

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE/MG

Lilian de Almeida Carvalho¹
Regina Coeli Cançado Peixoto Pires²
Therezinha de Jesus Rebelo³
Lúcio Silva⁴

1 Nutricionista Clínica, Mestre em Ciências da Saúde.

2 Cirurgiã-dentista, Doutora em Epidemiologia (UFMG), Mestre em Clínicas Odontológicas (UFMG), Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade de Itaúna-MG.

3 Médica Pediatra, Mestre em Ciências da Saúde.

4 Médico Nefrologista, Mestre em Ciências da Saúde.

Recebido em: 30/05/2013 - Aprovado em: 15/07/2013 - Disponibilizado em: 15/08/2013

RESUMO

A obesidade tem sido considerada um dos principais e mais sérios problemas de saúde da atualidade. A mudança do estilo da vida moderna, incluindo o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, e o sedentarismo, certamente contribuem para o marcado aumento desta condição na população mundial. Como consequência, sobretudo nas situações em que a obesidade morbidade está presente, os indivíduos têm apresentado condição clínica agravada, além de sofrerem muitos preconceitos, o que certamente leva a uma piora significativa da qualidade de vida dessas pessoas. Nestes casos, alternativamente aos tratamentos conservadores, têm sido utilizados tratamentos cirúrgicos. Sendo a saúde um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, não se pode desvincular a saúde da qualidade de vida. Neste trabalho a qualidade de vida de 56 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica Fobi-Capella foi avaliada através do questionário BAROS. Por ser auto-aplicável, o questionário BAROS reflete a percepção do paciente sobre si mesmo. No que diz respeito à mudança de vida após a cirurgia, 10 (17,9%) indivíduos responderam que se sentem melhor e 46 (82,14%) muito melhor do que antes, havendo, portanto, satisfação por parte de todos os participantes. Sentem-se, ainda, mais (32,14%) ou muito mais (58,93%) capazes de participarem ativamente de atividades, relacionando-se mais (28,6%) ou muito mais (53,6%) socialmente, sentindo-se mais (32,1%) ou muito mais (53,6%) capazes de trabalhar, tendo mais (35,7%) ou muito mais (35,7%) interesse por sexo, além de terem suas condições clínicas gerais melhoradas ou normalizadas (73,2%).

Palavras chaves: Obesidade mórbida. Qualidade de Vida. Cirurgia bariátrica. Fobi-Capella. BAROS.

ABSTRACT

Obesity has been considered a major and more serious health problem today. Changing the style of modern life, including increased consumption of foods high in fat, and sedentary lifestyle, certainly contribute to the marked increase in this condition in the population. As a consequence, especially in situations that obesity morbidity is present, individuals have shown clinical condition worsened, and suffer many prejudices, which certainly leads to a significant worsening of quality of life of these people. In these cases, an alternative to conservative treatments, surgical treatments have been used. Health being a state of complete physical well-being, mental and social, not merely the absence of disease or infirmity, cannot relieve the health quality of life. In this work the quality of life in 56 patients undergoing bariatric surgery by Fobi-Capella technique was assessed by questionnaire BAROS. Being self-administered questionnaire BAROS reflects the patient's perception of himself. Regarding the change of life after surgery, 10 (17.9%) responded that they feel better and 46 (82.14%) much better than before, therefore there is satisfaction by all participants. Sit still, most (32.14%) or more (58.93%) able to actively participate in activities, relating more (28.6%) or more (53.6%) socially feeling more (32.1%) or more (53.6%) able to work with most (35.7%) or more (35.7%) interest in sex, and have their clinical general improved or normalized (73.2%).

Key words: Morbid obesity. Life quality, Bariatric surgery. Fobi-Capella. BAROS.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica multifatorial, que se desenvolve pela interação de fatores genéticos, ambientais, nutricionais, psicológicos, endócrinos, dentre outros, sendo, portanto, uma enfermidade complexa que exige abordagens de diferentes profissionais da saúde (CRUZ, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal de forma a comprometer a saúde e que tem afetado pessoas de qualquer idade e de qualquer grupo socioeconômico (FABRICATORE; WADDEN, 2003; WHO, 2004). O que tem ocorrido é o chamado período de transição nutricional, caracterizado por uma alimentação rica em gorduras, principalmente as saturadas, açúcares e alimentos refinados sendo, ainda, reduzida em alimentos fontes de carboidratos complexos e de fibras (PINHEIRO, FREITAS, CORSO, 2004). Além disso, observa-se uma diminuição das atividades físicas dos indivíduos, em decorrência, muitas vezes, da automação dos afazeres básicos e compromissos profissionais da vida moderna (WHO, 1990).

Os casos de obesidade vêm crescendo muito nos últimos anos, caracterizando um problema epidemiológico, presente não só em países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento (PINHEIRO, FREITAS, CORSO, 2004). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

40% dos adultos no País estão acima do peso considerado ideal, com o Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25. Ao se levar em conta o total de pessoas obesas com IMC superior a 30, o percentual é de 8,8% para os homens e 12,7% para as mulheres (IBGE, 2007).

A obesidade grau III ou mórbida é uma condição clínica grave associada a uma alta morbidade e mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Esse tipo de obesidade tem sido considerado, pelos vários segmentos das ciências da saúde, um dos grandes males da contemporaneidade. Além dos males à saúde que parecem estar diretamente relacionados ao excesso de peso, há outras implicações decorrentes dela, como o preconceito que pode diminuir a autoestima, acarretar dificuldades profissionais, onerar economicamente a pessoa e a saúde pública, entre outros tantos aspectos que se relacionam e diminuem a qualidade de vida dos indivíduos portadores deste tipo de obesidade (WOLF *et al.*, 2000).

A perda de peso com dieta consiste num tratamento de médio e de longo prazo, que exige sacrifícios por parte do indivíduo, causando muitas vezes depressão, ansiedade, irritabilidade e fraqueza. O índice de abandono do tratamento é muito alto, além da perda necessária de peso ser pequena. A perda de peso alcançada com tratamentos clínicos, além de não ser significativa em adultos gravemente obesos, muitas vezes não são duradouras. Isso gera desânimo e perda da autoestima do

paciente e, logo um efeito rebote o faz recuperar todo o peso perdido (GARRIDO, 2003).

Os tratamentos conservadores que se baseiam na mudança dos hábitos alimentares, comportamentais, físicos e medicamentosos, são utilizados ainda nos dias de hoje. No entanto, quando não produzem os resultados esperados, têm sido utilizados tratamentos cirúrgicos (FANDINO *et. al.*, 2004; SEGAL, FANDINO, 2004). Este é caso quando, normalmente, o risco da cirurgia é menor que o risco de se permanecer obeso mórbido.

Os critérios para a indicação cirúrgica para o tratamento da obesidade foram definidos pelo Painel da Conferência de Desenvolvimento de Consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, em 1991 que incluem os indivíduos com IMC maior que 40, os indivíduos com IMC maior que 35 e que apresentem comorbidades cardiopulmonares graves ou diabetes severa e, ainda, os indivíduos que, avaliados por médico experiente em tratamento da obesidade, tenham pequena probabilidade de sucesso com medidas não cirúrgicas (MORRISON, FARNER, 2000; VIGGIANO, 2003).

As cirurgias bariátricas, como forma de tratamento para a obesidade mórbida, surgiram na década de 50, porém, apenas nos últimos 25 anos os resultados tem sido satisfatórios, com redução substancial do peso e consequente diminuição da prevalência de doenças associadas à obesidade (GARRIDO *et. al.*, 2000; CORDAS, LOPES FILHO, SEGAL,

2004). Já Bettini (2000), afirma que o tratamento cirúrgico para a obesidade surgiu na Europa na década de 60, inicialmente através da restrição alimentar como a gastroplastia restritiva com derivação gastrointestinal em Y Roux, realizada pelo cirurgião Mason, e que hoje é considerada “padrão ouro” em cirurgia bariátrica. Desde então muitos cirurgiões adaptaram esta técnica e, também, criaram outras como Scopinaro em 1973 e Capella em 1991. Esse procedimento é complexo e de grande porte e por isso apresenta risco de complicações. Portanto, o paciente precisa conhecer muito bem qual é o procedimento cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão desse tratamento (SEGAL, FANDINO, 2004).

Segundo Oliveira (2004), a pessoa portadora de obesidade, principalmente a mórbida, apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito, quando, por exemplo, se vêem diante de situações simples como comprar roupas, conseguir trabalho e se relacionarem afetivamente com seus pares. A presença de psicopatologia com sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade não é necessária para o aparecimento da obesidade, porém, pessoas obesas apresentam maiores níveis desses sintomas, podendo levar a degradação da qualidade de vida destes indivíduos.

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e no

sistema de valores de acordo com os quais ele vive e em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações, existindo diversos fatores determinantes dessa qualidade. Esses fatores dependem da interpretação pessoal ou de uma comunidade e a eles estão associados o estado de saúde, a longevidade, a satisfação no trabalho, o salário, o lazer, as relações familiares, a disposição, o prazer e até a espiritualidade (WHO, 2004). Considerando a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, como define a OMS (1978), não se pode desvincular a saúde da qualidade de vida. Fica evidente, assim, a importância de se avaliar os indivíduos na etapa pós-operatória.

De acordo com Wolf *et al.* (2000), muitos dos métodos de avaliação buscam, fundamentalmente, avaliar a perda de peso e as melhoras nas condições clínicas dos pacientes pós-operados, não sendo considerado o aumento previsto na qualidade de vida destas pessoas. Considerando tal fato, Oria e Moorehead (1998), desenvolveram e apresentaram o questionário Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) no II Congresso da Federação Internacional para a Cirurgia de Obesidade. Os autores sugeriram que o questionário poderia ser um instrumento usado como modelo para padronizar as pesquisas e os resultados em cirurgias bariátricas (MILLER, HELL, 2002).

O desenvolvimento deste protocolo contou com a participação de cirurgiões

especializados em cirurgia bariátrica e também de psicólogos com experiência no tema. Os resultados obtidos a partir deste instrumento são de fácil interpretação e podem ser adaptados para avaliar outras formas de intervenção médica no controle da obesidade. Este sistema tem sido adotado internacionalmente para avaliar os resultados da cirurgia bariátrica numa dimensão mais ampla (ORIA, MOOREHEAD, 1998). O questionário objetiva, basicamente, o levantamento da perda de peso, as mudanças nas condições clínicas e avalia a qualidade de vida dos indivíduos, sendo este último focado na saúde geral, bem estar social, atividade física, capacidade de trabalho e interesse sexual. Baseado no escore total, os pacientes são divididos em cinco grupos de efeito: fracasso, regular, bom, muito bom e excelente (MARTIKAINEN *et al.*, 2004). Considerando a importância e relevância de tais aspectos, neste trabalho são apresentados os resultados obtidos a partir deste questionário aplicado em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica Fobi-Capella no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG.

2 MÉTODO

Este é um estudo transversal e descritivo realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG. Participaram 56 pacientes, de ambos os sexos, que realizaram a cirurgia de Fobi-Capella como tratamento para a obesidade mórbida até o mês de maio de 2008 e que consentiram

formalmente em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para ser elegível ao estudo, também foi necessário que o paciente já estivesse operado há pelo menos seis meses. As entrevistas ocorreram no período entre dezembro de 2008 e março de 2009. Foram considerados não elegíveis para o estudo, indivíduos que tivessem realizado a cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella em período inferior a seis meses e, também, os incapacitados de responder o questionário por falta de condições de leitura. Para avaliar a qualidade de vida do paciente após a cirurgia bariátrica, foi utilizado o questionário autoaplicável BAROS, sendo respondido sem a interferência do aplicador durante os encontros que acontecem para o acompanhamento pós-cirúrgico. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR) e do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 56 pacientes, sendo 53 (94,6%) do sexo feminino e 3 (5,4%) do sexo masculino com idade variando entre 22 e 70 anos e idade média de 40,09 anos. A prevalência do sexo feminino na procura pelo tratamento cirúrgico para a obesidade também é observada em outros trabalhos (OLIVEIRA, 2004), tornando ainda mais evidente esta tendência. Tal fato pode ser devido a uma maior preocupação existente por parte das

mulheres em relação a sua aparência. Já os homens parecem recorrer a este tipo de tratamento somente quando têm suas atividades físicas cotidianas comprometidas. É importante ressaltar, contudo, que são necessárias pesquisas específicas para se conhecer melhor quais são as motivações que levam os indivíduos a se submeterem à cirurgia bariátrica, além daquelas diretamente relacionadas à saúde. Entretanto, o preconceito sofrido pelos indivíduos com obesidade mórbida parece ser, também, um importante fator motivacional. Nos relatos apresentados na Tabela 1, os participantes descrevem algumas situações ou condições que os fizeram se sentir discriminados devido à obesidade. Ser submetido a tais condições certamente pode levá-los a baixa autoestima, depressão e muitas vezes ao isolamento social. No trabalho de Marchesini (2001), o autor conclui que o obeso tem consigo uma valorização negativa sobre sua competência, já que falhou, muitas vezes, num comportamento tão básico como o alimentar.

Em relação ao vínculo que mantém com outras pessoas, a postura assumida depende muito do que recebe do outro, mas no geral, são críticas ou piedade. Essa postura faz com que o obeso se perceba como um ser disforme, com má apresentação, fora dos padrões físico-sociais aceitos, levando-o a um afastamento do convívio social. Esta postura pode ter como consequências uma maior ansiedade, o aumento da ingestão de alimentos e,

consequentemente, aumento da gordura corporal.

Tabela 1 - Distribuição da frequência dos pacientes, segundo relato dos preconceitos sofridos em relação ao peso.

Preconceitos Sofridos	Quant.	%
Que a pessoa gorda não tem capacidade de fazer nada	1	2,08
Quando eu estava acompanhando meu filho no parque de diversão	1	2,08
Não namorar	4	8,33
Na hora de comprar roupas	4	8,33
Piadas	3	6,25
As pessoas me chamavam de gorda	5	10,42
Criticada pelo esposo	1	2,08
Em relação à ocupação de espaço	1	2,08
Entalar na roleta do ônibus	3	6,25
Disseram que eu era inapta ao trabalho por excesso de peso	5	10,42
Minha cunhada disse que agora que emagreci, parecia que eu era da família	1	2,08
Ninguém assentava ao meu lado no ônibus, preferiam ficar de pé	2	4,17
Na rua, em toda parte	1	2,08
O namorado chamar de gorda	1	2,08

Período	Freq.	Média	Mínima	Máxima
Até 1 ano	17	41,45	24	63
Entre 1 e 2 anos	23	54,93	30	105
Entre 2 e 3 anos	7	51,24	43	60
Acima de 3 anos	9	37,71	10	63
Total	56	47,61	10	105

Por estar acima do peso, não pude entregar curriculum para concorrer a vaga	2	4,17
Preferências pessoais	1	2,08
Psicológico (eu), eu tinha preconceito de mim mesma	1	2,08
Sentia rejeição	2	4,17
Olhar indiferente das pessoas	2	4,17
O taxista disse que não carregava gordo	1	2,08
Já escutei todo tipo de ofensa	6	12,5
Total	48	100,00

Fonte: Os autores.

Segal e Fandino (2004) também discutiram sobre os obesos serem alvo de preconceito e discriminação, podendo, isto, segundo os autores, ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e piadas. Jones (2000) afirma que os indivíduos que estão muito acima do peso têm alguns desejos bem simples, como entrar em uma loja e comprar a roupa que desejar, dançar, pegar ônibus e avião, namorar, frequentar festas, sentar em uma cadeira sem ter de ficar escolhendo tamanho, andar pelas ruas sem se sentir discriminado, ter disposição e, principalmente, muita saúde e perspectiva de uma vida longa.

A indicação do tratamento cirúrgico deve ser fundamentada numa análise abrangente dos múltiplos aspectos clínicos do paciente, tendo como resultados esperados a perda de peso, a melhora das comorbidades relacionadas à obesidade e a melhora da qualidade de vida (FANDINO, 2004). Tais aspectos são discutidos a seguir.

A mostra a perda de peso considerando o tempo após o procedimento cirúrgico, onde se constata que, proporcionalmente, o primeiro ano foi o mais importante, sendo a perda de peso média de 41,45 kg. A perda de peso média para os operados há mais de 3 anos foi de 37,71 kg sendo menor que para o período de 1 ano. Este é um resultado inesperado, mas que ocorreu devido a perda de apenas 10 kg de um paciente. Neste caso, este valor fez com

que a média calculada se tornasse bem menor do que aquela geralmente encontrada. Como essa perda de peso não está coerente com os valores normalmente encontrados para este tempo pós-cirúrgico, acredita-se que esse paciente possa ter recuperado peso novamente, situação essa que pode ocorrer em alguns casos. Resultados semelhantes também foram encontrados por Torgenson (2002), em seu trabalho, o autor fez uma análise do estudo desenvolvido pelo *Swedish Obese Subjects* (SOS). Neste estudo, observou-se que os indivíduos que emagreceram através do tratamento clínico convencional recuperaram novamente o peso ao longo do tempo. Já os que utilizaram a técnica cirúrgica, tiveram o peso reduzido de forma significativa. Verificou-se, ainda, que a perda de peso máxima ocorria num período de até um ano após o procedimento, seguida de perdas cada vez menores.

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos pacientes, segundo a perda de peso em valor absoluto.

Período	Freq.	Média	Mínima	Máxima
Até 1 ano	17	41,45	24	63
Entre 1 e 2 anos	23	54,93	30	105
Entre 2 e 3 anos	7	51,24	43	60
Acima de 3 anos	9	37,71	10	63
Total	56	47,61	10	105

Fonte: Os autores.

A presença da obesidade de grau III está associada à alta frequência de doenças crônico-degenerativas (SEGAL, 2004). Tal assertiva está em consonância com os achados deste trabalho onde, dos 56 entrevistados, 42 (75%) apresentavam ao menos uma

comorbidade associada à obesidade mórbida. As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (10), a diabetes (5), problemas articulares (5), apneia grave do sono (3), artrose (3), distúrbio hormonal (3), insônia (3) e problemas cardiovasculares (2). Entretanto, em todos os 42 casos, segundo relato dos pacientes, após a perda de peso houve melhora destas condições indesejáveis.

Os resultados decorrentes da cirurgia bariátrica são frequentemente avaliados pelo percentual de peso perdido e melhora das patologias associadas à obesidade. Contudo, apesar de fundamental, essa avaliação não reproduz completamente os benefícios alcançados por este tratamento, já que a melhora da qualidade de vida é o que mais anseia os indivíduos que se submetem à cirurgia. Os resultados obtidos através do questionário BAROS, Tabela 3, mostram que 46 (82,1%) dos entrevistados estão se sentindo muito melhor após a redução de peso e 10 (17,9%) estão melhores do que antes. Segal e Fandino (2004) enfatizam que, de modo geral, estudos e relatos de caso demonstram melhora da qualidade de vida dos pacientes pós-operação bariátrica, aliada a uma diminuição nos quadros depressivos, na ansiedade e na insatisfação com a imagem corporal. Os resultados, mesmo animadores, não invalidam o acompanhamento psicológico e psiquiátrico de pacientes candidatos às operações nas diversas fases do tratamento bariátrico.

Dentre os fatores que afetam a qualidade de vida, a inatividade física é hoje considerada

um fator de risco primário e independente da hipertensão, hiperlipidemia e do fumo (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2002), cuja contribuição tem um efeito cumulativo. Um estilo de vida que combina várias virtudes (alimentação, atividade física regular, controle do stress, etc.) pode aumentar a expectativa de vida e acima de tudo, proporcionar uma vida mais saudável. Uma restrição importante causada pela obesidade mórbida refere-se às atividades físicas em geral. Entretanto, a Tabela 3, mostra que o indivíduo, quando tem o peso reduzido, sente-se melhor disposto para realizar atividades físicas. Dos entrevistados, 51 (91%) se sentem mais ou muito mais capazes de realizarem atividades físicas. Verificou-se, também, que 46 (82,20%) entrevistados responderam estar se relacionando socialmente mais ou muito mais do que antes. Este resultado mostra um efeito positivo na vida destas pessoas quando se reduz significativamente o peso. Há um aumento da autoestima, levando a uma maior desenvoltura, evidenciando, mais uma vez, que a presença da obesidade, principalmente a obesidade mórbida, traz dificuldades aos indivíduos para realizarem atividades sociais e cotidianas. Em relação ao trabalho, 48 (85,71%) entrevistados se sentem mais ou muito mais capazes de trabalharem, o que pode ser devido a melhor aceitação da imagem corporal de si mesmo. Esta condição favorece uma maior exposição do indivíduo, aumentando as chances de inserção no mercado de trabalho. Os aspectos relacionados

à vida sexual também foram favorecidas. O interesse por sexo é maior ou muito maior para 40 (71,43%) entrevistados. Mais uma vez, a melhora da autoestima pode estar ligada a esse processo. Quando a pessoa se sente bem com o seu corpo, se acha mais bonita, passa a ter mais segurança, perde a vergonha de se expor ao parceiro, deixando fluir cada vez mais sua libido.

Tabela 3 - Distribuição da frequência de pacientes, de acordo com o questionário BAROS.

Variáveis	Nível da variável	freq.	(%)
Comparado com a época anterior ao tratamento para perda de peso eu me sinto...	Muito pior	0	0,0
	Pior	0	0,0
	O mesmo	0	0,0
	Melhor	10	17,9
	Muito melhor	46	82,1
Eu me sinto capaz de participar ativamente em atividades físicas...	Muito menos	0	0
	Menos	0	0
	O mesmo	5	8,9
	Mais	18	32,1
Eu estou me relacionando socialmente...	Muito mais	33	58,9
	Muito menos	0	0
	Menos	0	0
	O mesmo	10	17,9
Agora sou capaz de trabalhar...	Mais	16	28,6
	Muito mais	30	53,6
	Muito menos	0	0
	Menos	0	0
Agora me interessando por sexo...	O mesmo	8	14,3
	Mais	18	32,1
	Muito mais	30	53,6
	Muito menos	1	1,8
	Menos	1	1,8
	O mesmo	14	25,0
	Mais	20	35,7
	Muito mais	20	35,7

Fonte: Os autores.

De acordo com a Tabela 4 de pontuação do questionário BAROS, na análise do resultado final, constatou-se que 9 (16,1%) entrevistados encontravam-se em condição excelente, 31 (55,4%) em condição muito boa e 13 (23,2%) apresentavam uma condição considerada boa. Apenas 3 (5,4%) indivíduos estavam em condição aceitável. Este resultado

corroborar a assertiva de que a cirurgia bariátrica é um importante instrumento no tratamento da obesidade mórbida, tendo, conseqüentemente, resultados bastante positivos tanto do ponto de vista clínico, como, também, psicossocial.

Tabela 4 - Distribuição da frequência de pacientes, segundo a pontuação final do questionário BAROS.

Condição	Quant.	(%)
Aceitável	3	5,4
Bom	13	23,2
Muito Bom	31	55,4
Excelente	9	16,1
Total	56	100,0

Fonte: Os autores.

4 CONCLUSÕES

A obesidade é uma doença epidêmica do mundo moderno com estimativas de crescimento, sobretudo em países industrializados. Uma combinação entre as características genéticas do indivíduo, os hábitos alimentares e o estilo de vida sedentário do homem contemporâneo parece ser um fator relevante neste processo.

Os tratamentos conservadores para a redução de peso baseados em alteração dos hábitos alimentares, estímulo à prática de atividades físicas e utilização de drogas, têm apresentado índices de recidivas bastante elevadas quando aplicados em pacientes obesos mórbidos. Alternativamente, nestes casos, tem sido utilizado o tratamento cirúrgico como forma de se conseguir a redução de peso de maneira eficaz. Neste

trabalho, verificou-se que no primeiro ano do pós-operatório o indivíduo apresentou uma redução significativa de peso, com uma média de aproximadamente 41kg. Após este primeiro ano, o peso continuou a diminuir, porém, em proporções cada vez menores. Para os indivíduos com obesidade mórbida, que normalmente apresentam elevadas taxas de incidência de comorbidades e mortalidade precoce, a cirurgia bariátrica tem sido uma importante técnica de tratamento devido não somente a normalização do índice de massa corpórea, mas também, devido à melhora das anormalidades metabólicas, fisiológicas e psicossociais decorrentes do excesso de peso. Dos 42 (75%) casos que apresentavam ao menos uma comorbidade associada à obesidade, todos apresentaram melhora após a redução de peso. Verificou-se, também, através do questionário BAROS, que a qualidade de vida de 94,7% dos indivíduos pós-operados pertencentes a este estudo encontra-se em situação boa, muito boa ou excelente. Os resultados obtidos neste estudo evidenciam, assim, a efetividade do tratamento cirúrgico na redução de peso em pacientes com obesidade mórbida e a conseqüente melhora das condições clínicas e, principalmente, psicossociais destes indivíduos.

5 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION.
Statement on exercise. *Circulation*, 2002; 86:2726-2730.

- BETTINI, S.M.C. **Avaliação das vilosidades e criptas jejunais em suínos submetidos à gastroplastia vertical restritiva em Y de Roux.** 2000. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- CARNEIRO, JR. **O vírus da obesidade.** Boletim de atualização em saúde. Ano iv, n. 148 jul./2000.
- CORDAS, T. A.; LOPES FILHO, A.P.; SEGAL, A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2004, v.48, no.4, p.564-571.
- CRUZ, M. R. R. D.; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 2, p. 263-272, 2004.
- FABRICATORE, A.; WADDEN, T. A. Treatment of obesity: an overview. **Clinical diabetes**, v. 21, n. 2, p. 67-72, 2003.
- FANDINO, J.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F. et al. **Bariatric surgery:** clinical, surgical and psychiatric aspects. *Rev psiquiatr. Rio Gd Sul* 2004; 26:47-51.
- GARRIDO, J.R.; A.B. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil.** [on line] 2005. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 abr. 2007.
- JONES, K.B. Experience with the Roux-en-Y gastric bypass, and commentary on current trends. **Obesity Surgery**, 2000.
- MARCHESINI, JB. **Aos novos magros.** Curitiba: Centre Desginn 2001, 155 p.
- MARTIKAINEN, T.; PIRINEN, E.; ALHAVA, E.; POIKOLAINEN, E.; Pääkkönen, M.; Uusitupa, M.; GYLLING, H. Long-term results, late complications and quality of life in a series of adjustable gastric banding. **Obesity Surgery**, 2004;14:648-654.
- MILLER, K.; HELL, E. Malabsorptionsmethoden in der bariatrischen Chirurgie. **Zentralbl Chir.** 2002; 127:1044-1048.
- MORRISON, R.F.; FARNER, S.R. Hormonal signaling and transcriptional control of adiposity differentiation. **American Society for Nutritional Sciences.** p.3116-3121, abr. 2000.
- OLIVEIRA, V.M., LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.31, n.4, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da Alma-Ata:** Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric analysis and reporting outcome system. **Obes. Surg.**, 8(5):487-499, out. 1998.
- PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.
- SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e Contra indicações para realização das Operações Bariátricas. **Rev Bras Psiqu**; 24 (Supl III):68-72, 2004.
- TORGENSON, J.S. Die "Swedish Obese Subjects"-(SOS)- Studie:was bringt Abnehmen wirklich? **MMW Fortschr Med**, 2002; 144:24-26.
- VIGGIANO, C.E. **Fome e obesidade:** o paradigma nutricional. *Nutrição Brasil*, Rio de Janeiro, 2:67-68, mar/abr. 2003.
- WOLF, A.M.; FALCONE, A.R.; KORTNER, B. et al. BAROS: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, 2000; 10:445-50.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Genebra, p. 69-73. 1990. (technical report series,797).

WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Global strategy on diet, physical activity and hearth: obesity and overweight. 2004.