

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES OBESOS DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Clinical and epidemiological profile of obese patients from a pre-operative outpatient evaluation clinic

Perfil clínico y epidemiológico de pacientes obesos de un servicio ambulatorio de evaluación perioperatoria

Ana Caroline de Mendonça Motta¹ , Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes^{2*} , Glayson Carlos Miranda Vemer³ ,
Thaís Lôbo Campos⁴ , Wesley da Silva Araújo⁵ , Leonília Brelaz de Abreu⁶ , Letícia Santos Ribeiro⁷ ,
Rafael Villela Silva Derré Torres⁸ , Anna Karoline Carvalho Sousa⁹ , Tâmelá Beatriz Matinada da Silva¹⁰ , Janaina Ferreira Passos¹¹ 

RESUMO: **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes obesos de um serviço ambulatorial de avaliação perioperatória, realizado por enfermeiros e anesthesiologistas, baseado em estratificações e avaliações do risco cardíaco. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, composto por dados de 292 pacientes consultados pelo serviço ambulatorial de avaliação perioperatória, em que 88 foram identificados com obesidade. Foram analisadas variáveis demográficas, antropométricas (por índice de massa corporal — IMC), clínicas e cardíacas pelo teste do χ^2 . **Resultados:** Entre os pacientes, 30% eram obesos, dos quais 91% eram do sexo feminino. Em relação à presença de comorbidades, 50% eram portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 22% a tinham associada ao diabetes mellitus (DM). Foi verificada prevalência de ASA P2 (74%) e alto risco para tromboembolismo venoso (63%); em relação aos riscos cardíacos pelo ACP (American College of Cardiology / American Heart Association — ACP, modificado por Detsky), a maioria (74%) foi estratificada como risco intermediário. **Conclusão:** A significativa incidência de comorbidades constatada acusa a necessidade de utilizar estratégias multiprofissionais na assistência perioperatória, voltadas para a população obesa, sendo possível identificar vulnerabilidades e diminuir riscos aos quais o indivíduo está sujeito, ao submeter-se a procedimentos cirúrgicos.

Palavras-chave: Assistência perioperatória. Enfermagem perioperatória. Obesidade. Equipe multiprofissional. Segurança do paciente.

ABSTRACT: **Objective:** To describe the clinical and epidemiological profile of obese patients from a pre-operative outpatient evaluation clinic, performed by nurses and anesthesiologists based on cardiac risk assessment and stratification. **Method:** A descriptive, retrospective study, consisting of 292 patients consulted in the pre-operative outpatient evaluation clinic, in which 88 were identified as obese. Demographic, anthropometric (by body mass index - BMI), clinical and cardiac variables were analyzed using the χ^2 test. **Results:** 30% of the patients were obese, of which 91% were female. Regarding the presence of comorbidities, 50% had systemic arterial hypertension (SAH) and 22% had diabetes mellitus (DM). A prevalence of ASA P2 (74%) and high risk for venous thromboembolism (63%) was verified; in relation to cardiac risks according to the ACC (American College of Cardiology / American Heart Association - AHA, modified by Detsky), the majority (74%) was stratified/classified as intermediate risk. **Conclusion:** The significant incidence of comorbidities confirmed the need to use multiprofessional strategies in perioperative care, aimed at the obese population, with the possibility of identifying vulnerabilities and reduce the risks to the individual when undergoing surgical procedures.

Keywords: Perioperative care. Perioperative nursing. Obesity. Patient care team. Patient safety.

¹Enfermeira pela Universidade de Brasília (UnB); residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico na Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS-FEPECS) da Secretaria da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) – Brasília (DF), Brasil.

²Enfermeira da SES/DF; doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Coordenadora da Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico em Rede da ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

³Médico anesthesiologista da SES/DF; chefe da Unidade de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital Regional de Gama – Brasília (DF), Brasil.

⁴Enfermeira pela UnB; especialista em Centro Cirúrgico pela ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

⁵Enfermeiro pela Universidade Católica de Brasília (UCB); especialista em Centro Cirúrgico pela ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

⁶Enfermeira pela UnB; especialista em Centro Cirúrgico pela ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

⁷Enfermeira pela UnB; residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico na ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

⁸Major do Quadro de Oficiais Bombeiros Militares (QOBM); médico anesthesiologista do Corpo de Bombeiros Militares do Distrito Federal (CBMDF) – Brasília (DF), Brasil.

⁹Enfermeira pela ESCS-FEPECS; residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico na ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

¹⁰Enfermeira pela UnB; residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico na ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

¹¹Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); residente de Enfermagem em Centro Cirúrgico na ESCS-FEPECS da SES/DF – Brasília (DF), Brasil.

*Autora correspondente: jacquelinecchdbdf@gmail.com

Recebido: 08/06/2018 – Aprovado: 09/03/2019

DOI: 10.5327/Z1414-4425201900020003

RESUMEN: Objetivo: Describir el perfil clínico e epidemiológico de pacientes obesos de un servicio ambulatorio de evaluación perioperatoria, realizado por enfermeros y anestelistas, basado en estratificaciones y evaluaciones del riesgo cardíaco. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, compuesto por datos de 292 pacientes consultados por el servicio ambulatorio de evaluación perioperatoria, en que 88 fueron identificados con obesidad. Fueron analizadas variables demográficas, antropométricas (por índice de masa corporal — IMC), clínicas y cardíacas por el test de χ^2 . **Resultados:** Entre los pacientes, un 30% era obeso, del cual un 91% era del sexo femenino. Con relación a la presencia de comorbilidades, un 50% era portador de hipertensión arterial sistémica (HAS) y un 22% la tenía asociada a la diabetes mellitus (DM). Fue verificada prevalencia de ASA P2 (74%) y alto riesgo para tromboembolismo venoso (63%); con relación a los riesgos cardíacos por el ACP (American College of Cardiology / American Heart Association — ACP, modificado por Detsky), la mayoría (74%) fue estratificada como riesgo intermedio. **Conclusión:** La significativa incidencia de comorbilidades constatada acusa la necesidad de utilizar estrategias multiprofesionales en la asistencia perioperatoria, volcadas para la población obesa, siendo posible identificar vulnerabilidades y disminuir riesgos a los cuales el individuo está sujeto, a someterse a procedimientos quirúrgicos.

Palabras clave: Atención perioperatoria. Enfermería perioperatoria. Obesidad. Grupo de atención al paciente. Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

No ano de 2008, de acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram realizadas mais de 200 milhões de cirurgias. Estima-se, ainda, que ocorreram em torno de sete milhões de complicações e que houve cerca de dois milhões de óbitos, dos quais metade era de mortes evitáveis. Dessa forma, são necessárias ações seguras, que protejam o paciente durante procedimentos anestésico-cirúrgicos, uma vez que estes podem resultar em danos permanentes^{1,2}.

Para os próximos anos, é esperado aumento no número de procedimentos cirúrgicos não cardíacos, em decorrência do envelhecimento progressivo da população. Tais evidências apontam para a necessidade de absorver uma demanda crescente de avaliações perioperatórias para procedimentos, por vezes, associados à morbimortalidade significativa³.

No Brasil, temos uma população majoritariamente com excesso de peso (52%). Em relação à população cirúrgica, estima-se que 30% apresentará algum grau de obesidade⁴.

Uma vez indicada a intervenção cirúrgica, é importante estimar o risco cirúrgico, sendo relacionado a características específicas do paciente e da cirurgia, visando a estabelecer modificações específicas relevantes à condição clínica do paciente⁵.

Pacientes obesos estão mais propensos a riscos de eventos adversos evitáveis; têm risco aumentado para hipoxemia, atelectasia pulmonar, hipoventilação, maior dependência de ventilação mecânica, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), aspiração de conteúdo gástrico; eventos cardiovasculares, devido a comorbidades; hipertensão arterial, diabetes mellitus (DM), dislipidemia e arteriosclerose. O risco de eventos tromboembólicos no período perioperatório também é mais prevalente em pacientes obesos do que nos não obesos⁴.

Segundo a OMS, é possível classificar a gravidade da obesidade em pacientes a partir de três graus: Grau I (moderado excesso de peso), que corresponde ao valor do índice de massa corpórea (IMC) entre 30 e 34,9 kg/m²; Grau II (obesidade leve ou moderada), quando o valor do IMC está entre 35 e 39,9 kg/m²; e Grau III (obesidade mórbida), se o IMC ultrapassa o valor de 40 kg/m²⁶.

A avaliação pré-operatória no âmbito ambulatorial, que inclui a consulta pré-anestésica, promove a identificação de riscos associados ao ato anestésico-cirúrgico, aumenta a chance de um resultado cirúrgico satisfatório, além de ser eficaz na redução da ansiedade pré-operatória⁷.

O Ambulatório de Avaliação Perioperatória do Hospital Regional de Gama (APA-HRG) é um serviço voltado à avaliação perioperatória do paciente de um hospital geral. Os pacientes são atendidos por um grupo multiprofissional, composto por anestesiológicos e equipe de enfermagem, que, fundamentada em práticas baseadas em evidências, provém cuidados perioperatórios individualizados aos pacientes, em busca de melhores resultados cirúrgicos e da redução do tempo médio de permanência na internação antes da cirurgia eletiva e do número de suspensão de cirurgias⁸.

Durante a consulta ambulatorial pré-operatória, o enfermeiro identifica pacientes obesos ao calcular o IMC e realizar a antropometria⁸. O exame físico contempla, também, a verificação dos sinais vitais, ausculta cardiopulmonar, identificação de preditores de via aérea difícil (VAD). Com a equipe médica, os pacientes têm a estratificação de risco para SAOS, realizada por meio do escore STOP-BANG, assim como é aplicado o questionário de capacidade funcional (MET) e confeccionado o fluxograma de risco para trombose venosa (TEV), pelo algoritmo Safety-Zone. O médico anestesiológico, com a equipe de enfermagem, identifica os riscos cardíacos,

usando estratificações que mensuram o risco de desenvolver complicação cardíaca no período perioperatório, o que possibilita à equipe tomar decisões e buscar as melhores estratégias de prevenção e tratamento, incluindo adequações no manejo da doença de base³. Para tanto, são aplicadas, pelos anesthesiologistas, as estratificações da American Society of Anesthesiologists (ASA) e de risco cardíaco Lee (Índice de Risco Cardíaco Revisado de Lee — IRCR), ACP (American College of Cardiology / American Heart Association — ACP, modificado por Detsky), New York Heart Association (NYHA) e Risco Cardíaco para Procedimentos não Cardíacos^{3,9}.

Para o enfermeiro perioperatório identificar os riscos do paciente cirúrgico durante o pré-operatório, a avaliação inicial facilita a determinação dos diagnósticos de enfermagem, tornando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) possível¹⁰.

OBJETIVO

Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes obesos de um ambulatório de avaliação perioperatória do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, no qual foi realizada uma de coleta de dados das consultas realizadas no período de junho de 2014 a junho de 2016, no APA-HRG de um hospital geral do Distrito Federal.

Segundo o protocolo de serviço, são considerados pacientes de alto risco os que têm mais de 65 anos, ou menos de 65 anos com antecedentes mórbidos (alergias, doenças sistêmicas, uso de medicações de forma contínua), e/ou limitação física, e/ou limitação cognitiva, e/ou história prévia de intercorrência em procedimento anestésico-cirúrgico.

Foram incluídos no estudo os prontuários físicos e eletrônicos de pacientes obesos, maiores de 18 anos, com doenças cirúrgicas de tratamento eletivo, encaminhados pelas clínicas de cirurgia geral e subespecialidades, ginecologia e ortopedia. Prontuários de pacientes maiores que 18 anos e com IMC < 30 kg/m² foram excluídos da pesquisa. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário que reunia as principais informações contidas no questionário institucionalizado das consultas pré-operatórias do serviço. Ao criar esse banco de dados, foram estudadas as variáveis sociodemográficas e

antropométricas: sexo, idade, IMC, especialidade cirúrgica, doenças associadas, preditor de VAD, tabagismo e etilismo; as estratificações clínicas: classificação do estado físico pela ASA, classificação funcional pelo MET, classificação do risco de SAOS e classificação do risco de TEV; e as avaliações de risco cardíaco: Lee, ACP, NYHA e classificação do Risco Cardíaco Para Procedimentos Não Cardíacos^{3,9}.

Safety Zone é um algoritmo que utiliza dados clínicos de história pregressa e atual para estratificar o risco do paciente clínico e cirúrgico desenvolver TEV¹¹.

Segundo a III Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o algoritmo do ACP, o da ACC/AHA, do inglês American College of Cardiology / American Heart Association, e o IRCR são os mais indicados para identificar riscos cardíacos perioperatórios⁴.

Essas variáveis foram analisadas por meio do emprego do *software* estatístico R Development Core Team 2008 versão 3.3 para Windows[®], sendo apresentadas de forma descritiva em frequências absolutas e percentuais.

O trabalho de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob CAAE n° 60740916.8.0000.5553, sendo realizado em conformidade com as exigências da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Verificou-se que, entre 1° de julho de 2014 e 30 de junho de 2016, foram realizadas 292 consultas no APA-HRG. Entre essas, 88 foram em pacientes obesos que seriam submetidos a algum procedimento anestésico-cirúrgico.

A maior parcela dos prontuários de pacientes obesos (71/91%) pertencia ao gênero feminino. Em relação à idade, a maioria tinha mais de 60 anos (34/43,5%). Em relação aos hábitos de vida, grande parte afirmou não ser tabagista (63/71,5%). Os pacientes foram encaminhados principalmente pela Clínica Ginecológica (38/43,6%). Os achados estão apresentados detalhadamente na Tabela 1.

Ao estudar as variáveis clínicas descritas, a maioria dos participantes foi classificada como ASA P2, de acordo com o estado clínico proposto pela ASA. Em relação ao índice de Duke (MET), em torno de 5,9% obtiveram capacidade funcional ruim (1–4 METS), enquanto 41,6% apresentaram MET moderado (4–10 METS). Quanto ao risco de TEV, a maior parte apresentou alto risco de evento tromboembólico; e quanto à ocorrência de SAOS, 47,8% apresentaram alto risco para a síndrome (Tabela 2).

Em relação às comorbidades, obteve-se maior prevalência de prontuários com registro de hipertensão arterial sistêmica (HAS), ao passo que um número reduzido foi de prontuários de portadores de DM, conforme detalhado na Tabela 2.

Quanto aos resultados das estratificações referentes ao risco cardíaco apresentadas na Tabela 3, a amostra foi majoritariamente (52,3%) classificada como Lee I. O NYHA obteve classe funcional I (82,2%) como a estratificação prevalente, conforme detalhado na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Da população selecionada obteve-se uma amostra de pacientes obesos de 30%, coerente com estimativa da Sociedade Brasileira de Cardiologia para pacientes cirúrgicos em âmbito nacional⁴.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e perfil da população obesa atendida no Ambulatório de Avaliação Perioperatória do Hospital Regional de Gama (APA-HRG). Brasília (DF), 2016.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
<20	00	0,0
20–40	12	15,3
41–60	32	41,0
>60	34	43,5
Sexo		
Feminino	71	91,0
Masculino	07	8,9
Clínica		
Ginecologia	38	43,6
Ortopedia	28	32,1
Geral	17	19,5
Mastologia	02	2,2
Vascular	01	1,1
Outras	01	1,1
Tabagismo		
Sim	09	10,2
Não	63	71,5
Ex-tabagista	16	18,8
Preditor de via aérea difícil		
Sim	36	46,1
Não	42	53,8

Tabela 2. Dados clínicos de pacientes obesos atendidos pelo Ambulatório de Avaliação Perioperatória do Hospital Regional de Gama (APA-HRG). Brasília (DF), 2016.

Variáveis	n	%
ASA		
P1	09	10,3
P2	65	74,7
P3	13	14,9
MET		
Excelente	44	52,3
Moderado	35	41,6
Ruim	05	5,9
SAOS		
Sim	33	47,8
Não	36	52,1
TEV		
Alto	55	63,9
Moderado	18	20,9
Baixo	13	15,1
HAS	44	50,5
HAS+DM	20	22,9
DM	03	3,4
Nega HAS ou DM	20	22,9

ASA: American Society of Anesthesiologists; MET: Classificação Funcional; SAOS: síndrome de apneia obstrutiva do sono; TEV: tromboembolismo venoso; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus.

Tabela 3. Estratificações cardíacas realizadas em pacientes obesos pelo Ambulatório de Avaliação Perioperatória do Hospital Regional de Gama (APA-HRG). Brasília (DF), 2016.

Variáveis	n	%
LEE		
I	45	52,3
II	35	40,6
III	05	5,8
IV	01	1,1
ACP		
Alto	02	0,9
Baixo	18	7,6
Intermediário	57	24,5
NYHA		
I	51	82,2
II	08	12,9
III	02	3,2

LEE: Índice de Cardíaco Revisado de Lee; ACP: American College of Cardiology/American Heart Association – ACP, modificado por Detsky; NYHA: New York Heart Association.

Os resultados referentes ao sexo apontaram maior número de mulheres obesas na amostra, o que contrasta com os dados de pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em que a obesidade é majoritariamente masculina na população brasileira¹². O contraste se justifica pelo maior número de encaminhamentos que o ambulatório obteve da Clínica Ginecológica para a consulta pré-operatória¹³.

Ainda assim, a faixa etária mais prevalente foi de obesos acima de 60 anos, o que corrobora os dados encontrados pela VIGITEL, em que a proporção de mulheres obesas, em relação aos homens, aumenta após os 64 anos¹².

Outro estudo trouxe resultado semelhante, quando identificou 28,9% de pacientes obesos em seu perfil epidemiológico de um ambulatório pré-operatório. Desses, o predomínio também foi de mulheres, sendo a frequência da obesidade aumentada na faixa etária de 45 a 54 anos para homens e de 55 a 64 anos para mulheres¹⁴.

O risco de morbimortalidade do indivíduo obeso está diretamente relacionado ao ganho de peso, tendo em vista que o aumento corporal é associado a doenças não transmissíveis, por exemplo: HAS, DM, hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE), disfunção na capacidade cardiorrespiratória, arritmias, isquemia miocárdica, infarto agudo do miocárdio (IAM), asma, SAOS, tromboembolismo pulmonar (TEP) e hipertensão pulmonar^{15,16}.

Pacientes com obesidade apresentam 2,9 vezes mais risco de desenvolver DM e HAS do que pacientes com IMC dentro dos parâmetros normais. Com isso, mais da metade da amostra tem diagnóstico HAS, mas poucos indivíduos desenvolveram ambas as comorbidades¹⁷.

Referente às estratificações clínicas, a classificação ASA teve maior frequência de ASA P2, o que é caracterizado por doença sistêmica moderada, sem limitação funcional e se justifica pela prevalência de HAS e DM entre os pacientes. Uma metanálise mostrou que o ganho de 1 kg de massa corporal está associado com o aumento de 1,2 a 1,6 mmHg na pressão sistólica e de 1,0 a 1,3 mmHg na pressão diastólica¹⁷.

O preditor de VAD, que é um dos parâmetros usados para prever dificuldades na laringoscopia durante a indução anestésica, pode ocorrer devido a maior circunferência do pescoço no obeso e devido ao aumento na Classificação de Mallampati. Esta, por sua vez, é a classificação da dificuldade em visualizar a orofaringe¹⁸.

Quanto a esses indicadores, percebe-se um número relevante na amostra de indivíduos com preditores de via aérea complicada. A associação direta entre a obesidade e a

laringoscopia difícil ainda é contraditória na literatura. Em um estudo, 100 pacientes com $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$, que apresentavam aumento da largura cervical e classificação de Mallampati ≥ 3 , não obtiveram laringoscopia direta, exceto um; ou seja, apenas 1% desses obesos apresentou intubação difícil¹⁸.

A aplicação da escala do MET para avaliar capacidade funcional em indivíduos com IMC elevado mostrou que mais da metade obteve capacidade funcional excelente, realizando atividades e tarefas do cotidiano sem queixas. Evidencia-se que 41,6% têm capacidade funcional moderada, visto que alguma queixa ou limitação para realização dessas atividades foi relatada¹⁹.

O IMC está associado à SAOS, que pode acarretar hipóxia, prejudicando o pós-operatório. A fisiopatologia da SAOS é definida pelas pausas respiratórias intercaladas com microdespertares, que caracterizam o evento de apneia. A prevalência da SAOS em obesos alcança 40% em indivíduos com sobrepeso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) e pode chegar a 90% nos pacientes com $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ²⁰.

No estudo em questão, por meio do score STOP-BANG, houve pacientes estratificados com alto risco para existência de SAOS. A apneia de sono pode apresentar complicações para a clínica do paciente, por exemplo, o aumento da pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial, causando dessaturação da oxi-hemoglobina, por conta da falta de ventilação alveolar²⁰.

A SAOS pode ser um agravante dentre os demais eventos respiratórios adversos presentes no obeso. O aumento do IMC leva ao estreitamento da faringe, causando comprometimento da estrutura das vias aéreas superiores e diminuição do volume pulmonar, em razão da baixa expansão da caixa torácica. Essa condição é agravada, pois o tecido adiposo secreta adipocinas, que estão relacionadas à diminuição do controle neuromuscular²¹.

Além da SAOS, o risco de atelectasia e a síndrome de hipoventilação estão presentes, muitas vezes devido à diminuição das capacidades vital e residual funcional, bem como do volume expiratório forçado²⁰.

A síndrome de hipoventilação no obeso é definida pela hipercapnia em vigília (pressão arterial de dióxido de carbono $\geq 45 \text{ mmHg}$), acompanhada pela hipóxia. A prevalência de síndrome de hipoventilação em pacientes já com diagnóstico de SAOS é de 11% e entre os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica é de 8%. Pacientes portadores da síndrome de hipoventilação possuem aumento esperado dos níveis de HCO_2 , o que também pode ser usado como ferramenta para chegar aos possíveis diagnósticos de enfermagem²².

As complicações pós-operatórias que têm mais desfechos compostos por morte no obeso são o TEV e o TEP, que possuem riscos mais elevados nesses pacientes e são recorrentes em pós-operatórios de cirurgias bariátricas, porém, podem ser minimizados⁴.

Um dos estudos mais completos de método prospectivo e avaliação longitudinal com pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica verificou mortalidade de 0,3% em 30 dias, sendo o desfecho composto por morte, trombose venosa profunda (TVP) e TEP²³. Na amostra deste estudo, a maioria dos indivíduos foi estratificada pelo Safety Zone como pacientes de alto risco para o desenvolvimento de TEP/TEV e 20,9% foram estratificados como de risco moderado.

O risco de desenvolvimento de um evento tromboembólico pode ser minimizado. A aplicação do algoritmo, além de realizar a classificação de risco do sujeito, sugere o tratamento de trombopprofilaxia adequado segundo a estratificação do paciente. O risco e a profilaxia de TEP/TEV vêm sendo subutilizados pelas clínicas cirúrgicas, diminuindo a segurança do perioperatório e colocando em risco o paciente obeso, que tem maior chance de eventos tromboembólicos⁴.

Enquanto isso, o risco de um evento cardíaco perioperatório adverso está relacionado ao grau de obesidade, às comorbidades associadas e ao tipo de cirurgia realizada. O ACP usa, na sua classificação, avaliação clínica, eletrocardiográfica, presença de IAM ou edema agudo de pulmão prévio. O algoritmo Lee propõe quatro classes de risco para os pacientes, segundo algumas variáveis relacionadas a cirurgias de alto risco, que são: IAM, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), história de doença cerebrovascular, creatinina sérica >2,0 mg/dL e diabetes insulino dependente⁹. Assim, foi classificado, de forma majoritária, o ACP intermediário, seguido do ACP baixo, na maior parte dos pacientes obesos que entraram na classificação Lee I, em que não foi apresentada nenhuma das variáveis; “porém, na segunda maior classificação - Lee II -, os pacientes apresentaram uma das variáveis descritas⁹.

A estratificação NYHA é uma escala amplamente utilizada, indicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia para identificar sujeitos com ICC e insuficiência coronariana, seu estágio e acompanhar sua progressão. A escala também pode ser usada para avaliação perioperatória, minimizando os riscos de a doença prejudicar os períodos intra e pós-operatório. A maioria dos pacientes estudados não apresentou sintoma da doença, sendo classificada como NYHA I, e apenas 12% foram categorizados como NYHA II, sugerindo algum sintoma das doenças⁴.

A identificação dos riscos clínicos para o paciente obeso norteia o cuidado do enfermeiro. Para tanto, utiliza-se o Processo de Enfermagem baseado em uma assistência individualizada, avaliando todas as fases do período perioperatório durante a consulta de enfermagem^{24,25}.

Sendo a SAEP indispensável na assistência ao paciente cirúrgico, a visita pré-operatória ou o atendimento ambulatorial pré-operatório se tornam protagonistas no início do planejamento do cuidado. Para o seguimento do planejamento de enfermagem, é necessária a fundamentação dos riscos e diagnósticos previamente identificados. Diante disso, é importante que os riscos perioperatórios do paciente obeso, identificados neste estudo, sejam levados em consideração no momento da escolha do diagnóstico de enfermagem¹⁰.

Uma importante limitação do estudo foi a dificuldade de acesso aos prontuários físicos, diante da transição de prontuário físico para o eletrônico que ocorreu na instituição sede do estudo no período de coleta de dados.

CONCLUSÃO

Da população estudada, observou-se que 30% tinha IMC >30 kg/m². Destes, 91% eram mulheres, mais de 50% apresentavam HAS e 22% tinham HAS associada ao DM. Das estratificações clínicas, obtiveram-se números significativos, como o aumento do ASA P2, que mostrou que grande parte dos indivíduos tem alguma comorbidade diagnosticada, mesmo que tratada. Foi encontrado alto risco para TEV na maioria dos pacientes, o que possibilita que a equipe sugira profilaxia mais adequada. Foi possível prever eventos de apneia no pós-operatório em 40% dos sujeitos, tendo em vista que eles apresentaram alto risco para SAOS.

O trabalho multidisciplinar em contexto perioperatório facilita a identificação de vulnerabilidades em pacientes obesos e os riscos aos quais a doença os predispõem, viabilizando a diminuição desses riscos por meio de condutas profiláticas que, a partir de então, podem ser tomadas, proporcionando períodos intra e pós-operatório mais seguros.

Salienta-se a importância do enfermeiro no planejamento perioperatório ambulatorial, realizando papel essencial junto à equipe e ao paciente, além da conveniência em conhecer o paciente fora do Centro Cirúrgico, o que é um facilitador para a implementação da SAEP, e podendo realizar com ele todo o planejamento assistencial, sanando dúvidas e realizando as orientações necessárias ao paciente e à sua família.

REFERÊNCIAS

- Monteiro E, Melo C, Amaral T, Prado P. Safe surgery: elaboration of an instrument for perioperative nursing care. *Rev SOBECC*. 2014;19(2):99-109. <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.016>
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
- Santos IS, Bittencourt MS. Heart failure. *Rev Med [Internet]*. 2008 [acessado em 10 nov. 2017];87(4):224-31. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59083/62069>
- Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D, Fornari LS, et al. III Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(3 supl. 1):75-7. <https://doi.org/10.5935/abc.20170140>
- Carvalho RWFD, Pereira CU, Laureano Filho JR, Vasconcelos BCDE. The surgical patient: part I. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac [Internet]*. 2010 [acessado em 1º out. 2017];10(4):85-92. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/12.pdf>
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).
- Schwartzman UP, Batista KT, Duarte LDT, Saraiva RA, Fernandes MCBC, Costa VV, et al. Complicação anestésica em hospital de reabilitação: a incidência tem relação com a consulta pré-anestésica? *Braz J Anesthesiol [Internet]*. 2014 [acessado em 1º out. 2017];64(5):357-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.024>
- Sena AC, Nascimento ERP, Maia ARCR. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):132-7. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300017>
- Loureiro BMC, Feitosa-Filho GS. Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2014;12(4):314-20.
- Ribeiro E, Ferraz KM, Duran EC. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Rev SOBECC*. 2017;22(4):201-7. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040005>
- Chung F, Abdullah HR, Liao P. STOP-Bang Questionnaire: a practical approach to screen for obstructive apnea. *Chest [Internet]*. 2016 [acessado em 8 nov. 2017];149(3):631-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26378880>. <https://doi.org/10.1378/chest.15-0903>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilante Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Druszcz RMB, Botogoski SR, Pires TMS. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2014;59(3):144-51.
- Santos ML, Novaes CO, Iglesias AC. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de avaliação pré-anestésica de um hospital universitário. *Braz J Anesthesiol*. 2017;67(5):457-67. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.06.002>
- Pereira RB. Acometimento cardíaco e pulmonar no pré e no pós-operatório tardio de gastroplastia [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2014.
- Souza GES, Prudenciatto MR, Tanaka RS, Martelli A, Delbim LR. Exercícios físicos como ferramenta de enfrentamento às comorbidades associadas à obesidade: revisão de literatura. *Arch Health Invest [Internet]*. 2016 [acessado em 12 nov. 2017];5(2):112-9. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1307/pdf>. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i2.1307>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, n. 12 Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brodsky JB, Lemmens HJ, Brock-Utne JG, Vierra M, Saidman LJ. Morbid obesity and tracheal intubation. *Anesth Analg*. 2002;94(3):732-6.
- Myers J, Prakash M, Froelicher VD, Do D, Partington S, Atwood J. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*. 2002;346(11):793-801. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa011858>
- Silva GA, Sander HS, Eckeli AL, Fernandes RMF, Coelho EB, Nobre F. Conceitos básicos sobre síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(3):150-7.
- Daltro CHC, Fontes FHO, Santos-Jesus R, Gregório PB, Araújo LMB. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: associação com obesidade, gênero e idade. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(1):74-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000100011>
- Abdulla H, Chung F. Perioperative management for the obese outpatient. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2014;27(6):576-82. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000129>
- Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium, Flum DR, Belle SH, King WC, Wahed AS, Berk P, et al. Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2009;361(5):445-54. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0901836>
- Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde*. 7ª ed. Barueri: Manole; São Paulo: SOBECC; 2017.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2009 [acessado em 23 jan. 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html