

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes adultos em fila de espera para cirurgia bariátrica

Clinical and epidemiological profile of adult patients in waist row for bariatric surgery

Lívia Moreira Barros¹ • Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão² • Maria Aline Moreira Ximenes³
Natália Ângela Oliveira Fontenele⁴ • Joselany Áfio Caetano⁵

RESUMO

Introdução: O sobrepeso e a obesidade são problemas de saúde pública cada vez mais presente, com prejuízos a saúde em longo prazo. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes adultos em fila de espera para cirurgia bariátrica. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo realizado em junho de 2017 em instituição no Ceará - Brasil, com 58 pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário estruturado. Foram estabelecidas duas categorias: grupo com faixa etária entre 18 a 34 anos e grupo com participantes de 35 a 59 anos. Aplicou-se teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e Teste de Mann-Whitney. **Resultados:** O perfil dos pacientes em fila de espera para correção cirúrgica para obesidade é predominantemente do sexo feminino, na faixa etária de 35 a 59 anos, casadas e com nove a 11 anos de estudo. Possuem histórico familiar de obesidade e comorbidades relacionadas, com destaque para hipertensão arterial. **Discussão e Conclusões:** Por meio do conhecimento do perfil da população que aguarda em fila de espera para cirurgia bariátrica, novas estratégias de cuidados em saúde podem ser traçadas no pós-operatório, uma vez que o sucesso da cirurgia este diretamente associado ao acompanhamento profissional e estratégias de cuidados com mudança dos hábitos de vida.

Palavras-Chave: Obesidade; Gastroplastia; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Overweight and obesity are increasingly present public health problems, with long-term health damage. **Objective:** To analyze the clinical-epidemiological profile of adult patients waiting for bariatric surgery. **Materials and Methods:** Descriptive study conducted in June 2017 in an institution in Ceará - Brazil, with 58 patients. Data collection was performed using a structured form. Two categories were established: a group with ages ranging from 18 to 34 years and a group with participants from 35 to 59 years. Pearson Chi-square test and Mann-Whitney test were applied. **Results:** Patients in the waiting list for surgical correction for obesity are predominantly female, aged 35-59 years, married and with 9 to 11 years of age. They have a family history of obesity and related comorbidities, with prominence for arterial hypertension. **Discussion and Conclusions:** Once the profile of the waiting population for bariatric surgery is known, new health care strategies can be traced in the postoperative period, since the success of the surgery is directly associated with professional follow-up and strategies of changes in life habits.

Keywords: Obesity; Gastroplasty; Nursing.

NOTA

¹Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: livia.moreirab@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

²Mestranda em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Redenção, Ceará, Brasil. Autor Correspondente. E-mail: girlane.albuquerque@yahoo.com.br. <http://orcid.org/0000-0002-9925-4750>

³Discente de enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: aline.ximenes11@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-1674-3357>

⁴Discente de enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: nataliaaof@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-9312-7494>

⁵Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br. <http://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

INTRODUÇÃO

O sobrepeso e obesidade são problemas de saúde pública que estão cada vez mais disseminados na sociedade moderna. São indicadores importantes na avaliação clínica, por serem fatores de riscos modificáveis para doenças crônicas, com prejuízos a saúde em longo prazo e consequências futuras muitas vezes irreversíveis. Nos adultos, o excesso de peso e a obesidade alcançaram 56,9% e 20,8% da população brasileira em 2013, respectivamente⁽¹⁾.

Todos os tratamentos direcionados para a redução e controle da obesidade são afetados por fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e ambientais, que resultam em proporções diferentes de sobrepeso e obesidade entre subgrupos de pacientes. O conhecimento dessas divergências é necessário para planejar estratégias eficazes de gestão desse problema de saúde pública⁽²⁾.

Nesse sentido, é importante considerar as condições de desigualdade presentes em cada realidade, no intuito de amenizar as vulnerabilidades de certos grupos populacionais, como os obesos. Determinantes sociais da saúde como atividade física, tabagismo, etilismo, níveis de escolaridade e de renda, condições de habitação, transporte, ocupação, idade, sexo e estado civil podem interferir no padrão de excesso de peso e obesidade⁽³⁾.

Diante da grande demanda de indivíduos obesos mórbitos nos sistemas de saúde, a cirurgia bariátrica surge como o tratamento mais eficaz para redução e controle da obesidade. Porém, esse procedimento cirúrgico envolve mudanças de hábitos, valores culturais, aspectos psicológicos, orçamento financeiro, suporte social e familiar. É preciso que pacientes e profissionais de saúde tenham consciência das implicações da cirurgia no dia a dia⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, para que as intervenções direcionadas para a linha de cuidado do paciente obeso grave sejam efetivas, é essencial que os profissionais de saúde envolvidos na assistência, tenham conhecimento sobre as características clínico-epidemiológicas e determinantes sociais de saúde que podem potencializar ou dificultar o tratamento e prejudicar o autocuidado.

Assim surgiu a seguinte questão norteadora: “Qual o perfil clínico e epidemiológico de pacientes adultos que se encontram em fila espera para cirurgia bariátrica instituição de referência no Estado do Ceará?”.

O estudo se justifica pela necessidade de conhecer o perfil de tais pacientes, para assim, planejar cuidados preventivos para esse público, além de projetar os cuidados pré e pós-operatórios, no intuito de amenizar possíveis complicações.

Nesse aspecto, conhecer o perfil de candidatos à cirurgia bariátrica é relevante para a proposição de ações que possam evitar complicações e promover o autocuidado, sucesso da cirurgia e melhoria da qualidade de vida.

O estudo teve como objetivo analisar o perfil clínico

e epidemiológico de pacientes adultos que estão na fila de espera para cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

Estudo descritivo realizado em junho de 2017 em instituição referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará, Brasil.

A população de interesse deste estudo foi representada pelos pacientes que estavam em vivência do pré-operatório mediato. A amostra foi por conveniência selecionada segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e aplicados a todos os pacientes que estavam no livro de espera para a realização da cirurgia até abril de 2017.

Os critérios de inclusão foram: a) estar cadastrado no programa de obesidade da instituição em estudo; b) ter idade entre 18 a 59 anos. Como critérios de exclusão: a) pacientes que não tinham disponibilidade de tempo ou não aceitaram participar dos encontros. Dessa forma, participaram 58 pacientes em fila de espera para cirurgia bariátrica.

A população de idade mais avançada é mais acomodada em relação aos fatores de risco para obesidade. Após os 35 anos já se encontram casados e acomodados em relação à perda de peso e tendem a apresentar mais dificuldade em relação ao tratamento⁽⁵⁾. Assim, os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo 1 (G1) de 18 a 34 anos e Grupo 2 (G2) de 35 a 59 anos.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório da instituição em sala reservada por meio de formulário estruturado. Foram obtidas informações como sexo, idade, escolaridade (em anos), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado ou união consensual), religião, situação profissional (ativo ou inativo), renda familiar (somatório familiar em reais que teve como base o valor do salário mínimo vigente – R\$ 937,00), classe econômica (obtida a partir da classificação econômica brasileira proposta pela Associação Nacional de Empresas e Pesquisas – CCEB, 2016 – com as opções: A, B1, B2, C1, C2 e DE) e procedência (Fortaleza ou Região Metropolitana ou interior do Estado do Ceará).

Quanto aos dados clínicos, foi avaliada a presença de comorbidades (diabetes, hipertensão, dislipidemia, doença coronariana, apneia do sono, infertilidade, osteoartrite, entre outras) e o uso de medicamentos. O histórico de obesidade também foi obtido a partir de informações referentes à genética (familiar com histórico de obesidade e/ou cirurgia bariátrica), tentativa com outros tratamentos convencionais (dieta alimentar, atividade física, fármacos antiobesidade) e conhecimento sobre a cirurgia bariátrica (por meio da equipe de saúde, familiares, amigos, internet ou televisão).

Quanto aos indicadores antropométricos de obesidade foram coletados dados referentes ao peso, altura, circunferência abdominal e quadril.

O peso foi obtido em quilograma por meio de balança antropométrica mecânica da marca Welmy com capacidade máxima de 300 kg, previamente calibrada. A circunferência abdominal e do quadril foram avaliadas com auxílio de fita métrica simples, inelástica e flexível, sendo registrada em centímetros.

Para a Análise de Impedância Bioelétrica (BIA), foi utilizada a balança Omron® HBF-514C (Omron Healthcare, Japão) com Sensor de Corpo Inteiro, que é um recurso não invasivo, portátil, de fácil manuseio, de boa reprodutibilidade, de uso viável para prática clínica. Na aferição o indivíduo avaliado permaneceu em pé, descalço, com cabeça erguida, olhar para o horizonte e joelhos e costas retas com calcanhares posicionados nos eletrodos de calcanhares, de forma que o peso foi distribuído uniformemente na balança. Deveria também segurar o aparelho com braços estendidos à frente, formando ângulo de 90° em relação ao corpo.

Com o intuito de minimizar os erros de estimativa da composição corporal, todos participantes foram orientados a seguir, previamente, as recomendações do manual do aparelho: tais como: a) jejum de duas horas; b) estar de bexiga vazia; c) não ingerir bebida alcoólica nas últimas 48h; d) não estar durante o ciclo menstrual; e) retirar adornos de metais metálicos como brincos, colar, anel, pulseira, piercing, entre outros; f) não realizar atividade física vigorosa nas últimas 24 h.

Antes de utilizar a balança, foi preciso configurá-la com os dados pessoais (idade, sexo e altura) para determinar indicadores corporais como peso, IMC, porcentagem de gordura corporal, porcentagem de músculos esqueléticos, porcentagem de gordura visceral, metabolismo basal e idade corporal.

O IMC foi obtido pela divisão da massa corpórea em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado (kg/m^2). A Circunferência Abdominal (CA) foi classificada de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em que valores de CA acima de 102 cm em homens, caracteriza obesidade abdominal e, em mulheres, o valor adotado foi acima de 88 cm. A Relação cintura-quadril (RCQ) foi obtida a partir da divisão dos valores da circunferência abdominal pelo quadril e, para sua classificação, foram utilizados os pontos de corte recomendados pela OMS para estratificar o risco entre homens de 20 a 69 anos.

A Relação Cintura-Estatura (RCEst) é um indicador antropométrico de obesidade para discriminar o excesso de gordura na região central do corpo associado ao risco coronariano. O ponto de corte proposto é de 0,5 para adultos, tendo em vista que a circunferência da cintura deve ser menor que a metade da sua altura.

Após a coleta, os dados foram tabulados para análise no software SPSS (Statistical Package for the Social

Sciences), versão 24.0. Foi estabelecido duas categorias para comparação dos dados entre pacientes: grupo com faixa etária entre 18 a 34 anos e grupo com participantes de 35 a 59 anos. As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney.

O estudo obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do CONPEP com aprovação no comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e pelo Comitê de ética da instituição (CAAE 56499116.2.3001.5041).

RESULTADOS

Na Tabela 1, descreve-se o perfil sociodemográfico dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará, conforme G1 e G2.

Houve predomínio do sexo feminino em ambos os grupos, na faixa etária de 35 a 59 anos, casados, católicos, com superioridade de nove a 11 anos entre os participantes, profissionalmente ativos. A classe econômica C2 e DE estiveram mais presentes entre os indivíduos. Observa-se ainda uma maior participação no programa de obesidade de indivíduos oriundos da Região Metropolitana de Fortaleza.

A tabela 2 apresenta informações sobre o histórico de obesidade, tratamentos convencionais utilizados e fonte de informação sobre cirurgia bariátrica.

No que concerne ao histórico de obesidade, em ambos os grupos, todos referiram que já haviam tentado emagrecer com métodos convencionais. Vale destacar que nos dois grupos, a maioria possui histórico familiar de obesidade (tabela 2). Pacientes da fila de espera com idade maior que 35 anos estiveram mais relacionados com a presença de familiares submetidos à cirurgia bariátrica. Atualmente, muitos são os veículos de informação da cirurgia bariátrica, internet, programas de TV e mídias digitais. Contudo, os participantes desse estudo tiveram conhecimento sobre a cirurgia bariátrica majoritariamente pela equipe de saúde.

Apresenta-se na tabela 3, o perfil de comorbidades presentes nos pacientes.

A maioria dos participantes apresentavam condições crônicas associadas à obesidade e faziam uso de medicação contínua. As doenças mais prevalentes em ambos os grupos foram: HAS, DM e dislipidemia (Tabela 3).

Entre o G1 e G2, não houve variação estatisticamente significativa entre as medianas das medidas antropométricas. A RCEst variou de 0,796 no G1 para 0,828, mas não teve diferença estatística significativa (Tabela 4).

No G1 e G2, o perfil dos pacientes na composição corporal apresenta-se semelhante. Contudo, na % de Gordura Visceral houve diferença significativa no G1 ($p=0,002$) e na Idade Corporal ($p=0,000$).

TABELA 1 – Características sócio-demográficas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=58). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Grupo 1 (G1) Grupo 2 (G2)				p-valor†
	18 a 34 anos		35 a 59 anos		
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	16	88,9	36	90,0	0,898
Masculino	2	11,1	4	10,0	
Idade Média (Desvio Padrão)	29,44 (±4,06)		43,55 (±6,59)		0,000*
Estado Civil					
Solteiro	11	36,7	5	16,7	0,645
Casado	18	60,0	22	73,3	
Divorciado	-	-	2	6,7	
Viúvo	1	3,3	1	3,3	
Religião					
Católica	8	44,4	28	70	0,297
Evangélica	6	33,3	7	17,5	
Outras	4	22,2	5	12,5	
Escolaridade					
0 a 8 anos de estudo	2	11,1	12	30,0	0,170
9 a 11 anos de estudo	11	61,1	23	57,5	
12 anos ou mais de estudo	5	27,8	5	12,5	
Ocupação					
Ativa	14	77,8	20	50,0	0,047
Inativa	4	22,2	20	50,0	
Renda familiar					
< 1 SM	1	5,6	5	12,5	0,573
1 SM	7	38,9	11	27,5	
De 2 a 3 SM	10	55,6	22	55,0	
De 4 a 6 SM	-	-	2	5,0	
Renda familiar média	1693,9 (±848,5)		1571,3 (±1042)		0,511*
Classificação Econômica					
B2	3	16,7	5	12,5	0,287
C1	8	44,4	9	22,5	
C2	4	22,2	13	32,5	
DE	3	16,7	13	32,5	
Procedência					
Fortaleza e Região metropolitana	17	94,4	29	72,5	0,056
Interior do Estado	1	5,6	11	27,5	

† Qui-quadrado de Pearson.

*Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

TABELA 2 – Histórico de obesidade dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=58). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Grupo 1(G1)		Grupo 2(G2)		p-valor†
	18 a 34 anos		35 a 59 anos		
	n	%	n	%	
Uso de tratamentos convencionais					
Sim	18	100	40	100,0	-
Não	-	-	-	-	
Tipo de Tratamento convencional					
Dieta e Exercícios	9	50,0	24	60,0	0,447
Dieta, Exercícios e Fármacos	9	50,0	16	40,0	
Histórico Familiar de Obesidade					
Sim	15	83,3	30	75,0	0,481
Não	3	16,7	10	25,0	
Histórico Familiar de Cirurgia bariátrica					
Sim	5	27,8	6	15,0	0,251
Não	13	72,2	34	85,0	
Obtenção de Informações sobre Cirurgia bariátrica					
Amigos	1	5,6	7	17,5	0,087
Equipe de saúde	7	38,9	25	62,5	
Família	4	22,2	2	5,0	
Internet	5	27,8	5	12,5	
Televisão	1	5,6	1	2,5	
† Qui-quadrado de Pearson.					

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

TABELA 3 – Características clínicas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=58). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Grupo 1 (G1)		Grupo 2(G2)		p-valor†
	18 a 34 anos		35 a 59 anos		
	n	%	n	%	
Condições Crônicas Associadas					
Sim	10	55,6	37	92,5	0,001
Não	8	44,4	3	7,5	
Hipertensão					
Sim	6	33,3	29	72,5	0,005
Não	12	66,7	11	27,5	
Diabetes mellitus 2					
Sim	5	27,8	17	42,5	0,285
Não	13	72,2	23	57,5	
Dislipidemia					
Sim	3	16,7	11	27,5	0,372
Não	15	83,3	29	72,5	
Doenças cardiovasculares					
Sim	1	5,6	8	20,0	0,160
Não	17	94,4	32	80,0	
Osteoartrite					
Sim	-	-	7	17,5	0,058
Não	18	100,0	33	82,5	

Apnéia do Sono					
Sim	2	11,1	5	12,5	0,881
Não	16	88,9	35	87,5	
Outras doenças					
Sim	3	16,7	8	20,0	0,764
Não	15	83,3	32	80,0	
Uso de medicação contínua					
Sim	10	55,6	35	87,5	0,007
Não	8	44,4	5	12,5	

† Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

TABELA 4 – Medidas antropométricas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=58). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis	Grupo		p-valor†
	18 a 34 anos (G1)	35 a 59 anos (G2)	
	Mediana	Mediana	
CC	125,5 (116-148)	133 (123-141)	0,649
CQ	141 (130-151)	140 (133-150)	0,884
RCQ	0,952 (0,858-0,993)	0,951 (0,878-1)	0,559
RCEst	0,796 (0,727-0,9)	0,828 (0,781-0,896)	0,460
IMC	46,75 (43,8-52,9)	49,46 (46-54,4)	0,315

Legenda: CC: circunferência da cintura; CQ: circunferência quadril; RCQ: relação cintura-quadril; RCEst: relação cintura-estatura; IMC: índice de massa corporal.

† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

TABELA 5 – Composição corporal dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=58). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis	Grupo		p-valor†
	18 a 34 anos (G1)	35 a 59 anos (G2)	
	Mediana	Mediana	
Peso	121,6 (107,4-144,8)	125 (112,6-138,9)	0,904
% de Gordura	57 (53-59)	57 (54-60)	0,672
% de Gordura Visceral	10 (9-13)	13 (11-15)	0,002
% Massa Muscular	19,7 (18,4-21,7)	19,2 (18,3-20,5)	0,446
Metabolismo basal	71 (68-77)	80 (77-80)	0,300
Idade Corporal	1916 (1752-2037)	1900 (1813-2113)	0,000

† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

DISCUSSÃO

Os resultados provenientes da análise do perfil dos candidatos adultos à cirurgia bariátrica apontam o predomínio de mulheres na faixa etária entre 35 e 59 anos. Esses achados são semelhantes com outros estudos nacionais e internacionais que revelam mulheres casadas com idade reprodutiva como as principais candidatas a esse procedimento cirúrgico. Destaca-se ainda que a obesidade esteja cada vez mais frequente em brasileiros na faixa etária de 35 a 54 anos^(6,7).

As mulheres representam grande parte da população

brasileira e são consideradas as principais usuárias do SUS. Possuem melhor percepção sobre o processo saúde-doença, autocuidado e estética, além de apresentarem maior facilidade em acumular gordura corporal⁽⁸⁾.

Esses dados alertam para a importância da implementação de estratégias junto às mulheres que são as gestoras do lar e propagadoras do conhecimento aprendido relacionado aos hábitos saudáveis, pois o sexo feminino tende a se importar mais com o impacto negativo do excesso do peso na qualidade de vida e na imagem corporal. Entretanto, deve haver também o estímulo à busca precoce

dos homens ao serviço de saúde por apresentarem indicadores de obesidade mais elevados e mais comorbidades associadas. Ressalta-se ainda a necessidade de realizar intervenções com crianças e adolescentes, no intuito de minimizar os riscos de obesidade na idade adulta.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes possuía vínculo conjugal. Estudo realizado na Espanha com 463 candidatos à cirurgia bariátrica evidenciou que 63% eram casados⁽⁹⁾. Esse achado pode ser justificado pelas alterações sociais após o matrimônio, principalmente para as mulheres, com o ganho de peso durante a gravidez, dificuldade de perda de peso após o período gravídico ou rotina domiciliar.

Observou-se que todos relatavam crenças espirituais com predomínio das religiões católica e evangélica. É importante o incentivo, por parte do profissional de saúde, para a participação em grupos religiosos, pois o comportamento do indivíduo é fortemente influenciado pelas suas crenças e valores apreendidos no contexto social⁽¹⁰⁾. Esse resultado se mostra favorável ao sucesso do perioperatório, uma vez que religiosidade e espiritualidade podem beneficiar o enfrentamento do procedimento e a recuperação pós-cirúrgica.

No que se refere à escolaridade, a maioria possuía nove a 11 anos de estudo. Profissionais de saúde devem utilizar a linguagem coloquial durante os momentos de educação em saúde para que os candidatos à cirurgia entendam todas as informações relacionadas às técnicas cirúrgicas, benefícios, riscos e cuidados no perioperatório.

Pesquisa realizada na África do Sul com 193 pacientes bariátricos identificou nível de escolaridade de até 10 anos de estudo⁽¹¹⁾. Maiores níveis de escolaridade podem fornecer efeito protetor à obesidade devido ao conhecimento dos riscos que este agravo pode acarretar, bem como, adesão às medidas importante prevenção, como a alimentação balanceada, estilo de vida saudável e prática de atividades físicas regulares.

As classes econômicas predominantes no estudo foram DE, C2 e C1. Este dado representa fator importante e que deve ser analisado, pois pode interferir no seguimento do tratamento, uma vez que diversas famílias possuem apenas uma pessoa como provedor da renda, sendo o salário utilizado para prover a alimentação de todos. Vale ressaltar que, no pós-operatório, os pacientes necessitarão seguir dieta balanceada e fazer uso de suplemento vitamínico, o que pode comprometer o orçamento familiar.

Tal fato é confirmado no estudo de Lewis et al. (2016)⁽²⁾ que infere disparidades socioeconômicas podem representar problema real no acesso dos pacientes ao tratamento farmacológico no pós-operatório, visto que a maioria dos medicamentos, como suplementos vitamínicos, que devem ser tomados em longo prazo, são caros.

Percebe-se, então, que, no Brasil, mesmo com a existência do SUS, que é gratuito e universal, o custo individual para o tratamento de uma doença crônica ainda é bastante elevado e acaba por refletir diretamente no seio familiar do usuário acometido que pode contribuir para o empobrecimento da família⁽⁴⁾.

Sobre a situação ocupacional dos participantes, evidenciou-se que a maioria encontrava-se com atividade laboral ativa. Pesquisa na Bahia diverge dos resultados desse estudo, no qual apenas 19,3% dos participantes possuíam vínculo empregatício⁽¹²⁾. O período de preparo pré-operatório faz com que os pacientes se ausentem constantemente do ambiente de trabalho para comparecerem às consultas com o cirurgião e especialidades, grupos de apoio e realização de exames.

Observou-se que a maior parte dos participantes da fila de espera era proveniente da região metropolitana de Fortaleza, o que facilita presença frequente desses pacientes na instituição. A distância entre a residência e o serviço de saúde é um aspecto a ser considerado no seu futuro acompanhamento no pós-operatório, pois pacientes que moram mais longe podem apresentar baixa adesão às consultas devido à distância⁽¹³⁾. Assim, candidatos à cirurgia que moram em cidades interioranas podem apresentar mais dificuldades no acesso ao hospital, pois muitas delas dependem de carros cedidos por prefeituras, o que pode resultar no afastamento do serviço.

Neste estudo, verificou-se que todos os indivíduos haviam tentado emagrecer com os tratamentos convencionais para obesidade, como dietas, exercício físico e fármacos anti-obesidade. Porém, os resultados positivos são alcançados lentamente, o que leva o paciente a buscar tratamentos milagrosos que proporcionem resultados rápidos como dietas extremamente restritivas⁽¹⁴⁾. Vale destacar que esses tratamentos tradicionais para perda ponderal podem ser ineficazes quando utilizados de forma isolada, sem combinação com outros métodos de redução calórica e sem acompanhamento profissional, o que pode intensificar sentimentos de culpa, desconforto, preconceito e comprometer ainda mais a qualidade de vida do obeso.

Dentre os pacientes deste estudo que optaram pela a cirurgia bariátrica, foi identificado que a maioria possui histórico familiar de obesidade. Estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou que 83% dos que buscavam a cirurgia bariátrica relataram ter histórico familiar de obesidade⁽⁷⁾.

A presença de obesidade entre os membros da família confirma o fator genético hereditário na incidência de indivíduos com sobrepeso e obesos. A probabilidade de um filho de pais obesos virem a ser obeso é de 50 a 80% de chance, em vista que, fora o fator hereditário, as crianças estão propensas a aderir ao estilo de vida dos seus pais⁽⁷⁾.

Diante dessa realidade, é necessária a prevenção de casos de obesidade entre crianças e adolescentes com o intuito de reduzir a morbimortalidade e promover a qualidade de saúde dos indivíduos, pois o excesso de peso em fases precoces da vida pode aumentar o risco de obesidade na fase adulta,⁽¹⁵⁾ o que pode repercutir no aumento da busca pela cirurgia bariátrica ao longo dos anos.

Com relação ao conhecimento da cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade, a maioria referiu obter ciência a partir da equipe de saúde. Para uma melhor adesão do tratamento, os profissionais de saúde devem ofertar os conhecimentos necessários ao paciente sobre o perioperatório cirúrgico⁽¹²⁾. É importante que os profissionais de saúde conheçam o histórico de cada paciente e elabore orientações individualizadas e adequadas.

Com relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes do estudo, identificou-se o predomínio de candidatos com alguma condição clínica além da obesidade. As doenças mais prevalentes foram a hipertensão, diabetes e dislipidemia. A obesidade pode ser uma doença silenciosa que, geralmente, está associada a outras doenças,⁽¹⁴⁾ considerada fator de risco independente para doenças cardiovasculares.

O acúmulo de gordura, principalmente visceral, contribui para a patogênese do DM II e a dislipidemia tem relação direta com sobrepeso e obesidade, e estão 49% mais prevalente entre indivíduos com sobrepeso comparados com indivíduos com peso normal e 83% mais prevalente entre obesos⁽¹⁶⁾. A presença de comorbidades associadas à obesidade pode maximizar a chance de morbimortalidade, muita vezes por promover o aumento dos níveis de lipídeos séricos, risco de aterogênese e alterações na coagulação.

Em relação às medidas antropométricas, dados semelhan-

tes foram encontrados em pesquisas realizadas com pacientes bariátricos em Aracaju – SE,⁽¹⁷⁾ e Minas Gerais – MG⁽¹⁸⁾.

Estudo de revisão sistemática com metanálise sobre o perfil antropométrico de 3845 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no SUS demonstrou IMC médio de 48,6kg/m²⁽¹⁹⁾. Pesquisa observacional coorte retrospectiva com adultos bariátricos da Irlanda identificou média de peso de 129,6 kg, IMC de 46,36kg/m² e CC 133 centímetros⁽²⁰⁾. Segundo Kelles (2015),⁽¹⁹⁾ é importante analisar a antropometria dos pacientes bariátricos atendidos pelo SUS, como forma de mensurar riscos pertinentes à morbimortalidade da cirurgia e dimensionar os recursos necessários, cuidados específicos e suporte pós-operatório.

CONCLUSÃO

Ao se conhecer o perfil da população que aguarda em fila de espera para cirurgia bariátrica, novas estratégias de cuidados em saúde podem ser traçadas no pós-operatório, uma vez que o sucesso da cirurgia este diretamente associado ao acompanhamento profissional e estratégias de cuidados com mudança dos hábitos de vida.

Assim, a identificação e análise do perfil dos pacientes podem subsidiar o manejo pré e pós-operatório para os profissionais de saúde atuantes na área, para que a cirurgia influencie positivamente na redução de peso, melhora das patologias associadas e contribuir para melhorar a qualidade e expectativa de vida.

Destaca-se como limitação do estudo a ausência de dados laboratoriais que possibilitassem a análise do perfil nutricional dos pacientes. Recomenda-se, então, novos estudos que associem o perfil clínico-epidemiológico com exames laboratoriais como hemoglobina, potássio, ferro. Sugerem-se, ainda, outros estudos que comparem os achados entre pacientes de instituição pública versus privada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
2. Lewis KH, Edwards-Hampton SA, Ard JD. Disparities in Treatment Uptake and Outcomes of Patients with Obesity in the USA. *Current obesity reports*. 2016; 5(2): 282-290. <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-016-0211-1>
3. Stival MM, Lima LR, Karnikowski MGO. Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015; 18(2):433-442. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14023>
4. Sant'helena MM. A integralidade nas redes de atenção à saúde das pessoas com obesidade e diabetes mellitus submetidos à cirurgia bariátrica: referência e contrarreferência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
5. Lima ADP, Junior ABM, Oliveira KVS, Amaral WCA, Navarro AC. Alterações nos parâmetros antropométricos e bioquímicos em pacientes pós-cirurgia bariátrica ambos submetidos à dietoterapia. *Rev REBONE*. 2009; 3 (14): 108-123.
6. Junges VM, Cavalheiro JMB, Fam EF, Closs VE, Gottlieb MG. Perfil do paciente obeso e portador de síndrome metabólica candidato à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Scientia Medica*. 2016; 26(3):1-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5669057>
7. Silva PT, Patias LD, Alvarez GC, Kirsten VR, Colpo E, Moraes CMB. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. *Rev ABCD, arq. bras. cir. dig*. 2015; 28(4): 270-273. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-6720201500040013>
8. Nava S, Carreno I, Rempel C, Schwingel G, Felipe Pissaiá LF, Belé P. Perfil epidemiológico da hipertensão e diabetes em mulheres. *Rev Enferm e Atenção à Saúde*. 2015; 4(1):42-54. <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1262/1133>
9. Román CJH, Costa CL, González ST, Martínez EP, Rodríguez-Marín J. Psychosocial Differences of Bariatric Surgery Candidates. *Arch Gen Intern Med*. 2017;1(1): 1-6. <http://www.alliedacademies.org/articles/psychosocial-differences-of-bariatric-surgery-candidates.html>
10. Bedin LF, Busanello J, Sehnem GD, Silva FM, Poll MA. Strategies to promote self-esteem, autonomy and self-care practices for people with chronic wounds. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(3):61-67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25474842>
11. Kathryn M, Marjanne S, Janetta H. Non-communicable disease risk factors and treatment preference of obese patients in Cape Town. *Afr. J. prim. health care fam. med*. 2016; 8 (1): 1-12. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0187347>
12. Amorim DCA, Coutinho CM, Palmeira CS. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. *Rev enferm UFPE online*. 2016; 10(Supl. 6):4788-96.
13. Sousa KO, Johann RLVO. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. *Rev Psicol. Argum*. 2014; 32 (79):155-164. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201610>
14. Zyger LT, Zanardo VPS, Tomicki C. Perfil nutricional e estilo de vida de pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica. *Rev Sci Med*. 2016;26(3):1-9. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2016.3.23707>
15. Schroeder N, Rushovich B, Bartlett E, Sharma S, Gittelsohn J, Caballero B. Early Obesity Prevention: A Randomized Trial of a Practice-Based Intervention in 0-24-Month Infants. *J Obes*. 2015; 1(1): 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/795859>
16. Pereira LP, Sichieri R, Segri NJ, da Silva RM, Ferreira MG. Self-reported dyslipidemia in central-west Brazil: prevalence and associated factors. *Rev Cien Saude Colet*. 2015; 20(6):1815-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.16312014>
17. Santos HN, Lima JMS, Souza MFC. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. *Rev Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(5):1359-1365. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.04232013>
18. Queiroz IL, Fortes RC, Milhomem PD, Arruda SLM. Perfil antropométrico de pacientes antes e após gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux. *J Health Sci Inst*. 2014; 32(4):419-23. https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/04_out-dez/V32_n4_2014_p419a423.pdf
19. Kelles SMB, Diniz MFHS, Machado CJ, Barreto SM. The profile of patients undergoing bariatric surgery in the Brazilian Unified National Health System: a systematic review. *Rev Cad Saúde Pública*. 2015; (8):1587-1601. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00022714>
20. Crowe C, Gibson I, Cunningham K, Kerins C, Costello C, Windle J, et al. Effects of an eight-week supervised, structured lifestyle modification programme on anthropometric, metabolic and cardiovascular risk factors in severely obese adults. *BMC Endocr Disord*. 2015; 15(1): 37-45. <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-015-0038-x>