

ANSIEDADE CONTRIBUI PARA O AUMENTO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

ANXIETY CONTRIBUTES TO INCREASING THE DEGREE OF DEPENDENCE ON NURSING CARE IN THE IMMEDIATE POST-OPERATIVE OF BARIATRIC SURGERY

LA ANSIEDAD CONTRIBUYE A AUMENTAR EL GRADO DE DEPENDENCIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

- Isabelle Maure Pezzim¹
- Ana Paula Oliveira Firmino¹
- Rhayane de Carvalho¹
- Walckiria Garcia Romero¹
- Kallen Dettmann Wandekoken¹
- Bruno Henrique Fiorin¹
- Andressa Bolsoni Lopes¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Vitória, ES – Brasil.

Autor Correspondente: Andressa Bolsoni Lopes
E-mail: andressabolsonilopes@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Andressa B. Lopes; **Coleta de Dados:** Isabelle M. Pezzim, Andressa B. Lopes; **Conceitualização:** Andressa B. Lopes; **Metodologia:** Isabelle M. Pezzim, Ana P. O. Firmino, Rhayane Carvalho, Walckiria G. Romero, Kallen D Wandekoken, Bruno H. Fiorin, Andressa B. Lopes; **Redação - Preparação do Original:** Isabelle M. Pezzim, Ana P. O. Firmino, Rhayane Carvalho, Andressa B. Lopes; **Redação - Revisão e Edição:** Walckiria G. Romero, Kallen D Wandekoken, Bruno H. Fiorin, Andressa B. Lopes; **Supervisão:** Walckiria G. Romero, Kallen D Wandekoken, Bruno H. Fiorin, Andressa B. Lopes.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 25/11/2019

Aprovado em: 07/04/2020

RESUMO

Objetivo: determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, sua relação com os dados sociodemográficos e clínicos, bem como suas implicações sobre o grau de dependência da assistência de Enfermagem. **Metodologia:** estudo analítico, transversal; para a coleta de dados utilizaram-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e o Instrumento de Classificação de Fugulin. Os dados foram expressos por frequências, média e desvio-padrão; comparações feitas por teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher ou a razão da máxima verossimilhança; para os cruzamentos dos dados adotaram-se o teste t, ANOVA, Kruskal-Wallis Mann-Whitney, diferenças aceitas quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** a amostra foi integrada por 49 pacientes predominantemente do sexo feminino (89,8%), idade entre 30 e 39 anos (46,9%), obesidade grau III (71,4%) e com comorbidades (93,9%). Identificou-se que 42,9% possuíam sintomas de ansiedade dos quais 38,1% pontuavam sintomas leves, 52,4% moderados e 9,5% graves. Ainda, 28,6% dos pacientes manifestavam sintomas de depressão, dos quais 78,6% eram leves, 14,3% moderados e 7,1% graves. No grupo de pacientes “com sintomas de ansiedade” o percentual foi estatisticamente maior de indivíduos que demandam cuidados de alta dependência/intensivo (52,4%) do que no grupo “sem sintomas de ansiedade” (21,4%). **Conclusão:** este trabalho demonstra relevante prevalência de sintomas de ansiedade e depressão no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica e que os pacientes com ansiedade dependem de cuidados de Enfermagem de maior complexidade, intervindo diretamente no trabalho assistencial e gerencial de enfermeiro.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Ansiedade; Depressão; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of anxiety and depression symptoms in patients in the immediate postoperative period of bariatric surgery, their relationship with sociodemographic and clinical data, as well as their implications on the degree of dependence on nursing care. **Methodology:** analytical, cross-sectional study; for data collection, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Fugulin Classification Instrument were used. Data were expressed by frequencies, means and standard deviations; comparisons made by chi-square test or Fisher's exact test or the maximum likelihood ratio; for data crossings, the t test, ANOVA, Kruskal-Wallis Mann-Whitney were adopted, differences accepted when $p \leq 0.05$. **Results:** the sample was made up of 49 patients predominantly female (89.8%), aged between 30 and 39 years (46.9%), grade III obesity (71.4%) and with comorbidities (93.9%). It was identified that 42.9% had symptoms of anxiety of which 38.1% had mild symptoms, 52.4% moderate and 9.5% severe. Still, 28.6% of the patients manifested symptoms of depression, of which 78.6%

Como citar este artigo:

Pezzim IM, Firmino APO, Carvalho R, Romero WG, Wandekoken KD, Fiorin BH, Lopes AB. Ansiedade contribui para o aumento do grau de dependência da assistência de Enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1321. Disponível em:

_____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200058

were mild, 14.3% moderate and 7.1% severe. In the group of patients "with symptoms of anxiety" the percentage was statistically higher for individuals who demand high dependency / intensive care (52.4%) than in the group "without symptoms of anxiety" (21.4%). **Conclusion:** this study shows a relevant prevalence of symptoms of anxiety and depression in the immediate postoperative period of bariatric surgery and that patients with anxiety depend on more complex nursing care, intervening directly in the care and managerial work of nurses.

Keywords: Bariatric Surgery; Anxiety; Depression; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica, su relación con los datos sociodemográficos y clínicos, así como sus implicaciones en el grado de dependencia del cuidado de enfermería. **Metodología:** estudio analítico, transversal; para la recogida de datos se utilizaron la escala de ansiedad y depresión hospitalaria y el sistema de clasificación de pacientes de Fugulin. Los datos se expresaron por frecuencias, medias y desviaciones estándar; comparaciones hechas por la prueba chi-cuadrado o el test exacto de Fisher o la razón de máxima verosimilitud; para los cruces de datos se adoptó la prueba t, ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, se aceptaron diferencias cuando $p \leq 0.05$. **Resultados:** la muestra estuvo conformada por 49 pacientes predominantemente mujeres (89.8%), con edades entre 30 y 39 años (46.9%), obesidad grado III (71.4%) y con comorbilidades (93.9%) Se identificó que el 42.9% tenía síntomas de ansiedad, de los cuales el 38.1% tenía síntomas leves, el 52.4% moderados y el 9.5% severos. Aún así, el 28.6% de los pacientes manifestó síntomas de depresión, de los cuales 78.6% fueron leves, 14.3% moderados y 7.1% severos. En el grupo de pacientes "con síntomas de ansiedad", el porcentaje fue estadísticamente más alto de personas que exigen cuidados de alta dependencia / cuidados intensivos (52.4%) que en el grupo "sin síntomas de ansiedad" (21.4%). **Conclusión:** el estudio muestra una prevalencia relevante de síntomas de ansiedad y depresión en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica y que los pacientes con ansiedad dependen de cuidados más complejos que afectan directamente los servicios de atención y gestión de enfermería.

Palabras clave: Cirugía Bariátrica; Ansiedad; Depresión; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como doença inflamatória crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, atuando como precursora de doenças como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.¹ Sua origem é multifatorial, causada pela associação ou não de fatores genéticos, epigenéticos, metabólicos, ambientais, sociais e culturais.² Trata-se de um problema de saúde pública, sendo uma das mais graves enfermidades enfrentadas pelo homem.¹

Apesar de a obesidade não ser caracterizada como distúrbio de origem psiquiátrica, essa população possui alta prevalência de depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, abuso de álcool

e drogas.^{3,4} A depressão é o transtorno que possui mais relação com a obesidade. Sua prevalência é até 70% maior entre pessoas com obesidade, especialmente entre as mulheres.³ A ansiedade também possui correlação positiva com o aumento da gordura corporal e marcadores inflamatórios da obesidade.⁴⁻⁶

Quando as alternativas de tratamento relacionadas à modificação da dieta, atividade física e medicamentos se esgotam, a cirurgia bariátrica surge como a possibilidade de tratamento efetiva e duradoura para a obesidade e síndrome metabólica.⁷ São elegíveis para essa cirurgia os indivíduos entre 18 e 65 anos, com obesidade grau III ou obesidade grau II com comorbidades; fica contraindicada a cirurgia para aqueles que utilizam drogas ilícitas, com abuso de drogas lícitas e/ou com quadros psicóticos graves, entre outros.⁸

A cirurgia bariátrica parece atuar não somente nos problemas inerentes ao corpo, como também naqueles de origem psicológica,⁹ e embora as consequências de origem física estejam bem estabelecidas, as evidências sobre a sua relação com os transtornos mentais permanecem em investigação.³

Crescente número de trabalhos científicos tem identificado transtornos psiquiátricos em paciente no pós-operatório a médio e longo prazo dessa cirurgia. Apesar de aparente melhora nos primeiros meses após o procedimento cirúrgico, o índice de suicídio, depressão, compulsão, ansiedade e o uso abusivo de álcool e drogas voltam a aumentar amplamente com o passar do tempo.^{4,9-11} Contudo, ainda não existem dados disponíveis na literatura para descrever os sintomas de transtornos mentais no pós-operatório imediato dessa cirurgia.

As pesquisas e diretrizes nacionais têm enfatizado que uma das estratégias para minimizar os agravos gerados por essa cirurgia inclui a atuação de uma equipe multidisciplinar para acompanhamento do bem-estar físico e psicológico dos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica.^{8,10,11} A investigação de Enfermagem abordando a saúde mental tem contribuído para a produção de conhecimento científico e aprimoramento de competências para a prática assistencial do enfermeiro, possibilitando contemplar o paciente de forma integral: ser biológico, social, psicológico e espiritual.¹²

Dessa forma, à medida que aumenta o número de cirurgias bariátricas, aumenta também a necessidade de compreender esses fenômenos e a forma como eles influenciam na complexidade dos cuidados de Enfermagem. Assim, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, sua relação aos dados sociodemográficos e clínicos, bem como suas implicações sobre o grau de dependência da assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo analítico com delineamento transversal realizado na clínica cirúrgica de um hospital universitário referência no atendimento ao paciente com obesidade e síndrome metabólica no Sudeste do Brasil, no período entre maio e julho de 2018.

A população do estudo abrange pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, especificamente de 22 a 24 horas após a cirurgia, sendo as técnicas cirúrgicas empregadas *sleeve* ou *bypass* gástrico em Y de Roux. A amostra foi obtida por conveniência, na qual foram abordados todos os pacientes que estavam no pós-operatório de cirurgia bariátrica durante o período estabelecido nesta pesquisa, sendo incluídos aqueles com idade maior de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os que se submeteram à cirurgia bariátrica anteriormente, aqueles que apresentaram desorientação e/ou ausência de comunicação verbal no momento da entrevista.

A coleta dos dados foi realizada diretamente com o paciente em um momento único e de forma privada. Iniciou-se pela caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, aplicando um instrumento de coleta de dados contendo informações sobre: sexo, idade, estado civil, escolaridade, grau de obesidade e comorbidades (abordando apenas a hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e dislipidemias).

Em seguida, foi aplicado um instrumento para o levantamento de dados referentes ao preparo para a cirurgia (pré-operatório), composto das seguintes perguntas: "você já havia se submetido à cirurgia bariátrica anteriormente?"; "Você sabe a que tipo de cirurgia bariátrica se submeteu?"; "Você conhece os riscos da cirurgia bariátrica?"; "Você conhece os benefícios da cirurgia bariátrica?"; "Você recebeu essas orientações de qual profissional de saúde?".

Para a investigação dos sinais e sintomas de ansiedade e de depressão, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD),¹³ uma escala confiável e validada para a língua portuguesa e população brasileira, que pode ser aplicada em pacientes internados em qualquer um dos diferentes setores hospitalares, alas psiquiátricas ou não psiquiátricas, inclusive fora do ambiente hospitalar.^{14,15} Esse instrumento consiste em 14 questões, sendo sete para ansiedade e sete para depressão, com uma escala de resposta que varia de zero a três, somando um escore máximo de 21 pontos para ansiedade ou depressão. Para sua interpretação, considera-se "com sintomas de ansiedade" ou "com sintomas de depressão" escore igual ou superior a oito; sendo oito a 10 sintomas leves, 11 a 14 sintomas moderados e 15 a 21 sintomas graves.^{13,16}

Por fim, para a verificação da complexidade assistencial, foi realizada a classificação do grau de dependência dos cuidados de Enfermagem, utilizando-se o Instrumento de Classificação de Fugulin¹⁷, adaptado por *et al.*¹⁸ Essa classificação engloba as áreas de cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutaneomucosa/ comprometimento tecidual, uso de curativo e tempo usado na sua realização. A graduação da complexidade assistencial é realizada de modo que cada área do cuidado seja pontuada de um a quatro, sendo que a somatória das categorias do cuidado é classificada em: cuidado

intensivo (acima de 34 pontos), semi-intensivo (29-34), alta dependência (23-28), intermediário (18-22) e mínimo (12- 17).

A análise dos dados foi feita no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e Bioestat versão 5.3, compondo-se de uma análise descritiva, cujas variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas. A distribuição das variáveis métricas foi avaliada mediante a determinação da média e desvio-padrão. A comparação entre variáveis categóricas foi feita por meio do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher ou a razão da máxima verossimilhança. Para os cruzamentos dos dados dos escores de ansiedade ou depressão com variáveis categóricas foram utilizados os testes t para médias e ANOVA, quando os dados tinham distribuição normal, ou os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, quando a normalidade dos dados era rejeitada pelo teste de Shapiro-Wilk. As diferenças foram aceitas quando $p \leq 0,05$.

Esta pesquisa atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos; o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com o parecer de número 2.536.371, datado de 10/03/2018. CAAE: 79282217.1.0000.5071.

RESULTADOS

No período compreendido por este estudo, 52 pessoas receberam a cirurgia bariátrica, entre elas 49 pacientes que estavam em conformidade com os critérios de inclusão e integraram a amostra desta pesquisa. Dois pacientes foram excluídos por terem se submetido à cirurgia bariátrica anteriormente e um por ter se negado a participar da pesquisa. Em sua caracterização sociodemográfica e clínica, a amostra foi constituída predominantemente por pessoas do sexo feminino (89,8%, n=44), com idade entre 30 e 39 anos (46,9%, n=23), casadas (63,3%, n=31) e com ensino médio completo (53,1%, n=26). Ainda, a maioria dos pacientes apresentava obesidade grau III (71,4%, n=35) e comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus* e/ou dislipidemias (93,9%, n=46), vide Tabela 1.

Todos os integrantes (100%, n=49) relataram ter recebido orientação profissional sobre os riscos e os benefícios envolvidos nesse processo cirúrgico durante o período pré-operatório. O enfermeiro foi o principal profissional de saúde citado, por desempenhar essa função, visto que 100% (n=49) dos pacientes declararam ter recebido essa orientação dele. Somada a orientação dada pela Enfermagem, 26,5% (n=13) da amostra também receberam orientações do psicólogo, 14,3% (n=7) do médico, outros 14,3% (n=7) do nutricionista e, por fim, 2% (n=1) do assistente social.

Quanto ao tipo de cirurgia realizada, *sleeve* ou *bypass* gástrico em Y de Roux, apenas dois pacientes não sabiam a qual dessas técnicas cirúrgicas foram submetidos.

Referente aos escores obtidos após aplicação da EHAD apresentados na Tabela 2, observou-se que 42,9% (n=21) dos

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo: sexo, idade, estado civil, escolaridade grau de obesidade e comorbidades (hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus e/ou dislipidemias). Vitória-ES, 2018

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	5	10,2
Feminino	44	89,8
Faixa etária		
20 a 29 anos	2	4,1
30 a 39 anos	23	46,9
40 a 49 anos	10	20,4
50 a 59 anos	9	18,4
60 anos ou mais	5	10,2
Estado Civil		
Casado	31	63,3
Não casado	18	36,7
Escolaridade		
Ensino fundamental	17	34,7
Ensino médio	26	53,1
Ensino superior	6	12,2
Grau de obesidade		
Grau 1 (IMC 30-34,9)	3	6,1
Grau 2 (IMC 35-39,9)	11	22,4
Grau 3 (IMC ≥ 40)	35	71,4
Comorbidades		
Sem comorbidades	3	6,1
Com comorbidades	46	93,9
Total	49	100,0

IMC- Índice de massa corporal.

pacientes avaliados manifestavam sintomas de ansiedade no pós-operatório imediato e, destes, 38,1% (n=8) pontuavam sintomas leves, 52,4% (n=11) sintomas moderados e 9,5% (n=2) sintomas graves de ansiedade. Apurou-se que 28,6% (n=14) dos pacientes exibiam sinais e sintomas de depressão, dos quais 78,6% (n=11) pontuavam sintomas leves, 14,3% (n=2) sintomas moderados e 7,1% (n=1) sintomas graves de depressão.

Ao investigar o grau de dependência da assistência de Enfermagem apresentado por esta amostra, conforme Instrumento de Classificação de Fugulin^{17,18}, identificou-se que 14,3% (n=7) eram dependentes de cuidados mínimos, 51% (n=25) de cuidados intermediários, 28,6% (n=14) de cuidados de alta dependência e 6,1% (n=3) de dependência semi-intensivo (Tabela 3).

O Figura 1 compara os escores de sintomas de ansiedade (Figura 1.A) e de sintomas de depressão (Figura 1.B) com o grau de dependência da assistência de Enfermagem. Dessa forma, foi possível identificar que os pacientes que demandavam cuidados intermediários e de alta dependência/semi-intensivo obtiveram

Tabela 2 - Sinais e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. Vitória-ES, 2018

Variáveis	n	%
Sintomas de ansiedade		
Sem ansiedade	28	57,1
Com ansiedade	21	42,9
Grau de ansiedade		
Leve	8	38,1
Moderado	11	52,4
Grave	2	9,5
Total	21	100,0
Sintomas de depressão		
Sem depressão	35	71,4
Com depressão	14	28,6
Grau de depressão		
Leve	11	78,6
Moderado	2	14,3
Grave	1	7,1
Total	14	100,0
Total	49	100,0

Tabela 3 - Grau de dependência da assistência de Enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. Vitória-ES, 2018

Dependência da assistência de Enfermagem	n	%
Cuidados:		
Mínimos	7	14,3
Intermediários	25	51,0
Alta dependência	14	28,6
Semi-intensivos	3	6,1
Intensivos	0	0
Total	49	100,0

médias de pontuação para ansiedade estatisticamente mais altas (7,12±3,76 e 9,65±3,64, respectivamente) comparados àqueles com cuidados mínimos (2±1,53; média ± desvio-padrão, respectivamente, p<0,05).

O mesmo não ocorreu quando consideradas as médias dos escores depressão, uma vez que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa da depressão com as variáveis testadas (cuidados mínimos: 4±2,16; intermediários: 6±3,39; alto/semi-intensivo: 6,53±3,54; média ± desvio-padrão, respectivamente, p>0,05).

Este estudo também buscou investigar possível associação entre sintomas de ansiedade e de depressão e o grau de obesidade e o grau de dependência assistencial (Tabela 4).

Assim, verificou-se que não houve associação no cruzamento entre as variáveis: sintomas de ansiedade e o grau de obesidade

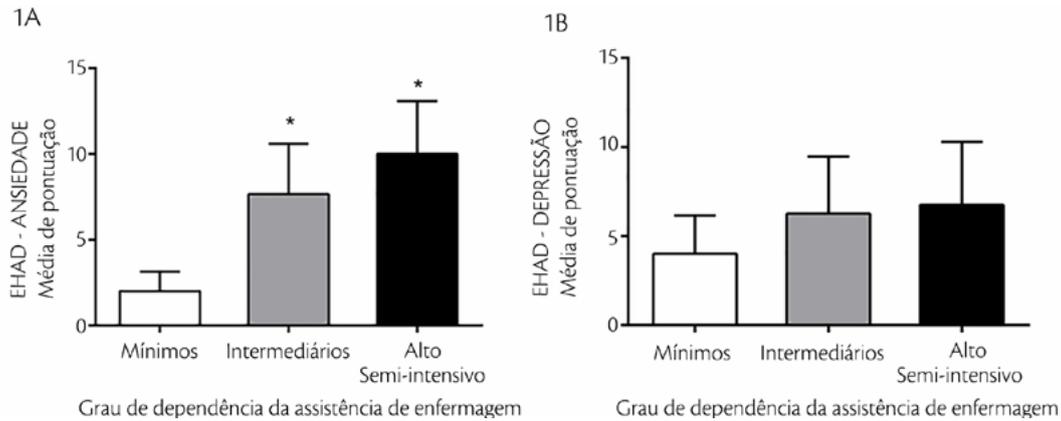


Figura 1 - Escores dos Sinais e Sintomas de Ansiedade (1A) e Depressão (1B) conforme o Grau de Dependência da Assistência de Enfermagem de pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. Vitória-ES, 2018
 Valores expressos em média ± desvio padrão. Figura 1A: *p<0,05 para os diferentes de cuidados Mínimos, ANOVA de uma via seguido de teste post-hoc de Tukey. Figura 1B: p>0,05, Teste de Kruskal-Wallis. Abreviação: EHAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.¹³

Tabela 4 - Sintomas de ansiedade e sintomas depressão versus grau de obesidade e grau de dependência da assistência de Enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. Vitória-ES, 2018

Variáveis	Sintomas de Ansiedade				p-valor
	Sem ansiedade		Com ansiedade		
	N (28)	%	N (21)	%	
Grau de Obesidade					
Grau 1 e 2	8	28,6	6	28,6	1,000*
Grau 3	20	71,4	15	71,4	
Grau de dependência					
Mínimo	7	25,0	-	-	0,004†
Intermediário	15	53,6	10	47,6	
Alto\Alto\Semi-intensivo	6	21,4	11	52,4	
Variáveis	Sintomas de Depressão				p-valor
	Sem depressão		Com depressão		
	N (35)	%	N (14)	%	
Grau de Obesidade					
Grau 1 e 2	7	20,0	7	50,0	0,076*
Grau 3	28	80,0	7	50,0	
Graude dependência					
Mínimo	7	20,0	-	-	0,074&
Intermediário	17	48,6	8	57,1	
Alto\Semi-intensivo	11	31,4	6	42,9	

#p > 0,05 teste exato de Fisher. †p < 0,05 para diferenças entre "sem" e "com" sintomas de ansiedade. Razão de máxima verossimilhança. * p > 0,05; teste de Mann-Whitney. & p > 0,05; teste de Kruskal-Wallis.

(p=1). Contudo, no grupo de pacientes “com ansiedade” constatou-se percentual estatisticamente maior de indivíduos com cuidados de Enfermagem de alta dependência/semi-intensivo (52,4%) do que no grupo “sem ansiedade” (21,4%, p=0,004).

Na associação entre sintomas de depressão e o grau de obesidade e também grau de dependência da assistência de Enfermagem não foram encontrados resultados estatisticamente significativos (p>0,05) para essas variáveis.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que os pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica possuem relevante prevalência de sintomas de ansiedade e depressão e que, especificamente aqueles com sintomas de ansiedade, têm mais dependência de cuidados de Enfermagem comparados aos sem sintomas, ficando evidente que a ansiedade influenciou negativamente a evolução orgânica dos pacientes.

A literatura demonstra que o índice de ansiedade entre pessoas com obesidade é de até 40%, e para aqueles que recebem a cirurgia bariátrica essa porcentagem tende a diminuir nos primeiros meses, contudo, esse transtorno persiste nessa população, voltando a aumentar, em média, seis meses após o processo cirúrgico.^{4,6,9}

Apesar de a maioria da amostra estudada necessitar de cuidados assistenciais intermediários, os pacientes “com sintomas de ansiedade” dependiam principalmente de cuidados classificados como alta dependência e semi-intensivo. O aumento no grau de complexidade dos cuidados pode ser justificado pelas manifestações comumente apresentadas pelos pacientes com ansiedade, tais como preocupação excessiva, medo, apreensão, bem como sintomas físicos como fadiga, tensão, alterações cardiorrespiratórias e do sistema nervoso autônomo.^{5,19}

Além disso, a ansiedade é descrita como um fator prejudicial para a evolução pós-operatória, pois promove alterações da neurotransmissão GABAérgica no hipotálamo. De forma bastante significativa, aumenta os níveis circulantes de marcadores inflamatórios em pessoas com obesidade, independentemente daquela produção já atribuída à adiposidade e ao índice de massa

corporal elevado, sendo eles: a proteína C-reativa, fator de necrose tumoral- α e interleucina-6. Isso parece contribuir para o aumento dos danos cardiovasculares de forma contínua^{5,19} e retorno do ganho de peso após a cirurgia a longo prazo.⁶

De forma semelhante à ansiedade, descreve-se que os sintomas de depressão reduzem-se nos primeiros meses após a cirúrgica bariátrica, voltando a aumentar gradualmente até o terceiro ano após a cirurgia, período no qual também está aumentada a incidência de suicídios entre pacientes.^{4,10,20} Nesta pesquisa, apesar de 28,6% da amostra apresentar sintomas depressivos já no pós-operatório imediato, não houve correlação estatística entre os sintomas depressivos e o grau de dependência dos cuidados de Enfermagem. Novas pesquisas com elevado número de participantes pode esclarecer esta questão.

Os resultados aqui apresentados enfatizam a importância de acompanhamento e triagem pré-operatória realizada por equipe multidisciplinar, para que haja redução dos sintomas ansiosos e depressivos no momento transoperatório e pós-operatório imediato ou mesmo que possa contraindicar a cirurgia como estratégia para uma cirurgia segura. Segundo a Portaria 424/2013 do Ministério da Saúde,⁸ pessoas com transtorno psiquiátricos não controlados, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas, ficam contraindicadas para a cirurgia.

O enfermeiro foi o profissional da equipe de saúde que mais participou do processo de orientação sobre a cirurgia bariátrica. Pesquisas atestam que orientações pré-operatórias realizadas pelos enfermeiros promovem impacto positivo sobre o período pós-operatório, auxiliando na redução do estresse e medo, estando intrinsecamente ligado ao menor número de complicações.^{21,22}

O enfermeiro que inclui em sua assistência a investigação clínica em saúde mental é capaz de compreender a integralidade do ser biológico, sociocultural, psíquico e espiritual, assim como compreende a correlação entre a saúde psíquica e orgânica. Nosso trabalho e demais estudos da literatura confirmam que a investigação de Enfermagem em saúde mental constitui um importante mecanismo para o planejamento e intervenções dos cuidados amplos de saúde.^{12,23}

A partir da associação entre os escores de ansiedade obtidos pela EHAD e o Instrumento de Classificação de Fugulin, foi possível verificar que quanto maior o escore para ansiedade maior era o grau de dependência dos cuidados de Enfermagem. O instrumento de classificação de pacientes de Fugulin^{17,18} é uma importante ferramenta para a Enfermagem, recomendada para conhecimento e avaliação do perfil assistencial dos pacientes, permitindo subsidiar o planejamento e a implementação de cuidados qualificados, favorecendo a sua recuperação e bem-estar. Além disso, também funciona como um instrumento gerencial, uma vez que permite quantificar quadro de pessoal de Enfermagem e a exigência de recursos humanos para o setor em investigação.^{17,24}

Quanto ao perfil da amostra apresentada neste estudo, a maioria é do sexo feminino, faixa etária entre 30 e 39 anos, com renda de aproximada dois salários mínimos e escolaridade ensino

médio. Conforme apresentado pela pesquisa Vigitel Brasil 2017, em escala nacional, a obesidade cresceu 60% nos últimos 10 anos, com percentual semelhante entre homens (18,1%) e mulheres (19,6%), atingindo principalmente adultos entre 35 e 64 anos e é inversamente proporcional ao índice de escolaridade.²⁵

Apesar de o índice de obesidade estar semelhante entre os sexos masculino e feminino, dados de pesquisas nacionais e internacionais demonstram que as mulheres são maioria na procura por cirurgia bariátrica.^{26,27} Descreve-se que essa distribuição de gênero diferenciada pode ser justificada por dados que mostram que as mulheres têm mais consciência dos riscos decorrentes de obesidade, melhor percepção da própria imagem corporal, vaidade e são mais elegíveis para a cirurgia.²⁷

A maioria da população estudada apresentava comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes *mellitus* e/ou dislipidemias. Nossos dados reafirmam os diversos estudos presentes na literatura, que destacam a obesidade como importante fator de risco para o desenvolvimento de diferentes doenças crônicas.^{28,29}

Diante da epidemia da obesidade, suas comorbidades e a síndrome metabólica, vasta investigação de possibilidades de reversão desse quadro tem sido alvo de intensas pesquisas, entre as quais a cirurgia bariátrica, indicada como meio eficaz da normalização das alterações antropométricas, comorbidades e do diagnóstico da síndrome metabólica, com aumento da expectativa de vida.^{27,30}

As potenciais limitações do estudo versam sobre o momento da coleta de dados, visto que, no período do pós-operatório imediato o paciente apresentava-se com dor ou desconforto relacionado ao processo cirúrgico. Além disso, problemas relacionados ao ambiente físico, como ruídos e circulação de muitos profissionais de saúde, podem ter comprometido a atenção dos pacientes durante a aplicação dos instrumentos.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidencia a relevante prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica e como esses distúrbios de origem psíquica influenciam a evolução orgânica dos pacientes, uma vez que os pacientes com sintomas de ansiedade requerem cuidados de Enfermagem de maior complexidade, intervindo diretamente no trabalho assistencial e gerencial de enfermeiro.

Mesmo a cirurgia bariátrica sendo apontada como um procedimento seguro e importante estratégia para o controle da obesidade e síndrome metabólica, ela não está isenta de complicações a curto, médio e longo prazo. Assim, fica explícita a necessidade de compreender essa população de forma a conseguir auxiliá-la em suas necessidades, o que demanda o empenho de toda equipe de saúde e ampla atenção por parte dos profissionais que possam promover intervenções eficazes, visando à recuperação pós-operatória e melhor adaptação frente a todas as complicações desse processo cirúrgico.

Por fim, a partir deste estudo, salienta-se que a saúde mental deva ser priorizada na assistência de Enfermagem às pessoas que

foram submetidas à cirurgia bariátrica, de modo a contribuir no desenvolvimento de habilidades socioemocionais e na manutenção de hábitos saudáveis. Considera-se, ainda, que o enfermeiro, muitas vezes, é o profissional mais próximo do paciente ao longo do pós-operatório, de forma a favorecer a identificação das necessidades no âmbito da saúde mental, bem como a garantia de intervenções imediatas. Evidencia-se, ainda, a necessidade de capacitação da equipe de Enfermagem nesta temática.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2018[citado em 2019 out. 10]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Qasim A, Turcotte M, Souza RJ, Samaan MC, Champredon D, Dushoff F, et al. On the origin of obesity: identifying the biological, environmental and cultural drivers of genetic risk among human populations. *Obes Rev*. 2018[citado em 2019 out. 10];19(2):121-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12625>
- Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *J Postgrad Med*. 2017[citado em 2019 out. 10];63(3):182-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28695871>
- Porcu M, Franzin R, Abreu PB, Previdelli ITS, Astolfi M. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Sci Health Sci*. 2011[citado em 2019 out. 10];33(2):165-71. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7653>
- Pierce GL, Kalil GZ, Ajibewa T, Holwerda SW, Persons J, Moser DJ, et al. Anxiety independently contributes to elevated inflammation in humans with obesity. *Obesity*. 2017[citado em 2019 out. 10];25(2):286-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.21698>
- Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes*. 2010[citado em 2019 out. 10];34(3):407-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19997072>
- Buchwal H. The evolution of metabolic/bariatric surgery. *Obes Surg*. 2014[citado em 2019 out. 10];24(8):1126-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1354-3>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 424. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013[citado em 2019 Out. 30]. Disponível em: http://www.poderesau.com.br/novosite/images/stories/Publicaes_20.03.2013_-_III.pdf
- Mea CPD, Peccin C. Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica. *Rev Psicol Saúde*. 2017[citado em 2019 out.10];9(3):119-30. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300009
- Roizblatt A, Roizblatt D, Aguilar BSF. Suicide risk after bariatric surgery. *Rev Med Chil*. 2016[citado em 2019 out. 10];144(9):1171-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28060979>
- Lim RBC, Zhang MWB, Ho RCM. Prevalence of all-cause mortality and suicide among bariatric surgery cohorts: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2018[citado em 2019 out.10]; 15(7):1519. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069254/>
- Sampaio F, Carvalho JC, Araujo O, Rocha OC. Investigação em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria: uma análise documental. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2014[citado em 2019 out. 10];1: 71-5. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a12.pdf>
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983[citado em 2019 out. 10];67:361-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
- Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007[citado em 2019 Out.10];12(2):225-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365902>
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995[citado em 2019 out. 10];29(5):355-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004
- Stern AF. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occup Med (Lond)*. 2014[citado em 2019 out. 10];64(5):393-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005549>
- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005[citado em 2019 out. 10];13(1):72-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100012
- Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007[citado em 2019 out. 10];15(5):103-08. Disponível <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a14.pdf>
- Noronha SR, Campos GV, Abreu AR, Souza AA, Chianca JR, Menezes RC. High fat diet induced-obesity facilitates anxiety-like behaviors due to GABAergic impairment within the dorsomedial hypothalamus in rats. *Behav Brain Res*. 2017[citado em 2019 out. 10];316:38-46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27566182>
- Song A, Fernstrom MH. Nutritional and psychological considerations after bariatric surgery. *Aesthet Surg J*. 2008[citado em 2019 out. 10];28:195-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.asj.2008.01.005>
- Gonçalves TF, Medeiros VCC. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Rev SOBECC*. 2016[citado em 2019 out. 10];21(1):22-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5570.pdf>
- Santos J, Henckmeier L, Benedet SA. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enferm Foco*. 2011[citado em 2019 out. 10];2(3):184-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/131>
- Munari DB, Oliveira NF, Saeki T, Souza MCB. Análise da produção científica dos encontros de pesquisadores em Enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008[citado em 2019 out. 30];16(3):471-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300022&lng=en
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2017[citado em 2019 out. 10]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: MS; 2017[citado em 2019 jul. 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf
- Battistelli C. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica; 2018[citado em 2019 out. 20]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariaticas-no-brasil-aumenta-467/>

27. Fuchs HF, Broderick RC, Harnsberger CR, Chang DC, Sandler BJ, Jacobsen GR, *et al.* Benefits of bariatric surgery do not reach obese men. *J Laparoendosc Adv Surg Tecnologia A.* 2015[citado em 2019 out. 10];25(3):196-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/lap.2014.0639>
 28. Hall JE, Carmo JM, Silva AA, Wang Z, Hall ME. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circ Res.* 2015[citado em 2019 out. 10];116(6):991-1006. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circresaha.116.305697>
 29. Park Y, Colditz GA. Diabetes and adiposity: a heavy load for cancer. *Lancet Diab Endocrinol.* 2018[citado em 2019 out. 10];6(2):82-3. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30396-0](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30396-0)
 30. Ayoub JAS, Alonso PA, Guimaraes LMV. Efeitos da cirurgia bariátrica sobre a síndrome metabólica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011[citado em 2019 out. 10];24(2):140-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abcd/v24n2/a10v24n2.pdf>
-

