

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DA CLIENTELA DO PROGRAMA DE OBESIDADE DO ESTADO DO CEARÁ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF THE GUIDE OF THE OBESITY PROGRAM OF THE STATE OF CEARÁ

LÍVIA MOREIRA BARROS¹, NATASHA MARQUES FROTA², ROSA APARECIDA NOGUEIRA MOREIRA³, MARIA GIRLANE SOUSA ALBUQUERQUE BRANDÃO^{4*}, ODÉZIO DAMASCENO BRITO⁵, JOSELANY AFIO CAETANO⁶

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal Ceará - UFC. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA; 2. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC; 3. Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem; 4. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA; 5. Enfermeiro. Residente em Urgência e Emergência; 6. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/UFC. Pesquisadora do CNPq.

*Rua L 04, 428, Jerônimo de Medeiros Prado, Sobral, Ceará, Brasil. CEP 62100-000, girlane.albuquerque@yahoo.com.br

Recebido em 26/02/2018. Aceito para publicação em 08/03/2018

RESUMO

A obesidade é definida como excesso de gordura corporal, resultante do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético, que vem crescendo anualmente e adquirindo proporções alarmantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil clínico-epidemiológico da clientela do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Estudo transversal realizado de novembro de 2014 a junho de 2015 em um hospital referência na realização de cirurgias bariátricas no Ceará. A amostra foi composta por 156 pacientes, sendo 64 do pré-operatório e 92 pacientes bariátricos do pós-operatório. Para análise estatística utilizou-se os testes Qui-Quadrado-Exato de Fischer e o Teste de Mann-Whitney. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (CEP538/2011). Houve predomínio do sexo feminino, sendo 87,5% (56) no pré e 82,6% (76) no pós-operatório. A faixa etária foi 29 a 38 anos, 42,2% no pré e 33,7% no pós-operatório. Quanto as comorbidades, a HAS e DM prevaleceu. A implementação de ações de promoção da saúde visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes obesos, uma vez que esta população foi considerada adulto-jovem e economicamente ativa.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade mórbida; Cirurgia Bariátrica; Enfermagem.

ABSTRACT

Obesity is defined as excess body fat, resulting from the chronic imbalance between food consumption and energy expenditure, which has been growing annually and acquiring alarming proportions. The World Health Organization (WHO) points to obesity as one of the biggest public health problems in the world. The objective of this study was to identify the clinical-epidemiological profile of the clients of the Obesity Program of the State of Ceará. A cross-sectional study was carried out from November 2014 to June 2015 at a referral hospital for bariatric surgeries in Ceará. The sample consisted of 156 patients, of which 64 were preoperative and 92 were postoperative bariatric patients. For statistical analysis, the Chi-Square-Exact Fischer tests and the Mann-Whitney Test were used. The study was approved by the Institution's Ethics Committee (CEP538 / 2011).

There was a predominance of females, with 87.5% (56) in the pre and 82.6% (76) in the postoperative period. The age range was 29 to 38 years, 42.2% in the pre and 33.7% in the postoperative period. As for comorbidities, SAH and DM prevailed. The implementation of health promotion actions aims to improve the quality of life of obese patients, since this population was considered adult-young and economically active.

KEYWORDS: Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como excesso de gordura corporal, resultante do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético, que vem crescendo anualmente e adquirindo proporções alarmantes¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Em 2014, mais de 1,9 milhão de adultos estavam acima do peso. Destes, 600 milhões já estão obesos. De 1980 a 2013, a obesidade e o sobrepeso, em conjunto, aumentaram 27,5% entre os adultos e 47,1% entre as crianças². No Brasil, a obesidade cresce cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade^{3,4}.

No Brasil, entre os anos de 2008 e 2009, o excesso de peso em homens adultos aumentou de 18,5% para 50,1%, sendo superior ao número de mulheres obesas que aumentou de 28,7% para 48%³. Em 2011, 15,8% dos brasileiros estavam obesos e 48,5% apresentavam sobrepeso. As capitais que apresentaram maiores índices de excesso de peso e obesidade foram: Cuiabá, Curitiba, Fortaleza, Macapá, Maceió, Manaus, Natal e Porto Alegre. A capital cearense representa o segundo lugar com a população mais obesa, pois 18% dos indivíduos estão obesos e 54% com sobrepeso⁵.

Estudos apontam que, num futuro próximo,

aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas estarão acima do peso e mais de 700 milhões obesas, o que indica que as mudanças nos hábitos sociais e alimentares das últimas décadas têm sido fator determinante destas condições, especialmente nos países em desenvolvimento^{6,7}.

Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamentos de saúde são destinados à obesidade em diversos países do mundo.⁸ No Brasil, este problema chama atenção dos órgãos responsáveis pela saúde pública e ações vêm sendo tomadas em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário⁹.

Dentre as ações de nível primário de atenção, o tratamento é realizado de forma integral a pacientes de todas as faixas etárias, com a promoção e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e abordagem nutricional, visando atingir alimentação saudável e prática de atividade física¹⁰. Em nível secundário, destaca-se a cirurgia bariátrica, que é empregada como melhor opção de tratamento eficaz, dentre as terapias existentes, para indivíduos que sofrem da obesidade mórbida, com resultados mais rápidos e duradouros¹¹. Assim, é importante determinar metas de perda de peso, objetivos de saúde e quais serão as estratégias de intervenção no tratamento para mudanças de estilo de vida¹².

É de suma importância conhecer o perfil dos pacientes da cirurgia bariátrica, de modo que resulte em melhores processos de elegibilidade para este tipo de procedimento cirúrgico, evitando complicações imediatas e/ou mediatas⁹.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará, tendo em vista que se faz necessário o conhecimento desse perfil para que os profissionais de saúde que trabalham com essa clientela possam elaborar e implementar as intervenções mais adequadas para a população-alvo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal realizado no período de novembro de 2014 a junho de 2015 em um hospital referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará-Brasil.

A população-alvo foi composta pelos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. De acordo com dados do Núcleo de Epidemiologia da instituição, estima-se que 300 pacientes estão no processo de realização de consultas e exames do pós-operatório e 563 pacientes já estão vivenciando o pós-operatório da cirurgia bariátrica. Dessa forma, a amostra do estudo foi dividida em dois grupos: pacientes do pré-operatório e pacientes do pós-operatório.

A amostra do pré-operatório foi composta por 64 pacientes do pré-operatório que estão na lista de espera para a realização da cirurgia bariátrica. Os critérios de inclusão do grupo do pré-operatório foram: a) idade superior a 18 anos; b) estar no pré-operatório da

cirurgia bariátrica; c) estar fazendo o acompanhamento com a equipe multidisciplinar e d) ter comparecido para atendimento na instituição no período da coleta de dados.

Já a amostra do pós-operatório foi composta por 92 pacientes bariátricos que estavam no pós-operatório tardio e compareceram ao ambulatório da instituição no período referido para a realização de consultas com a equipe multidisciplinar. Os critérios de inclusão foram: a) idade superior a 18 anos; b) ter comparecido para atendimento na instituição no período da coleta de dados; c) estar vivenciando o pós-operatório há, no mínimo, três meses.

Os dados foram coletados diretamente com o cliente na consulta ambulatorial, a partir de um instrumento estruturado que continha informações sobre os dados epidemiológicos e (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda e procedência) e clínicos (Índice de Massa Corporal e comorbidades). Para a análise dos dados, as informações foram tabuladas no Excel e exportadas para o *software* estatístico SPSS, para tratamento e geração dos resultados.

Os dados relativos às variáveis sociodemográficas dos pacientes foram tratados a partir de estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias e desvio padrão). Verificou-se as diferenças entre as proporções com a aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado-Exato de Fischer, e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney.

O estudo obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP538/2011), CAAE 0039.0041.000-11.

3. RESULTADOS

Na Tabela 1, está descrito o perfil sócio-demográfico dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará segundo os grupos pré e pós-operatório e a inferência estatística.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=156). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis Categorias	Grupo				p-valor
	Pré		Pós		
	N	%	n	%	
Sexo					
Feminino	56	87,5	76	82,6	0,501*
Masculino	8	12,5	16	17,4	
Idade					
De 18 a 28 anos	14	21,9	13	14,1	0,109**
De 29 a 38 anos	27	42,2	31	33,7	
De 39 a 48 anos	15	23,4	25	27,2	
De 49 a 58 anos	1	1,6	0	0,00	

Acima de 58 anos	7	10,9	23	25	
Idade Média (Desvio Padrão)	35,47 (9,51)		40,53 (10,03)		0,003***
Estado Civil					
Solteiro	26	40,7	22	23,9	
Casado	32	50	60	65,2	
Divorciado	4	6,2	8	8,7	0,149**
Viúvo	2	3,1	2	2,2	
Escolaridade					
Ensino Fundamental Completo	6	9,4	7	7,6	
Ensino Fundamental Incompleto	13	20,3	17	18,5	
Ensino Médio Completo	30	46,9	49	53,3	0,368**
Ensino Médio Incompleto	0	0,00	4	4,3	
Ensino Superior	15	23,4	15	16,3	
Ocupação					
Sim	44	68,7	69	75	
Não	20	31,3	23	25	0,467*
Renda					
Sem renda	0	0,00	8	8,7	
Até 1 SM	20	31,3	24	26,1	
De 1 a 3 SM	33	51,6	37	40,2	0,089**
De 4 a 6 SM	9	14	19	20,7	
Acima de 6 SM	2	3,1	4	4,3	
Procedência					
Fortaleza e Região Metropolitana	42	65,6	69	75	
Interior do Estado	21	32,8	20	21,7	0,266**
Outros Estados	1	1,6	3	3,3	

* Teste Exato de Fisher;

** Teste Qui-quadrado

*** Teste de Mann-Whitney

De acordo com a tabela 1, observou-se que houve um predomínio do sexo feminino em ambos os grupos em que a frequência de mulheres foi de 87,5% (56) no pré-operatório e 82,6% (76) no pós-operatório ($p=0,501$). Com relação à idade, também houve semelhança na faixa etária dos participantes, pois o maior percentual encontrava-se na faixa etária de 29 a 38 anos, sendo a frequência de 42,2% no pré e 33,7% no pós-operatório ($p=0,109$). A média de idade é de $35,47 \pm 9,51$ anos no grupo do pré-operatório e uma variância que abrange de 20 a 57 anos. Já no pós-operatório, a média de idade é de $40,53 \pm 10,03$ anos no grupo do pré-operatório e uma variância que abrange de 22 a 70 anos ($p=0,003$).

Quanto ao estado civil, 50% (32) dos indivíduos do pré-operatório eram casados. Já no grupo do pós-operatório, o matrimônio esteve presente em 65,2% (60) dos pacientes, havendo também semelhança entre os grupos nessa característica sócio-demográfica ($p=0,149$).

Em relação ao grau de escolaridade, houve o predomínio do ensino médio completo em ambos os grupos, em que 46,9% (30) dos pacientes do pré-operatório e 53,3% (49) do pós-operatório concluíram o ensino médio ($p=0,368$).

Ao se avaliar a ocupação dos indivíduos de ambos os grupos, observou-se que 68,7% (44) dos pacientes do pré e 75% (69) do pós-operatório exerciam atividade remunerada. A distribuição da renda familiar foi semelhante nos dois grupos, visto que a maioria apresentou renda familiar entre um a três salários mínimos, sendo a frequência de 51,6% (33) no pré-operatório e 40,2% (37) no pós-operatório ($p=0,089$).

Quanto à procedência, observa-se que ainda uma maior participação no programa de obesidade de indivíduos que residem na Região Metropolitana de Fortaleza, pois 65,6% (42) dos pacientes do pré e 75% (69) do pós-operatório procediam de Fortaleza e sua Região Metropolitana. Apenas 32,8% (21) e 21,7% (20) dos pacientes do pré e do pós-operatório, respectivamente, procediam da zona rural ($p=0,266$).

Na tabela abaixo, podemos observar as médias do Índice de Massa Corporal (IMC) dos pacientes em relação ao sexo:

Tabela 2. Distribuição da classificação do IMC dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=156). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis / Categorias	Média (Desvio Padrão)		p-valor*
	Masculino	Feminino	
IMC Pré-Operatório	52,6 (8,9)	45,5 (6,4)	0,022
IMC Pós-Operatório	51,4 (8,2)	46,3 (6,1)	0,080
	33,0 (4,7)	30,9 (5,1)	0,099

*Teste de Mann-Whitney

A partir da tabela 2, observou-se que a média do IMC do pré-operatório e do pré-cirúrgico esteve maior entre os homens, bem como que, no pós-operatório, as mulheres apresentaram a média do IMC menor, o que indica uma maior perda de peso ($p=0,099$).

A tabela 3 demonstra as comorbidades presentes nos pacientes dos grupos do pré e do pós-operatório.

No grupo do pré-operatório, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus 2 (DM 2) e infertilidade foram as comorbidades que se apresentaram estatisticamente significante. A HAS esteve presente em 50% (32) dos pacientes desse grupo ($p<0,001$), 17,2% (11) possuíam DM 2 ($p=0,001$) e 7,8% das mulheres apresentavam problemas para engravidar ($p=0,053$).

Dos 92 pacientes do pós-operatório, 59,8% (55) apresentavam comorbidades no período pré-cirúrgico e, destes, 40% (22) apresentavam mais de uma comorbidade, fortalecendo o fato de que a obesidade é um fator de risco para a ocorrência de diversas doenças associadas. Dentre as comorbidades apresentadas, a mais prevalente foi a HAS com uma prevalência de 50% (46) entre os pacientes ($p<0,001$).

Tabela 3. Caracterização das condições clínicas dos pacientes doda realização de diversas atividades sociais, doméstica e econômica¹⁷.

Variáveis	Pré-operatório			p-valor*	Pós-operatório			p-valor*
	Presença da Comorbidade		Total		Presença da Comorbidade		Total	
	Sim	Não			Sim	Não		
HAS	32 (50%)	32 (50%)	64	<0,001	46 (50%)	46 (50%)	92	<0,001
DM 2	11 (17,2%)	53 (82,8%)	64	0,001	12 (13%)	80 (87%)	92	0,001
Dislipidemia	2 (3,1%)	62 (96,9%)	64	0,493	12 (13%)	80 (87%)	92	0,001
Doença cardiovascular	0 (0%)	64 (100%)	64	-	7 (7,6%)	85 (92,4%)	92	0,039
Osteoartrite	1 (1,6%)	63 (98,4%)	64	1,000	4 (4,3%)	88 (95,7%)	92	0,146
Apnéia do Sono	1 (1,6%)	63 (98,4%)	64	1,000	7 (7,6%)	85 (92,4%)	92	0,039
Infertilidade	5 (7,8%)	59 (92,2%)	64	0,053	2 (2,2%)	90 (97,8%)	92	0,514

* Teste Exato de Fisher

pós-operatório do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=156). Fortaleza-CE, 2015.

Em segundo lugar, está a DM 2 e a dislipidemia em que ambas obtiveram uma frequência de 13% (12) com o valor de p igual a 0,001. O predomínio de doença cardiovascular e apnéia do sono também foram semelhantes no grupo, acometendo 7,6% (7) dos pacientes, respectivamente (p=0,039). A osteoartrite e a infertilidade foram as comorbidades que não apresentaram significância estatística com p=0,146 e p=0,514, respectivamente.

4. DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados deste estudo, foi perceptível a predominância do sexo feminino em ambos os grupos, ou seja, a maioria dos pacientes que já realizaram a cirurgia bariátrica eram mulheres e há um representativo maior de mulheres estão na fila de espera aguardando o procedimento cirúrgico.

Esses resultados corroboram com os achados de um estudo realizado na Alemanha o qual avaliou 380 pacientes no pós-operatório e identificou que 78% desses pacientes eram do sexo feminino¹³. Outro estudo realizado na Espanha teve 80,76% dos participantes do sexo feminino¹⁴. Um estudo, ao analisar as tendências de mortalidade após as cirurgias bariátricas realizadas no período de 2002 a 2009 em um centro médico da Califórnia, verificou que de um total de 105,287 pacientes operados em um período de 8 anos, 80,4% eram mulheres¹⁵.

A maior prevalência das operações em mulheres deve estar relacionada com maior preocupação com a aparência e os fatores estéticos¹⁶. Outra justificativa está fundamentada pelas dificuldades de locomoção, mobilidade e de acesso aos diversos ambientes, além

De acordo com dados do Vigitel 2016, a frequência de excesso de peso entre os homens é de 57,7% e 50,5% nas mulheres, enquanto que a presença de obesidade (IMC \geq 30) foi de 18,1% em homens e 19,6% em mulheres¹⁸. Isso pode ser observado nos resultados desse estudo em que os homens apresentaram maiores médias de IMC tanto no grupo do pré-operatório como no IMC pré-cirúrgico dos pacientes do pós-operatório.

Neste estudo, a maioria da população (65,6% do pré-operatório e 60,9% do pós-operatório) encontrava-se na faixa etária entre 29 a 48 anos. No Brasil, a maior frequência de obesidade em homens ocorre entre 45 e 54 anos de idade. Nessa faixa etária, o índice aumenta mais de três vezes comparado àqueles entre 18 e 24 anos, diminuindo nas faixas seguintes. Nas mulheres, a frequência aumenta mais de seis vezes entre 18 e 24 anos e de 55 a 64 anos, e diminui a partir dos 65 anos¹⁹. O aumento da idade pode ser um fator relevante no desenvolvimento da obesidade. Em geral, isso ocorre porque o excesso de peso é determinado por uma diminuição do metabolismo basal e, também, em decorrência da natural perda de massa muscular, o que ocorre com o avanço da idade²⁰.

A faixa etária reprodutiva inclui o início da idade adulta e em sua plena maturidade, correspondendo também à faixa de maior desempenho produtivo da mulher²¹. O maior número de mulheres obesas em idade reprodutiva é preocupante devido à gravidade das comorbidades associadas à obesidade que podem prejudicar o desenvolvimento de uma gestação saudável com consequências tanto para a mãe como para o feto, como também a maior dificuldade que

algumas dessas mulheres podem ter para engravidar tendo em vista que a obesidade contribui para a ocorrência de ciclos irregulares e a síndrome dos ovários policísticos.

Em ambos os grupos, houve predomínio de pacientes casados. Esse achado foi semelhante ao estudo de Oliveira *et al.* (2009), em que 54,5% dos participantes tinham o vínculo matrimonial.⁹ A condição de solteira, separada ou viúva, ou seja, de não estar engajada em uma relação mais estável, parece proteger a mulher dos distúrbios nutricionais em comparação às mulheres casadas ou em união conjugal que apresentam um risco 36% maior de serem obesas. É provável que neste caso o menor risco esteja relacionado a uma maior preocupação com a imagem corporal e a uma vida social mais ativa por parte daquelas que não vivem com um parceiro, e a uma menor dedicação das mulheres em união a si próprias, por conta dos esforços que despendem com os cuidados do lar e dos filhos²¹.

Somadas à idade, a escolaridade e a situação conjugal se caracterizaram como os principais fatores sociodemográficos determinantes da obesidade e do sobrepeso. Observou-se um significativo gradiente de risco para o nível de escolaridade decrescente, com mulheres que reportaram menos de cinco anos de estudos apresentando uma probabilidade 40% maior de serem obesas em comparação a mulheres com nível superior. Esta constatação é importante, pois impõe que as medidas educativas voltadas para a redução do problema sejam especialmente sensíveis às pessoas de limitado nível de compreensão²¹.

Observou-se que 46,9% dos pacientes do pré-operatório e 53,3% do pós-operatório tinham concluído o ensino médio, tendo os mesmos mais de 10 anos de estudo. Existe um maior risco de obesidade em homens de maior nível socioeconômico e em mulheres de menor escolaridade. Considera-se que o maior nível educacional, que possibilita maior conhecimento e acesso a um estilo de vida saudável proporciona um efeito protetor apenas no sexo feminino²².

A escolaridade elevada dos pacientes talvez possa contribuir na persistência e busca por estratégias para conseguir alternativas terapêuticas para perder e manter o peso²³. Assim, a escolaridade contribui para uma melhor compreensão das informações fornecidas durante as consultas e intervenções educativas, devendo o profissional estar atento a reconhecer o universo ao qual se insere o seu paciente antes de orientá-lo sobre a cirurgia bariátrica.

A escolaridade está mais relacionada aos determinantes mais precoces do ciclo de vida e tende a influenciar na ocupação e na renda. Neste estudo, 68,7% e 75% dos pacientes do pré e do pós-operatório exerciam atividade laboral e houve o predomínio de pacientes com renda familiar entre um a três salários mínimos.

Em obesos, o tratamento clínico (alimentação saudável, prática de exercício físico e tratamento farmacológico) resulta na redução de apenas 5 a 10%

do peso corporal, a qual dificilmente é mantida no decorrer dos meses, enquanto que a cirurgia bariátrica redução do peso em torno de 30%, com resultados mantidos em longo prazo^{24,25}.

A obesidade pode ser compreendida como agravo de caráter multifatorial que envolve questões biológicas, históricas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Predispõe a vários de fatores de risco cardiovasculares por associar-se com grande frequência a condições como dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes mellitus que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares, particularmente os coronarianos²².

Devido à perda ponderal de peso e à diminuição da gordura visceral, a cirurgia bariátrica, determina, já em curto prazo, impacto positivo sobre o controle/resolução das comorbidades associadas à obesidade, incluindo DM, dislipidemia, HAS, doença hepática, síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono e disfunção cardiovascular. No período de um a três anos após a cirurgia, espera-se redução de 20 a 30 kg no peso corporal, em torno de 35% no IMC e resolução da HAS, do DM e da dislipidemia em, respectivamente, 62%, 76% e 70% dos indivíduos, com um menor impacto sobre a elevação do colesterol HDL e a redução da circunferência abdominal^{24,25}.

Após a cirurgia bariátrica em pacientes obesos e diabéticos, observa-se já no pós-operatório imediato a redução das taxas glicêmicas para valores normais e, com o decorrer do tempo, a redução da necessidade do uso de drogas hipoglicemiantes.²⁶ Entretanto, deve-se alertar aos pacientes que esses resultados positivos e a sua durabilidade a longo prazo dependem da manutenção da perda de peso.

Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), asma e outros problemas respiratórios são vistos com frequência em indivíduos obesos. A AOS é uma condição comum causada por colapso intermitente da via aérea durante o sono que resulta em hipóxia repetitiva, despertar, piora na qualidade de sono e sonolência excessiva diurna²⁷. A diminuição do peso corporal exerce influência benéfica sobre as comorbidades associadas a obesidade, em especial sobre a fertilidade, por normalizar os hormônios esteroides sexuais na síndrome dos ovários policísticos associada e por regularizar os ciclos menstruais²⁸.

Com a melhora de transtornos endócrinos e aumento da atividade sexual após a realização da cirurgia bariátrica, pacientes e médicos podem ser surpreendidos pelo aumento na capacidade de engravidar durante o período de maior e mais rápida perda ponderal²⁸. O enfermeiro deve orientar que as mulheres procurem antes da cirurgia informações sobre o planejamento familiar e a escolha do método contraceptivo a ser utilizado após o procedimento cirúrgico.

Os profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros que participam da equipe multiprofissional dos programas de cirurgia bariátrica, devem estar atentos a presença dessas comorbidades, pois esses

pacientes requerem cuidados específicos no pós-operatório para que haja o sucesso na terapêutica²⁹.

Assim, percebe-se que o enfermeiro deve atuar tanto na prevenção da obesidade na atenção primária como na atenção secundária e terciária através de orientações e de estratégias educativas que visam o estímulo a prática de hábitos de vida saudáveis e controle do peso e das comorbidades como também podem contribuir para a melhor adaptação do indivíduo ao seu novo estilo de vida após a realização da cirurgia bariátrica.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados, verificou-se que a maioria dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará é representada pelo sexo feminino, comprovando que as mulheres são as que mais recorrem à cirurgia bariátrica como tratamento para a obesidade.

Com relação à idade, a faixa etária predominante correspondia a adultos, apesar de estar crescente o número de cirurgias em adolescentes. A idade associada ao sexo alerta para a necessidade de intervenções por parte da equipe multiprofissional que visem contribuir para a redução e prevenção do número de mulheres em idade reprodutiva com obesidade, tendo em vista que essa doença acarreta prejuízos à saúde e contribui para o déficit de qualidade de vida, como foi observado nesse estudo.

Quanto às comorbidades, observou-se que há predomínio de HAS e DM nos pacientes obesos e ocorre uma resolução ou melhora das doenças associadas à obesidade após a cirurgia, sendo importante a orientação desses pacientes sobre a adesão aos hábitos saudáveis para a manutenção da remissão das doenças e dos resultados positivos quanto à perda de peso.

Vale destacar que surge a necessidade da implementação de ações de promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores de obesidade e dos que já se submetem à cirurgia, sendo importante que haja a intersectorialidade, a integralidade e a interdisciplinaridade no âmbito dessas ações destinadas a essa população, com foco no perfil já conhecido.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em unidade da estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm.* 2011;45(2):1667-72. PMID: 22569652.
- [2] Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.
- [3] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.
- [4] Mendes PM, Zamberlan EC. Análise do consumo alimentar determinado pela aquisição domiciliar no Brasil. *Rev Univ Vale do Rio Verde (Três Corações).* 2013;7:336-45. doi: <http://dx.doi.org/10.5892/860>.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- [6] Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. Vol. 16. Num 12. 2011. p. 4767-76.
- [7] Carvalho EAA, Simão MTJ, Fonseca MC, Andrade RG, Ferreira MSG, Silva AF. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. *Revista Médica de Minas Gerais.* Belo Horizonte. Vol 23. Num. 1. 2013. p. 74-82.
- [8] Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *R. Psiquiatr. RS.* 2004;26(1).
- [9] Oliveira APF, Malheiros CA, Santos AS, Jesus SR, Manuel J. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos em um hospital universitário do município de São Paulo. *Saúde Coletiva.* 2009;35(6).
- [10] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica. Obesidade.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- [11] Segal A, Fandino J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet] 2002;24(3) [acesso em 12 abr 2012]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13976.pdf>
- [12] Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.
- [13] Wölnerhanssen BK, *et al.* Predictors of outcome in treatment of morbid obesity by laparoscopic adjustable gastric banding: results of a prospective study of 380 patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, v.4, n.4, p.500-506, 2008.
- [14] Ramón JM, *et al.* Calidad de la ingesta alimentaria tras la cirugía bariátrica: gastrectomía vertical vs bypass gástrico. *Cirugía Española*, v.90, n.2, p.95-101, 2012.
- [15] Nguyen NT, *et al.* Reduction in prescription medication costs after laparoscopic gastric bypass. *Am Surg Journal*, v.72, n.10, p.853-856, 2006.
- [16] Vargas CB, Moraes MB, Liberali R. Descrição do Padrão de Execução das Técnicas Fisioterapêuticas Propostas para Prevenção de Complicações Respiratórias em Pacientes que Realizaram Cirurgia Bariátrica no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica. *Rev Bras Obes, Nutr Emagrecimento* 2009;3(15):251-259.
- [17] Quadros MRR, *et al.* Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v.22, n.1, p.15-19, 2007.
- [18] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e

- Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- [19] Brasil. Vigitel Saúde Suplementar 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- [20] Amer NM, Marcon SS, Santana RG. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v.96, n.1, p. 47-53, 2011.
- [21] Correia LL, *et al.* Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p. 133-145, 2011.
- [22] Pinho CPS, Diniz AS, Arruda IKG, Batista Filho M, Coelho PC, Sequeira LAS, *et al.* Obesidade abdominal e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(2):313-324, fev, 2013.
- [23] Castro MR, *et al.* Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. *HU Revista*, v.36, n.1, p. 29-36, 2010.
- [24] Sandoval D. Reviews: bariatric surgeries: beyond restriction and malabsorption. *Int J Obesity*, 35 (Suppl 3) (2011), pp. S45–S49.
- [25] Poirier P, Cornier MA, Mazzone T, Stiles S, Cummings S, Klein S, *et al.* Bariatric Surgery and Cardiovascular Risk Factors: a Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123:1683-701
- [26] Stoll A, Silva JC, Bahten LCV, Gugelmin G, Vedan AB, Souza BV. O efeito em curto prazo do bypass gástrico sobre pacientes obesos diabéticos. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2013, vol.40, n.1, pp. 11-15.
- [27] Cintra FD, *et al.* Perfil cardiovascular em pacientes com apneia obstrutiva do sono. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.96, n.4, p. 293-299, 2011.
- [28] Pereira BG, *et al.* Abdômen agudo em gestante tratada de obesidade por cirurgia bariátrica: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, v.32, n.10, p. 516-519, 2010.
- [29] Nibi FA, Osti C. Cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. *Revista Uningá*, v. 39, n. 1, 2018.