

ATRIBUIÇÕES CAUSAIS A OBESIDADE NA VISÃO DOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL PRÉ-CIRURGICO BARIÁTRICO

ZULIAN, Fabiana¹
PAPPEN, Débora Regina Poletto²
BERTO, Nanci Rouse Teruel³

RESUMO

Este artigo procura explorar a prevalência de pacientes que conhecem as causas da obesidade, o grupo escolhido foram todos os pacientes em acompanhamento nutricional para realização da cirurgia bariátrica pelo SUS. Para coleta dos dados foi utilizado a ficha de anamnese de cada paciente, em que o indivíduo tinha possibilidade de escolha dentre várias alternativas causais a obesidade, além de informações como: idade, sexo, diagnóstico nutricional, escolaridade e histórico de ganho de peso. Os dados são bastante relevantes, uma vez que a maioria dos pesquisados atribuíram a falta de hábitos alimentares corretos e ao sedentarismo como as maiores causas da obesidade e ao se buscar a veracidade das causas por meio de referências bibliográficas apontaram que, a alimentação e a atividade física são os principais fatores para a determinação desta doença, portanto os pesquisados conhecem as causas. Também se verificou que neste grupo a obesidade acomete mais as mulheres, diferente de estudos que apontam os indivíduos do sexo masculino, por outro lado os menos instruídos caracterizam a maior parte da população, confirmando conclusões de recentes pesquisas. Portanto, este trabalho estabelece-se como um mecanismo de orientação, para familiares e profissionais de saúde, a fim de melhorar o tratamento para pessoas obesas, de modo que sejam encaminhados ao tratamento com especialistas.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Causas.

ASSIGNMENT CAUSAL OBESITY IN VIEW OF PATIENTS IN MONITORING NUTRITIONAL BARIATRIC PREOPERATIVE

This article explores the prevalence of patients aware of the causes of obesity; the chosen group were all patients at nutritional counseling to bariatric surgery by SUS. For data collection was used the anamnesis form of each patient, in which the individual had a choice of several causal alternatives obesity, as well as information such as age, sex, nutritional diagnosis, education and weight gain history. The data are quite relevant, since most studied attributed to lack of proper eating habits and inactivity as major causes of obesity and to check the veracity of the causes by means of references pointed out that the feeding and physical activity are the main factors for the determination of this disease, so these people knows the causes. It was also found that this group obesity affects more women; other studies indicated that the males, in the other hand the less educated characterize the majority of the population, confirming results of recent research. Therefore, this work establishes itself as a guidance mechanism for family members and healthcare professionals in order to improve treatment for obese people, so that they can be directed to treatment with specialists.

PALAVRAS-CHAVE EM LÍNGUA ESTRANGEIRA: Obesity, Bariatric Surgery, Causes.

1. INTRODUÇÃO

Muitas pessoas ao nascer ganham um presente chamado saúde e já nos primeiros anos de vida, tendem a achar que este benefício nunca irá acabar. Adotam um estilo de vida que nem sempre é o mais adequado para se alcançar a longevidade, pois o organismo humano necessita de condições saudáveis e não é o que se está observando nas últimas décadas. O aumento de doenças faz-se concluir que algo está errado, a obesidade é uma delas. O desequilíbrio entre o que é ingerido e o que é gasto por um indivíduo basicamente define a obesidade, mas existem outros fatores que contribuem para o ganho em excesso de peso, como o sedentarismo e as facilidades do dia a dia. A obesidade é um grave problema de saúde pública no Brasil, sabe-se que acarreta a muitas outras doenças como a hipertensão e o diabetes, por isso a população tem se visto no desafio de manter-se no peso ideal. Muito comum em sociedades desenvolvidas, e se tornando uma condição frequente em subdesenvolvidas, vários tratamentos intervencionistas na dieta assim como farmacológicos e cirúrgicos, foram estabelecidos para a sociedade como uma forma de conter este estado nutricional, já designado como DCNT (doença crônica não transmissível), é uma epidemia da modernidade. (MANN e TRUSWELL, 2009).

Segundo Claudino e Zanella (2005), a revolução industrial foi um dos principais fatores para o aumento do peso corpóreo da população, pois promoveu mudanças nos hábitos de vida da sociedade, como a menor atividade física e alimentação mais energética, sendo hoje considerada epidêmica e um grave problema da saúde pública mundial.

Diante dos fatos apresentados, um dos grandes problemas do paciente obeso, é o desconhecimento das causas que o levaram a esta condição nutricional, por isso a consciência dos fatores, pode fazer com que o excesso de peso na população seja menos incidente, já que o indivíduo saberá qual o caminho correto a seguir para se alcançar o estado saudável de vida.

Por isso, o objetivo deste artigo então, é buscar relacionar as atribuições causais ao ganho em excesso de peso na visão dos pacientes em acompanhamento pré-cirúrgico bariátrico, assim como a veracidade destes fatores, relacionando

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: fabizulian@gmail.com

² Professora orientadora, docente do Curso de Nutrição da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: de_poletto@hotmail.com

³ Professora coorientadora, coordenadora do Curso de Nutrição da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: nanci@fag.edu.br

o histórico de ganho de peso e chamando a atenção para características que muitas vezes são descritas como causadoras de obesidade e que nem sempre são os grandes culpados para a determinação da patologia.

A apresentação deste estudo está delineada seguindo uma trajetória composta primeiramente pela metodologia utilizada, seguida pelo referencial teórico, são apresentados os resultados encontrados e as discussões respectivas dos dados, e por fim são descritas as considerações a respeito das conclusões obtidas, para assim se ter uma melhor compreensão da estrutura geral deste artigo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A obesidade é um estado nutricional que provoca muitos riscos à saúde, em que o tecido adiposo contém estoques excessivos de gordura para altura, peso, sexo e raça do indivíduo. É denominada uma doença diagnosticada através de várias técnicas e o cálculo do IMC (Índice de massa corporal) é uma delas. É determinado pela razão entre peso e o quadrado da altura (kg/m^2). Adultos com IMC maior que $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ são classificados como obesos. De acordo com o Quadro 2 é possível verificar as classificações para o IMC encontrado (MANN E TRUSWELL, 2009).

Quadro 2 – Classificação de acordo com o IMC

IMC (kg/m^2)	Classificação
< 18,5	Abaixo do peso
18,5 a 24,9	Faixa normal
$\geq 25,0$	Sobrepeso
25 a 29,9	Pré obeso
≥ 30	Obeso
30 a 34,9	Classe I
35,0 a 39,9	Classe II
≥ 40	Classe III

Fonte: Adaptado de Mann e Truswell, 2009.

3.1 Problema econômico

De acordo com Claudino e Zanella (2005), em 1995 quando analisadas, em âmbito mundial, as mortes em indivíduos adultos atribuídas ao excesso de peso foi de 1 milhão, representando o dobro de mortes ocasionadas pela desnutrição, assim é apropriado concluir que a obesidade como uma problemática se sobrepôs a antigas esfinges da sociedade como a própria desnutrição e também doenças infectocontagiosas.

De acordo com Mazzocante, Moraes e Campbell (2012), em estudo realizado sobre o crescente aumento de gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas nos anos de 2008 a 2011, concluíram que à medida que se acumulavam gastos com tratamento de indivíduos obesos, aumentavam também gastos com diabetes, hipertensão e infarto agudo do miocárdio, estas caracterizadas como doenças associadas a obesidade. Em países desenvolvidos, estudos mostram que ao comparados os gastos totais com saúde e os que estão relacionados a esta enfermidade, é um dos mais altos sendo que nos Estados Unidos se equiparam aos da diabete e superam as despesas relacionadas à hipertensão e doença arterial coronariana (CLAUDINO e ZANELLA, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), em pesquisa realizada no ano de 2014 através da VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), contactou-se que 17,9% da população brasileira está obesa e 52,5% dos mesmos estão acima do peso, sendo que no ano de 2006 quando realizada a mesma pesquisa era de 43%, portando cresce no país o excesso de peso. O estudo também verificou que o excesso de peso é maior no sexo masculino, acomete os menos instruídos, e enfatizou que a obesidade leva a doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer e estas doenças são responsáveis por 72% dos óbitos no país.

Para Silva e Mura (2010), a obesidade mórbida é a classificação de maior risco dentre as de excesso de peso, possui um tratamento muito complicado, pois nem sempre dieta e exercício físico são eficientes, pois estes indivíduos já possuem um histórico de tentativas que falharam, tratamentos para perda de peso, e ainda mais agravante a manutenção do peso perdido, por isso busca-se a alternativa mais eficiente e com efeito mais duradouro que são as cirurgias bariátricas. Assim pacientes submetidos a esta cirurgia mostraram além da perda absoluta de peso, a redução de fatores de risco associados como melhora da hipertensão arterial sistêmica, melhora da hiperlipidemia, diabetes tipo 2 e possibilidade de melhora das funções renais (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2010).

3.2 Fatores

Sabe-se que existem muitos estudos buscando respostas para se tentar entender sobre a obesidade e como ela conseguiu se tornar um mal tão epidemiológico, e as respostas encontradas seguem a mais diferentes linhas, muitas vezes conflitantes, fatores como a influência genética, hormonal e substância lipídicas reguladores de apetite e saciedade, frequência de atividade física, consumo alimentar, influência do peso ao nascer e até mesmo o tempo despendido em frente a televisão (BARROS FILHO, 2004).

De acordo com Pereira (2015), há alguns anos a ciência estuda o efeito da genética no ganho de peso, sendo que um desses estudos contatou mais de 140 pontos do genoma humano associados ao acúmulo de peso, assim quanto maior o número desses genes maior seria a probabilidade de engordar, assim como outra pesquisa que descobriu uma variação em um gene chamado FTO que eleva o risco a obesidade por estar presente no hipotálamo, que atua no controle de fome e saciedade.

Para Romero-Velarde (2006), em seu estudo sobre a relação dos hábitos alimentares e a obesidade em crianças e adolescentes, visualizou que no grupo obeso, o consumo de calorias, gordura e colesterol por refeição era maior que no grupo das crianças não obesas, assim o autor salientou que o consumo de alimentos de elevado teor calórico, ricos em açúcares simples e gorduras saturadas influenciam no balanço de energia corporal. Em outra pesquisa, que buscou associar a obesidade à alimentação também realizada em adolescentes de município de Piracicaba – SP Enes *et al.* (2009), percebeu que A ingestão de lipídios pelos obesos foi ligeiramente superior aos adolescentes eutróficos, destacando que o consumo chegou muito próximo aos 30% do limite aceitável na dieta.

Outra causa que explica o sobrepeso e a obesidade é uma doença psicológica chamada transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) que é caracterizada por episódios de compulsão alimentar que se repetem e sem comportamentos compensatórios como a indução ao vômito nos casos de bulimia nervosa, estes episódios são descritos pela ingestão de grande quantidade de comida mesmo sem a presença de fome, causando no indivíduo sentimentos como culpa, angústia, tristeza, vergonha e repulsa por si mesmo e é constatada em 30% dos pacientes obesos que buscam tratamento para emagrecer, sendo assim observado uma relação positiva entre a apresentação do transtorno e o aumento da adiposidade (DUCHESNE *et al.*, 2007).

A respeito das alterações hormonais, Van de Sande-lee e Velloso (2012), afirmam que existem mecanismos capazes influenciar a perda do controle homeostático do balanço energético, isto é, fazer com o gasto calórico e a ingestão alimentar não estejam nos mesmos parâmetros, desenvolvendo assim um processo inflamatório no hipotálamo e eventualmente uma lesão neuronal, causando a resistência local a ação de hormônios como a leptina e insulina, este responsável por informar o hipotálamo sobre as reservas energéticas e aquele produzido principalmente pelas células adiposas e também tem a função de avisar hipotálamo o tamanho das reservas de lipídios, sendo que a elevação de suas taxas ocasionam a redução da ingestão alimentar e aumento do gasto energético, assim há indícios de que os mesmo pode ocorrer em pacientes obesos ou com outras doenças relacionadas.

O hormônio grelina também é bastante associado a adiposidade em excesso, conforme Romero e Zanesco (2006), ele é produzido no estômago e seu papel é a sinalização dos centros hipotalâmicos que regulam a ingestão alimentar e o balanço energético, envolvido na iniciação do processo alimentar e explicam que foram realizados estudos com roedores que sugerem que este hormônio diminui o metabolismo de lipídios e aumenta a ingestão alimentar e os depósitos de gordura no corpo. Por outro lado, Rodrigues *et. al.* (2003) afirma que a maioria dos obesos possui níveis de grelina menores aos de uma pessoa normal, porém uma pessoa que segue uma dieta nutricional hipocalórica induz a um aumento dos níveis deste hormônio e por consequência o aumento do apetite.

De acordo com Ferreira *et al.* (2007), no hipotireoidismo também ocorre o ganho em excesso de peso, pois quando ocorre esta patologia o gasto energético do organismo é reduzido e acúmulo de líquidos pelo corpo se torna mais incidente. Continuam os autores que quanto à deficiência do hormônio do crescimento, também explica o acúmulo de gordura em regiões centrípetas e o atraso da idade óssea, isto é, quando comparadas crianças da mesma faixa etária, a percepção de que a criança que apresenta falhas nos índices de produção de hormônio GH terá menos altura e gordura mais aparente que a criança que se encontra com índices normais.

Estima-se que entre 40% a 70% das características visuais de um indivíduo, cientificamente conhecido como fenótipo, está associada ao caráter hereditário, isto é a carga genética herdada dos pais e a influência da causa da obesidade pode manifestar-se através das alterações no apetite ou no gasto energético, validando a hipótese de que existe uma predisposição genética para a doença, sobre a qual influenciam fatores ambientais, visto que a população mundial está engordando (MARQUES-LOPES, 2004).

De acordo com Lacerda e Leal (2004), a gestação, como um acontecimento de vida, é um dos períodos mais críticos para mulher pois é nesta fase em que a mulher mais se expõe a fatores que podem levar a obesidade, como a mudança nos níveis plasmáticos de insulina e leptina, pois aquela tem relação com a lipogênese, e as gestantes que possuem taxas elevadas de insulina possuem maior probabilidade de ganho de peso, assim como a leptina elevada que também contribui para o aumento dos depósitos de gordura. Continuam as autoras que durante o período de gravidez o

corpo da mulher se prepara para lactação, e que começa a armazenar nutrientes dentre eles a gordura para poder suprir as necessidades do bebê e também expõe que a raça influencia para a retenção de peso pós-parto, afirmando que mulheres negras possuem mais chance para que isso ocorra, assim como o IMC da mulher antes de engravidar, consumo alimentar e atividade física.

Por outro lado, a obesidade não está associada a fatores emocionais, nem existe um tipo específico de personalidade que caracterize esse estado nutricional, mas pode estar associada aos prejuízos psicossociais, comprometendo a saúde emocional, devido a estigmas criados pela sociedade, em que as pessoas obesas são julgadas pela sua aparência e por não conseguir controlar seu próprio é definido como uma pessoa preguiçosa e desleixada (VANNUCCHI E MARCHINI, 2014).

Outro fator que está intimamente ligado à obesidade, é a falta de exercícios físicos, em que o mundo das facilidades em que hoje se vive, fundamentado nas tecnologias resultam em alterações na quantidade e no padrão de exercícios físicos e contribuem diretamente para o ganho ponderal de peso (MANN e TRUSWELL, 2011). Continuam os autores que a prevalência de excesso de peso em crianças está diretamente relacionada as horas em que elas passam em frente a televisão.

3.3 Consequências

A obesidade está associada as mais diversas doenças que prevalecem na população, sendo que o maior risco está para o desenvolvimento de *diabetes mellitus*, que para Jung (1997), aumenta-se esse risco em 93 vezes em mulheres e 42 vezes nos homens, assim como na predisposição para outras doenças do trato gastrointestinal, neoplasias, além de doenças coronarianas que se apresenta como a maior causa de morte relacionada ao excesso de peso.

Outros dados comprovam que a esteatose hepática não alcoólica está associada à obesidade podendo progredir para uma doença hepática terminal, assim como as correlações com problemas de cicatrização, infertilidade e resposta ruim de anticorpos à vacina contra hepatite B, fazem com que esse mal seja uma das grandes preocupações mundiais (MAHAN, ESCOTT-STUMP E RAYMOND, 2012).

Continuam os autores que, a síndrome metabólica que pode ser desencadeada pelo excesso de peso e por consequência o aumento da gordura visceral, determina-se como um risco para doença arterial coronariana, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, além de baixas concentrações de condicionamento cardiorrespiratório, assim se associando a um perfil cardiometabólico deteriorado.

Também é importante ressaltar os problemas mecânicos ocasionados pelo peso em excesso, como a osteoartrite no joelho que possui uma relação diretamente proporcional ao ganho de peso, porém o tecido adiposo aumentado interfere no metabolismo esquelético, devido a alterações nos níveis de estrogênio, desregulando toda uma cadeia de reações hormonais (FRANCISCHI, *et al.* 2000).

3.4 Tratamento

Os tratamentos destinados à obesidade sofreram várias alterações significativas, pois o objetivo terapêutico final é o alcance do peso saudável e não mais o peso ideal, o que para muitas pessoas é determinado pela perda de 5 a 10% do inicial (REVISTA ASSOCIAÇÃO MÉDICA, 2001). Sabe-se que a perda de peso, em especial a gordura corporal, em pacientes que detém a obesidade, melhora muito a qualidade de vida do indivíduo e diminui riscos de morbidade e mortalidade. Para isso os tratamentos para obesidade devem ser focados na redução de gordura corporal, pois de acordo com Francischi *et al.* (2000), somente este tipo de redução pode gerar efeitos benéficos a saúde.

Os tratamentos para redução de peso mais promissores integram escolhas alimentares mais saudáveis, exercícios físicos e modificação no estilo de vida, por outro lado essas alterações nem sempre se tornam realidade, e outros tratamentos como a ingestão de fármacos e a intervenção cirúrgica podem ser apropriadas em algumas circunstâncias, porém deve ser estabelecido ao paciente que o método imposto não é um substituto para necessidade de mudança nos padrões alimentares e de atividade física (MAHAN, ESCOTT-STUMP E RAYMOND, 2012).

Independentemente do tratamento abordado, mudanças nos hábitos alimentares são necessárias, pois o gasto energético do indivíduo deve ser maior com relação ao quanto é consumido, para isso essas modificações nesses padrões ocorrem de forma gradativa e individualizadas, sendo recomendado o fracionamento das refeições redução na quantidade de gordura da dieta e no aumento da ingestão de fibras (VANNUCCHI E MARCHINI, 2014).

Tratamentos com fármacos antiobesidade também se mostram como uma sugestão para a perda de peso, porém deve-se orientar o paciente de que o tratamento medicamentoso só é eficiente quando se há uma combinação de hábitos dietéticos saudáveis e mudança no estilo de vida, além disso o fármaco não cura a obesidade e quando ocorre a interrupção do tratamento ocorre o reganho de peso (MANCINI E HALPERN, 2002). Alguns tipos são os mais utilizados como as anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e os anti-depressivos, fluoxitena e sertralina entre outras drogas, porém há muitas controvérsias sobre a utilização, devido aos poucos estudos a longo prazo, além de criarem na população a expectativa de cura e possuírem muitos efeitos

colaterais, como o nervosismo, ansiedade, sonolência, distúrbios no trato gastrointestinal e dependência (FRANCISCHI, *et al.*, 2000).

Em complemento as tentativas de sanar o excesso de peso, o paciente obeso também tem a opção de realizar uma intervenção cirúrgica, chamada bariátrica. É indicada para a obesidade extrema ou grau 3 com IMC acima de 40kg/m² ou um IMC acima de 35 kg/m² ou mais com comorbidades, porém antes da submissão a este tratamento deve-se levar em conta as tentativas prévias de perda de peso (MAHAN, ESCOTT-STUMP E RAYMOND, 2012). Continuam os autores que muitos são os métodos empregados para a realização da cirurgia, e cada tipo promove uma alteração no metabolismo dos nutrientes ingeridos pelo paciente; são as cirurgias restritivas que fazem com que o paciente não consiga ingerir a mesma quantidade e as absorptivas em que o alimento não consegue ser absorvido pelo organismo. Esta forma de tratamento resulta em perda significativa de peso (20 a 30kg) melhorando transtornos associados, principalmente a *diabetes mellitus*, e estes pacientes devem ser acompanhados regularmente por nutricionistas para que a ingestão seja nutricionalmente adequada.

3. METODOLOGIA

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, este trabalho se encontra no cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo tem caráter qualitativo exploratório de corte transversal. Os dados foram coletados de fonte primária, isto é, são oriundos da ficha de anamnese realizada na primeira consulta de cada indivíduo, sendo este também denominado o instrumento de coleta de dados. Este documento é um questionário realizado para que os pacientes possam obter um diagnóstico nutricional, além de outros inquéritos alimentares como quais são os fatores que o levaram ao excesso de peso e em qual período de suas vidas o excesso de peso tornou-se um problema. Foram disponibilizados os principais fatores na forma de múltipla escolha, em que o paciente pode responder mais de um fator. E para o histórico de ganho de peso, podiam responder um dos três períodos relacionados. O Quadro 1 e 2 ilustram as possibilidades de resposta, que continham no inquérito.

Quadro 1 – Respostas para a causa do ganho de peso

Atribuições causais fornecidas pelo paciente
Hábitos alimentares inadequados
Compulsão para comer/falta de autocontrole
Alterações hormonais
Fatores metabólicos
Fatores hereditários
Acontecimentos de vida
Sedentarismo
Desconhece
Outros

Fonte: Adaptado de atendimento nutricional – adulto obeso, FAG 2015

Quadro 2 – Respostas para o histórico de ganho de peso

Períodos da vida
1. Infância
2. Adolescência
3. Gestação

Fonte: Adaptado de atendimento nutricional – adulto obeso, FAG 2015

A população pesquisada foram todos os pacientes em acompanhamento pré-cirúrgico bariátrico, totalizando 43 pessoas, de ambos os sexos, com idades entre 28 e 61 anos, durante o período de 01 de outubro de 2014 a 31 de agosto de 2015. Estes pacientes são encaminhados através do Hospital São Lucas, onde realizarão a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi realizada no centro ambulatorial do mesmo hospital.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Os dados foram coletados no dia 14 de julho de 2015 no centro ambulatorial do Hospital São Lucas. Foram analisados 100% das fichas de anamnese dos pacientes em acompanhamento pré-cirúrgico. A população pesquisada é

constituída por indivíduos de sexo masculino e feminino. Conforme Tabela 1, podem ser visualizados os dados obtidos a respeito da população pesquisada.

Tabela 1 – Dados da população

Sexo	Frequência	Porcentagem	Média idade
Feminino	34	81%	42,4 anos
Masculino	8	19%	41,5 anos
Total	42	100%	42,2 anos

Fonte: Dados obtidos, 2015

Conforme Tabela 1, o total de indivíduos analisados foi de 42 pacientes de ambos os sexos. A maior parte, 81% são do gênero feminino, isto é, 34 mulheres. A média de idade para estes é de 42,4 anos. A menor parte, os indivíduos de sexo masculino, representam 19%, isto é, 8 homens e a média de idade destes, 41,5 anos. De acordo com Linhares *et al.* (2012) em estudo realizado sobre a distribuição da obesidade em uma cidade no sul do Brasil, constatou-se maior prevalência de obesidade nas mulheres, sendo negativamente associada a classe econômica, isto é, quanto menor a renda maior os índices de obesidade.

Conforme Tabela 2, as idades foram analisadas conforme a faixa etária, sendo possível concluir que a idade da população varia de 24 a 62 anos. A maioria dos pacientes possui idade entre 34 a 43 anos, representando 42,8% da população, ou 18 indivíduos. Outra grande parte são os que possuem idade entre 44 a 53 anos caracterizados com 26,2% dos indivíduos pesquisados, isto é, 11 pessoas; seguido pela faixa etária de 24 a 33 anos, que aparecem como 19%, ou oito pacientes. A minoria da população são as cinco pessoas que possuem idade entre 53 a 62 anos, representando 12% dos pacientes pesquisados.

Tabela 2 – Faixa etária da população

Faixa etária	Frequência	Porcentagem
24 a 33 anos	8	19%
34 a 43 anos	18	42,8%
44 a 53 anos	11	26,2%
53 a 62 anos	5	12%
Total	42	100%

Fonte: Dados obtidos, 2015

A partir de estudo realizado com pacientes candidatas a cirurgia bariátrica do Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Costa *et al.* (2009), verificou que dentre a população da pesquisa a média de idade para ambos os sexos era de 36,07 anos, caracterizando os dados obtidos nesta pesquisa pois a maior parte da população pesquisada se inclui na faixa etária dos 34 aos 43 anos.

Também foi analisado o IMC dos pacientes de acordo com o peso de cada encontrado no dia da coleta de dados, visto que estes se pesam semanalmente e seguem dieta para redução de peso. Conforme Tabela 3 pode ser analisada a classificação de acordo com o IMC encontrado.

Tabela 3 – IMC da população

Classificação	Frequência	Porcentagem
Obesidade Classe I	1	2,4%
Obesidade Classe II	3	7,1%
Obesidade Classe III	38	90,5%
Total	42	100%

Fonte: Dados obtidos, 2015

A partir da Tabela 3, pode-se concluir que toda a população pesquisada é obesa, porém a maioria dos pacientes possuem obesidade Classe II, 90,5% ou 38 pessoas. Apenas um indivíduo foi classificado com obesidade Classe I, isto é, 2,4% três pessoas foram classificadas com obesidade Classe II, ou seja, 7,1% da população pesquisada.

A população também foi questionada sobre a escolaridade, os dados obtidos estão apresentados na Tabela 4.

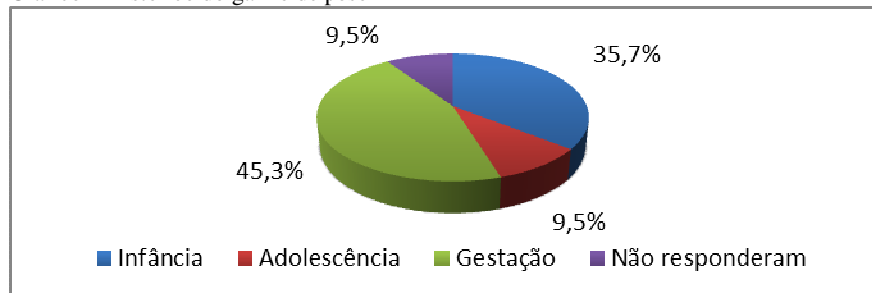
Tabela 4 – Escolaridade da população

Grau de instrução escolar	Frequência	Porcentagem
Analfabeto	1	2,4%
Ensino fundamental incompleto	13	30,9%
Ensino fundamental completo	8	19,1%
Ensino médio incompleto	7	16,7%
Ensino médio completo	7	16,7%
Ensino superior incompleto	2	4,7%
Ensino superior completo	1	2,4%
Pós-graduação	2	4,7%
Não respondeu	1	2,4%
Total	42	100%

Fonte: dados obtidos, 2015.

Também estão relacionados no Gráfico 1 o histórico de ganho em excesso de peso dos indivíduos analisados.

Gráfico – Histórico do ganho de peso

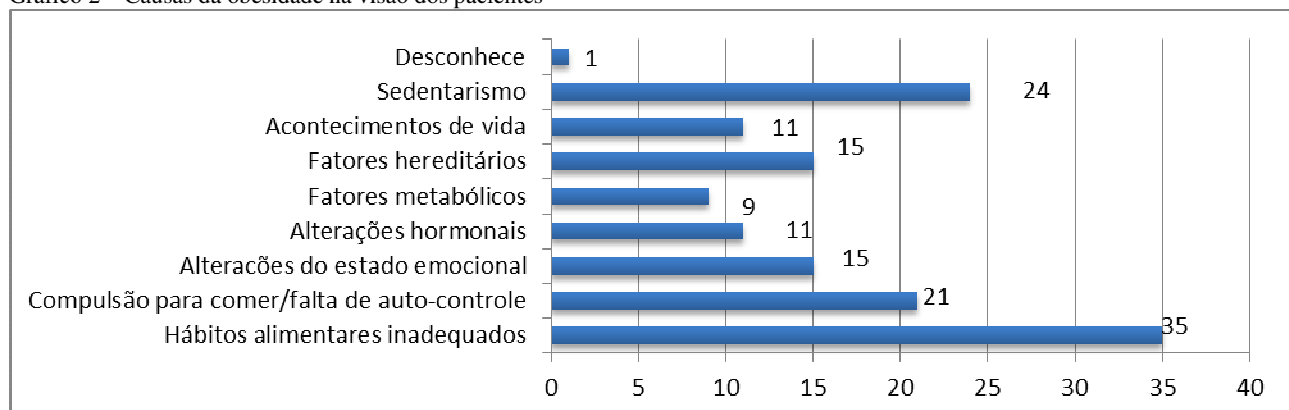


Fonte: Dados obtidos, 2015.

De acordo com o Gráfico 1, a maioria da população, 19 indivíduos ou 45,2%, relata que o excesso de peso pôde ser percebido a partir da gestação, por outro lado 15 pacientes ou 35,7% responderam infância. Quanto a adolescência, quatro pessoas 9,5% dos pesquisados relataram que excesso de peso se iniciou neste estágio da vida. E por último 4 pessoas, 9,5% não responderam. Freitas *et. al.* (2010) verificou que a gravidez é um período de muitas mudanças fisiológicas no organismo da mulher e geram uma necessidade aumentada por nutrientes essenciais para o desenvolvimento adequado do feto.

O Gráfico 2 caracteriza uma das respostas deste estudo, que é as causas atribuídas a obesidade na visão dos pacientes pesquisados.

Gráfico 2 – Causas da obesidade na visão dos pacientes



Fonte: Dados obtidos, 2015.

Conforme o Gráfico 2, sabendo que cada paciente poderia responder mais de uma opção, percebe-se que a causa da obesidade mais citada pelos pesquisados foram os hábitos alimentares inadequados, pois 35 pessoas responderam esta opção, seguida pelo sedentarismo em que 24 pessoas também acreditam que este seja um dos motivos. 21 indivíduos atribuíram a compulsão para comer ou falta de autocontrole como uma das causas. Quanto aos fatores hereditários e alterações do estado emocional 15 pessoas responderam em cada opção, 11 conferiram aos acontecimentos de vida e outros 11 pacientes culpam as alterações hormonais. Para os fatores metabólicos nove pessoas responderam como razão da doença e apenas uma pessoa respondeu que desconhece as causas da obesidade.

De acordo com análise dos dados obtidos através dos instrumentos da pesquisa, pode-se observar que dentre o grupo de pacientes em acompanhamento pré-cirúrgico bariátrico, as mulheres são a maioria, assim como a faixa etária da população investigada que acomete mais aquelas que possuem 34 e 43 anos. Outro dado importante constatado foi o grau de obesidade, que saliente a importância da cirurgia bariátrica para esses pacientes, pois grande parte 90,5% dos indivíduos possuem diagnóstico de obesidade grau III, que para muitos autores também é classificada como obesidade mórbida.

Também se chama a atenção para o grau de instrução da população pesquisada, que acomete aos menos instruídos comprovando de certa forma a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2014 através da VIGITEL, que constatou que a obesidade é mais incidente em pessoas com menos nível de escolaridade.

Também foi conclusiva ao relatar que os pacientes desta investigação atribuem aos hábitos alimentares inadequados como a maior causa da obesidade, seguido pelo sedentarismo.

Como já muito estudado, sabe-se que a obesidade é uma condição multifatorial, mas que é altamente influenciada pelo balanço energético que é a diferença entre a ingestão e o gasto. Existem genes que predispõem um indivíduo a obesidade, mas os padrões alimentares a falta de exercícios contribui em larga escala para a expressão da genética. Estes dois fatores são do controle humano, por isso são escolhas que podem ser feitas para que não ocorra esta combinação equivocada.

Hábitos saudáveis nunca foram ruins, por isso mesmo não sabendo se existe esta predisposição a obesidade, costumes bons podem e devem ser adotados por toda a população pesquisada, já que os mesmos conhecem as causas que o levaram a esta condição e os fizeram optar pela cirurgia bariátrica. Assim sendo, com o acompanhamento nutricional que os pacientes estão recebendo é muito provável sejam casos de sucesso após a intervenção cirúrgica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo os objetivos desta pesquisa pode-se perceber que a população por ser a maioria composta por mulheres, apresentou o ganho em excesso de peso a partir da gestação, por isso é muito importante que neste período as mulheres tenham conhecimento de suas necessidades para que não ocorra uma competição entre feto e seu próprio organismo, assim como os excessos não sejam depositados em forma de gordura.

Também foi conclusiva ao relatar que os pacientes desta investigação atribuem aos hábitos alimentares inadequados como a maior causa da obesidade, seguido pelo sedentarismo. Também foi conclusiva ao relatar que os pacientes desta investigação atribuem aos hábitos alimentares inadequados como a maior causa da obesidade, seguido pelo sedentarismo.

Como visto a partir da revisão de literatura, sabe-se que a obesidade é uma condição multifatorial, mas que é altamente influenciada pelo balanço energético que é a diferença entre a ingestão e o gasto. Existem genes que predispõem um indivíduo a obesidade, mas os padrões alimentares e a falta de exercícios contribuem em larga escala para a expressão da genética. Estes dois fatores são do controle humano, por isso são escolhas que podem ser feitas para que não ocorra esta combinação equivocada.

Hábitos saudáveis nunca foram ruins, por isso mesmo não sabendo se existe esta predisposição a obesidade, costumes bons podem e devem ser adotados por toda a população pesquisada, já que os mesmos conhecem as causas que o levaram a esta condição e os fizeram optar pela cirurgia bariátrica. Assim sendo, com o acompanhamento nutricional que os pacientes estão recebendo é muito provável sejam casos de sucesso após a intervenção cirúrgica.

A partir deste estudo, pode-se concluir que os pacientes em acompanhamento nutricional pré-cirúrgico bariátrico conhecem as causas da obesidade, e grande parte das mulheres relataram o ganho de peso durante a gestação. Verificou-se também que a pesquisa se encontra coerente com outros estudos realizados na população brasileira, tornando assim esta pesquisa muito válida.

Constataram-se as várias possíveis causas do excesso de peso e seus efeitos adversos a saúde, assim como as intervenções utilizadas para o tratamento, visto que nesta pesquisa a população está se preparando para uma delas. A conscientização das causas que levam a obesidade seja muito importante, ponderando que ao sabê-las os cometidos

podem procurar por auxílio no tratamento, assim como diminuir as chances de reganho de peso após a cirurgia, visto que é sabido que o ganho de peso é possível caso não haja cuidados relacionados.

Concluiu-se então que a obesidade não é definida apenas pela má alimentação e a falta da prática de exercícios físicos regulares, mas muitos outros fatores, e que ao se ter conhecimento destas causas é possível se buscar opções para se obter a qualidade de vida, assim como foi possível verificar que existem pessoas que são mais vulneráveis, e por isso essas medidas preventivas devem ser vistas com maior cautela.

Por fim, o objetivo deste artigo foi conclusivo em conseguir relacionar as causas da obesidade na visão dos pacientes com a veracidade destes fatores através da revisão de literatura, assim como verificar quais os períodos críticos de ganho de em excesso de peso

REFERENCIAS

- BARROS-FILHOS, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. *J. Pediatr.* vol. 80, n. 1. p. 1-3, 2004.
- CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade.** Barueri: Manole, 2005.
- COSTA, A. C. C. *et al.* Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta paul. Enferm.** vol. 22, n. 1, 2009.
- DUCHESNE, M. *et al.* Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.** vol.29, n.1, p. 80-92. 2007.
- ENES, C. C. *et al.* Influência do consumo alimentar e do padrão de atividade física sobre o estado nutricional de adolescentes de Piedade, São Paulo. **Rev. paul. pediatr.** vol.27, n.3, p. 265-271, 2009.
- FERREIRA, J. P. *et al.* **Pediatria: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2007.
- FRANCISCHI, R. P. P. de *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.** vol. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.
- FREITAS, E. S. de *et al.* Recomendações nutricionais na gestação. **Revista Destaques Acadêmicos**, n. 3, p. 81-95, 2010.
- JUNG, R. Obesity as a disease. **British Medical Bulletin**, vol 53, n. 2, p. 307-321, 1997.
- LACERDA, E. M. A. LEAL, M. C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. epidemiol.** vol. 7, n. 2, p. 187-200, 2004.
- LINHARES, R. S. *et al.* Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* vol. 28, n. 3, 2012.
- MAHAN, L.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMO, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos nutrição e dietoterapia.** 13. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.
- MANCINI, M C.; HALPERN, A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab.** vol. 46, n. 5, p. 497-512, 2002.
- MANN, J; TRUSWELL, A. S. **Nutrição humana.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MARQUES-LOPES, I. *et al.* Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.** vol.17, n.3, p. 327-338, 2004.
- MAZZOCANTE, R. P.; MORAES, J. F. V. N. de; CAMPBELL, C. S. G. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no brasil. **Revista de Ciências Médicas.** Campinas, n. 21, p. 25-34, jan/dez. 2012.



REVISTA ASSOCIAÇÃO MÉDICA. Obesidade: podemos melhorar?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol. 47, n. 1, p. 1-2, 2001.

RODRIGUES, A M. *et al.* Controle neuroendócrino do peso corporal: implicações na gênese da obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol.47, n.4, p. 398-409, 2003.

ROMERO, C. E. M. ZANESCO, A. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. **Rev. Nutr.** vol.19, n.1, p. 85-91, 2006.

ROMERO-VELARDE, E. *et al.* Hábitos de alimentación e ingestión de calorías em um grupo de niños y adolescentes obesos. **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.** vol. 63, n. 3, p. 187-195, 2006.

SILVA, S. M. Chemin S. da; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia.** 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

VANNUCCHI, H.; MARCHINI, J. C.; **Nutrição clínica.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2014.