

QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Quality of Life in the Late Postoperative Period of Patients Undergoing Bariatric Surgery

Carolina Cumani Toledo¹, Gustavo Bittencourt Camilo², Rodrigo Loiola de Guimarães³,
Fabio Rosa Moraes⁴, Cléber Soares Júnior⁵

RESUMO

A obesidade, considerada um dos grandes problemas de saúde pública, é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. O seu tratamento envolve uma abordagem multifatorial, tornando-se necessária, em determinados casos, a cirurgia bariátrica, a qual tem se mostrado uma possibilidade de melhora da qualidade de vida. Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, bem como investigar variáveis como pressão arterial, glicemia e dislipidemia. Este estudo transversal é constituído por uma amostra de 36 pacientes classificados pela OMS como obesos grau II, com morbidades associadas, e como obesos grau III, ambos os grupos submetidos à cirurgia bariátrica pela mesma equipe médica, num hospital privado de Juiz de Fora, no período de agosto de 2001 a agosto de 2005. Foi utilizado o questionário sobre qualidade de vida WHOQOL - abreviado. As análises estatísticas foram realizadas com o programa SPSS. 11.0., considerando-se um intervalo de confiança de 95% e utilizando-se o teste t de Student. Os resultados mostraram que a maioria era do sexo feminino (66,7%), com idade entre 30 e 49 anos (66,6%), branca (83,3%) e com 2º grau completo (44,4%). Quanto aos benefícios, 63,9% apresentaram redução dos níveis pressóricos, 52,8% apresentaram diminuição da glicemia e 63,9% obtiveram redução dos níveis lipídêmicos. Observou-se que os pacientes do sexo masculino apresentaram valores superiores na questão: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”. Já os pacientes do sexo feminino apresentaram valores superiores na questão: “Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?”, referentes

ABSTRACT

Obesity, a major health problem, is a chronic disease characterized by the excessive accumulation of body fat. Treatment is multifactorial, but sometimes bariatric surgery is the only possibility to improve the quality of life. The purpose of this study was to assess the quality of life and satisfaction of patients who underwent bariatric surgery, and investigate variables such as blood pressure, blood glucose and dyslipidemia. This cross-sectional study has 36 WHO classes II (with related morbidity) and III obese patients, who had undergone bariatric surgery, performed by the same surgical team of a private hospital from the city of Juiz de Fora, MG, Brazil, in the period August 2001 through August 2005. The abbreviated WHOQOL questionnaire was used. The 11.0 SPSS software was used for statistical analysis, with 95% confidence intervals and Student's t test. The results showed that most subjects (66.7%) were female, aged between 30 and 49 years (66.6%), white (83.3%) and with complete secondary education (44.4%). As for the benefits, 63.9% had reductions in their blood pressure, 52.8% had reductions in their blood glucose and 63.9% had reductions in their blood lipids. Males had higher values in the question: “How would you rate your quality of life?” Females had higher values in the question: “How satisfied are you with your health?”. Bariatric surgery was effective

¹ Carolina Cumani Toledo, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora . E-mail: krolkt@hotmail.com

² Gustavo Bittencourt Camilo, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

³ Rodrigo Loiola de Guimarães, Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora

⁴ Fabio Rosa Moraes, Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora

⁵ Cléber Soares Júnior, especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Chefe da Unidade Pós-Operatória do Hospital Universitário da UFJF, Professor Adjunto do Departamento de Gastroenterologia da UFJF.

ao questionário WHOQOL. Nos indivíduos estudados, a cirurgia bariátrica mostrou-se eficaz na qualidade de vida, na satisfação dos pacientes, no controle da obesidade e diminuição das comorbidades associadas, proporcionando um melhor controle dos níveis glicêmicos, valor pressórico e lipidemia.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Cirurgia Bariátrica; Obesidade.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo considerada um dos grandes problemas de saúde pública nos países desenvolvidos.^{1,2} É classificada em obesidade Grau I, quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) situa-se entre 30,0 e 34,9 kg/m²; em Grau II, quando apresenta valor entre 35,0 e 39,9 kg/m² e, em Grau III (obesidade mórbida), quando o índice é superior a 40,0 kg/m².^{2,3}

A patologia representa o problema nutricional de maior ascensão observada nos últimos anos, contribuindo sensivelmente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais apresentam alto índice de mortalidade.^{4,5}

O acúmulo excessivo de gordura corporal, particularmente o de distribuição abdominal, associa-se a um elevado risco cardiovascular, decorrente da incidência de Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e da Síndrome Metabólica, contribuindo para um maior risco de mortalidade em geral.^{6,7}

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo.⁸

No Brasil, as doenças cardiovasculares, como a doença coronariana, que em indivíduos obesos é mais frequente que na população em geral, correspondem à primeira causa de morte há pelo menos quatro décadas, acompanhada de um aumento expressivo da mortalidade por diabetes e algumas neoplasias malignas.⁹ Além disso, o aumento do peso corpóreo geralmente causa anormalidades na função respiratória, o que acaba por intensificar o comprometimento da saúde do indivíduo obeso.¹⁰

Do ponto de vista econômico, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por serem de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando, no Brasil, uma sobrecarga do Sistema Único de Saúde.¹¹ Dessa forma, observa-se a crescente impor-

to improve the quality of life, control obesity and reduce related comorbidities, with better control of blood glucose, lipids and pressure.

KEY WORDS: Quality of Life; Bariatric Surgery; Obesity.

tância das DCNT no panorama brasileiro, determinando um aumento do volume de gastos pela previdência e um elevado custo social devido à elevada morbidade, a mortes prematuras, muitas destas evitáveis, e à incapacitação de pessoas em idade produtiva.¹²

Estima-se que os gastos do Ministério da Saúde com atendimentos ambulatoriais e internações em função das doenças crônicas não transmissíveis sejam de aproximadamente R\$ 7,5 bilhões por ano.¹¹

Dados do IBGE de 1999 mostraram que 36% da população brasileira estão acima do peso.¹³ Entre 1974 e 1989, houve incremento de 53% na prevalência do sobrepeso e da obesidade em todos os extratos sociais, mas não há dados seguros sobre a obesidade mórbida (grau III), que está estimada entre 0,5% e 1% da população.¹⁴

Sendo a obesidade uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens: nutricional, uso de medicamentos antiobesidade e prática de exercícios físicos.^{1,2} Entretanto, vários pacientes não respondem a estas manobras terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais agressiva. A cirurgia bariátrica tem-se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade.^{2,3,15,16}

Após revisão realizada sobre os critérios da Cirurgia Bariátrica, o Ministério da Saúde estabeleceu três novos tipos de cirurgia que serão pagas pelo Sistema Único de Saúde: a gastroplastia vertical com banda, a gastroplastia com derivação intestinal e a gasterectomia com ou sem desvio duodenal, ao preço médio de intervenção de R\$ 4.372,00. Além disso, estabeleceu, ainda, suprir as necessidades do paciente na integralidade do agravo e prever o seu acompanhamento pelo resto da vida.¹⁷

O Ministério da Saúde também criou o Registro Brasileiro de Cirurgia Bariátrica. O preenchimento do registro é uma obrigatoriedade para todas as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. O objetivo é criar um cadastro comum de atendimento aos pacientes como forma de aprimorar a

notificação, facilitar a regulação e diminuir as filas de espera. As unidades são responsáveis por encaminhar, à cirurgia, os pacientes que não obtiverem respostas ao tratamento clínico e multidisciplinar.¹⁷

Esses pacientes com indicação de Cirurgia Bariátrica podem ter controle da obesidade, diminuição das comorbidades associadas e, principalmente, melhora da qualidade de vida a partir do procedimento cirúrgico.

Essa melhora da qualidade de vida (QV) pode ser descrita como a satisfação e a felicidade nos domínios considerados importantes pelo indivíduo. Além disso, a qualidade de vida pode ser definida como a relação entre o que é desejado e o que é alcançado ou alcançável. O conceito de QV é bastante amplo e complexo, principalmente em função do seu alto grau de subjetividade.¹⁸

O conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.¹⁹ A necessidade de instrumentos de rápida aplicação desse conceito determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), o WHOQOL-bref.²⁰

O questionário do WHOQOL apresenta questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio físico relaciona-se à dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico representa os sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.²¹ Já o domínio relações sociais compreende as relações e suporte social e atividade sexual. O domínio meio ambiente caracteriza-se pela segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.²¹

O objetivo do atual estudo foi avaliar o comportamento dos pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica em relação aos domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental). Esses domínios propiciam a melhor caracterização do perfil do paciente no pós-operatório da cirurgia bariátrica, permitindo o aperfeiçoamento de protocolos que possam orientar a conduta médica em âmbito multiprofissional. Dessa forma, esses pacientes teriam uma evolução clínica saudável associada a uma melhoria do componente psicológico.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em um grupo de 36 pacientes classificados pela OMS em obeso grau II, com morbidades associadas (DM, HAS, DCV) e obeso grau III, submetidos à cirurgia bariátrica num hospital privado do município de Juiz de Fora, no período de agosto de 2001 a agosto de 2005.

Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica operados pela mesma equipe médica, no período de agosto de 2001 a agosto de 2005, com concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Todos os pacientes elegíveis foram avaliados, não havendo perdas amostrais. Foram avaliadas, no pós-operatório tardio, alterações dos níveis pressóricos, glicêmicos e lipídêmicos e realizada uma reclassificação pelo Índice de Massa Corporal, além da abordagem da satisfação dos pacientes com os resultados do procedimento.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, parecer 113/06, ofício 199/2006.

Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes obesos não operados, obeso Grau I ou II, pacientes com idade inferior a 18 anos ou superior a 70 anos, pacientes obesos portadores de demência³ e pacientes incapazes de responder ao questionário de maneira lúcida, de compreender os objetivos do estudo e/ou o consentimento informado.

População do estudo

Todos os pacientes operados tinham indicações para cirurgia bariátrica: obesidade Grau II com fatores de risco associados (Diabetes Mellitus - DM, Doenças Cardiovasculares - DCV, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS) e obesidade Grau III.²² As cirurgias foram realizadas no período compreendido entre agosto de 2001 a agosto de 2005, no referido hospital.

Instrumentos de Avaliação

Foi utilizado o questionário sobre qualidade de vida WHOQOL - abreviado²¹, modificado com 29 perguntas

objetivas.²³ Este, aplicado após três anos da cirurgia bariátrica, através de visitas domiciliares, foi autoperenchido e aplicado a todos os pacientes, os quais responderam às perguntas, individualmente, orientados pelo grupo de pesquisadores deste estudo.

O WHOQOL - Bref é um questionário que leva em consideração as duas últimas semanas do entrevistado. Além disso, é multidimensional, psicométrico, autoexplicativo, adaptado e validado para o português e composto por duas partes, sendo a primeira uma ficha de informações relacionadas ao sexo, idade, nível educacional, estado civil e condições de saúde. A segunda parte contém 26 questões, das quais apenas as duas primeiras são consideradas gerais, pois se referem respectivamente à QV e à satisfação com a própria saúde, estando as demais questões distribuídas em quatro domínios, a saber: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.²¹

Análises Estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas com o programa Statistical Package For Social Sciences - SPSS. 11.0. Para as análises descritivas, considerou-se um intervalo de confiança de 95%. Para comparação de médias, utilizou-se o teste t de Student.

RESULTADOS

Os resultados foram obtidos após análise dos questionários preenchidos, subdivididos em quatro grupos: perguntas relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos, convívio social e meio ambiente dos pacientes.

Dessas questões, foram extraídos os valores dos respectivos domínios.

Os domínios físico, social, psicológico e meio ambiente foram recalculados e transformados em uma escala de 0 - 100, nos quais, valores mais próximos de 100 indicam uma melhor qualidade de vida.

As questões 1 e 2, por serem consideradas as de maior relevância do questionário, foram analisadas separadamente.

Foram obtidos 50 prontuários de pacientes que procuraram a nutricionista da equipe multidisciplinar, pertencente ao hospital. Destes, quatro não chegaram a fazer a cirurgia, dois faleceram após realizar o procedimento e os outros 8 pacientes não foram localizados.

Restaram, então, 36 pacientes que foram avaliados, dos quais a maioria era do sexo feminino (66,7%), com idade entre 30 e 49 anos (66,6%), branca (83,3%) e com Ensino

Médio completo (44,4%). Dos pacientes analisados, 75% apresentavam IMC maior 40 kg/m² (obesidade mórbida) antes da cirurgia bariátrica e, após o procedimento cirúrgico, apenas 8,3% apresentavam ainda IMC maior 40 kg/m², como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Características físicas e socioculturais dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

	n	%	IC*
Sexo			
Masculino	12	33,3	[19,08; 51,02]
Feminino	24	66,7	[48,98; 80,92]
Idade			
20 -29 anos	3	8,3	[2,16; 23,55]
30 -39 anos	12	33,3	[19,08; 51,02]
40 -49 anos	12	33,3	[19,08; 51,02]
50 -59 anos	9	25,0	[12,72; 42,54]
Raça			
Branços	30	83,3	[66,49; 93,02]
Negros	2	5,6	[0,99; 20,07]
Pardos	4	11,1	[3,61; 26,99]
Escolaridade			
1º grau incompleto	3	8,3	[2,16; 23,55]
1º grau completo	6	16,7	[6,98; 33,51]
2º grau incompleto	3	8,3	[2,16; 23,55]
2º grau completo	16	44,4	[28,30; 61,67]
3º grau incompleto	2	5,6	[0,99; 20,07]
3º grau completo	6	16,7	[6,98; 33,51]
Classificação pelo IMC antes da cirurgia			
Pacientes com IMC entre 25 -29,9 kg/m ²	2	5,6	[0,99; 20,07]
Pacientes com IMC entre 30 -34,9 kg/m ²	2	5,6	[0,99; 20,07]
Pacientes com IMC entre 35 -39,9 kg/m ²	5	13,9	[0,18; 65,55]
Pacientes com IMC > 40kg/m ²	27	75,0	[0,18; 65,55]
Classificação pelo IMC depois da cirurgia			
Pacientes com IMC < 24,9 kg/m ²	3	8,3	[2,16; 23,55]
Pacientes com IMC entre 25 -29,9 kg/m ²	15	41,7	[25,99; 59,15]
Pacientes com IMC entre 30 -34,9 kg/m ²	12	33,3	[19,08; 51,02]
Pacientes com IMC entre 35 -39,9 kg/m ²	3	8,3	[2,16; 23,55]
Pacientes com IMC > 40 kg/m ²	3	8,3	[2,16; 23,55]

*IC = intervalo de confiança

A tabela 2 demonstra os benefícios obtidos pelos pacientes em relação aos fatores de risco associados à obesidade após três anos da cirurgia. Assim, 63,9% apresentaram redução dos níveis pressóricos, 52,8% apresentaram diminuição da glicemia e 63,9% obtiveram redução dos níveis de lipídemia no referido tempo.

A tabela 3 demonstra que os resultados apresentados em relação à avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica foram superiores nos pacientes do sexo masculino em relação ao feminino quanto aos domínios psicológico, físico e meio ambiente.

Tabela 2 - Análise dos níveis pressóricos, glicêmicos e lipidêmicos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

	n	%	IC*
Pressão Arterial			
Reduziu	23	63,9	[46,22; 78,67]
Aumentou	2	5,6	[0,99; 20,07]
Não Alterou	11	30,5	[16,88; 48,21]
Desconhece	0	0,0	[0,25; 12, 01]
Glicemia			
Reduziu	19	52,8	[35,75; 69,26]
Aumentou	0	0,0	[0,25; 12,01]
Não Alterou	16	44,4	[28,30; 61,67]
Desconhece	1	2,8	[0,15; 16,24]
Lipidemia			
Reduziu	23	63,9	[46,22; 78,67]
Aumentou	1	2,8	[0,15; 16,24]
Não Alterou	9	25,0	[12,72; 42,54]
Desconhece	3	8,3	[2,16; 23,55]

Os pacientes não brancos (negros e pardos) obtiveram resultados superiores em relação aos pacientes brancos no domínio físico, mas em todos os outros domínios não foram constatados resultados significativos.

Com relação à faixa etária dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, foi constatado que os de idade superior a 46 anos obtiveram melhores resultados nos domínios psicológicos, social, meio ambiente em relação aos de idade menor ou igual a 45 anos, havendo somente valor relevante no domínio meio ambiente.

Foi observada uma similaridade nos domínios avaliados em relação ao grau de escolaridade dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Com relação ao IMC antes da cirurgia, os melhores valores encontrados foram no domínio físico dos pacientes com IMC entre 35-39,9 kg/m² (obesidade II) antes da cirurgia bariátrica.

Verificaram-se melhores resultados nos domínios psicológicos, social e meio ambiente nos pacientes que apresentaram percentil de perda de peso menor ou igual a 30,9 Kg, apesar de não ter sido constatada nenhuma diferença significativa nesses resultados.

Na tabela 4, observa-se que os pacientes do sexo masculino apresentam valores superiores na questão 1 (Como você avaliaria sua qualidade de vida?). Os pacientes do sexo feminino apresentam valores superiores na questão 2 (Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?). Os pacientes com idade menor ou igual a 45 anos obtiveram resultados superiores na questão 2, já mencionada, enquanto os pacientes com mais de 46 anos apresentaram valores superiores na questão 1, também, já mencionada.

Tabela 3 - Domínios físico, psicológico, social e meio ambiente dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

	Domínio Físico			Domínio psicológico			Domínio Social			D Meio Ambiente		
	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP
Sexo												
Masculino	12	17,1	2,3	12	16,8	2,728	12	16	2,478	12	16,3	1,614
Feminino	24	16,3	2,88	24	15,3	3,845	24	16	3,951	24	15,4	3,084
			p.** = 0,404			p. = 0,228			p. = 1,000			p. = 0,312
Idade												
≤ 45 anos	23	16,7	2,67	23	15	3,532	23	15,4	3,479	23	15	2,486
> 46 anos	13	16,4	2,85	13	17,2	3,268	13	17,1	3,349	13	16,9	2,732
			p. = 0,789			p. = 0,083			p. = 0,147			p. = 0,042
Raça												
Branços	30	16,5	2,61	30	15,8	3,703	30	15,9	3,594	30	15,7	2,753
Não Brancos	6	17,3	3,27	6	16,1	2,903	6	16,7	3,127	6	15,4	2,635
			p. = 0,478			p. = 0,826			p. = 0,616			p. = 0,797
Escolaridade												
Até 1º grau												
completo	9	16,6	2,59	9	16,3	3,318	9	16,9	3,127	9	15,6	3,114
Até 2º grau												
completo	19	16,3	3,02	19	16,13	0,52	19	15,83	0,23	19	16,1	2,219
Até 3º grau												
completo	8	17,4	2,07	8	14,54	883	8	15,54	986	8	14,9	3,171
			p. = 0,646			p. = 0,504			p. = 0,677			p. = 0,578
Classificação pelo IMC antes da cirurgia												
Sobrepeso	2	16,6	1,62	2	18,3	1,414	2	18	2,828	2	18	2,828
Obesidade I	2	17,1	1,62	2	15	3,3	2	18	2,828	2	15,8	0,354
Obesidade II	5	18,5	0,77	5	15,7	4,867	5	16	4,714	5	15,4	3,543
Obesidade												
mórbida	27	16,2	2,94	27	15,7	3,5	27	15,7	3,413	27	15,6	2,669
			p. = 0,380			p. = 0,782			p. = 0,699			p. = 0,680
Classificação pelo IMC depois da cirurgia												
Normal	3	14,7	4,58	3	14	5,033	3	17,8	3,849	3	16,3	3,547
Sobrepeso	15	17,6	1,98	15	16,7	3,055	15	16,2	2,845	15	15,7	2,826
Obesidade I	12	17,1	2,21	12	15,6	3,984	12	15,6	3,953	12	15,6	2,61
Obesidade II	3	13	0,33	3	14,2	2,694	3	12,4	3,355	3	13,7	1,893
Obesidade												
mórbida	3	14,9	3,48	3	15,8	4,538	3	16,4	4,073	3	17,5	2,5
			p. = 0,017			p. = 0,705			p. = 0,341			p. = 0,543
Percentil de perda de peso												
Perda ≤ 30,9%	18	16,5	2,26	18	16,3	3,331	18	16,5	3,206	18	16,3	2,635
Perda > 31,0%	18	16,7	3,14	18	15,4	3,795	18	15,5	3,775	18	15	2,676
			p. = 0,782			p. = 0,46			p. = 0,381			p. = 0,149

DP* = desvio padrão**P = p valorM=média

Pacientes não brancos (negros e pardos) obtiveram resultados superiores em relação aos pacientes brancos nas duas questões.

Foi observada uma similaridade em relação ao grau de escolaridade dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, para as questões 1 e 2. Os pacientes que apresentavam IMC entre 25-29,9 kg/m² (sobrepeso), antes da cirurgia, obtiveram valores superiores mais significativos em relação aos demais pacientes. Na questão 2, os pacientes que apresentaram resultados mais significativos foram os pacientes com IMC pré-cirúrgico, entre 35-39,9 kg/m² (obesidade II). Os com IMC pós-cirúrgico entre 25-29,9 kg/m² obtiveram melhores resultados nas questões 1 e 2.

Observa-se que os pacientes com perda de peso menor ou igual a 30,9% obtiveram melhores resultados na questão 01. Já os pacientes com perdas maiores que 31,0% apresentam melhores resultados na questão 02.

Tabela 4 - Cálculo da média e desvio padrão nas questões mais relevantes* do questionário dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

	Questão 1		Questão 2			
Sexo						
Masculinos	12	21,4	4,178	12	15,6	8,636
Femininos	24	19,5	6,973	24	17,7	8,173
		<i>p. = 0,412</i>			<i>p. = 0,484</i>	
Idade						
≥ 45 anos	23	19,6	6,336	23	17,9	7,372
> 46 anos	13	21,2	6,005	13	15,3	9,755
		<i>p. = 0,467</i>			<i>p. = 0,382</i>	
Raça						
Branco	30	19,8	5,973	30	16,3	8,623
Não Branco	6	21,9	7,655	6	20,8	5,103
		<i>p. = 0,459</i>			<i>p. = 0,220</i>	
Escolaridade						
até 1º grau incompleto	9	21,5	4,541	9	15,3	10,417
até 2º grau incompleto	19	19,4	6,876	19	17,1	7,466
até 3º grau completo	8	20,3	6,469	8	18,8	8,183
		<i>p. = 0,707</i>			<i>p. = 0,699</i>	
Classificação pelo IMC antes da cirurgia						
Sobrepeso	2	25,0	0,000	2	12,5	17,678
Obesidade I	2	21,9	4,419	2	9,4	13,258
Obesidade II	5	22,5	3,423	5	21,3	3,423
Obesidade mórbida	27	19,2	6,697	27	17,1	7,866
		<i>p. = 0,450</i>			<i>p. = 0,314</i>	
Classificação pelo IMC depois da cirurgia						
Normal	3	16,7	9,547	3	14,6	13,010
Sobrepeso	15	22,1	5,211	15	20,0	6,339
Obesidade I	12	20,3	6,033	12	15,6	9,037
Obesidade II	3	16,7	3,608	3	8,3	7,217
Obesidade mórbida	3	16,7	9,547	3	18,8	6,250
		<i>p. = 0,376</i>			<i>p. = 0,199</i>	
Percentil de perda de peso						
Perda ≥ 30,9%	18	21,2	4,860	18	15,6	9,406
Perda > 31,0%	18	19,1	7,216	18	18,4	6,937
		<i>p. = 0,319</i>			<i>p. = 0,320</i>	

* Q1 Como você avaliaria sua qualidade de vida ?

Q2 Quão satisfeito(a) você está com sua saúde ?

DISCUSSÃO

No presente estudo, observa-se a eficácia da cirurgia bariátrica no controle de peso, visto que 75% dos pacientes apresentavam IMC maior que 40 kg/m² antes deste procedimento e apenas 8,3% apresentaram este índice após a cirurgia. Os valores de IMC encontrados estão de acordo com a maioria dos estudos publicados.^{15,16,24}

Segundo o Consenso Latino-americano de Obesidade⁹, a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar.

Pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade, porém a presença de psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade. A presença

de psicopatologia é restrita a grupos específicos, tal como acontece em outras doenças crônicas. Assim, a obesidade poderia ser vista como causadora da psicopatologia e não como consequência desta última.²⁵

É necessário que se comente que não foi possível estabelecer uma relação definitiva da melhoria no domínio psicológico nestes pacientes após a redução do peso, visto que não houve relevância estatística neste domínio. Além disso, há um possível limite que consiste no fato de estes pacientes serem de um serviço privado, restringindo o perfil dos pacientes no estudo.

O atual estudo constatou uma relação entre a perda de peso e a melhora no domínio físico, ou seja, quanto menor o IMC dos pacientes no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, melhor a disposição física para as tarefas diárias. Podemos atribuir esse resultado à redução dos níveis pressóricos, glicêmicos e lipídêmicos alcançados por estes pacientes. Em relação aos 36 pacientes avaliados, foi observada redução dos valores pressóricos em 63,9% dos casos, dos valores glicêmicos em 52,8% e dos valores lipídêmicos em 63,9%.

No estudo de Sugerman *et al.*²⁶, observou-se uma resolução da Hipertensão Arterial Sistêmica em 69% dos pacientes estudados e do Diabetes tipo 2 em 83%. Brizzi *et al.*²⁷, em 2003, observaram uma redução significativa dos valores glicêmicos (41% do colesterol total plasmático) e diminuição nos triglicérides (21%). Oliveira *et al.*²⁸, em 2004, concluíram que 90% dos pacientes operados obtiveram melhora de morbidades associadas, dados que estão em concordância com o presente estudo: a eficácia da cirurgia bariátrica na melhoria da qualidade de vida dos pacientes submetidos a este procedimento.

Não foram observados resultados com diferença significativa nas variáveis relacionadas à raça, visto que brancos e não brancos (negros e pardos) apresentaram escores semelhantes. O mesmo ocorreu em relação ao grau de escolaridade. No entanto, quanto à escolaridade, isto, de certa forma, contraria pesquisas anteriores como a de Machado e Sichieri²⁹ e também a de Wardle *et al.*³⁰. Esta última investigou os fatores sócioeconômicos preditivos de obesidade em mais de 15 mil homens e mulheres e foi observado que o risco de se desenvolver obesidade é maior em indivíduos de menor escolaridade.

CONCLUSÃO

Concluímos que a cirurgia bariátrica pode ser eficaz no controle da obesidade e propiciar um melhor controle dos níveis glicêmicos, perfil lipídêmico e valor pressórico. Além

disso, pode elevar a qualidade de vida quanto aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Ressalta-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar na atenção ao paciente submetido ao tratamento cirúrgico, devido a um grupo relevante de pacientes, nessa amostra, apresentar problemas psicológicos associados.

REFERÊNCIAS

1. Cordás TA, Lopes Filho AP, Segal A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2004; 48(4):564-71.
2. Bjorntorp P. Definition and classification of obesity. In: Fairbairn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity.* 2ª ed. New York: Guilford Press; 2003. p. 377-81.
3. Segal A, Fadino J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(3):68-72.
4. Monteiro CA, Mondini I L, Medeiros SAL, Popki BM. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr.* 1995; 49:105-13.
5. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 2):S332-40.
6. Everson SA, Goldeberg DE, Helmrigh SP, Lakka TA, Lynch JW, Kaplan GA, *et al.* Weight gain and the risk of developing insulin resistance syndrome. *Diabetes Care.* 1998; 21:1637-43.
7. Steemburgo T,Alba VD, Gross JL,Azevedo MJ. Fatores dietéticos e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2007 dez. 51(9):1425-33.
8. World Health Organization. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life.* Geneva: World Health Organization; 2002.
9. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N.Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9:931-43.
10. Salvadori A, Fanari P, Mazzi P, Agosti R, Longhini E. Work capacity and cardiopulmonary adaptation of the obese subject during exercise testing. *Chest.* 1992; 101:674-9.
11. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15:47-65.
12. Silva Jr JJB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
13. Ferreira LABL 2006, Raça/cor: uma visão antropométrica. [Citado em 2008 ago. 10]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_377.pdf.
14. Savassi-Rocha PR. Obesidade e urgências gastroenterológicas. In: Savassi-Rocha PR, Coelho LGV, Diniz MTC, Nunes TA, editores. *Tópicos em gastroenterologia.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. cap. 13, p. 1-41.
15. Garrido ABJ. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2000; 44(1):106-10.
16. Albert M, Spanos C, Shikora S. Morbid Obesity; the value of surgical intervention. *Clin Family Pract.* 2002; 4(2):447-68.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade: SUS realiza três novos tipos de cirurgia para redução de estômago. [Citado em 2008 ago. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=17588.
18. Dourado VZ, Antunes LCO, Carvalho LR, Godoy I. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol.* 2004 maio/jun; 30(3): 207-14.
19. Telles PA. Qualidade de Vida na Asma. *Asma Brônquica.*, 2008. [Citado em 2008 ago. 17]. Disponível em: http://www.asmabronquica.com.br/medical/tratamento_asma_qualidade_de_vida.htm.
20. Fleck MPA. Programa de Saúde Mental. Organização Mundial de Saúde - Genebra “WHOQOL - abreviado”. Versão em português. [Citado em 2008 ago. 20]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>.

21. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL - brev". *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
22. Fandino J, Benchimol AK, Coutinho W F, Apolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr R Gd Sul*. 2004; 26(1):47-51.
23. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality Life Res*. 2004; 13(5):883-96.
24. Pories WJ, Joseph EB. Surgery for obesity: procedures and weight loss. In: Fairbairn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity*. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2003. p. 562-7.
25. Khaodhiar L, Blackburn GL. Health benefits and risks of weight loss. In: Björntorp P, editor. *International textbook of obesity*. Chichester: John Wiley & Sons; 2001. p.413-40 .
26. Sugerman HJ, Wolfe LG, Sica DA, Clore JN. Diabetes and hypertension in severe obesity and effects of gastric bypass-induced weight loss. *Ann Surg*. 2003 June; 237(6):751-6; discussion 757-8.
27. Brizzi P, Severino C, Solinas A, Secchi G, Maioli M, Tonolo G. Low-dose dexamethasone in the rat: a model to study insulin resistance. *Am J Physiol*. 2002; 283: E367-73.
28. Oliveira VM, Linardi RC, Azevedo AP. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004; 31(4):199-201.
29. Machado PAN, Sichieri R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36:198-204.
30. Wardle J, Waller J, Jarvis MJ. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *Am Public Health Assoc*. 2002; 92:1299-304.

Submissão: janeiro de 2009

Aprovação: agosto de 2009
