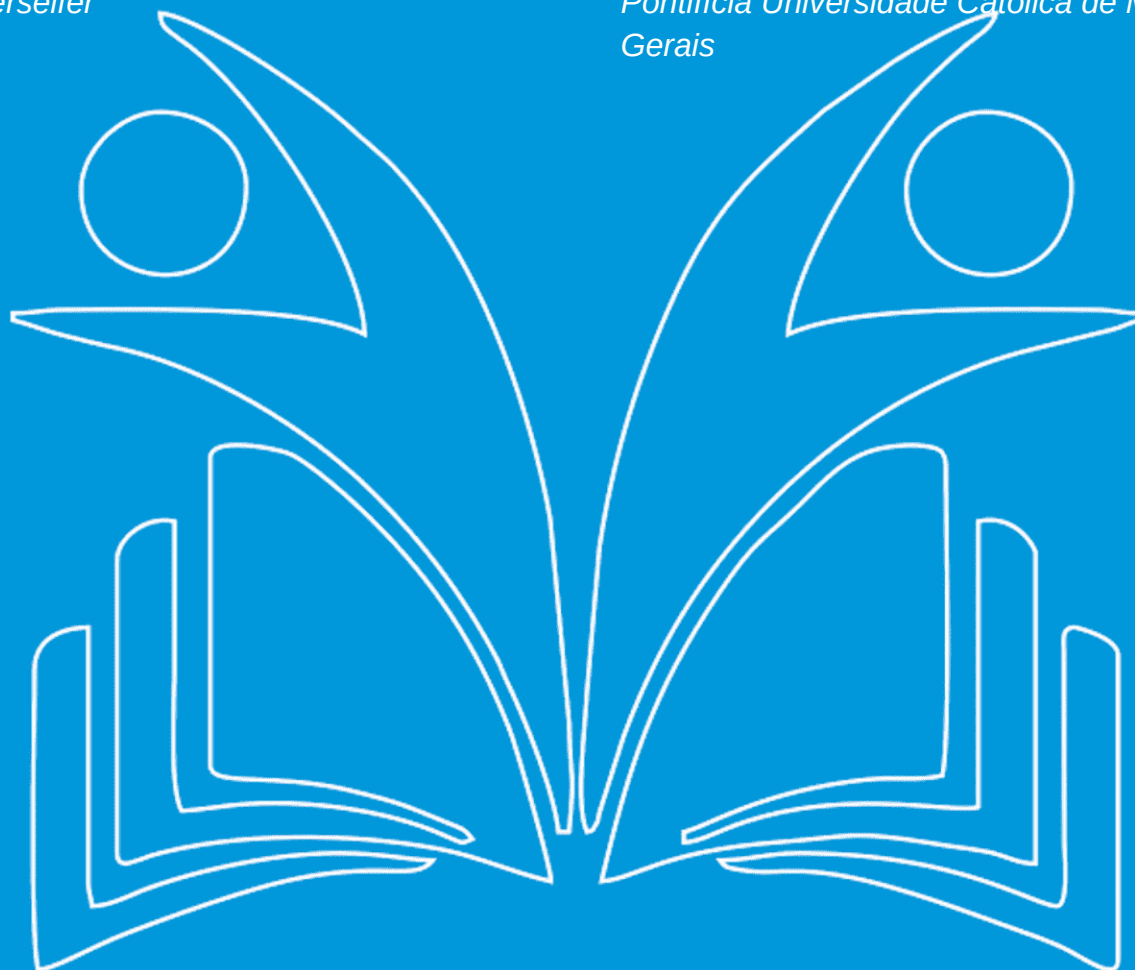
ALIMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS: CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO AO CONTEXTO DA OBESIDADE E DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Luciane Cristina de Souza Fernandes

*Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais*

Liza Fensterseifer

*Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais*



Resumo: O presente estudo versa sobre a atuação do psicólogo nas equipes cirúrgicas de tratamento e controle da obesidade. Seu principal objetivo foi buscar subsídios para compreender o papel e a contribuição do trabalho realizado pelos psicólogos, com indivíduos obesos, no contexto da cirurgia bariátrica. Para alcançá-lo foi realizada uma pesquisa qualitativa com duas psicólogas, dois cirurgiões e duas nutricionistas, integrantes de equipes multidisciplinares de cirurgia bariátrica, contatados através da rede de contatos da pesquisadora. As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro, foram gravadas em material de áudio e transcritas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a análise dos dados coletados e tratados com auxílio da técnica da análise de conteúdo, os resultados obtidos revelaram que o suporte e preparo psicológico do paciente que se submete à cirurgia bariátrica é fundamental para o seu sucesso. As formas de perceber e lidar com a doença – obesidade – e com os efeitos provocados pela cirurgia bariátrica apresentam consideráveis diferenças entre os pacientes que têm, e os que não têm acompanhamento psicológico. A maneira como é conduzido o processo de avaliação, bem como as habilidades do profissional que o realiza, influenciam diretamente nos resultados alcançados pelo paciente. Os resultados mostraram, ainda, que o trabalho do psicólogo que integra as equipes de cirurgia bariátrica é tão importante e necessário, quanto desafiador. Justamente por isso é que houve destaque para a especialização deste profissional e para a busca de conhecimento específico, para atuação neste contexto.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Avaliação Psicológica; Atuação do psicólogo.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças nos hábitos de vida da sociedade tiveram como consequência um aumento na incidência e prevalência da obesidade no mundo. A correria de uma população que vive acelerada, culmina por tornar situações de sedentarismo e maus hábitos alimentares, uma forma normal e aceitável de se viver. (DINIZ; MACIENTE, 2012). Este novo estilo de vida implica em uma epidemia de obesidade, descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) como um dos maiores males deste século. Diniz e Maciente (2012) chamam atenção para o fato de que o ato de comer de maneira inadequada e o consequente ganho de peso estão diretamente ligados às situações cotidianas. A obesidade, em suas formas mais graves, associa-se a diversas comorbidades, acarretando em sérios prejuízos para a saúde do sujeito, tanto física como emocional. Embora muito já se tenha avançado, o tratamento para a obesidade mórbida ainda enfrenta um grande desafio, pois as abordagens clínicas mostram-se ineficazes a médio e longo prazos. No que diz respeito à intervenção cirúrgica, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) diz que ela ainda é vista como tabu por uma parcela significativa da sociedade. O procedimento, que de acordo com o órgão, não promove cura para a doença, objetiva proporcionar melhor qualidade de vida aos obesos que a ele recorrem.

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a obesidade, a condição é resultante do acúmulo de gordura, que ocorre quando o indivíduo consome mais calorias do que a energia gasta pelo seu corpo. Conforme indica a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), a obesidade é caracterizada em três estágios ou graus que são determinados pelo índice de massa corpórea, (IMC), que se calcula, ainda de acordo com a OMS, multiplicando o peso do sujeito por sua altura, elevada ao quadrado.

Quadro 1. Graus de obesidade e índice de massa corpórea (IMC) correspondente

Graus de Obesidade	Índice de Massa Corpórea (IMC)
Obesidade grau I (leve)	30 a 34,9
Obesidade grau II (moderada)	35 a 39,9
Obesidade grau III (mórbida)	A partir de 40

Fonte: DINIZ; MACIENTE, 2012, p. 34.

Do ponto de vista histórico, conforme dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a cirurgia bariátrica teve início a partir da observação de que pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que causavam restrição gástrica ou perda de parte do intestino, apresentavam, conseqüentemente, perdas ponderais significativas. “O termo bariátrico se origina do grego *bari* e o significado é fardo, peso. E do latim *iatria*, que está relacionado a tratamento

médico.” (DINIZ; MACIENTE, 2012, p. 13). Conforme a SBCBM (2017) são três as formas de realização da cirurgia bariátrica praticadas atualmente: a) a convencional ou aberta, b) a videolaparoscópica, e c) a mais recente delas, que já se apresenta como o futuro da cirurgia bariátrica no mundo, a cirurgia robótica.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) apontam que a obesidade foi observada em cerca de metade da população brasileira, sendo diagnosticada em 13% dos homens e 17% das mulheres deste total. Como fator agravante, estima-se que 3% dos homens e 7% das mulheres já se encontram em um estado de obesidade mórbida, instalada. Em função disso, a cirurgia bariátrica vem crescendo expressivamente no Brasil, país que ocupa a segunda posição no mundo em número de procedimentos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos.

Neste contexto, vale destacar a importância de se alinhar o que a cirurgia acarretará para a vida do sujeito, com as expectativas que ele possa ter em relação a este procedimento. Para Berti e outros (2015), é comum que alguns pacientes atribuam à cirurgia bariátrica a responsabilidade de salvar suas vidas, acreditando que o emagrecimento através deste tratamento seja capaz de eliminar todos os seus problemas. Cavalcante (2009) afirma que é necessário deixar claro ao paciente todos os prós e contras da cirurgia, para que deste modo, ele possa tomar a decisão mais acertada, de maneira consciente e com expectativas realistas, aderindo ao tratamento e seguindo as orientações. Justamente nesta seara é que se encontram aspectos de ordem psicológica que precisam ser adequadamente mapeados e manejados, o que abre espaço para a atuação do psicólogo, a quem cabe verificar as condições psíquicas do sujeito e, ainda, auxiliá-lo no manejo das emoções que envolvem todo o processo.

Do ponto de vista histórico, Flores (2014) salienta que a partir de 1991 a presença do psicólogo nas equipes multidisciplinares de cirurgia bariátrica começou a ser considerada importante para o processo, embora ainda não fosse obrigatória. Foi em uma sessão plenária realizada em 13 de maio de 2005, que o Conselho Federal de Medicina (2005) aprovou a Resolução CFM No 1.766/05, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, dentre elas, a presença obrigatória do psicólogo nas equipes. A estes profissionais cabe analisar a ausência de psicopatologias graves nos candidatos à intervenção, sua capacidade de elaboração de conflitos, aptidão para avaliar o custo benefício da medida cirúrgica. É ainda de sua responsabilidade verificar a percepção do paciente acerca da própria imagem corporal e de si mesmo como pessoa, que vai para além de um corpo obeso. (MACHADO, 2007).

Fernandes (2015a) aponta que ao se pensar na população obesa, é preciso ter em mente tratar-se de um público diferenciado e peculiar e, em função disso, a avaliação destes pacientes deve ser minuciosa e cautelosa. Isso torna a avaliação pré-bariátrica um trabalho complexo, endereçando grande responsabilidade a quem o realiza. A autora ressalta que a obesidade e os prejuízos causados por ela vão muito além do que se confere em estudos científicos. Pondera que o sofrimento de cada obeso e a forma como cada um o vivencia é muito íntima e pessoal, sendo que os significados atribuídos à própria doença interferem diretamente nos modos de tratá-la. A autora conclui que é essencial que o profissional da Psicologia que trata deste público possua o mínimo de conhecimento teórico sobre a obesidade, suas múltiplas causas e consequências, e que tenha disposição para deixar de lado seus preconceitos e suas crenças acerca do sujeito obeso, para que consiga, de fato, ajudá-lo.

No contexto da cirurgia bariátrica, uma das tarefas do psicólogo está atrelada ao processo de avaliação psicológica do candidato à cirurgia bariátrica. Faz-se um contrato com o paciente, no qual fica estabelecida a forma com que o processo será conduzido e, então, o psicólogo elabora um plano de avaliação individualizado, específico para cada paciente. No que diz respeito aos aspectos específicos que precisam ser considerados e avaliados em candidatos à este tipo de cirurgia, diferentes autores (TRAVADO et al., 2004; FABRICATORE et al., 2006; SNYDER, 2009; OLIVEIRA, 2015; FLORES, 2014; MACHADO, 2007; RIBEIRO et al., 2016) destacam os seguintes: capacidade de adesão às recomendações pré e pós-operatórias; comorbidades psiquiátricas; compreensão dos benefícios e riscos do procedimento cirúrgico; compreensão das mudanças no estilo de vida; comportamento alimentar (histórico de peso, dietas); distúrbios de humor, de ansiedade, psicóticas e de personalidade; distorções da imagem corporal e psicossomatismo; expectativa quanto aos resultados; funcionamento cognitivo; histórico de traumas/abuso; motivação para a cirurgia; nível de autoestima; presença de problemas familiares e conjugais; sentimento de rejeição e exclusão social; sentimentos de vergonha e auto culpabilização; status socioeconômico; suporte familiar e social; qualidade de vida e ideação suicida. Esta lista de aspectos evidencia a importância da participação de uma equipe multidisciplinar para avaliação do paciente.

A presença de alguns destes fatores pode constituir em contraindicação temporária para a cirurgia bariátrica. A negativa torna-se definitiva nos casos onde há confirmação do uso de drogas ilícitas, psicose ativa, retardo mental severo, ideação ou tentativa de suicídio, sintomas de transtornos psicológicos e psiquiátricos. (TRAVADO et al., 2004; FABRICATORE et al., 2006; MAGDALENO JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2009; SNYDER, 2009; OLIVEIRA, 2015; RIBEIRO et al., 2016).

O processo de avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica deve ser conduzido por um profissional que “tenha um embasamento técnico científico consistente, atualizado em psicologia clínica, obesidade, transtornos alimentares, cirurgia bariátrica e metabólica” (CONCON FILHO et al., 2017, p. 79). A entrevista clínica e o processo de avaliação com padrões específicos para os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica são essenciais, pois visam a coleta de elementos importantes sobre o funcionamento do sujeito, e a compreensão de suas motivações e expectativas quanto à escolha pela cirurgia. (RIBEIRO et al., 2016).

Nos casos de obesidade, a avaliação psicológica não servirá apenas como parâmetro para indicar ou contraindicar um paciente à intervenção cirúrgica, mas também para entender seu grau de preparo para se sujeitar a ela. Com isso, objetiva-se ainda, assegurar que o indivíduo possui condições emocionais e habilidades de manejo para enfrentamento dos desafios que surgirão no pós-operatório imediato. (SNYDER, 2009). No entanto, em muitos casos, a resistência de alguns pacientes à abordagem psicológica estendida acaba dificultando e até colocando em risco os resultados obtidos no percurso.

Quanto aos instrumentos que podem ser utilizados pelo psicólogo na condução da avaliação psicológica de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, Flores (2014) destaca que atualmente prevalece o uso de instrumentos que não foram criados especificamente para esta situação, mas que são capazes de fornecer informações relevantes e úteis para o contexto, quando manuseados de maneira competente. Bons exemplos disso são os testes psicológicos e instrumentos de avaliação apontados no Protocolo Clínico da Comissão das Especialidades Associadas (COESAS), da SBCBM (2015). No quadro 2 constam estes instrumentos, separados de acordo com o domínio ou aspecto que avaliam.

Quadro 2. Principais instrumentos utilizados para avaliação de domínio ou áreas importantes no contexto da cirurgia bariátrica.

Atitudes, crenças, comportamentos, pensamentos, estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>)	
• • • •	Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) – Seidl et al., 2001 Escala de Resiliência (CD-RISC), Escala de Resiliência (ER) Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman (IECLB) Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD)
Comportamento alimentar e Transtornos alimentares	
• • • • • •	Binge Eating Scale (BES) – Adução, adaptação cultural UNICAMP, 2011 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Escala de Atitudes Alimentares (EAT), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) – Freitas et al., 2001 Escala de Crenças Alimentares (MFH) Escala de Sintomas Alimentares Noturnos (ESAN)

• Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) • Questionário sobre padrões de alimentação e peso revisado (QEWPR) • Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)
Imagem Corporal
• Body Attitudes Questionnaire (BAQ) • Body Shape Questionnaire (BSQ) - Tradução, adaptação cultural UNICAMP, 2011 • Escala de Figuras de Silhuetas (EFS)
Personalidade e Psicopatologia
• Defensive Style Questionnaire (DSQ- 40) • Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) • Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS - 40) • Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III) • Self Reporting Questionnaire (SQR-20) • Rorschach • Zulliger • Pirâmides Coloridas de Pfister • Teste de Apercepção Temática (TAT)
Problemas decorrentes do uso de álcool
• Teste para Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool (AUDIT)
Qualidade de Vida
• Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) • Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF) • Questionário de Saúde Geral (QSG) • Medical Outcomes Study 36 (SF-36)
Sintomas de Ansiedade e Depressão
• Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) • Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) • Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)
Sono

• Índice de Qualidade do Sono de <i>Pittsburgh</i> (IQSP), • Escala de Sonolência de <i>Epworth</i> (ESE), Questionário de Berlim
Outros domínios relevantes
• <u>Dor</u> – Escala Visual Analógica (EVA), Questionário de Dor <i>McGill</i> (<i>Short-Form McGill Questionnaire</i> – SF-MPQ), • <u>Suporte Social</u> – Escala de Suporte Social (Seidl e Tróccoli, 2006), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) Estresse – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) • <u>Habilidades Sociais</u> – Inventário de Habilidades Sociais (IHS) • <u>Aspectos neuropsicológicos</u> (memória, flexibilidade cognitiva, função executiva) – RAVLT, Stroop e Minimental

Vale destacar que a escolha dos testes e técnicas depende de cada caso e situação, devendo o psicólogo formular um plano de avaliação adequado à cada sujeito. Em função disso, demarca-se a necessidade de especialização do profissional, para que, de fato, alcance a complexidade exigida na condução de um processo de avaliação psicológica para o contexto da cirurgia bariátrica.

Além da avaliação psicológica que subsidia a tomada de decisão quanto às condições do sujeito candidato à cirurgia bariátrica, cabe ao psicólogo, igualmente, acompanhar o paciente no pós-operatório. Para Silva e Faro (2015), é o fato de a cirurgia bariátrica ser uma intervenção tão singular, como tem se revelado, que faz com que o psicólogo se torne parte fundamental da equipe

multiprofissional que acompanha os candidatos a este procedimento. É preciso levar em consideração o fato de que, ao se tratar de questões biológicas, podem-se criar subsídios que venham a desencadear ou agravar questões emocionais. Deste modo, direciona-se a este profissional a responsabilidade de acompanhar o paciente durante todo o processo. Os autores ainda enfatizam que cabe ao psicólogo contribuir com o sujeito, no entendimento de que uma vez submetido à intervenção cirúrgica, terá de lidar com uma nova identidade e uma nova maneira de se posicionar frente à vida, em vários aspectos. Flores (2014) defende que esta conduta no contexto específico da cirurgia bariátrica é parte fundamental do processo, já que o êxito da cirurgia dependerá da boa adaptação às mudanças alimentares e comportamentais do paciente. Mudanças estas que, pelo menos durante o primeiro ano de cirurgia, também deverão ser acompanhadas de perto pelo psicólogo.

Estes apontamentos demarcam o contexto maior em que se inseriu este estudo, que buscou subsídios para compreender o papel e a contribuição do trabalho do psicólogo com indivíduos obesos, no contexto da cirurgia bariátrica aprofundando-se em eixos específicos, tais como identificar a percepção dos membros da equipe multidisciplinar quanto ao papel da avaliação, do acompanhamento psicológicos dos pacientes e dos efeitos da atuação do psicólogo junto aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica; junto aos psicólogos, verificar como é conduzido o processo de avaliação e acompanhamento psicológicos dos candidatos ao procedimento; identificar os desafios e as potencialidades do trabalho realizado pelo psicólogo com os candidatos a cirurgia bariátrica. Além disso, os elementos envolvidos no contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica, apontados anteriormente, evidenciam a relevância deste estudo, no que diz respeito, especialmente, ao destaque da atuação do psicólogo em uma prática profissional singular e que vem ganhando cada vez mais espaço na atualidade.

2 METODOLOGIA

Para que os objetivos propostos pudessem ser alcançados foi realizada uma pesquisa qualitativa, da qual participaram dois cirurgiões, duas nutricionistas e duas psicólogas, localizados através da rede de contatos de uma das pesquisadoras. As principais características dos profissionais entrevistados constam descritas no Quadro 3.

Quadro 3. Caracterização dos entrevistados

Participante	Idade	Sexo	Experiência com obesos	Profissão
Entrevistada 1	43	Feminino	7 anos	Nutricionista
Entrevistada 2	51	Feminino	22 anos	Nutricionista
Entrevistada 3	49	Feminino	20 anos	Psicóloga
Entrevistada 4	46	Feminino	20 anos	Psicóloga
Entrevistado 5	46	Masculino	20 anos	Cirurgião
Entrevistado 6	51	Masculino	16 anos	Cirurgião

Fonte: Dados da Pesquisa

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, partindo de um roteiro pré-estabelecido. As entrevistas tiveram duração aproximada de trinta minutos e foram gravadas em material de áudio, com a devida autorização dos participantes, e foram transcritas na íntegra, para análise posterior. Os dados coletados foram analisados com auxílio da técnica intitulada análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2011), deve ser entendida como um conjunto de técnicas utilizadas para análise das comunicações, cujo objetivo é decifrar o conteúdo das mensagens emitidas. No tocante aos cuidados éticos necessários à realização de pesquisas envolvendo seres humanos, destaca-se que todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e consentiram em sua participação, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O material coletado nas entrevistas com os profissionais foi examinado e tratado através da técnica intitulada “Análise de Conteúdo”, que visa atribuir sentido aos dados. Para isso, as falas dos entrevistados foram transcritas, lidas e interpretadas a partir de unidades de significado, que em um momento posterior, foram agrupadas e definidas em categorias. Da leitura das entrevistas emergiram quatro categorias de análise, a saber: 1. Suporte psicológico: a importância do psicólogo no acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica; 2. A condução do processo de avaliação psicológica do paciente; 3. Potencialidades e desafios do trabalho do psicólogo; 4. A especialização do psicólogo para atuação no contexto da obesidade. O quadro 4 demonstra o processo de construção das categorias de análise.

Quadro 4. Categorias iniciais e finais de análise

Categorias iniciais de análise (unidades de significado)	Categorias finais de análise
Acompanhamento psicológico como diferencial no sucesso do tratamento	Suporte psicológico: a importância do psicólogo no acompanhamento pré e pós-cirurgia Bariátrica
Falta de acompanhamento psicológico diretamente relacionada ao insucesso no tratamento	
Papel essencial do psicólogo na avaliação e preparação do paciente	
Uso ou não de testes psicológicos	A condução do processo de avaliação psicológica do paciente
Operacionalização do processo: número de sessões, tipos de ferramentas e técnicas utilizadas	
Objetivos da avaliação psicológica	
Eventos ou elementos que dificultam a atuação do psicólogo	Potencialidades e desafios do trabalho do psicólogo
Eventos ou elementos que se configuram como desafios à atuação do psicólogo	
Importância da atenção às especificidades do paciente obeso	A especialização do psicólogo para atuação no contexto da obesidade
Necessidade de estudo e conhecimento específico sobre obesidade, tipos de tratamentos e seus desdobramentos	
Importância da escuta das singularidades do paciente obeso, no que tange aos aspectos emocionais e psicológicos	

Fonte: Dados da pesquisa

A seguir são apresentados e discutidos os resultados observados em cada uma das categorias.

3.1 SUPORTE PSICOLÓGICO

Nesta primeira categoria de análise foi possível identificar que os entrevistados consideram o preparo psicológico do candidato à cirurgia bariátrica de extrema importância. Eles defendem que a etapa que antecede a cirurgia, e que envolve, dentre outras informações, orientações e exames, a avaliação psicológica é fundamental para o seu sucesso. Apontam que quanto mais organizado e preparado o paciente estiver do ponto de vista emocional, melhores serão suas condições de adaptação nos períodos mais delicados do pós-operatório.

De acordo Snyder (2009), no caso específico da cirurgia da obesidade, a avaliação psicológica, objetiva dentre outros aspectos, verificar se o paciente está suficientemente preparado para ser submetido a ela e para lidar com os seus desdobramentos. Isso é determinante e, por este motivo essencial na avaliação do paciente, visto que é preciso certificar e assegurar que ele possui condições emocionais e habilidades necessárias ao manejo e enfrentamento dos desafios que surgirão no pós-operatório imediato. A fala do entrevistado 5, reforça os achados para esta questão.

É fundamental. Fundamental por dois motivos, inicialmente é muito importante a avaliação psicológica porque a gente precisa primeiro, diagnosticar psicopatologias que podem complicar o pós-operatório. Além disso, no pré-operatório você precisa ter um perfil psicológico para saber, mais ou menos, a pessoa que você está lidando. Saber as dificuldades e as facilidades dela, para poder investir nas facilidades e ajudá-la a ter melhor resposta nas questões que a gente precisa (...) (ENTREVISTADO 5)

No que tange aos efeitos da cirurgia em sujeitos que puderam contar com acompanhamento psicológico, os entrevistados concordam que quando este se faz presente, os resultados são mais efetivos e duradouros.

Flores (2014) menciona que ao psicólogo é atribuída a missão de auxiliar o indivíduo na importante tarefa de administrar e lidar com suas próprias emoções, especialmente àquelas vinculadas à obesidade. Para esta autora, ainda que outras tarefas, como a orientação sobre questões práticas da intervenção cirúrgica, também possam ser assumidas pelo profissional da Psicologia, sua tarefa essencial é cuidar do emocional do sujeito. Justamente por isso é que uma das psicólogas entrevistadas destacou que o grande diferencial em resultados da intervenção cirúrgica costuma ser observado nos pacientes que não interrompem o acompanhamento psicológico depois da cirurgia:

Os pacientes que realmente se envolvem no processo de mudança de hábitos, têm muito mais sucesso a longo prazo. Nosso papel antes da cirurgia é fundamental, mas o acompanhamento psicológico depois faz toda a diferença. Continuar saudável, magro, disciplinado para se alimentar e se exercitar, focado nos bons hábitos, são algumas características dos pacientes que passaram pela avaliação psicológica e continuam se tratando após a cirurgia, terapeuticamente. (ENTREVISTADA 4)

Por outro lado, quando os pacientes não se envolvem de maneira integral no processo de realização da gastroplastia, contemplando os cuidados físicos e psíquicos, e deixando o acompanhamento psicológico em um segundo plano, ou mesmo abandonando-o, os profissionais entrevistados foram unânicos em dizer que o tratamento fica comprometido. Nestes casos, não apenas o emagrecimento pode ser ineficaz, como também se coloca em risco a saúde do paciente, tanto física quanto mental.

Desse modo, explicita-se a contribuição que o psicólogo pode oferecer aos pacientes. Não visa apenas o bem-estar do paciente, que é o objetivo maior, mas preconiza-se, também, facilitar o manejo de toda a equipe multidisciplinar, junto a este sujeito. Compreende-se que quando o paciente está de fato preparado do ponto de vista psicológico, ele tende a lidar melhor com todo o processo e com os possíveis atravessamentos oriundos dele.

3.2 A CONDUÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Outro resultado encontrado neste estudo diz respeito à forma com que a avaliação psicológica de candidatos à cirurgia bariátrica tem sido conduzida pelos profissionais. As duas psicólogas entrevistadas destacaram que como não há uma regulamentação que determine um padrão para o processo avaliativo, o mais comum é que cada profissional o conduza de um modo próprio. As participantes relataram que conduzem o processo de avaliação dos seus pacientes de forma a identificar não apenas possíveis psicopatologias que possam comprometer a segurança do procedimento, mas também o contexto em que cada um está inserido. Além disso, buscam esclarecer se o paciente tem o máximo de informações sobre o procedimento ao qual será submetido e se está apto, do ponto de vista psicológico, para lidar com a extensa gama de mudanças que ocorrerão em função da cirurgia, nos mais variados contextos do seu dia a dia. Estes aspectos ficam claramente ilustrados na fala de uma das psicólogas entrevistadas:

Toda avaliação psicológica é um retrato do momento da saúde mental. Na minha opinião, no caso específico da cirurgia bariátrica, aspectos que são muito importantes e que avalio no momento pré-operatório são: possíveis psicopatologias presentes, motivação e disponibilidade para mudanças, expectativas em relação ao corpo e suas consequências na vida em geral, conhecimento do paciente em relação às suas responsabilidades com a saúde no pós-operatório. Também é de fundamental importância que o psicólogo saiba adequar possíveis informações distorcidas que esse paciente traga e faça uma minuciosa orientação, abordando todos os assuntos relevantes para a vida bariátrica. (ENTREVISTADA 3)

As colocações desta entrevistada vão ao encontro do que preconiza Machado (2007), que afirma que cabe ao psicólogo verificar a existência de psicopatologias graves nos candidatos às cirurgias, e o quanto este indivíduo está apto para o manejo de conflitos ou situações inesperadas. Além disso, é também de responsabilidade deste profissional, avaliar a aptidão do indivíduo para mensurar o custo e o benefício de se submeter a um procedimento tão complexo. Não menos importante, ele deve ainda verificar a percepção deste paciente acerca de sua própria imagem corporal e de si mesmo como pessoa, que vai muito além de um corpo obeso.

Quanto à operacionalização do processo de avaliação, não houve total unidade nos relatos das entrevistadas. Contudo, vale mencionar que ambas destacam a singularidade de cada caso, o que acaba fazendo com que, de fato, a avaliação dos pacientes deva ser “desenhada” individualmente, caso a caso. É interessante observar que nenhuma das duas psicólogas entrevistadas faz uso de testes psicológicos ou instrumentos mais formais para a coleta de dados que subsidiarão sua decisão. Elas afirmam que através das entrevistas e de uma anamnese competente, conseguem realizar sua

avaliação de maneira suficientemente segura, conseguindo tomar sua decisão quanto à indicação ou eventual contraindicação do paciente ao procedimento. Recortes extraídos de suas falas, evidenciam estes achados:

Não utilizo testagem. [...] prefiro conduzir meu processo de avaliação com entrevistas, prefiro apostar em uma boa anamnese. O número de sessões varia com a necessidade que percebo, e em seguida vem o laudo, onde indico ou não o procedimento. (ENTREVISTADA 3)

Atualmente realizo um número mínimo de duas sessões de avaliação psicológica pré-operatória. Na primeira sessão, uma entrevista que abranja questões do início da obesidade na vida do paciente, e diante da necessidade, indico outras sessões para abordar o assunto. Depois, focamos nas questões práticas relacionadas à cirurgia bariátrica. A emissão do laudo liberatório (ou não) vem em seguida. A indicação da continuidade do tratamento vem de acordo com cada caso. (ENTREVISTADA 4).

Estas colocações retratam o modelo utilizado pelas duas psicólogas entrevistadas, integrantes de equipes distintas de cirurgia bariátrica, atuantes em dois estados diferentes. A literatura consultada deixa claro que a possibilidade desta escolha existe e, por este motivo, os psicólogos têm liberdade para avaliar seus pacientes da forma que acreditam que irá beneficiá-los mais, durante o processo. Um fator muito positivo neste modo de atuação é a construção do vínculo terapêutico, pois conforme ressalta Fernandes (2015a), ao se pensar na população obesa, é preciso ter em mente tratar-se de um público diferenciado. Isso torna a avaliação pré-bariátrica um trabalho relativamente difícil, endereçando grande responsabilidade a quem o realiza. Em função disso, ainda de acordo com a autora, a avaliação destes pacientes deve ser minuciosa e cautelosa. Complementa ainda que a obesidade e os prejuízos causados por ela vão muito além do que se confere em estudos científicos ou simplesmente através de resultados obtidos a partir de testagem psicológica. Quanto mais estreitos se tornarem os laços entre o psicólogo e seu paciente, maior facilidade o segundo terá de falar das suas questões mais íntimas e que podem influenciar em sua maneira de lidar com o alimento e, conseqüentemente, com o enfrentamento de sua obesidade.

Sobre a padronização do processo, é importante ressaltar que, mesmo que as psicólogas participantes do estudo não utilizem testes ou outros instrumentos psicológicos em sua prática, estes podem ser muito úteis. Flores (2014) defende que o êxito da cirurgia dependerá da boa adaptação às mudanças alimentares e comportamentais do paciente, frente aos diferentes contextos da vida. Deste modo, é importante que haja o respaldo em todas as áreas possíveis e os instrumentos psicológicos, quando utilizados como complementos, e não como peças isoladas, possibilitam a realização de uma avaliação diferenciada. Mudanças estas que, pelo menos durante o primeiro ano de cirurgia, também deverão

ser acompanhadas de perto pelo psicólogo. A autora ressalta que qualquer falha durante a avaliação, por menor que pareça, pode implicar em uma indicação inadequada e, conseqüentemente, em alterações graves que poderão impactar significativamente os resultados obtidos através da cirurgia e principalmente, na saúde do paciente. Este fator sugere que sejam consideradas sempre que possível e de acordo com a especificidade de cada caso, o uso de alguma medida auxiliar. A prática de um processo de avaliação padrão, inviabilizaria a ocorrência de controvérsias.

Com os relatos dessas entrevistadas fica claro que o psicólogo tem um papel muito importante nas equipes cirúrgicas de tratamento da obesidade. Todos os profissionais não psicólogos que responderam à pesquisa, enfatizaram seu papel fundamental na administração e no manejo desses pacientes, frente às diversas circunstâncias impostas pela cirurgia, em sua integralidade. Cabe salientar ainda que ao se falar em práticas padronizadas, o que se sugere não é reduzir um tratamento tão complexo, aos resultados obtidos através de testes psicológicos. O que se sugere é por exemplo, um ajuste para que haja número mínimo de entrevistas, integração de dados coletados nas entrevistas e em anamnese. Objetivando deste modo maior conhecimento da história de vida e do modo de funcionamento do indivíduo candidato à cirurgia bariátrica, no contexto onde vive. A partir desses achados, as potencialidades do trabalho deste profissional no contexto específico da cirurgia bariátrica, que são abordados na próxima categoria de análise, juntamente com os desafios, já começam a ser pautados aqui.

3.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO DO PSICÓLOGO

No que diz respeito à busca de informações sobre as potencialidades e os desafios do trabalho do psicólogo, na atuação junto a pacientes obesos e candidatos à cirurgia bariátrica, encontrou-se resultados bastante reveladores. Ao psicólogo cabe o papel de validar ou não a realização do procedimento, pois compreende-se que o estado psíquico do indivíduo reflete em todas as suas demais instâncias. Fica então, evidente, o fato de que a atuação deste profissional possibilita aos demais especialistas a realização de um trabalho mais seguro.

Quanto aos desafios vinculados ao trabalho do psicólogo, em uma equipe de acompanhamento de pacientes obesos, todos os entrevistados mencionaram questões específicas ao contexto, que neste estudo, apresentam-se de maneira expressiva. Uma delas é o fato de que o comportamento alimentar, conforme abordado em seção anterior, perpassa os limites da ingestão de alimentos.

Um outro aspecto desafiador apontado como preocupação pelos entrevistados foi o manejo de situações em que há francas contraindicações para a realização da cirurgia tendo sido destacado o consumo de álcool. De acordo com a SBCBM (2018) e dados coletadas a partir dos estudos de Fandino e outros (2004), depois da cirurgia podem surgir transtornos de ordem psicológica e psiquiátrica, embora o mais comum seja que ocorra a melhora destes sintomas, devido ao emagrecimento, e à melhora da qualidade de vida do paciente, em todos os âmbitos.

Os entrevistados afirmaram que quando há quadros psiquiátricos graves, mas que estão sob controle, a contraindicação não é absoluta, e a indicação à cirurgia tende a estar vinculada à avaliação e acompanhamento psiquiátrico contínuos.

Ainda como um desafio encontrou-se questões de ordem financeira, que acabam por dificultar a adesão do paciente ao tratamento integral, já que um número considerável de cirurgias é realizado através de planos de saúde. Os profissionais apontam que, geralmente, o atendimento psicoterápico não está coberto pelo convênio médico do paciente. Afirmam ainda, que quando existe a cobertura, há um limite para o número de sessões a serem autorizadas e para o tempo de duração do atendimento. Em função disso, a maioria dos pacientes acaba optando por não pagar as consultas com o psicólogo, pois se já pagam o convênio, não concordam ou não consideram justo assumir mais esta despesa.

A análise desta categoria evidencia que embora já exista um reconhecimento do trabalho realizado pelo psicólogo junto às equipes e aos pacientes obesos, ainda há muito o que se conquistar. É fundamental a conscientização dos próprios pacientes sobre a necessidade de se ter um bom processo de avaliação e, conseqüentemente, um melhor preparo para enfrentar o desconhecido, que vem com a realização da cirurgia. Mesmo com algumas dificuldades encontradas, no que diz respeito à liberação dos atendimentos pelos planos de saúde, o profissional habilitado e suficientemente instrumentalizado, será capaz de sensibilizar o paciente, sobre a importância de sua adesão ao tratamento. Daí a importância da especialização, achado que é tratado na categoria a seguir.

3.4 A ESPECIALIZAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA OBESIDADE

Observou-se como resultado deste estudo, que para inserção e prática profissionais adequadas, competentes e seguras no contexto da obesidade, é fundamental o investimento em formação específica, ideia destacada por todos os entrevistados. A fala a seguir ilustra bem o achado:

A especialização do profissional contribui até mesmo para que a avaliação psicológica não seja um mero requisito legal e, consequentemente, obrigatório, para que o candidato à cirurgia esteja apto ao procedimento. Os pacientes relatam que esse processo tem em média, duração de apenas uma sessão, com a função de torná-los, parcialmente conscientes das mudanças que a cirurgia produziria em sua vida e as regras e procedimentos que deveriam seguir para que minimamente fosse garantido o sucesso do pós-operatório. Com base nesses dados, analisa-se que não há uma preocupação clara por parte de alguns profissionais da Psicologia com os riscos comportamentais e psicológicos que podem ser produzidos a partir da cirurgia, bem como não existe uma avaliação da função do comportamento alimentar na vida do sujeito, antes do procedimento. (ENTREVISTADA 2)

O psicólogo precisa de conhecimentos específicos sobre a obesidade, os tipos de técnicas cirúrgicas e as reações adversas provenientes de cada uma delas, dentre outros elementos aos quais só se tem acesso, quando se está inserido e atualizado no assunto.

Como o paciente candidato à cirurgia bariátrica é um paciente com necessidades específicas, considero imprescindível que o profissional que o acompanhe tenha, além dos conhecimentos pertinentes a sua área, conhecimentos específicos. O resultado deste acompanhamento faz toda a diferença para o sucesso da cirurgia bariátrica a longo prazo. (ENTREVISTADA 4)

Considerando estes resultados, fica explícita a ideia de que os profissionais que se propuserem a lidar com um público tão específico quanto o de obesos, devem adquirir conhecimentos teóricos específicos sobre ele. Fernandes (2015b) afirma que os indivíduos obesos se sentem hostilizados por uma sociedade que não foi educada para conviver com as diferenças, logo, os que não se adequam aos padrões impostos por ela, são colocados à margem. Por isso é preciso compreender tanto a doença e suas causas multifatoriais, como os sentimentos e estímulos não visíveis que produzem e potencializam os comportamentos problemas, que agravam a situação do paciente. Para o adequado manejo das questões concernentes ao sujeito obeso e às principais formas de tratamento da doença, é imprescindível que o profissional alie conhecimentos teóricos a habilidades técnicas específicas. Desse modo, inclusive, ele terá condições de se posicionar de maneira mais empática, evitando atitudes que possam agravar a situação emocional do paciente, por não conhecer seu modo particular de ver e sentir o mundo.

A análise criteriosa dos dados coletados neste estudo e a contribuição de diferentes autores, que deram sustentação teórica a ele, não deixam dúvidas quanto à relevância e contribuição do trabalho do psicólogo e da avaliação psicológica do paciente, no contexto da “redução de estômago”. Importante notar que este status não se deve somente aos requisitos legais para realização da cirurgia, em que se exige parecer técnico de um psicólogo, mas também, e não menos significativo, à

conscientização do paciente quanto à sua adesão ao tratamento como um todo, e a cada etapa que o constitui.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo buscar subsídios para compreender o papel e a contribuição do trabalho do psicólogo com indivíduos obesos, no contexto da cirurgia bariátrica. Através da análise dos conteúdos obtidos com a pesquisa, foi possível verificar, na prática, como se dá o trabalho do psicólogo nesse contexto específico, qual sua função e suas contribuições.

A partir das entrevistas foi possível perceber que para os membros da equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica, a presença do psicólogo é fundamental, tanto para a avaliação pré-cirúrgica, quanto para o acompanhamento pós-operatório. Também se verificou que quando o paciente conta com a atuação do psicólogo, há maiores chances dele obter sucesso em seu tratamento, enquanto que os resultados apresentam-se pouco ou nada satisfatórios em situações em que os pacientes não têm acompanhamento psicológico e, conseqüentemente, não aderem inteiramente ao tratamento. No que diz respeito à condução do processo de avaliação e acompanhamento psicológicos dos candidatos à cirurgia bariátrica, as duas psicólogas entrevistadas afirmaram que conduzem o processo de avaliação pré-cirúrgica em etapas, com ênfase nas entrevistas e na anamnese. Os resultados alcançados revelaram que os principais desafios do profissional da Psicologia são a falta de padronização nos processos de avaliação pré-cirurgia, mostrar ao paciente a importância do acompanhamento pós-operatório e ajudá-lo a administrar sua ansiedade.

Dentre as dificuldades da execução do trabalho, destaca-se a capacidade do paciente em persuadir o profissional pouco preparado a indicá-lo à cirurgia, mesmo não estando realmente pronto para isso, e a falta de especialização e preparo do psicólogo, para atuação neste contexto específico. Para as potencialidades, houve destaque para o reconhecimento que o psicólogo vem alcançando, pelo trabalho de preparação e acompanhamento dos obesos submetidos ao tratamento cirúrgico. O sucesso dos pacientes que têm acesso ao tratamento psicoterápico, em relação aos que não tem, é uma pauta importante, que potencializa a necessidade de investimento nesta etapa do tratamento.

O presente estudo mostrou que o “ato” cirúrgico tem como principal objetivo alterar fisicamente a anatomia de um órgão. Evidenciou-se que esta medida visa promover benefícios à saúde e qualidade de vida do paciente obeso. Contudo, os resultados obtidos com a cirurgia, descritos na literatura e observados na vivência junto a pacientes que foram submetidos a ela, comprovam que ao consumá-

lo, o bisturi do cirurgião vai muito além, atingindo, também, o funcionamento psíquico do indivíduo. Neste cenário é que se explicita a relevância deste estudo e dos resultados alcançados, já que eles enfatizam, justamente pelo envolvimento dos aspectos psicológicos no tratamento da obesidade, a importância e contribuição do profissional da Psicologia.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTI, Luis et al. Posição da SBCBM: nomenclatura e definições para resultados em cirurgia bariátrica e metabólica. *ABCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 28, n. 2, supl. 1, p. 2, 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-67202015000600002. Acesso: em 21 jul. 2019.

CAVALCANTE, Renata de Carvalho. *Análise Comportamental de Obesos Mórbidos e de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica*. 2009. Mestrado em Psicologia. Recife, 2009. Disponível: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8655/1/arquivo814_1.pdf. Acesso: 21 jul. 2019.

CONCON FILHO, Admar. PAOLIS, Mariangela Leme de Almeida. BELELI, Célia Aparecida Valbon. Atualização da Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica e a Elaboração do Protocolo de Psicologia em 2014. In: XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA DA SBCM, Centro de Convenções Centro Sul. Anais. Florianópolis, p. 79, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM No 1.766/05. [S. l.], 2005. Disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5852:&catid=3. Acesso em: 17 jun. 2019.

CUNHA, Jurema Alcides. Passos do processo psicodiagnóstico. In: CUNHA, Jurema Alcides (org.). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p. 105-138.

DINIZ, Marco Túlio Costa; MACIENTE, Bruno Antônio. Seção I - Aspectos Gerais: Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica. In: DINIZ, Marco Tulio Costa et al. *Cirurgia Bariátrica e Metabólica: Abordagem Multidisciplinar*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. v. 1, cap. 2, p. 12-21.

FABRICATORE, Antony N. et al. How Do Mental Professionals Evaluate Candidates for Bariatric Surgery? Survey Results. *Obesity Surgery*, v. 16, p. 567-573, 2006.

FANDINO, Julia; BENCHIMOL, Alexander. COUTINHO, Walmir. APPOLINARIO, José. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria*. Rio Grande do Sul [online]. 2004, vol.26, n.1, pp.47-51.

FERNANDES, Lu. *Chega de Engolir Sentimentos*. Juiz de Fora: Garcia Edizioni, 2015a.

FERNANDES, Lu. *Vida de Borboleta: tudo sobre minha gastroplastia*. 2 ed. Juiz de Fora: Garcia Edizioni, 2015b.

FLORES, Carolina Aita. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: Práticas atuais. *ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 27, suppl.1, p. 59-62, 2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-67202014000600059&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 jul. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mais da metade dos brasileiros está acima do peso. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=obesidade/2018>. Acesso em: 07 nov. 2019.

MACHADO, Adriane Picchetto. Manual de Avaliação Psicológica. 21 ed. Curitiba: Unificado, 2007.

MAGDALENO JÚNIOR, Ronis; CHAIM, Elinton Adami; TURATO, Egberto Ribeiro. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009. Disponível:

<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a13.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

OLIVEIRA, Carla Mary S. Miríades do comer: por uma compreensão ampla do ato de se alimentar. sÆculum – Revista de História, João Pessoa, v. 32, n. 32, p. 199-209, jan./jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Obesity and overweight. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso: 01 out. 2019.

RIBEIRO, Graziela Aparecida Nogueira de Almeida et al. Perfil psicológico de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. ABCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, v. 29 (Supl.1), p. 27-30, 2016.

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Especialistas da SBCBM lançam consenso clínico inédito na área de Psicologia.

Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/especialistas-da-sbcm-lancam-consenso-clinico-inedito-na-area-de-psicologia/2015>. Acesso em: 07 nov. 2019

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Cirurgia Bariátrica- Técnicas Cirúrgicas. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/2017>. Acesso em: 07 nov. 2019.

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Comportamentos compulsivos não são causados pela cirurgia bariátrica. Disponível em: [https://www.sbcm.org.br/comportamentos-compulsivos-nao-sao-causados-pela-cirurgia-bariatrica/\(2018\)](https://www.sbcm.org.br/comportamentos-compulsivos-nao-sao-causados-pela-cirurgia-bariatrica/(2018)). Acesso em: 07 nov. 2019

SILVA, Cintia; FARO, André. Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: estudo no pré e pós-operatório. Salud & Sociedad, Antofagasta, v. 6, n. 2, p. 156-169, 2015.

SNYDER, Allison G. Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery. The Ochsner Journal, New Orleans, v. 9, n. 3, p 144-148, 2009.

TRAVADO, Luzia et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Análise Psicológica, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 533-550, 2004. Disponível: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a10.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

Capítulo 11



10.37423/221207001

RETOMADA DAS CIRURGIAS E OS PROTOCOLOS FRENTE À COVID-19

Cássia Rozária da Silva Souza

Universidade do Estado do Amazonas

Jéssica da Silva Teixeira

Universidade do Estado do Amazonas

Mônica Andréia Lopez Lima

Universidade do Estado do Amazonas

Lanna Dávila Santos Monteiro

Universidade do Estado do Amazonas

Naelly Gonçalves do Nascimento

Universidade do Estado do Amazonas

Rebeca Cardoso Castro

Universidade do Estado do Amazonas

Thaynara Ramires de Farias Carvalho

Universidade do Estado do Amazonas

Sarah Domitila Menezes Mourão

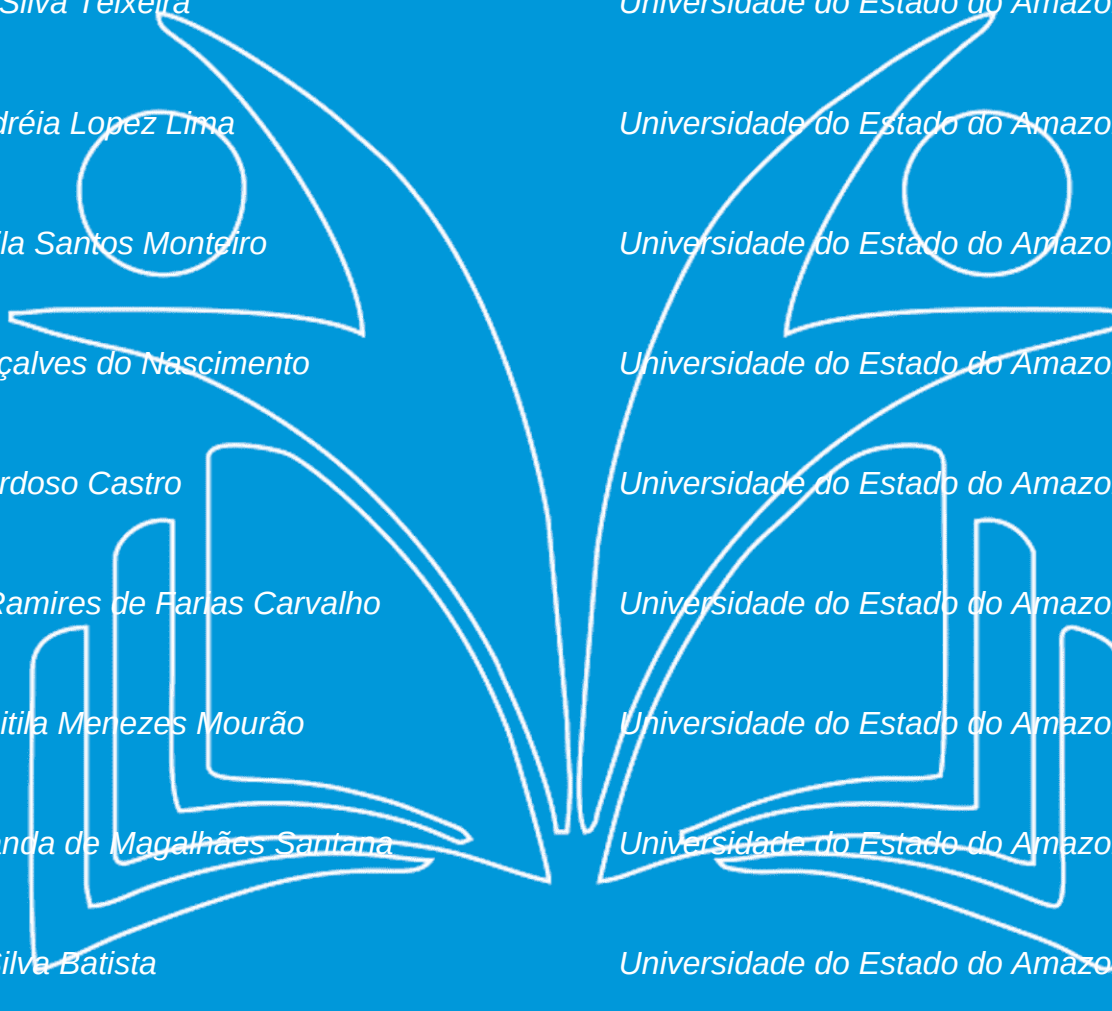
Universidade do Estado do Amazonas

Aélia Fernanda de Magalhães Santana

Universidade do Estado do Amazonas

Luana da Silva Batista

Universidade do Estado do Amazonas



Resumo: Objetivo: analisar as literaturas nacional e internacional em base de dados no processo de retomadas de cirurgias eletivas quanto aos protocolos utilizados durante a pandemia da COVID-19.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com publicações do ano de 2020 e 2021, utilizando os descritores: Covid-19, Protocolo e Cirurgias. **Resultado:** Foram selecionados cinco artigos pertencentes as bases de dados PUBMED e LILACS, nos idiomas na língua portuguesa e espanhola.

Conclusão: As implicações diretas relacionam-se com as medidas de segurança, higiene e distanciamento, nos quais devem obrigatoriamente ser mais criteriosos ou podem, no mínimo, tornarem-se mais flexíveis, sendo aplicado em diferentes níveis hierárquicos com os profissionais e com os pacientes.

Palavras-chave: Cirurgias Eletivas. Protocolos de Enfermagem. Covid-19.

INTRODUÇÃO

No Centro Cirúrgico (CC) são realizados procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, de caráter eletivo e emergencial, de alto nível de complexidade e funcionamento planejado. Com a dinâmica do cuidado de Enfermagem voltada à objetividade das ações, cuja intervenção invasiva é de natureza técnica e de recursos materiais com alta complexidade, precisão e eficácia, com a demanda de profissionais altamente qualificados (PEDRO et al., 2018).

Com o avanço da COVID-19, houve um desgaste nos hospitais, uma sobrecarga para os profissionais da saúde, com alta demanda emergencial e crescente falta de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), expondo os sistemas de saúde públicos e privados a uma dimensão mais grave da crise sanitária brasileira: a do seu componente hospitalar (JÚNIOR et al., 2020).

Em 2020, houve uma redução significativa no número de cirurgias realizadas devido à pandemia da COVID-19. Pois, as cirurgias eletivas são realizadas de segunda-feira a sábado e as cirurgias de urgências são realizadas nas 24 horas do dia. Contudo, durante a pandemia, foram adotadas diversas medidas, entre elas, o fechamento de algumas salas de cirurgias e abertura de uma sala adequada para o atendimento dos pacientes com a COVID-19 (CIMERMAN et al., 2020).

A retomada das operações eletivas foi ser empregada por várias especialidades, mas sempre considerando o benefício do indivíduo em relação a diminuição das mortes colaterais à pandemia instalada no Brasil (BRASIL, 2021).

Quando consideramos todas as causas de morte no Brasil, fica evidente a importância de manter o tratamento dos pacientes com outras enfermidades que não o COVID-19. É de importância destacar que uma retomada de forma não estruturada pode resultar em aumento da mortalidade, por isso recomenda-se a análise epidemiológica local e regional é fundamental para se considerar o recomeço de cirurgias eletivas (AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS, 2020; AGUILAR-GADUÑO et al., 2020).

Partindo do pressuposto que há necessidade das retomadas de cirurgias eletivas, para diminuir a mortalidade de outras patologias e assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Buscou-se analisar publicações nacionais e internacionais quanto a retomada de cirurgias eletivas e os protocolos utilizados durante o cenário pandêmico por COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados da National Library of Medicine (PUBMED) e da Literatura Latino-Americano do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores controlados no banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cirurgias eletivas, Protocolos de Enfermagem e Covid-19. Considerando os critérios de inclusão: artigos científicos avaliados por pares; protocolos de segurança; artigos publicados em 2020 e 2021; nos idiomas português e espanhol. Foram excluídos artigos duplicados ou contexto completo indisponível.

RESULTADO

Referente a classificação dos artigos por tipo de estudo: dois relatos de experiência; um estudo prospectivo-descritivo, duas revisões de literatura sobre protocolos cirúrgicos.

O Quadro 01 apresenta a caracterização das publicações, identificando as temáticas abordadas, destacando a preocupação em reiniciar as cirurgias.

N	ANO	BASE DE DADOS	IDIOMA	TÍTULO	PERIÓDICO	LOCAL DE ESTUDO
1	2021	LILACS	Português	Preparação de um centro cirúrgico do nordeste do Brasil para cirurgias durante a pandemia da covid-19.	Revista SOBECC. São Paulo. Brasil	Hospital Universitário do Nordeste do Brasil.
2	2020	PUBMED	Espanhol	Desenho de protocolo de saúde para reinício de cirurgia urológica programada em período epidêmico de COVID-19.	Elsevier Espanha.	Hospital de Terceiro Nível na Comunidade de Madrid.
3	2020	PUBMED	Espanhol	Protocolo de Ativação Cirúrgica COVID-19 (PAQ COVID).	Academia Mexicana de Cirurgia.	México
4	2020	PUBMED	Espanhol	Experiência cirúrgica inicial em pacientes com COVID-19.	Academia Mexicana de Cirurgia.	México

5	2020	PUBMED	Espanhol	Fatores associados à admissão hospitalar em um protocolo de atendimento COVID-19.	Elsevier Espanha.	Espanha
---	------	--------	----------	--	----------------------	---------

Quadro 1. Identificação dos artigos da Revisão de Literatura, 2022.

O Artigo 1 - “Preparação de um centro cirúrgico do nordeste do Brasil para cirurgias durante a pandemia da covid-19”, destaca alguns pontos que são levados em consideração mesmo com as medidas preventivas, onde são voltadas ao risco que o paciente que está em acompanhamento na fase pré-operatória, exemplo, se houver sinais clínicos de febre considerada elevada ou um possível alerta clínico de infecção mesmo após resultados exames ou testes rápidos que podem ser classificados como falsos negativos.

O Artigo 2 - “Protocolo de Ativação Cirúrgica COVID-19 (PAQ COVID)”, aborda o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), padronizações com as técnicas de uso e retirada, atualizando-se em base de dados em publicações que continham contribuições referentes de prevenção à exposição a COVID-19. As reuniões do Comitê do Grupo de Trabalho (GT) de protocolo de ativação cirúrgica COVID-19 também contribuíram no monitoramento dos pacientes nas fases peri, intra e pós-operatória.

O Artigo 3 - “Protocolo de Ativação Cirúrgica COVID-19 (PAQ COVID)”, destaca que além dos próprios problemas da pandemia em si, houve a preocupação nos processos cirúrgicos em relação aos pacientes assintomáticos, o que gerava nos profissionais um cuidado redobrado ao ter contato antes e no momento da cirurgia. A temática teve construção em relatos de experiência da equipe multiprofissional em centros cirúrgicos e salas de operação, que tiveram como prioridade os procedimentos de maior porte e emergência, afastando desse setor os profissionais que se encaixavam em grupos de risco pelo fator idade ou comorbidades crônicas.

O Artigo 4 - “Experiência cirúrgica inicial em pacientes com COVID-19”, aborda a criação de setores exclusivos para esses pacientes que aguardavam as cirurgias e apresentavam estar assintomáticos ou que tinham um alto potencial para desenvolver a infecção após os procedimentos cirúrgicos. Destes pacientes 42 foram operados com COVID-19, 30 pacientes tiveram diagnóstico de infecção por Sars-Cov2 e 12 casos com diagnóstico feito por imagem. As cirurgias mais recorrentes foram de traqueostomia em 16 pacientes e laparotomias exploratórias em 8 pacientes.

O Artigo 5 - “Adaptação a um cenário sem precedente: cirurgia durante o surto de COVID-19”, evidenciou que o primeiro passo para dar continuidade as cirurgias eletivas diante da pandemia, foi

seguir à risca as medidas de prevenção dentro de cada unidade hospitalar, sejam essas de seus próprios protocolos ou baseado em modelos internacionais. As ferramentas essenciais durante esse cenário cheio de incertezas foram consultas on line e contatos com pacientes ou familiares por telefone, criando uma primeira linha de prevenção aos profissionais de saúde que atuaram direta e indiretamente na assistência dentro desse cenário pandêmico.

DISCUSSÃO

Dos protocolos de cirurgias seguras e medidas de prevenção dentro dos hospitais que realizam cirurgias eletivas e de emergência, é importante destacar também os setores reservados exclusivamente aos pacientes com covid-19.

Logo suas classificações como casos confirmados, suspeitos, com alto e baixo risco de infecção também se tornam necessárias para o funcionamento, controle de circulação dos profissionais no setor e até mesmo da permissão ou não de acompanhantes e vistas dentro da unidade (PEDRO et al., 2018).

As demandas de procedimentos cirúrgicos aumentam ou diminuem dependendo do reflexo da situação pandêmica em cada cidade e consequentemente dentro das instituições de saúde tendo ou não bons resultados em seus protocolos (DIAS, 2020 e GOLPE, R. et al., 2020).

Outro fator observado é se as medidas de segurança, higiene e distanciamento deveriam ser mais criteriosos ou poderiam se tornar mais flexíveis desde o nível dos profissionais aos pacientes (JÚNIOR et al., 2020).

Um dos maiores impactos que a pandemia trouxe aos profissionais que atuam nos serviços de saúde foi a forma em como tratar e cuidar de si mesmos diante do alto risco de infecção que estes estão suscetíveis, uma vez que estão em contato direto com os pacientes (JUANZ-GONZÁLEZ, et al., 2020).

Isso exigiu realizar capacitação atualizada e rápida para os que atuam na linha de frente, mas que por vezes, a realidade econômica desfavorável nos investimentos nas medidas de segurança poderia implicar em maior suscetibilidade para o risco de infecção. Outro fator criado foi a classificação de cirurgias: Grau 1 - duração de até 30 minutos (realizadas em ambulatorios); Grau 2 - duração de até 2 horas, realizadas em blocos cirúrgicos e Grau 3 - perda de sangue e até intubação (procedimentos mais complexos) (GOMES et al, 2021; TEJIDO-SÁNCHEZ et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas dos procedimentos cirúrgicos oscilaram com aumento ou diminuição, a depender do reflexo da situação pandêmica em cada local. Uma vez que não há como ter um consenso nos cenários pandêmicos da doença, por apresentar diferentes vertentes em cada um deles no que tange o grau de contaminação pandêmico, tendo ou não bons resultados em seus protocolos de saúde.

As implicações diretas relacionam-se com as medidas de segurança, higiene e distanciamento, nos quais devem obrigatoriamente ser mais criteriosos ou podem, no mínimo, tornarem-se mais flexíveis, sendo aplicado em diferentes níveis hierárquicos, setores e sujeitos, como os profissionais, pacientes e acompanhantes, quando houver.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-GADUÑO, C.O. et al. Experiencia quirúrgica inicial em pacientes com COVID-19. Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Cidade do México, 2020.
- AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS. Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic. 2020. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid-19-pandemic>. Acesso em: 03 ago 2022.
- BRASIL. Ministério de Saúde. TABNET WIN32 3.0: Mortalidade - Brasil. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 04 ago 2022.
- CIMERMAN, S. et al. Deep impact of COVID-19 in the healthcare of Latin America: the case of Brazil. Brazilian J. Infect. Dis. 2020. DOI: 10.1016/j.bjid.2020.04.005.
- DIAS, H. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. Journal of Infection Control. 2020. Disponível em: <http://jicabih.com.br/index.php/jic/article/view/295>. Acesso em: 03 de ago 2022.
- GOLPE, R. et al. Fatores associados à admissão hospitalar em um protocolo de atendimento COVID-19. 0300-2896 / 2020. SEPAR. Elsevier, España.
- GOMES, E.T. et al. Preparação de um centro cirúrgico do nordeste do Brasil para cirurgias durante a pandemia da COVID-19. Revista SOBECC, São Paulo. abr./jun. 2021; 26(2): 116-121.
- JUANZ-GONZÁLEZ, A. et al. Protocolo de activación quirúrgica COVID19 (PAC COVID). Academia Mexicana de Cirugía. Permanyer. Cidade do México, 2020.
- JÚNIOR, A.M.F. et al. COVID-19 em profissionais da saúde, vivências e perspectivas: um relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 12(12): e5258.
- PEDRO, D.R.C. et al. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário. J Nurs Health. 2018; 8(1): e188108.
- TEJIDO-SÁNCHEZ, A. et al. Diseño de un protocolo asistencial para el reinicio de la cirugía urológica programada en periodo de epidemia COVID-19. Actas Urológicas Españolas. Asociación Española de Urología. Elsevier, Espana, 2020, 44(9):597-603

Capítulo 12



10.37423/230107009

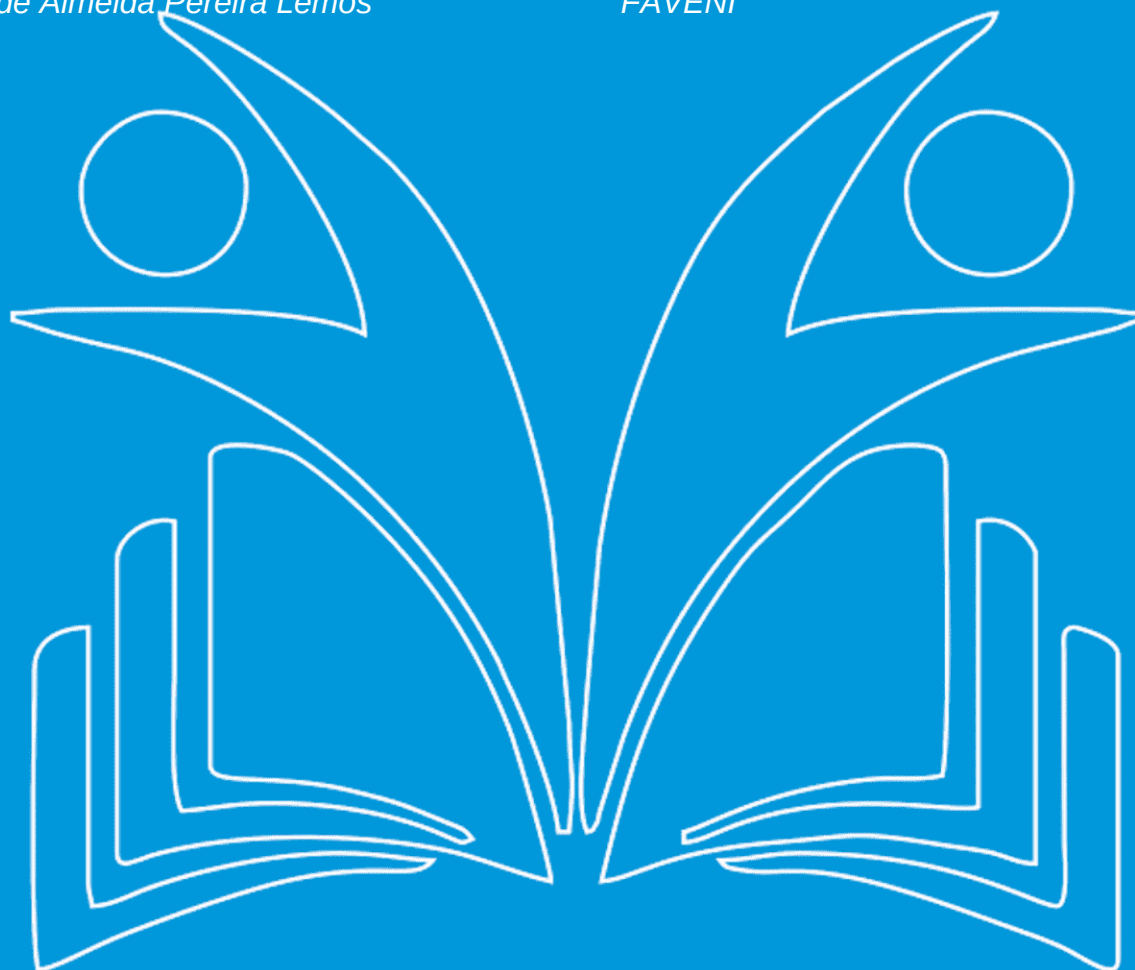
A CONFERÊNCIA FAMILIAR COMO FERRAMENTA DE CUIDADO: RELATO DE UM CASO

JACQUELINE JAGUARIBE BEZERRA

FAVENI

Rita Maria de Almeida Pereira Lemos

FAVENI



Resumo: Esse artigo se propõe ao relato de um caso de intervenção da equipe da Estratégia de Saúde da Família de um plano de autogestão em saúde suplementar na cidade de Fortaleza destacando a utilização da ferramenta conferência familiar como norteadora na solução de um impasse familiar e potencializadora do cuidado. Trata-se de um caso de paciente portadora de obesidade mórbida, com tentativas de emagrecimento sem sucesso desde a adolescência, tendo indicação de cirurgia bariátrica. Como não havia consenso entre a paciente e seus familiares com relação ao procedimento, a equipe de saúde optou por realizar uma conferência familiar objetivando uma solução para o impasse estabelecido. Reconhecido a importância da família no surgimento do problema, bem como a sua responsabilidade no desenrolar, na resolução ou manutenção do mesmo. Verificou-se bom nível de satisfação dos familiares e profissionais envolvidos, fortalecendo a necessidade do uso mais frequente desta ferramenta como condução e resolução de problemas. Fica definido também a importância no investimento na capacitação desta ferramenta pelos profissionais da equipe de saúde.

Descritores: Bariátrica. Obesidade. Família.

INTRODUÇÃO

Conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade, é como a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica define os procedimentos cirúrgicos que representa diante da sociedade médica. Indicada em casos de obesidade mórbida ($\text{IMC} \geq 40\text{Kg/m}^2$) depois de pelo menos 2 (dois) anos de tentativa de tratamento da obesidade sem êxito ou em casos de IMC (Índice de Massa Corporal) $\geq 36\text{ Kg/m}^2$ se houver a intercorrência de comorbidades (Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de difícil controle, alto risco cardiovascular, apneia do sono, doenças articulares degenerativas), desde que a pessoa seja adulta entre 18 a 65 anos. O fato de tratar-se de uma cirurgia de grande porte, com período relativamente longo de anestesia geral e mutiladora torna-a uma prática ainda bastante amedrontadora, implicados todos os efeitos desagradáveis do pós-cirúrgico forçando às mudanças obrigatórias dos hábitos alimentares.

A Conferência Familiar é uma ferramenta de trabalho utilizada na Estratégia Saúde da Família que tem por finalidade produzir uma intervenção profissional (ou multiprofissional) no âmbito da família (Galriça, 2003), cujo objetivo é ajudar na resolução dos problemas que envolvem um ou mais dos seus componentes, quando o grupo familiar pelas mais diversas razões não está conseguindo encontrar a solução mais adequada e harmonizadora. Propõe-se a detectar necessidades não satisfeitas, discutir assuntos de interesse específico da família, explorar as dificuldades de comunicação entre os membros da família. Não é um momento apenas para partilha de informações e sentimentos, pois pretende ajudar na mudança dos padrões de interação da família, conquanto não se trate de terapia familiar, essa outra forma de intervenção familiar. A reunião deve seguir um plano preestabelecido pelos profissionais envolvidos e deve ser espaço democrático em que a confiança e o respeito sejam elementos com presença obrigatória.

O presente artigo trata do relato de um caso que foi acompanhado pela equipe da estratégia Saúde da Família de um plano de saúde suplementar de autogestão, cujo participante procurou o serviço em busca de ajuda na solução do seu problema de obesidade. Nesse relato nomeou-se o participante como R.J.M., que são as iniciais do seu nome.

No primeiro contato de R.J.M, 26 anos, com o médico da família, em janeiro/07, foi relatado todo o processo de tentativas de emagrecimento desde a sua adolescência, sem que qualquer método fosse eficaz em lograr o êxito do emagrecimento. Na ocasião pesava 124,8 Kg para uma altura de 1,69m

(IMC=43,7). Em seu relato havia uma crença abalada em sua capacidade em conseguir emagrecer e as intervenções familiares, em cada novo início de regime, redundavam em discussões acaloradas e troca de acusações.

R.J.M trazia a indicação de vários profissionais a aconselharem a realização de cirurgia bariátrica, em razão do surgimento insidioso de comorbidades como HAS (hipertensão arterial sistêmica), dislipidemia e apneia do sono, além do fato de ter ultrapassado o patamar de obesidade mórbida (IMC acima de 40). Devido à resistência dos pais e da irmã, não se decidira por completo pelo procedimento cirúrgico. Durante algumas consultas o atendimento foi com a presença de sua genitora, que geralmente chorava diante de sua insistência em realizar a cirurgia. Já havia sinais evidentes da falta de diálogo na família, sua genitora não conseguia vê-lo sem cobrar-lhe uma atitude mais comedida em sua dieta, o seu pai já não conseguia dirigir-lhe a palavra e sua irmã já tinha se distanciado do problema mantendo-se isenta. R.J.M preferia passar maior parte do tempo fora de casa para evitar as discussões e cada vez engordava mais. Estava claro que havia a necessidade de uma intervenção, além de uma consulta médica.

METODOLOGIA

Durante uma reunião da então equipe multidisciplinar (médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, assistente social) foi procedido o relato do caso e discutida a necessidade de uma intervenção da equipe, pois se percebeu que R.J.M não tinha condições de se contrapor à posição da família e já abandonara qualquer outra opção de controlar a obesidade mórbida. O caso já era de conhecimento da nutricionista da equipe que sabia do longo caminho da família até chegar aquele ponto da história. Foi decidida a utilização da conferência familiar, como forma de auxiliar no processo de cuidado de R.J.M sendo acordado o dia e hora com a família e parte da equipe de saúde da família (médico, assistente social, psicóloga e técnica de enfermagem). Decidiu-se que haveria quatro momentos na conferência, o da apresentação dos participantes, inclusive da equipe de saúde, as considerações iniciais pelo médico de família e o espaço para se ouvir as posições de R.J.M e dos familiares, além da síntese a ser proposta pela psicóloga da equipe. Posta a situação para discussão, após a apresentação de todos os componentes presentes, foi criado ambiente favorável para que os membros da família (pai, mãe, R.J.M. e a irmã) expusessem receios, dúvidas e posições diante do problema que os importunava, de forma clara, franca e sem interrupções. Após 80 minutos de conversas ficou patente para todos os presentes que os pontos de fratura da comunicação se encontravam no receio da família quanto à falta de disciplina de R.J.M e as possíveis conseqüências pós-cirúrgicas de sua compulsão

alimentar frente à escassez de alimentos a serem ofertados, nos dias que sucedessem a cirurgia e doravante. Compreendidos os motivos de cada um e posta claramente a vontade de R.J.M em realizar a cirurgia, um acordo foi firmado entre os membros da família, no qual a mesma passaria a estabelecer uma regra disciplinar pré-operatória durante dois meses, quando trataria de cultivar hábitos mais saudáveis e os demais membros passariam a apoiá-lo em sua iniciativa. Terminava assim a reunião destinada à conferência familiar e restava à equipe esperar os resultados do trabalho.

RESULTADO

Os acordos foram cumpridos, R.J.M realizou a sua cirurgia com êxito do plano cirúrgico, sucesso do pós-cirúrgico e resposta terapêutica satisfatória dos meses subseqüentes, considerando a redução progressiva no peso. Passados 2 (dois) anos dos fatos relatados, durante a última consulta de R.J.M ao médico de família realizada em maio/09, o seu IMC (Índice de Massa Corpórea) indicou 21,8 com o peso de 63,2Kg em oposição ao antigo IMC acima de 40. Após o resultado da transformação de seu IMC, ficou evidenciada a capacidade de resolutividade da Conferência Familiar como ferramenta de cuidado. E a importância da sua aplicação em casos eleitos pela equipe sempre que ocorram entraves de comunicação que estejam comprometendo a saúde do participante que chega à unidade com a sua queixa, muitas vezes, enraizada nas relações familiares.

CONCLUSÃO

Inegável a influência do papel da família na origem, evolução, resolução ou perpetuação de problemas (orgânicos ou não) das pessoas que procuram serviços de saúde, mormente no ambiente da clínica do plano de saúde suplementar. O grau de satisfação dos resultados de trabalhos como esse relatado, tanto para a família, quanto para a equipe da ESF dá-nos a certeza de que é necessário que utilizemos a conferência familiar com mais frequência ampliando o nosso conhecimento e aperfeiçoando a nossa capacidade de manejo desse instrumento de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

www.sbcbm.org.com.br Site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica Neto, Isabel Galriça. A Conferência Familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos.

MS. PORTARIA Nº 424 , DE 19 DE MARÇO DE 2013 .

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

MEDICINA: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME VI