

PERFIL CLÍNICO E AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES OBESOS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

CLINICAL PROFILE AND AVALIATION OF PAIN PATIENTS IN THE PRE-OPERATIVE PERIOD OF BARIATRIC SURGERY

FERREIRA, Joana D'arc da Costa¹
PEDROSO, Charlise Fortunato²
SOUSA, Taynara Ribeiro de³

1. Especialista em Endocrinologia.
2. Mestre em Enfermagem.
3. Especialista em Endocrinologia.

Resumo

Objetivo: identificar o perfil clínico e a avaliação dolorosa dos pacientes em período pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Materiais e método:** Análise transversal, realizado em um Ambulatório do Programa de Controle e Cirurgia da obesidade (PCCO) de um hospital de ensino de Goiânia-GO, com amostra composta por 20 pacientes que aguardam pela cirurgia bariátrica. A coleta de dados foi realizada durante a consulta de enfermagem pelas enfermeiras residentes, através de um instrumento semi-estruturado. As variáveis do estudo foram: sociodemográficas, clínicas, condições e comportamentos de saúde e a avaliação da dor realizada pelo diagrama corporal e intensidade pela Escala Numérica de Dor (0-10). Os dados foram digitados em programa estatístico EXCEL for Windows e tabulados com apresentação das frequências absolutas. **Resultados:** Predominância de mulheres (80%) com e sem companheiros, idade entre 38 a 68 anos (75%), sendo 60% com hipertensão arterial, 40% alteração pulmonar, 40% problemas no estômago e 35% diabetes mellitus e super obesidade em 50% das pessoas. Quanto à experiência da dor, 95% dos participantes referiram sentir algum tipo de dor, os locais mais frequentes joelho (36,8%), espinha lombar (26,3%) e os pés (10,4%)., com dor diária em 84,2%, sendo 36,8% dos participantes relataram como a pior dor possível, 31,6% forte, 21,1% moderada e 10,5% leve. **Conclusão:** Melhorar a assistência prestada a estes pacientes, a partir do conhecimento do perfil e avaliação da dor, agregando em educação em saúde, orientação sobre as comorbidades e hábitos não saudáveis de vida e o melhor manejo da dor.

Palavras-chaves: cirurgia bariátrica; obesidade mórbida; perfil de saúde; comorbidade.

Abstract:

Objective: to identify the clinical profile and the pain assessment of patients in the preoperative period of bariatric surgery. **Materials and methods:** Cross-sectional analysis performed at an outpatient clinic of the Obesity Control and Surgery Program (PCCO) at a teaching hospital in Goiânia-GO, with a sample composed of 20 patients awaiting bariatric surgery. Data collection was performed during the nursing consultation by the resident nurses, through a semi-structured instrument. The variables of the study were: sociodemographic, clinical, health conditions and behaviors and the assessment of pain performed from the location through the body diagram, intensity measured by the Numerical Pain Scale (0-10). The data of the

questionnaires were typed in the statistical program EXCEL for Windows and tabulated with presentation of the absolute frequencies. **Results:** Prevalence of women (80%) with and without partners, age between 38 and 68 years (75%), 60% with arterial hypertension, 40% pulmonary alteration, 40% stomach problems and 35% diabetes mellitus and super obesity in 50% of people. As for the experience of pain, 95% of the participants reported feeling some kind of pain, the most frequent sites knee (36.8%), lumbar spine (26.3%) and feet (10.4%). 84.8% of the participants reported as the worst possible pain, 31.6% strong, 21.1% moderate and 10.5% mild. **Conclusion:** To improve the care provided to these patients, based on knowledge of the profile and evaluation of pain, adding health education, guidance on comorbidities and unhealthy habits of life and better management of pain.

Keywords: bariatric surgery; morbid obesity; health profile; comorbidity.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença com alta prevalência no mundo todo, e que traz consequências sociais e psicológicas graves. Trata-se de um agravo de etiologia multifatorial, relacionada a fatores biológicos, sociais, culturais e econômicos¹. É uma doença caracterizada por acúmulo excessivo de gordura no corpo, resultante do balanço energético positivo, onde a ingesta de alimentos é superior ao gasto, o que contribui para o aumento do risco de desenvolver doenças metabólicas².

É considerado um problema de saúde pública pandêmico, multiétnico, que acomete tanto homens quanto mulheres, de todas as faixas etárias, sem distinção de classe social e econômica².

Em 2014, dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mostraram que no mundo todo mais de 1.9 bilhões de pessoas adultas estava com sobrepeso, e destes mais de 600 milhões eram obesos, significando 13% da população adulta do planeta².

Uma pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2014 mostrou que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso, e destes, 17,9% está obeso³.

A estimativa de gastos em tratamentos destinados a obesidade, alcança 8% da economia em diversos países pelo mundo⁴. Por se tratar de um problema mundial, os órgãos de saúde vêm traçando ações nos níveis de atenção primária, secundária e terciária⁵. O objetivo de controlar a obesidade e conseqüentemente suas comorbidades é a qualidade de vida do indivíduo, focando em uma dieta

alimentar adequada, e prática de atividades físicas regulares⁶.

Existem três modalidades mais conhecidas para o tratamento da obesidade em adultos, que se trata de um aconselhamento clínico acompanhado, de mudanças do estilo de vida; farmacoterapia e cirurgia bariátrica². Sendo a última considerada a opção mais eficiente após a falha das demais alternativas, inclusive no tratamento para obesidade mórbida⁵.

O tratamento para obesidade deve ser feito em todas as faixas etárias, desde a atenção primária, com atividades de promoção e prevenção de doenças crônicas, abordagem nutricional e estímulo à prática de atividade física⁵.

A frequência deste procedimento cirúrgico tem crescido na última década, e é realizada mundialmente para tratamento de obesidade mórbida, junto com práticas saudáveis para controle do peso e de comorbidades. A perda de peso ponderal da cirurgia é sustentada em longo prazo, apresentando uma normalização do metabolismo e resolução de diversas doenças⁷.

O Índice de Massa Corporal (IMC) (calculado pela divisão do peso em quilograma pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m^2) é um dos indicadores mais utilizados para avaliação do tecido adiposo no corpo. É um bom parâmetro, mas não está totalmente ligado a gordura corporal. Indivíduos com IMC maior ou igual a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ são classificados como excesso de peso, passando por obesidade grau I ($30\text{-}34,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), obesidade grau II ($35\text{-}39,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), obesidade grau III ($\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$), e super obesidade ($\geq 50 \text{ kg}/\text{m}^2$)⁸.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (2013) define cirurgia bariátrica como um processo cirúrgico que reduz significativamente o tamanho do estômago. Segundo a resolução nº 1.766/2005, alguns critérios devem ser respeitados para a indicação dessa cirurgia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: - IMC $> 40 \text{ kg}/\text{m}^2$ ou IMC $\geq 35 \text{ kg}/\text{m}^2$ com comorbidades; idade mínima de 18 anos e histórico de obesidade; não possuir doenças endócrinas específicas, transtorno mental ou condições que contraindique esse tipo de cirurgia⁹.

Quanto às modalidades existentes de cirurgia bariátrica e metabólica, no Brasil são aprovados quatro tipos: Bypass gástrico com o Y de Roux; Banda gástrica ajustável; Gastrectomia vertical e Duodenal Switch, além de outra técnica que é o balão intragástrico. É considerado o “padrão ouro” no tratamento cirúrgico de obesidade o Bypass gástrico com o Y de Roux¹⁰.

Essa última técnica é a mais realizada no Brasil, chegando a 80% de todos os

procedimentos, devido a sua segurança e eficácia. Esta modalidade combina a restrição alimentar pelo grampeamento de parte do estômago, com a má-absorção pelo desvio do intestino inicial. Essa combinação leva a menos ingestão de alimentos e ao aumento da secreção de hormônios que dão saciedade e leva ao emagrecimento. Estima-se que o paciente reduza em 50% o peso já no primeiro ano¹⁰.

Quanto ao processo cirúrgico, há divisão em três etapas, sendo que a primeira é o pré-operatório, onde é realizada a indicação médica do paciente em receber o tratamento através da cirurgia, até a chegada à mesa cirúrgica. Esta deve ser uma fase extensa pela complexidade da cirurgia e mudança radical que o paciente será submetido. O trans-operatório é a segunda etapa, onde ocorre todo o ato cirúrgico até a saída para a recuperação pós-anestésica. E o pós-operatório, que compreende a última etapa e perdura até meses após a cirurgia¹¹.

A atuação da equipe multiprofissional com o paciente candidato a cirurgia bariátrica é muito importante, pois o olhar holístico pode detectar situações adversas e buscar soluções¹². Os profissionais envolvidos no preparo devem ser bem qualificados, estabelecendo condutas adequadas, e fazendo orientações específicas e individuais. Cada um contribuindo com seu conhecimento para um mesmo objetivo⁶.

O enfermeiro tem um papel fundamental durante as etapas de qualquer procedimento cirúrgico, desde orientações, consultas e organização do processo, pois pode proporcionar uma segurança durante todo o acompanhamento desse paciente, é isso vale para a preparação de uma cirurgia bariátrica, realizando principalmente orientações no pré-operatório para que o entendimento de todo o processo seja vivenciado de forma clara e menos ansiosa¹³.

O papel do enfermeiro na atenção ao pré-operatório da cirurgia bariátrica envolve o preparo de diversas ações de enfermagem, que são específicas para atender as necessidades do indivíduo. Cuidados que incluem acolhimento, preparo físico e mental além de avaliação, com a finalidade de diminuir e até mesmo extinguir complicações que possam surgir no pós-operatório¹⁴.

Na consulta de enfermagem, o perfil clínico e a descrição da dor devem ser apontados, a fim de possibilitar intervenções. Quanto à experiência dolorosa a literatura aponta que pessoas que necessitam de uma intervenção cirúrgica e vivenciam dores pré-operatórias intensas, por longos períodos de tempo, podem

referir maiores intensidades de dor no pós-operatório¹⁵.

Estimativas a respeito da prevalência de dor no período pré-operatório de cirurgias diversificadas, mostram porcentagens variando de 32,0% até 83,7%¹⁶. Alguns autores apontam que a dor é a única sensação que envolve não só a identificação do início, duração, localização, intensidade, características físicas do estímulo inicial, mas também as funções motivacionais, afetivas e cognitivas¹⁷.

A interpretação individual da dor depende do entendimento da situação geradora da experiência prévia da cultura. Somado a isso temos a capacidade única das pessoas de abstrair os sentimentos e as sensações capazes de controlar a experiência dolorosa¹⁸, o que aponta os múltiplos fatores que interferem na expressão da dor.

Pelo Sistema Único de Saúde, foram realizadas mais de 49.425 cirurgias bariátricas entre os anos de 2001 e 2014. Um número relativamente grande, mas que ainda não é o suficiente para acabar com as filas do sistema, em que uma pessoa chegar a esperar três anos para realizar a cirurgia, por este motivo acredita-se que o perfil deste paciente é diferente, com um IMC maior e com mais comorbidades¹⁹.

Por isso justifica e torna-se importante conhecer mais a fundo o perfil clínico e antropométrico e as comorbidades de pacientes que são atendidos nos diversos locais que realizam a cirurgia bariátrica pelo SUS, além de conhecer e dimensionar os riscos de morbimortalidade, cuidados específicos para esse público, recursos que se façam necessários e mudanças nas políticas públicas e sociais que atinjam essas pessoas¹⁹.

Tendo como base essas informações, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil clínico, antropométrico, as comorbidades e a experiência dolorosa nos pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica de um Hospital de Ensino de Goiânia-GO.

Métodos

Estudo transversal de dados da linha de base da pesquisa matriz intitulada: “Perfil clínico, avaliação da dor, diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica”, realizado no Ambulatório do Programa de Controle e Cirurgia da obesidade (PCCO) de um Hospital de Ensino de

Goiânia- GO.

A amostra de conveniência foi constituída por 20 pessoas que estavam no pré-operatório de cirurgia bariátrica cadastradas no PCCO. No serviço deste programa já é estabelecido o atendimento a partir de grupos compostos de aproximadamente 20 pessoas em fase de preparo para cirurgia. Nessa perspectiva a abordagem aconteceu no grupo que estava recebendo atendimento pré-operatório para cirurgia nos meses que se deu a coleta de dados. Os critérios de inclusão do estudo foram: ter idade \geq 18 anos; ser portador de obesidade; ser cadastrado e participante do ambulatório do PCCO; estar no período pré-operatório da cirurgia bariátrica.

A coleta de dados aconteceu no momento da consulta de enfermagem (previamente agendada pelo serviço do PCCO), no período de setembro a novembro de 2016, com os indivíduos que estavam em período pré-operatório da cirurgia bariátrica. A entrevista de coleta de dados foi realizada pelas enfermeiras residentes membros da pesquisa, que possuem experiência prática na área.

Os indivíduos elegíveis da pesquisa foram convidados, informados verbalmente e por escrito sobre a pesquisa e, caso concordassem em participar, assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis do estudo foram: idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, renda, comportamentos de saúde (etilismo e tabagismo), doenças pré-existentes, perfil antropométrico, exame físico, avaliação neurológica, cabeça e pescoço, respiratória, cardiovascular, percepção de órgãos e sentidos, hidratação e eliminação vesical, hábitos de saúde, alimentação e eliminação intestinal, integridade cutânea-mucosa, higiene, necessidades básicas, avaliação da dor quanto: presença, localização, frequência, intensidade.

Para a realização das avaliações foi utilizado um questionário semiestruturado, composto por dados socioeconômicos, antropométricos, exame físico, aspectos da dor no qual a intensidade foi mensurada através da Escala Numérica de Dor (END 0-10), em que a extremidade 0 (zero) expressou “nenhuma queixa de dor” e na outra extremidade 10 (dez) foi considerado a “pior dor possível”, e também foi investigada a localização da dor a partir do Diagrama corporal.

Os dados dos questionários foram digitados em microcomputador em programa estatístico EXCEL for Windows e tabulados com apresentação das frequências absolutas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (Protocolo nº 836/16 sob CAAE: 58686916.1.0000.0035) e assinado termo de comprometimento para utilização de dados pelos pesquisadores, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Seguiu as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos brasileiras.

Resultados

Dentre os 20 participantes, com predominância do sexo feminino (80,0%), idade entre 38 a 68 anos (75,0%), com (50,0%) e sem companheiros (50,0%), renda predominante de um salário mínimo até dois salários mínimos (75,0%). A maioria relatou não fazer uso de bebida alcoólica (90,0%) e do tabaco (95,0%) conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes em período pré-operatório de cirurgia bariátrica, de um Hospital de Ensino em Goiânia-GO no período de set – nov de 2016.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	4	20,0%
Feminino	16	80,0%
Idade		
24 a 37	5	25,0%
38 a 50	7	35,0%
51 a 68	8	40,0%
Estado civil		
Com companheiro	10	50,0%
Sem companheiro	10	50,0%
Renda		
<1 salário mínimo	2	10,0%
1 a 2 salários mínimos	15	75,0%
2 a 5 salários mínimos	3	15,0%
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	2	10,0%
Não	18	90,0%
Consumo de tabaco		
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%

Dentre as comorbidades apresentadas pelos participantes a hipertensão arterial foi a mais prevalente (60,0%), seguido de alteração pulmonar (40,0%), diabetes mellitus (35,0%), problemas no fígado como esteatose hepática (35,0%), doenças no estômago (40,0%) e problemas osteoarticulares (35,0%) conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das patologias pré-existentes em valores percentuais de pacientes em período pré-operatório de cirurgia bariátrica, em um Hospital de Ensino de Goiânia-GO, no período de set – nov de 2016.

Patologias pré-existentes (n=20)	n	%
Hipertensão Arterial	12	60,0%
Estômago (gastrite, hérnia)	8	40,0%
Pulmão (asma, bronquite)	8	40,0%
Diabetes Mellitus	7	35,0%
Fígado (cirrose, hepatite, icterícia)	7	35,0%
Osteoartrite	7	35,0%
Disfunção da tireoide	5	25,0%
Alergias	4	20,0%
Cardíacas	2	10,0%
Depressão	2	10,0%
Rim (cálculo. Infecção, nefrite)	1	5,0%
Sangue (anemia, leucemia)	1	5,0%
Hemorragias	1	5,0%
Doença infecto-contagiosa	0	0,0%
Neurológica (desmaio, convulsão)	0	0,0%
Neoplasias	0	0,0%

Quanto ao IMC, 50,0% eram super obesos, seguido de 40% de obesos mórbidos (Grau III), e duas pessoas com obesidade grau II (Tabela 3).

Os candidatos à cirurgia bariátrica desta pesquisa tiveram peso médio de 130,25 quilogramas, e IMC médio de 49,04 kg/m².

Tabela 3. Índice de Massa corporal do pacientes em período pré-operatório de cirurgia bariátrica, em um Hospital de Ensino de Goiânia-GO, no período de set – nov de 2016.

IMC (n=20)	n	%
35 a 40 (obesidade grau II)	2	10,0%
41 a 50 (obesidade grau III)	8	40,0%
>50 (super obesidade)	10	50,0%

Quanto à experiência da dor, a maioria, 95,0% dos participantes referiram sentir algum tipo de dor. Sobre todos os locais de dor observou-se que a maioria

apontou de 2 a 5 locais (68,4%), sendo os mais frequentes: joelho (36,8%), espinha lombar (26,3%) e os pés (10,4%).

A prevalência de dor crônica nos pacientes que são obesos e estão em preparo para a cirurgia bariátrica neste estudo foi de 79%, sendo que 84,2% relataram dor diária.

A mensuração da intensidade da principal dor apresentou como resultado que 36,8% dos participantes relataram a pior dor possível, 31,6% dor forte, 21,1% com dor moderada, e 10,5% dor leve (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da experiência dolorosa de pacientes em período pré-operatório de cirurgia bariátrica, em um Hospital de Ensino de Goiânia-GO, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
Dor pré-operatória (n=20)		
Sim	19	95,0%
Não	1	5,0%
Quantidade de locais com dor (n=19)		
1 local	5	26,3%
2 a 5 locais	13	68,4%
>5 locais	1	5,3%
Principal dor (n=19)		
Joelho	7	36,8%
Lombar	5	26,3%
Pés	2	10,4%
Coluna	1	5,3%
Ombro	1	5,3%
Sacral	1	5,3%
Pescoço	1	5,3%
Pernas	1	5,3%
Tempo de dor (n=19)		
<6 meses	4	21,0%
≥1 ano a 5 anos	12	63,1%
≥ 5 anos a 10 anos	3	15,9%
Frequência com que sente a dor (n=19)		
Todos os dias	16	84,2%
Duas a três vezes por semana	2	10,5%
Raramente	1	5,3%
Intensidade da Dor (n=19)		
Leve (1-4)	2	10,5%
Moderada (5-6)	4	21,1%
Forte (7-9)	6	31,6%
Pior Dor Possível (10)	7	36,8%

Discussão

O perfil clínico dos participantes do estudo foi predominantemente constituído por mulheres (80,0%), adultas, com super obesidade (50,0%) e comorbidades associadas. Dados semelhantes a outros estudos brasileiros, como no de Camargo (2012) que identificou a maioria de pacientes do sexo feminino (83,8%), adultas, com obesidade grau III, mostrando o alto índice de obesidade mórbida^{13,20,21}.

Esses dados mostram que as mulheres buscam mais o tratamento cirúrgico para obesidade, além de pensarem na qualidade de vida, elas sofrem mais com os padrões de beleza impostos pela sociedade^{21,23}.

A média de idade dos pacientes deste estudo foi de 46,1 anos, semelhante ao estudo de Oliveira (2013) onde a média foi 45,41 anos. E diferente do perfil dos obesos em um hospital de ensino de Vitória-ES, onde a faixa etária predominante foi entre 26 e 35 anos²⁴⁻²⁶.

O estado civil dos pacientes com e sem companheiro ficou em 50,0% cada, dado que vai ao encontro do estudo de Agnolo et al (2014), onde o percentual de pacientes casados ou em união estável foi de (53,3%)²⁵.

A renda dos participantes ficou entre um e dois salários mínimos (75%), dados que corroboram com, com a literatura onde apontam rendimentos de um salário mínimo e até três salários mínimos, e renda de até três salários mínimos^{25,26}.

Em relação ao consumo de álcool foi de 10%, e o uso do tabaco de 5% encontrado, porém os dados apresentam semelhança com o estudo de Oliveira et al (2013), onde as porcentagens foram de 11,76% para etilismo e tabagismo⁵.

A comorbidade mais frequente dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica deste estudo foi à hipertensão arterial sistêmica, seguida de doenças pulmonares, no estômago e osteoarticulares. Estudiosos apontam que a prevalência da hipertensão arterial em obesos é muito evidente, o qual aponta como justificativa, a resistência a insulina, que pode causar diabetes e aumenta as atividades do sistema nervoso simpático que contribui para um aumento da pressão arterial⁵.

No estudo retrospectivo descritivo realizado em 34 prontuários de pacientes elegíveis para cirurgia bariátrica, as principais doenças detectadas foram: hipertensão arterial (79,4%) depressão (29,4%), diabetes mellitus (26,4%), artrose(23,5%) e dispneia aos esforços(16,6%) respectivamente as mais prevalentes

na população estudada⁵. Corroborando com estes achados, no estudo realizado na Bahia, a hipertensão arterial em 66,7% entre 316 pacientes obesos grau III²⁴.

Os candidatos à cirurgia bariátrica desta pesquisa tiveram peso médio de 130,25 quilogramas, e IMC médio de 49,04 kg/m². No estudo de Costa (2009), desenvolvido no ambulatório de obesidade, o IMC dos pacientes variou de 40 a 81,7 kg/m^{2,24}.

A literatura aponta que os indivíduos obesos tem o risco muito aumento em desenvolver diabetes tipo 2, por fatores como resistência insulínica, hiperinsulinemia, e o aumento de tamanho ou produção de células adiposas hipertróficas.^{2,5} Acrescido a isto, tem-se que as doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, alguns tipos de cânceres, dificuldades respiratórias, colelitiase, esteatose, problemas gastroesofágicos e hipertensão arterial, podem ser consequências do sobre peso e obesidade em pacientes adultos^{2,5}.

Na perspectiva da dor, 95,0% dos pacientes demonstraram sentir dor em pelos menos um local, e os principais locais citados foram joelhos, região lombar e pés, sendo a maioria (63,1%) dor crônica, com mais de um ano de prevalência, e de intensidade forte a pior dor possível.

Quanto ao tempo de dor, no estudo onde foi avaliado a qualidade de vida entre obesos mórbidos, principalmente os indivíduos com obesidade severa (75,0%), referiram sentir dor física há no mínimo um ano, que os impediam de fazer atividades básicas²³. Em relação a localização da dor, estudiosos apresentam os membros inferiores, como o principal local referido de dor, devido a sobrecarga e estresse mecânico²⁷. No estudo de Marks, a dor pré-operatória nos joelhos foi de 75,0% do pacientes²⁸.

Aspectos como conformações sensitivas, cognitivas, psicológicas e comportamentais estão envolvidas na interpretação da dor, além de sofrer outras interferências culturais, sociais, econômicas. Esse conjunto faz com que a dor seja individualizada para cada pessoa²⁷.

Em outro estudo de Steyer et al (2016) foi estabelecido diagnóstico de enfermagem de dor para 99,3% dos participantes do estudo²⁰.

Um estudo com obesos que se submeteram a cirurgia bariátrica demonstrou a existência de queixa de dor lombar em 29 dos 50 participantes da pesquisa²⁷. A dor nas costas segundo o estudo que correlacionou a dor com obesidade, mostrou que a probabilidade de acometer obesos do que não obesos é maior, pela mudança do

centro de gravidade, acarretando um movimento e deslocamento maior da área corporal, além da sobrecarga das articulações²⁸. Com o aumento do tecido adiposo, e sobrecargas, a prevalência de dor em ombros, escapula é maior nos pacientes obesos²⁷.

O estudo que avaliou a qualidade de vida e a dor osteoarticular, apontou uma ligação de sobrepeso com o aparecimento de artropatias e artralguas em membros inferiores²⁷.

Investigar, caracterizar, avaliar a intensidade e intervir no aspecto da dor é muito importante na prática dos enfermeiros, pois cuidados direcionados podem ser planejados. A dor vem sendo discutida como 5º sinal vital, por isso é essencial que ela seja vista tanto no pré como no pós-operatório de cirurgias que causem uma lesão tecidual, como a cirurgia bariátrica^{20,27,29}.

A literatura aponta que apesar de quantidades ainda reduzidas de estudo que avaliam a dor em pacientes no pré-operatório, ela existe, e em pacientes obesos em maior quantidade pelas alterações estruturais causadas pelo excesso de peso²⁷⁻²⁹. Destaca-se a importância de estudos mais aprofundados sobre os locais e tipo da dor em pacientes obesos, antes e após a cirurgia bariátrica, acarretando em mais consistência para a atuação direta nesses pacientes.

O mundo todo vive a crescente da obesidade, e esse agravo já faz parte da sociedade moderna em todos os lugares. Acrescido a isto, outras doenças caminham comitadamente, por isso a preocupação em fazer um tratamento adequado, desde medicamentos, tratamentos psicológicos, praticas saudáveis até formas mais radicais, como a cirurgia bariátrica^{24,25}. A busca pelo tratamento também é para resolução dos problemas de saúde que foram adquiridos com a obesidade^{20,21}.

A equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes obesos traz resultados mais eficientes, pois cada um interage o seu saber, falando as mesmas orientações para o paciente, e mostrando que o sucesso depende necessariamente dele^{24,25}.

O enfermeiro neste contexto pode mostrar suas habilidades através da linguagem mais simplificada, confirmando que o paciente compreendeu todo o processo, mostrando a responsabilidade compartilhada, e demonstrando disponibilidade em ajudar²⁴.

A avaliação do paciente no pré-operatório deve ser feita pelo enfermeiro, para obtenção de dados, que podem depois ser comparados no pós-operatório. O uso de

questionários fornecem dados importantes sobre as comorbidades, estado de saúde, práticas diárias, essa pratica pode auxiliar no planejamento de intervenções reais e necessárias para o paciente no momento correto. Pode constatar possíveis complicações e alertar para um tratamento precoce²².

Conclusão

O perfil dos pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica deste estudo foram predominantemente mulheres, adultas, com super obesidade e comorbidades como hipertensão arterial, problemas no estômago e pulmão, e diabetes mellitus associadas.

A equipe multiprofissional traz uma assistência mais completa e holística para o tratamento da obesidade, e o enfermeiro com um membro desta equipe tem um importante papel de conhecer o perfil do paciente que esta sendo atendido, realizar uma avaliação pré-operatória rigorosa, fazer com que o paciente seja ativo em toda a preparação, além de promover o apoio neste momento de transformação para que os melhores resultados sejam atingidos.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para melhorar a assistência de enfermagem a partir do conhecimento do perfil destes pacientes e da avaliação da dor, fazendo educação em saúde e orientando sobre as comorbidades e hábitos não saudáveis de vida, identificando a dor do paciente e buscar formas de diminuir ou minimizar os desconfortos que esta traz. A partir destes resultados novas metas poderão ser propostas para a assistência ao obeso que está em preparatório para a cirurgia bariátrica.

Referências

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva, 2013.
2. Wannmacher L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. PAHO. 2016;1(7):1-10.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2015.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, 2014.
5. Oliveira RMM, Passos, XS, Marques MS. Perfil do indivíduo candidato à cirurgia bariátrica no Hospital Geral de Goiânia-GO. J Health Sci Inst. 2013;31(2):172-5.

6. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(2):157-64.
7. Barros LM, Moreira RA, Frota NM, Caetano JA. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Aquichan.* 2015;15(2):200-9.
8. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4 ed. 2016;1:1-188.
9. Pivotti E, Pereira RA. O conhecimento dos pacientes acerca das condições pós-operatórias da cirurgia bariátrica em um município no sudoeste do Paraná. *Saúde em Revista.* 2015;14(37):3-13.
10. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Consenso Bariátrico 2008. Disponível em: <www.sbcbr.org.br/arquivos/download/consenso_bariatrico.pdf>. Acesso em 11 set. 2016.
11. Chistóforo BEB, Zagonel IPS, Carvalho DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Cog. Enferm.* 2006;11(1):55-60.
12. Riegel F, Silva FG, Siqueira DS, Dal Pai D. Perceptions of patients undergoing bariatric surgery guidelines pre-operative nursing team. *Revista de Enfermagem da UFPI.* 2014;3(3):53-7.
13. Camargo SMPL, Masari SP, Inácio T. Preparação multidisciplinar pré-cirurgia bariátrica na visão do cliente. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2012;6(32):4.
14. Ferreira MGB, Félix MMS, Galvão CM. Cuidados de enfermagem no perioperatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica *Rev Rene.* 2014;15(4):710-9.
15. Gramke HF, Rijke JM, Van Kleef M, Peters ML, Sommer M, Marcus MA. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Rev Clin J Pain.* 2009;25(6):455-60.
16. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute pain management: scientific evidence.* 3 ed. Melbourne: 2010.
17. Meldrum ML. A Capsule History of Pain Management. *Journal of American Medical Association,* 2003; 290(18):2470-75.
18. Melzack R, Wall PD. *The challenge of pain.* New York: Basic Books. 1982;33-41.
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. *Cad Saude Publica.* 2015;31(8):1587-601.
20. Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e5017.
21. Larêdo, SMP, Masari, SP, Inácio, T. Preparação multidisciplinar pré-cirurgia bariátrica na visão do cliente. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2012;6(32):4.
22. Barros LM, Frota NM, Moreira RAN, Araújo TM, Caetano JA. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015;36(1):21-7.
23. Barros LM, Moreira RAN, Frota NM, Araújo TM, Caetano JA. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2015;17(2):312-21.
24. Costa ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesidade em pacientes

- candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta paul. enferm.* 2009;22(1):55-9.
25. Agnolo CMD, Carvalho MDB, Pelloso SM. Cirurgia bariátrica em hospital ensino do Noroeste do Paraná. *Revista On-line da Assoc. Catarinense de Medicina.* 2014;43(1):9-14.
 26. Oliveira MS, Lima EFA, Leite FMC, Primo CC. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. *Cogitare enfermagem.* 2013;18(1).
 27. Grans R, Warth CF, Farah JFM, Bassitt DP. Qualidade de vida e prevalência de dor osteoarticular em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Einstein.* 2012;10(4):415-21.
 28. Marks R. Obesity profiles with knee osteoarthritis: correlation with pain, disability, disease progression. *Obesity.* 2007;15(7):1867-74.
 29. Hitt HC, McMillen RC, Thornton-Neaves T, Koch K, Cosby AG. Comorbidity of obesity and pain in a general population: results from the Southern Pain Prevalence Study. *J Pain.* 2007;8(5):430-6.