

ENTENDENDO AS RAZÕES PARA A RECUSA DA COLECISTECTOMIA EM INDIVÍDUOS COM COLELITÍASE: COMO AJUDÁ-LOS EM SUA DECISÃO?

Understanding the reasons for the refusal of cholecystectomy in patients with cholelithiasis: how to help them in their decision?

Adilson PERON¹, Ana Laura SCHLIEMANN², Fernando Antonio de ALMEIDA¹

Trabalho realizado na ¹Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde e ²Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Campus Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil.

DESCRIPTORIOS - Colelitíase. Consentimento livre e esclarecido. Ética médica. Psicologia em saúde.

Correspondência:

Adilson Peron
adilsonperon@uol.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 22/10/2013
Aceito para publicação: 16/01/2014

HEADINGS - Cholelithiasis. Medical ethics. Informed consent. Behavioral medicine.

RESUMO - Racional: A colelitíase é doença de resolução cirúrgica com cerca de 60.000 internações por ano no Sistema Único de Saúde. Muitas vezes é assintomática ou oligossintomática e as principais complicações advêm da migração dos cálculos para as vias biliares baixas. Apesar das complicações serem graves, com risco de morte, alguns pacientes recusam o tratamento cirúrgico. **Objetivo:** Entender as razões pelas quais alguns indivíduos com colelitíase recusam a colecistectomia antes que ocorram complicações próprias da doença. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas individuais segundo um roteiro de perguntas pré-determinadas. Nestas entrevistas procurou-se avaliar o conhecimento dos indivíduos sobre a doença e suas complicações e as razões para a recusa do tratamento cirúrgico. Foram incluídos 20 indivíduos portadores de colelitíase que se recusavam ou adiavam o tratamento cirúrgico sem justificativa plausível. Às entrevistas aplicou-se a técnica da análise temática (Minayo, 2006). **Resultados:** A maioria dos entrevistados tem bom conhecimento de sua doença, das possíveis complicações, foram bem orientados e tiveram a indicação cirúrgica pelos seus médicos assistentes. A recusa para a operação foi justificada por experiências negativas próprias ou de familiares com ato cirúrgico, incluindo a anestesia e medo de sentir dor ou perder a autonomia durante o ato cirúrgico e período pós-operatório, preferindo correr o risco e esperar pelas complicações para depois resolvê-las. **Conclusão:** As razões para a recusa à resolução cirúrgica da colelitíase são diversas, mas estão intimamente ligadas às experiências cirúrgicas negativas pessoais ou de pessoas relacionadas ou a complexos problemas de natureza psicológica que devem ser adequadamente abordados pelo cirurgião e por outros profissionais habilitados.

ABSTRACT - Background: Cholelithiasis is prevalent surgical disease, with approximately 60,000 admissions per year in the Unified Health System in Brazil. Is often asymptomatic or oligosymptomatic and major complications arise from the migration of calculi to low biliary tract. Despite these complications are severe and life threatening, some patients refuse surgical treatment. **Aim:** To understand why individuals with cholelithiasis refuse cholecystectomy before complications inherent to the presence of gallstones in the bile duct and pancreatitis occur. **Methods:** To investigate the universe of the justifications for refusing to submit to surgery it was performed individual interviews according to a predetermined script. In these interviews, was evaluate the knowledge of individuals about cholelithiasis and its complications and the reasons for the refusal of surgical treatment. Were interviewed 20 individuals with cholelithiasis who refused or postponed surgical treatment without a plausible reason. To these interviews, was applied the technique of thematic analysis (Minayo, 2006). **Results:** The majority of respondents had good knowledge of their disease and its possible complications, were well oriented and had surgical indications by their physicians. The refusal for surgery was justified primarily on negative experiences of themselves or family members with surgery, including anesthesia; fear of pain or losing their autonomy during surgery and postoperative period, preferring to take the risk and wait for complications to then solve them compulsorily. **Conclusion:** The reasons for the refusal to surgical resolution of cholelithiasis were diverse, but closely related to personal (or related persons) negative surgical experiences or complex psychological problems that must be adequately addressed by the surgeon and other qualified professionals.

INTRODUÇÃO

A colelitíase ocorre em 3-20% da população mundial²⁰. No idoso, é a causa mais comum de indicação de operação abdominal, com prevalência de 21,4% na faixa etária de 60-69 anos e 27,5% nos indivíduos acima de 70 anos¹⁴. Podem evoluir sem sintomas em mais da metade dos casos^{13,15}. No ano de 2000 estimou-se que ela tenha acometido cerca de 20 milhões de americanos, com custo direto ou indireto de seis bilhões de dólares^{16,19}.

A migração dos cálculos frequentemente causa sintomas e pode evoluir como quadro agudo, muitas vezes grave quando não operado. Além destas complicações inflamatórias locoregionais, a colelitíase pode predispor à neoplasia de vesícula¹⁷.

Em autópsias de pessoas com idade superior a 75 anos, os cálculos biliares chegam a ser encontrados em até 50% dos casos¹⁷. Em um estudo brasileiro, em 4.482 autópsias realizadas em homens e mulheres encontrou-se 94 casos de neoplasia de vesícula (2,1%), mais comumente associadas aos casos com colelitíase diagnosticada anteriormente e com maior tempo de doença⁷.

A litogênese é influenciada por múltiplos fatores. A vesícula biliar armazena bile do refluxo advindo do fechamento da ampola hepatobiliar e nela se concentra. A chegada do alimento no intestino desencadeia o reflexo neural que se soma à ação da colecistocinina levando à contração da vesícula, que esvazia seu conteúdo em 75%. Quando esse mecanismo não acontece, há estase da bile, distensão da vesícula e isquemia. Ocorre ainda a secreção de fosfolipase que ativa a lecitina, promovendo processo inflamatório, por liberação de mediadores pró-inflamatórios¹. Soma-se também a translocação bacteriana (*E. coli*, *Salmonella sp*) e a diminuição da quantidade de líquidos, aumentando a concentração da bile e favorecendo a formação dos cálculos¹.

Uma extensa revisão da literatura analisou os possíveis tratamentos não cirúrgicos disponíveis à época para colelitíase, como o uso de ácidos queno e ursodeoxicólicos² e a litotripsia extracorpórea por ondas de choque⁴. Nenhum deles foi considerado efetivo a longo prazo, confirmando que a colecistectomia é o único tratamento comprovadamente eficaz para resolução da colelitíase³.

Nos casos em que a colelitíase complica-se com colecistite, não há dificuldades para a indicação cirúrgica pelo médico assistente, pois o quadro é muito agudo, sintomático e progressivo, levando o paciente a não discutir a indicação cirúrgica. Entretanto, nos casos assintomáticos, oligossintomáticos e sem complicações, há mais dificuldades na indicação, já que alguns indivíduos que não apresentam dores não sentem necessidade da intervenção, a menos que entrem em fase aguda de colecistite, pancreatite ou colangite¹⁷.

No Brasil, a primeira operação laparoscópica foi realizada por *Thomas Szeco*, em 1993³. A partir daí foi indicada com frequência crescente por maior número de cirurgiões. A introdução deste método permitiu que ela fosse feita mesmo em indivíduos com colelitíase pouco sintomáticas com mortalidade inferior a 1%³. Entretanto, mesmo com todo o conhecimento acumulado na área, as indicações médicas precisas e o reconhecimento pelos pacientes de que a operação é tratamento de escolha para a doença, alguns indivíduos portadores de colelitíase não a aceitam.

É natural que se tenha medo e expectativa diante do inesperado de uma operação, mesmo que não seja emergencial e que nos possibilite planejamento. Neste momento de conflito, nossos medos e dúvidas estão aflorados²¹. Assim, é esperado que alguns indivíduos recusem ou adiem o tratamento cirúrgico até o momento em que isso não seja mais possível ou esteja além de sua vontade¹⁸.

A experiência ocasional em casos desta natureza e a reflexão sobre a intrigante decisão de pacientes que recusam a operação motivou a realizar este estudo. que teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento que os indivíduos portadores de colelitíase, que recusam a operação têm sobre sua doença e suas complicações e entender as razões pelas quais se recusam ou adiam o tratamento cirúrgico e também propor um termo de consentimento em linguagem para leigos para ajudá-los no entendimento da doença, diminuindo suas preocupações e facilitando sua decisão terapêutica.

MÉTODOS

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Os participantes não foram identificados em qualquer momento da pesquisa.

Trata-se de pesquisa qualitativa e quantitativa, baseada em 20 entrevistas realizadas com paciente que sofrem de colelitíase que, apesar de terem indicação médica para realizar a colecistectomia, não a aceitavam mesmo diante da orientação do profissional ou optavam por adiá-la. No

processo de análise, foram identificadas algumas categorias de razões para adiar ou rejeitar a operação. Essas categorias estão apresentadas na Figura 1²¹.

Essas categorias não esgotam as possibilidades de entendimento sobre as dificuldades das pessoas tomarem decisão sobre o processo cirúrgico sem estarem sobre pressão e urgência do tempo, mas foram essas as escolhidas pelos pesquisadores diante do seu impacto emocional.

- a) Psicológicas: relacionam o emocional com as intercorrências e experiências a que é submetido.
- b) Educacionais: definem as formas de aprendizagem formal e informal.
- c) Sociais: relações que a pessoa vive e expressa com seus semelhantes nos diversos cenários em que transita, tais como a família, a escola, o trabalho e relações interpessoais.
- d) Culturais: entender o mundo através da sua vivência com a sua comunidade de origem ou atual.
- e) Crenças religiosas: relação com o sagrado e a noção de transcendência e finitude.
- d) Medo: perturbação diante da ideia de que se está exposto a algum tipo de perigo real ou não.
- e) Ansiedade: incômodo sentimento de desconforto ou temor, com resposta autônoma (a fonte não é específica ou é desconhecida ao indivíduo).
- f) Medo e ansiedade diante do inesperado de uma operação: processo invasivo que gera dor e sofrimento físico e por isso os aspectos emocionais ficam mobilizados.
- g) Medo e ansiedade diante da história familiar: experiências negativas com o ambiente médico, ou quando houve intervenção de final considerado negativo.
- h) Medo e ansiedade diante do sofrimento: gerada pela possibilidade do sofrimento, com ansiedade, que pode piorar diante da experiência do sofrimento verdadeiro.
- i) Medo e ansiedade diante da morte: a noção de finitude fere a subjetividade e a crença de que o ser humano é eterno

FIGURA 1 - Categorias das justificativas para recusar ou adiar a colecistectomia eletiva

A pesquisa foi realizada com 20 participantes de ambos os sexos, com idades de 19-70 anos e com diagnóstico de colelitíase confirmados pela ultrassonografia abdominal ou outro método diagnóstico de imagem, com os sintomas clássicos da doença, com poucos sintomas ou "assintomáticos". Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) presença de cálculo no interior da vesícula biliar (diagnosticado por método de imagem); 2) negativa do indivíduo de realizar a colecistectomia de forma eletiva ou o adiamento sucessivo da operação por motivos pouco justificáveis; e 3) terem aceitado participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O número de participantes foi definido pelo "critério de saturação" proposto por Muchielli¹².

Para melhor investigar e entender as razões da negativa em aceitar o tratamento cirúrgico, foram realizadas entrevistas com todos os participantes feitas de forma individual através de perguntas abertas, segundo um roteiro pré-estabelecido utilizando um gravador para registrar as narrativas. O roteiro foi: 1) Quais eram os seus sintomas no momento do diagnóstico e os sintomas atuais? 2) Qual(is) foi(ram) o(s) exame(s) realizado(s) para o diagnóstico da colelitíase? 3. Quem indicou o tratamento cirúrgico? 4) O que você sabe da sua doença? 5) O que você espera acontecer para operar? 6) Quais são seus motivos para não realizar o tratamento cirúrgico?

Na análise qualitativa das entrevistas buscou-se privilegiar as falas, conceitos e reflexões com o intuito de estabelecer trocas mais detalhadas e aprofundadas sobre o tema em questão, suas causas e consequências da decisão negativa de realizar a operação.

A análise quantitativa foi feita de forma descritiva objetivando informar a frequência com que apareciam as ideias e representações nos discursos. A evolução dentro do período de acompanhamento também foram analisadas de

forma descritiva e quantitativa.

As entrevistas foram transcritas e inicialmente analisadas individualmente. A partir da análise do discurso, segundo Badin e Minayo¹¹ foram identificadas as ideias expostas pelos participantes que representassem pontos relevantes nos discursos, influenciando a sua decisão frente à indicação médica da operação. Após a análise individual, foi feita, também, análise do conjunto das informações e representações fornecidas pelos participantes, identificando fatores comuns ou correlatos nesses discursos.

A construção do material educativo

Partindo do termo de consentimento esclarecido e informado já disponibilizado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva - CBCD optou-se por trabalhar com este material adaptando-o à realidade cultural dos participantes dessa pesquisa e incluindo informações que julgou-se serem importantes para ajudar os pacientes na decisão terapêutica. Ressalta-se que para esse fim foi obtida a anuência do CBCD para utilização e adaptação do seu instrumento.

RESULTADOS

Os resultados obtidos no estudo serão apresentados em forma de tabelas e divididos segundo seu conteúdo.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo. Pode-se notar que a porcentagem de mulheres (80%) superou a de homens (20%) e que a faixa etária predominante se encontra entre 36 a 60 anos (80%). O tempo de diagnóstico mais prevalente foi entre três meses a um ano (75%). A maior parte dos participantes apresentava sintomas leves (n=18, 90%) e 30% apresentavam alguma alteração metabólica.

TABELA 1 - Caracterização dos participantes

Parâmetro	Categorias	Número
Faixas etárias de	19 a 35 anos	2 (10%)
	36 a 60 anos	16 (80%)
	Maiores que 60 anos	2 (10%)
Gênero	Feminino	16 (80%)
	Masculino	4 (20%)
Raça	Branco	20 (100%)
Religião	Católicos	11 (55%)
	Não católicos	9 (45%)
Situação conjugal	Casados	8 (40%)
	Viúvos	2 (10%)
	Não responderam	10 (50%)
Tempo de diagnóstico	De 3 a 6 meses	9 (45%)
	De 6 meses a 1 ano	6 (30%)
	Mais que 1 ano	5 (25%)
Sintomas	Leves*	18 (90%)
	Sem sintomas	2 (10%)
Comorbidades e doenças associadas	Gastrites	6 (30%)
	Hipertensão arterial	5 (25%)
	Síndrome do Intestino Irritável	5 (25%)
	Diabetes mellitus	3 (15%)
	Dislipidemia	3 (15%)
	Hipotireoidismo	1 (5%)
	Gravidez	1 (5%)
	Neoplasia intestinal	1 (5%)
IMC	Arritmia cardíaca	2 (10%)
	Entre 28 a 35	Média de 32,5 Kg/m ²

* Sintomas leves=cólica biliar esporádica, dispepsia ou dor no andar superior do abdome sem necessidade de atendimento de urgência

Para entender melhor essa decisão de recusa do tratamento cirúrgico, buscou-se a técnica das entrevistas individuais, proporcionando um ambiente adequado e livre para que o participante tivesse plena oportunidade de expressão, evitando-se também interferir em sua reflexão.

A Tabela 2 apresenta sumário das respostas à pergunta:

“quais eram os seus sintomas no momento do diagnóstico e os sintomas atuais?”.

TABELA 2 - Sintomas mais comuns apresentados pelos participantes

Sintomas	Número
Vômitos e náuseas	15 (75%)
Mal estar, tontura e desmaio	14 (70%)
Dores abdominais fortes	12 (60%)
Dores de “estômago”, refluxo e distensão abdominal	12 (60%)

As queixas relacionadas à distensão abdominal, náuseas, vômitos, dispepsias, intolerância alimentar, dores em epigástrico e intestinais compuseram o universo de sintomas que, muitas vezes, levavam o indivíduo a procurar especialistas em gastroenterologia relatando queixas vagas que, muitas vezes, não permitiam o diagnóstico correto de coledocite ou, nos exames só eram encontrados distúrbios funcionais, “gastrite” ou “colite” e a ultrassonografia era sempre normal.

A pergunta seguinte inquiria: “qual(is) foi(ram) o(s) exame(s) realizado(s) para o diagnóstico da coledocite?” A ultrassonografia foi o exame mais utilizado no diagnóstico (90% dos casos) seguido pela tomografia de abdome em 10% e nestes casos indicada por haver suspeita de complicações, como pancreatite e dilatação das vias biliares.

“Quem indicou o tratamento cirúrgico para a coledocite?” Médicos de serviços de emergência indicaram-na em 25% dos casos, e os outros 75% os médicos assistentes. A indicação correta do tratamento foi feita na totalidade dos casos, mas os pacientes procuraram outros profissionais na esperança de diagnóstico ou proposta de tratamento diferente.

A pergunta seguinte “O que você sabe sobre a sua doença?” evidenciou que 55% expressam grande conhecimento a ponto de descrevê-la com detalhes, incluindo as complicações como pancreatite, cálculo em região de colédoco, perfurações de vesícula e outras complicações, mas mesmo assim não queriam operar. Os outros 45% tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre sua doença.

Com relação à pergunta “O que você espera acontecer para operar?”, a maioria respondeu que esperava chegar ao quadro de urgência (90%). Esperavam decisão “alheia da medicina” ou “imposição do destino”, resultando nas complicações próprias da doença que os “obrigaria” a serem submetidos ao tratamento cirúrgico. Mesmo sabendo do maior risco, preferiram-nas à decisão imposta.

“Quais são seus motivos para não realizar o tratamento cirúrgico?” A maioria (65%) relatava ter medo da anestesia ou de suas complicações e 35% justificam sua decisão por histórico de experiências traumáticas, sejam pessoais ou com pessoas de sua convivência. Alguns também já tiveram contato com a morte ou sofrimento de um ente querido, demonstrando não somente medo, mas também raiva e pouca esperança. A análise das entrevistas também revelou existirem algumas preocupações justificadas e que deveriam ser esclarecidas em um documento escrito, auxiliando-os na decisão terapêutica. Dentre estas destacam-se: 1) a volta ao trabalho sem restrições; 2) retorno à atividade sexual; 3) alimentação; 4) doenças comumente associadas, tais como diabetes melito, hipertensão arterial, hipotireoidismo que exigem o uso contínuo de medicamentos também constituem preocupação frequente.

O Termo de Consentimento Esclarecido e Informado

O documento do CBCD traz informações esclarecedoras sobre o procedimento cirúrgico; mas, notou-se que muitas das questões levantadas nas entrevistas deste trabalho ainda ficaram em aberto. Assim, a partir do original, que a pedido do CBCD não pôde ser copiado em sua íntegra, resultou o modelo da Figura 2 como proposta para ser utilizado pelos pacientes com coledocite.

Evolução clínica dos participantes do estudo

Embora todos os participantes, em princípio, se recusassem a realizar a operação, mais da metade já foi operada. A maioria ocorreu por complicações agudas da doença (n=8, 40%) e os demais decidiram operar eletivamente (n=5, 25%).

O que é a vesícula biliar

É uma espécie de bolsa que recebe e concentra a bile, líquido produzido no fígado, funcionando como reservatório da bile. Ela tem a função de ajudar a digestão de alguns alimentos, principalmente os gordurosos. Assim, a bile é liberada principalmente quando comemos estes alimentos e lançada na via biliar (ducto colédoco) que é o canal que leva a bile da vesícula e do fígado para o intestino, desembocando no intestino junto com o ducto pancreático, que traz a secreção que vem do pâncreas e ajuda a digestão dos alimentos com proteínas.

Como a pedra (cálculo) é formada na vesícula?

A bile contém várias substâncias, entre as quais sais de colesterol e pigmentos; por isso, tem a cor verde escura. Quando algumas dessas substâncias aumentam em quantidade na bile, elas podem se depositar e com o passar dos meses, anos, estes depósitos se unem e formam as pedras (cálculos). Outros locais do organismo, como os rins, a bexiga e os canais da saliva da lágrima também podem formar pedras (cálculos). Mas, as pedras desses locais são diferentes das da vesícula.

Como são as pedras (cálculos)?

O número, o tamanho, a forma e a cor das pedras na vesícula são bastante variáveis. Algumas pessoas só tem uma pedra, enquanto outras têm várias. Elas também podem variar de tamanho, desde diminutas como um grão de areia até grandes como uma laranja.

Quem pode ter pedra (cálculo) na vesícula?

Pedra ou cálculo da vesícula é uma doença bastante comum. Cerca de 10% das pessoas têm pedra na vesícula. Mais de 10 milhões de brasileiros têm esse problema. Qualquer pessoa pode ter pedra na vesícula, mas algumas têm maior probabilidade, de acordo com certas variáveis como: 1) idade (a doença pode acometer até crianças; mas, sua frequência aumenta com a idade, sendo mais comum nos adultos e idosos); 2) mulher (as pedras da vesícula são mais comuns nas mulheres do que nos homens, principalmente nas que já ficaram grávidas); 3) obesidade (quanto mais gordo, maior a possibilidade de ter pedra na vesícula; entretanto, os magros também podem ter cálculos); 4) hereditariedade (as pessoas que têm familiares com cálculos possuem mais chances de terem esta doença do que os que não têm).

Sintomas e complicações causadas pelas pedras na vesícula

Muitos indivíduos que têm pedra na vesícula não têm sintomas. A possibilidade de uma pessoa apresentar sintomas ou complicações não depende do número ou tamanho das pedras. Às vezes, uma única pedra pequena pode ocasionar complicações graves, como, por exemplo, a pancreatite aguda. A presença de pedras na vesícula pode ocasionar desde sintomas leves até intensos e graves, sendo os mais comuns: 1) dor forte no abdome (barriga), geralmente no lado direito ou na região na região do estômago; ela dura de minutos à horas, mas quando for mais prolongada pode indicar que está ocorrendo uma complicação; neste caso, você deve procurar atendimento médico com urgência; 2) náuseas (enjoo) e vômitos, principalmente quando come determinados alimentos (gordurosos, ovo, banana, etc.); 3) inflamação ou infecção da vesícula (colecistite); neste caso, além da dor aparecem outros sintomas como febre, mal estar e prostração, sendo quadro grave, que necessita atendimento de urgência, pois a vesícula pode até romper-se, piorando muito e pondo a vida em risco; 4) icterícia (cor amarela da parte branca dos olhos e da pele), geralmente ocorre quando o canal que leva a bile ao intestino (colédoco) é obstruído por pedra, então, a bile fica acumulada no fígado, reflui para o sangue e faz com que a pele fique amarela; 4) pancreatite aguda (inflamação no pâncreas) que é provocada por pedra que encrava no local onde desembocam os canais biliar e pancreático, causando obstrução de ambos e levando à inflamação e infecção para o pâncreas, que é também complicação grave da doença.

Sintomas e complicações causadas pelas pedras na vesícula

Muitos indivíduos que têm pedra na vesícula não têm sintomas. A possibilidade de uma pessoa apresentar sintomas ou complicações não depende do número ou tamanho das pedras. Às vezes, uma única pedra pequena pode ocasionar complicações graves, como, por exemplo, a pancreatite aguda. A presença de pedras na vesícula pode ocasionar desde sintomas leves até intensos e graves, sendo os mais comuns: 1) dor forte no abdome (barriga), geralmente no lado direito ou na região na região do estômago que pode durar de minutos a horas; mas, quando for mais prolongada pode indicar que está ocorrendo uma complicação e neste caso você deve procurar atendimento médico com urgência; 2) náuseas (enjoo) e vômitos, principalmente quando come determinados alimentos (gordurosos, ovo, banana, etc.); 3) inflamação ou infecção da vesícula (colecistite); neste caso, além da dor aparecem outros sintomas como febre, mal estar e prostração e é quadro grave, que necessita atendimento de urgência, pois a vesícula pode até romper-se, piorando muito o quadro e pondo a vida em risco; 4) icterícia (cor amarela da parte branca dos olhos e da pele); geralmente ocorre quando o canal que leva a bile ao intestino (colédoco) é obstruído por uma pedra e a bile fica acumulada no fígado, reflui para o sangue e faz com que a pele fique amarela; 5) pancreatite aguda (Inflamação no pâncreas), que é provocada por uma pedra que encrava no local onde desembocam os canais biliar e pancreático, causando obstrução de ambos e levando à inflamação e infecção para o pâncreas; esta é também uma complicação grave da doença.

Diagnóstico

O melhor método para diagnosticar pedra na vesícula é o ultrassom do abdome. A tomografia pode não mostrar as pedras em boa parte dos pacientes.

Tratamento

A única forma de tratamento efetivo para a pedra ou cálculo na vesícula é a retirada cirúrgica da vesícula biliar (colecistectomia). Outros tratamentos, como litotripsia ("quebrar a pedra" com aparelhos especiais) e medicamentos para dissolver as pedras, já foram testados, não dão bons resultados e não devem ser usados, pois só atrasam o tratamento correto. Da mesma forma receitas mágicas de chás e alimentos recomendados por pessoas leigas baseadas em experiência pessoal, de conhecidos e em crenças populares, devem ser evitados, pois só irão atrasar o diagnóstico e o tratamento definitivo, que é a retirada cirúrgica da vesícula. A retirada da vesícula por via laparoscópica é possível na maioria dos pacientes ("operação dos furinhos"). Inicialmente, é injetado gás (gás carbônico) dentro do abdome (barriga) para criar um espaço, onde o cirurgião poderá fazer a operação com segurança. Após a realização de quatro furinhos de poucos milímetros, uma câmera de televisão é colocada dentro do abdome através de um dos furinhos para que o cirurgião e sua equipe possam visualizar todo abdome em uma televisão. Os instrumentos para realizar a operação (pinças, tesouras, material de sutura, etc.) são colocados através dos outros furinhos.

Todas as pessoas que têm pedra na vesícula precisam operar?

As pessoas que já apresentam sintomas devem ser operadas, pois a possibilidade de apresentarem outros sintomas ou complicações é muito elevada. As pessoas que ainda têm expectativa de vida de muitos anos terão maior risco de ter complicações, mesmo que não tenham sintomas. Já os mais idosos e com outras doenças associadas (diabete, pressão alta, complicações cardíacas) o cirurgião e o clínico precisam avaliar os riscos e discutir com o paciente para tomarem a decisão sobre a operação. Mesmo pessoas que tenham outras doenças, e se elas estiverem bem controladas, o risco de complicações é pequeno. Entretanto, em condições de inflamação e infecção aguda da vesícula (colecistite) a operação torna-se imperativa na urgência.

Após a retirada da vesícula, vou ter alguma restrição na minha alimentação?

Você não precisará modificar a sua dieta após a operação, porque a vesícula tem função muito pouco importante no organismo, que é a de armazenar bile. Ela não produz bile, apenas ajuda no seu armazenamento. A produção da bile pelo fígado continua normal após a retirada da vesícula. Não existe nenhuma seqüela ou consequência para o organismo após a retirada da vesícula. Assim, a maioria das pessoas que tinham intolerância a certos alimentos, náuseas, vômitos, desconforto ou dor após alimentar-se, com a retirada da vesícula estes sintomas desaparecem ou melhoram muito. Porém, há um grupo de pessoas (aproximadamente 20%) nas quais os sintomas persistem após a operação, mas o risco de ter as complicações anteriormente referidas estará reduzido.

O tratamento cirúrgico

Recuperação pós-cirúrgica: A maioria dos pacientes fica internada no hospital somente um dia e pode retornar ao trabalho e realizar todas as atividades, inclusive as esportivas em uma ou duas semanas.

Resolução completa e definitiva da doença: Em algumas pessoas os sintomas permanecem.

Pouca dor no período pós-operatório: Como a operação laparoscópica é pouco invasiva e lesa pouco os tecidos ao redor da vesícula, a dor no período pós-operatório é discreta e melhora com analgésicos comuns.

Cicatriz cirúrgica mínima: Devido a que são realizados somente quatro furinhos cujas cicatrizes podem desaparecer depois de algum tempo.

Risco de infecção e de complicações: Quando a operação é feita de forma programada (eletiva), o risco de infecção e outras complicações é pequeno, por volta de 0,1%. Porém, quando é realizada em emergência e devido às complicações (colecistite), o risco é maior (chegando a 3%) e o tempo de internação e recuperação também serão maiores.

Risco de morte: É muito baixo. Mesmo em indivíduos idosos o risco de morte relacionada à operação é inferior a 0,5%. Porém, se a operação for feita em emergência por infecção ou outras complicações o risco de morte sobe para 1%.

A operação é 100% segura?

Apesar de os resultados do tratamento cirúrgico serem excelentes, alguns pacientes podem ter complicações, como em qualquer procedimento cirúrgico. As mais comuns são: lesão de vísceras, infecção, sangramento e o risco anestésico (baixo). Caso não seja possível realizar a operação pela técnica videolaparoscópica ("técnica dos furinhos"), pode ser necessário fazer uma incisão (corte) maior no seu abdome para terminar a operação. Os riscos da operação são mais comuns nos pacientes que apresentam doença grave ou complicações como inflamação da vesícula, icterícia, pancreatite aguda, no momento da operação. Nestas situações, a operação é geralmente mais difícil de ser realizada e deve ser feita de emergência.

Comorbidades (doenças associadas)

Como a doença acomete com maior frequência as pessoas com mais idade e algumas delas favorecem a formação das pedras na vesícula, é comum existirem outras doenças associadas. Entre elas as mais comuns são a obesidade, diabete e dislipidemia (colesterol elevado). Mas também a pressão alta, osteartrose e problemas cardíacos são doenças comuns em idosos. Todas estas doenças associadas devem ser adequadamente controladas antes da operação. Nestes casos, o cuidado conjunto de um médico clínico com o cirurgião e o anestesiológico irá assegurar o bom controle destas doenças associadas antes da operação, garantindo a maior segurança do paciente.

Anestesia e avaliação pré-anestésica

Muitas pessoas têm medo ou ficam apreensivas e ansiosas diante da anestesia. Na maioria das vezes isso é gerado pelo desconhecimento do assunto, eventuais relatos de pessoas relacionadas, amigos e até da mídia impressa e televisiva.

Há muito tempo a anestesia é um procedimento cercado de toda a segurança para o paciente e as medicações e anestésicos utilizados têm avanços a cada dia. Não há razões para pensar que você será submetido a uma anestesia e “não irá acordar mais”, como alguns argumentam. Todo o seu organismo é monitorado durante o procedimento anestésico pela equipe de médicos, enfermeiros e técnicos. Sua pressão, sua respiração e o ritmo cardíaco são cuidadosamente acompanhados batimento a batimento pela equipe e por aparelhos com alarmes próprios e automáticos. Além disso, alguns acreditam (ou fantasiam) que durante a anestesia ocorram sonhos, pesadelos e memórias desagradáveis. Nada disso acontece. Você dorme relaxadamente e acorda como se nada tivesse acontecido, descansado.

Uma avaliação pré-anestésica adequada, trará tranquilidade e segurança para você e para a equipe cirúrgica e anestésica. Nesta consulta pré-anestésica você poderá conversar com o anesthesiologista, explicar seus medos e receios e ele saberá te orientar, tirar as suas dúvidas e todos ficarão mais seguros durante o procedimento. Muitos estudos já identificaram os principais medos ou preocupações relacionadas ao ato anestésico, são eles: medo de não dormir; de sentir dor durante a operação; de sentir frio e tremores; de sentir algo e não poder se comunicar; de estranhar o ambiente do centro cirúrgico; medo de que a anestesia termine antes do final da operação; medo de ter “alergia” e “choque anestésico”; medo de não acordar após a anestesia e medo de sentir dor no pós-operatório. De todos estes, o único risco real é ter reação do tipo alérgica ao medicamento, mas que é muito rara e pode acontecer com qualquer medicamento que você use. A diferença é que, por estar na presença de uma equipe médica e com todos os seus sinais vitais monitorados, você terá chance de ser atendido(a) imediatamente e com menor risco.

A colecistectomia, a operação que precisa fazer, requer anestesia geral. Antes de entrar para a sala cirúrgica você já pode ter recebido medicamento indutor do sono que tem ação rápida. A anestesia geral impede que você sinta dor e também que tenha consciência dela. Ao final da operação você recebe um outro medicamento que o faz acordar e tudo se passa com você dormindo tranquilamente naquele período. E não tenha dúvidas: durante todo o período da operação você está sendo cuidadosamente controlado pelo anesthesiologista.

Todas as pessoas que têm pedra na vesícula precisam operar?

As pessoas que já apresentam sintomas devem ser operadas, pois a possibilidade de apresentarem outros sintomas ou complicações é muito elevada. As pessoas que ainda têm expectativa de vida de muitos anos terão maior risco de ter complicações, mesmo que não tenham sintomas. Já os mais idosos e com outras doenças associadas (diabete, pressão alta, complicações cardíacas) o cirurgião e o clínico precisam avaliar os riscos e discutir com o paciente para tomarem a decisão sobre a operação. Mesmo pessoas que tenham outras doenças, e se elas estiverem bem controladas, o risco de complicações é pequeno. Entretanto, em condições de inflamação e infecção aguda da vesícula (colecistite) a operação torna-se imperativa na urgência.

FIGURA 2 - Termo Consentimento Esclarecido Informado adaptado para este estudo a partir do divulgado pelo CBCD

DISCUSSÃO

Apesar do termo de consentimento esclarecido e informado ser o mais informativo e completo possível, ele não é definitivo e nem desobriga o médico de uma participação efetiva, esclarecendo eventuais dúvidas dos pacientes, revendo e discutindo pontos nos quais os pacientes tenham dificuldades, dando tempo para que pensem, remarcando novas consultas para que retomem o assunto, enfim, participando efetivamente do processo e não apenas assinando-o. Nesse sentido, a relação médico-paciente é de grande importância, porque ela nos fortalece e nos aproxima de nossos pacientes, deixando-os menos ansiosos quanto aos riscos da operação e auxiliando-os em seu enfrentamento perante a situação nova que a procedimento cirúrgico traz.

Este estudo utilizou uma amostra de pacientes que se assemelha à população geral dos portadores de colelitíase^{3,9,10,17}. O modelo de estudo qualitativo, baseado na análise de entrevista com roteiro pré-estabelecido permitiu explorar as causas que levaram alguns os pacientes a recusar ou adiar sem justificativa a operação. Os dados obtidos mostraram que a maioria dos participantes tinha bom conhecimento da doença e de suas complicações. Eles relataram também

que foram bem esclarecidos pelos seus médicos no processo do diagnóstico e de acompanhamento, porém optaram por protelar a cirurgia, justificando esta decisão principalmente pelo medo da anestesia, do ato cirúrgico e do pós-operatório. Entretanto, outras preocupações contribuem para que tenham este comportamento, entre elas a preocupação antecipada em sentir dor e ter outros sintomas que possam afetar seus hábitos de vida, deixando, muitas vezes, o procedimento para uma situação de emergência inadiável, o que pode prejudicar a resolução da sua doença.

Durante o processo de análise deste estudo entendeu-se que os pacientes que irão se submeter a um procedimento cirúrgico, de forma geral e em particular os que têm dificuldade em decidir-se pelo tratamento cirúrgico, necessitam ser completamente instruídos, sobretudo quanto ao que cerca o procedimento, ou seja, as informações das causas da doença, de suas possibilidades terapêuticas, dos riscos e benefícios do tratamento proposto e das mudanças da rotina do indivíduo no pré e pós-operatório.

Embora o medo - principal motivo para recusa ao tratamento cirúrgico - não seja sentimento racional, entende-se que oportunizar aos pacientes material de esclarecimento detalhado com explicações técnicas em linguagem dirigida ao leigo, pode ser parte de um processo de esclarecimento e desmistificação de tudo aquilo que cerca o procedimento, ajudando-os a aceitar a operação. Este estudo traz proposta de um termo de consentimento esclarecido e informado com todas as informações sobre a operação, seus riscos, pré e pós-operatório, assim como figuras em formato amigável que pretendem ajudar o paciente na sua decisão. Recentemente, associações e serviços de especialistas começaram a utilizar o Termo de Consentimento Esclarecido e Informado que instrui e informa o paciente e familiares sobre o procedimento a ser realizado, mas seu objetivo principal é salvaguardar os profissionais envolvidos no procedimento de futuras demandas por eventuais complicações inerentes ao procedimento e mesmo por erro médico.

Apesar do termo de consentimento esclarecido e informado ser o mais informativo e completo possível, ele não é definitivo e nem desobriga o médico de participação efetiva, esclarecendo eventuais dúvidas, revendo e discutindo pontos nos quais os pacientes tenham dificuldades, dando tempo para que pensem, remarcando novas consultas para que retomem o assunto, enfim, participando efetivamente do processo e não apenas assinando-o. Kubler-Ross⁸ introduziu o conceito de que ao lidar-se com situações estressantes tais como perdas, luto, tragédias ou doenças incuráveis passamos por diferentes estágios até chegarmos à aceitação, estágio mais avançado. Esta pesquisadora definiu os cinco estágios mais comuns deste processo que são a “negação”, “raiva”, “barganha”, “depressão” e “aceitação”⁸. A autora sustenta que todas as pessoas submetidas à estas situações apresentam pelo menos duas destas fases, que nem sempre ocorrem nesta ordem, podendo também haver avanços e retrocessos²¹. Nesse sentido, a relação médico-paciente é de grande importância, porque ela fortalece e aproxima dos pacientes, deixando-os menos ansiosos quanto aos riscos da operação e auxiliando-os em seu enfrentamento perante a situação nova que ela traz. Na experiência com este pequeno grupo de pacientes, que no início não aceitaram o tratamento cirúrgico, uma parte deles (25%) acabou submetendo-se à operação eletivamente, ou seja, alcançaram com a ajuda do médico a decisão mais acertada.

Evidentemente tal instrumento não deve ser a única forma de auxílio ao paciente. Neste sentido, estabelecer uma boa relação de confiança médico-paciente e o auxílio de profissionais capacitados a trabalhar estes traumas anteriores são fundamentais para dar segurança ao paciente neste momento.

CONCLUSÕES

Todos os pacientes que recusaram ou adiaram a operação manifestaram medos diversos - inclusive o de morrer - e sentimento de perda do autocontrole. Esses sentimentos não ocorreram por falta de informação. Foi possível identificar também que outros fatores pessoais contribuíram para aumentar a insegurança e que contribuíram para a tomada de decisão de submeter-se ou não ao tratamento cirúrgico. A proposta apresentada de utilizar-se termo de consentimento esclarecido e informado, incorporando nele todas as informações e preocupações próprias do leigo, pode ajudar na tomada de decisão. Além disso, a boa e duradoura relação médico-paciente e a disponibilidade de tempo maior para a tomada de decisão foram fatores importantes para que boa parte dos participantes tivesse aceito realizar a operação de forma eletiva, posteriormente ao aconselhamento informado.

REFERÊNCIAS

- Browning JD, Horton JD. Gallstone disease and its complications. *Semin Gastrointest Dis.* 2003;14(4):165-77.
- Conte VP. Tratamento não cirúrgico da litíase biliar. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 1989;44(5):249-52.
- Goffi F. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006. p. 112-23.
- Heberer G, Paumgartner G, Sauerbruch T, Sackmann M, Krämling HJ, Delius M, et al. A retrospective analysis of 3 year's experience of an interdisciplinary approach to gallstone disease including shock-waves. *Ann Surg.* 1988;208(3):274-8.
- Henriques A, Pezzolo S, Gomes M, Godinho C, Bagarollo C. Colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial. *Rev Col Bras Cir.* 2001;28(1):27-9.
- Lopes MPMS. Perdendo o medo da anestesia. Sorocaba: Ottony; 2005. p. 15-9.
- Kimura W, Nagai H, Kuroda A, Morioka Y. Clinicopathologic study of asymptomatic gallbladder carcinoma found at autopsy. *Cancer.* 1989;64(1):98-103.
- Kubler-Ross E. On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families. New York: Scribner; 1997.
- Loureiro ER, Klein SC, Pavan CC, Almeida LD, Silva FH, Paulo DN. Laparoscopic cholecystectomy in 960 elderly patients. *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(3):155-60.
- Meirelles-Costa AL, Bresciani CJ, Perez RO, Bresciani BH, Siqueira SA, Ceconello I. Are histological alterations observed in the gallbladder precancerous lesions? *Clinics.* 2010;65(2):143-50.
- Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO; 2010. p. 303-84.
- Muchielli A. Les méthodes qualitatives. Coleção Que sais-je? Paris: Presses Universitaires de France; 1990.
- Picci R, Perri SG, Dalla Torre A, Pietrasanta D, Castaldo P, Nicita A, et al. [Therapy of asymptomatic gallstones: indications and limits]. *Chir Ital.* 2005;57(1):35-45.
- Rêgo RE, Campos T, Moricz A, Silva RA, Pacheco Júnior AM. Tratamento cirúrgico da litíase vesicular no idoso: análise dos resultados imediatos da colecistectomia por via aberta e videolaparoscópica. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):293-9.
- Sakorafas GH, Milingos D, Peros G. Asymptomatic cholelithiasis: is cholecystectomy really needed? A critical reappraisal 15 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *Dig Dis Sci.* 2007;52(5):1313-25.
- Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology.* 2002;122(5):1500-11.
- Santos JS, Sankarankutty A, Salgado Júnior W, Kemp R, Modena J, Elias Júnior J, et al. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2008;41(4):449-64.
- Silva ML, Gracia E, Farias F. A doença, aspectos psicossociais e culturais manifestações e significado para a equipe de saúde. *Enfoque.* 1990;18(2):31-3.
- Silva R, Silva A, Cioffi A, Ferreira L, Bez L. Alterações histológicas da vesícula biliar litíásica: influência no diagnóstico e tratamento por videolaparoscopia. *Rev Col Bras Cir.* 2000;27(1):1-5.
- Tang B, Cuschieri A. Conversions during laparoscopic cholecystectomy: risk factors and effects on patient outcome. *J Gastrointest Surg.* 2005;10(7):1081-91.
- Zen OP, Brutscher SM. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente cirúrgico. *Enfoque.* 1986;14(1):4-6.