

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA, POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO BAROS¹

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY, BY THE APPLICATION OF BAROS QUESTIONARY

Luiz Claudio Lopes CHAVES²; Alessandra Haber CARVALHO³; Hirlana Gomes ALMEIDA³; Isabela Klautau Leite CHAVES³ e Maioi Wanderley NEVES³

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará. **Método:** estudo transversal, com 22 pacientes, submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica do bypass gástrico, no período de outubro de 2002 a outubro de 2003. Para a realização da pesquisa, foi utilizado o questionário BAROS que analisa três parâmetros: a perda do excesso de peso, a melhora da comorbidez e a melhora da qualidade de vida. **Resultados:** 82% sexo feminino; 100% com obesidade grau III no pré-operatório; 40,9% de obesidade grau I no pós-operatório; 34% com osteoartrite, seguida de 18% de hipertensão no pré-operatório; 68,2% com todas as co-afecções maiores resolvidas e as outras melhoradas; 90,9% com auto-estima, 59,1% com disposição para atividades físicas; 81,8% com relacionamento social; 72,7% com disposição para o trabalho e 63,6% com interesse em sexo; todos estes aspectos muito melhorados e 59% obtiveram resultado excelente da cirurgia. **Conclusão:** verificou-se entre os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: a prevalência do sexo feminino; a obesidade grau III no pré-operatório e grau I no pós-operatório; a osteoartrite, seguida de hipertensão como comorbidades mais frequentes no pré-operatório e todas as co-afecções maiores resolvidas e as outras melhoradas. Em relação à qualidade de vida, a auto-estima, a disposição para atividades físicas, o relacionamento social, a disposição para o trabalho e o interesse em sexo foram muito melhoradas, apontando que o resultado da cirurgia foi excelente.

DESCRITORES: cirurgia bariátrica; obesidade; qualidade de vida

INTRODUÇÃO

O número de pessoas com obesidade ou excesso de peso poderá aumentar 50% até 2015 se a tendência atual persistir, o que aumentará o risco de doenças cardiovasculares.¹

As condições de peso da população revelam que o sobrepeso e a obesidade vêm se tornando uma epidemia com alta incidência e prognóstico ruim para a saúde pública.²

A obesidade é uma doença que se caracteriza por acúmulo de gordura corporal, com prejuízo à saúde.³

No Brasil, a obesidade atinge 11% da população, correspondendo a 10,5 milhões de pessoas⁴ e, em Belém, 21,3% da população está obesa.⁵

Quando o IMC ≥ 40 kg/m², a obesidade passa a ser considerada uma doença grave, em função da alta frequência de associação com doenças causadas ou agravadas por ela, correspondendo à obesidade grau III, também chamada obesidade mórbida.³

O excesso de peso e as co-morbidades resultam na redução da qualidade e da expectativa de vida.³

O tratamento da obesidade objetiva a melhora da saúde e da qualidade de vida, mediante redução do peso corporal, suficiente para curar ou melhorar as comorbidades e promover o bem estar psicológico.⁶

Desta forma, o questionário BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) introduzido por Oria e Moorehead em 1998, fornece uma análise dos efeitos da cirurgia bariátrica baseada em evidências, simples e amigável para o paciente.⁷⁻¹⁰

Nesse contexto, a presente pesquisa buscou avaliar, de forma clara e completa, os resultados da cirurgia bariátrica, por meio da aplicação do questionário BAROS, no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará.

¹ Trabalho realizado no Hospital Ophir Loyola - Serviço de Cirurgia Geral - Núcleo para Tratamento Cirúrgico de Obesidade. Belém, Pará, Brasil

² Médico graduado pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Belém, Pará, Brasil. Professor da disciplina Clínica Cirúrgica I da Universidade do Estado do Pará- UEPA. Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela Universidade Federal Fluminense-UFF, Brasil

³ Graduandos do Curso de Medicina da UEPA. Belém, Pará, Brasil

OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará.

MÉTODO

Estudo transversal, abrangendo 22 pacientes de ambos os sexos, submetidos à cirurgia bariátrica do tipo gastroplastia vertical associada com a derivação gastrojejunal em Y-de-Roux, período de outubro de 2002 a outubro de 2003 no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará.

Os participantes responderam ao questionário após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, entregue juntamente com o protocolo.

Foram incluídos na pesquisa, os pacientes operados no período acima referido, recrutados pelo Serviço de Assistência Social do Hospital, no período de outubro a novembro de 2008.

Foram excluídos da pesquisa, aqueles que realizaram a cirurgia em tempo superior ou inferior ao estipulado, bem como os que não compareceram ao recrutamento, optaram por não participar ou responderam indevidamente.

Para a realização da pesquisa foi utilizado o questionário BAROS, elaborado por Oria e Moorehead em 1998 que analisa três parâmetros: a perda do excesso de peso, a melhora da comorbidez e a melhora da qualidade de vida (*QoL*).

O questionário *QoL* (questionário de Moorehead-Ardelt) é focado em cinco áreas: auto-estima, disposição para atividade física, relacionamento social, disposição para o trabalho e interesse em sexo.

A pontuação do BAROS foi feita separadamente em cada coluna, perfazendo um máximo de três pontos em cada (FIGURA 1). A perda do excesso de peso foi calculada na primeira coluna. Quando ocorreu um ganho de peso após a operação, a pontuação foi negativa (- 1,0 ponto). Quando a perda do excesso de peso variou de 0 a 24%, nenhum ponto foi somado. Nos casos de perda de 25 a 49% do excesso de peso, somou-se 1 ponto,

Perda de excesso de peso (%)	Comorbidez	Qualidade de vida Questionário de Moorehead-Ardelt
Ganho de peso (-1)	Agravamento (-1)	Auto-estima [-1,0] [-0,5] (0) [+0,5] [+1,0]
0% a 24% (0)	Inalteradas (0)	Atividades físicas [-0,5] [-0,25] (0) [+0,25] [+0,5]
25% a 49% (1)	Melhora (1)	Relacionamento social [-0,5] [-0,25] (0) [+0,25] [+0,5]
50% a 74% (2)	Uma maior resolvida Outras melhoradas (2)	Disposição para o trabalho [-0,5] [-0,25] (0) [+0,25] [+0,5]
75% a 100% (3)	Todas maiores resolvidas e melhora das outras (3)	Atividade sexual [-0,5] [-0,25] (0) [+0,25] [+0,5]
Subtotal: (-1 a +3)	Subtotal: (-1 a +3)	Subtotal: (-3,0 a +3,0)

entre 50 e 74%, dois pontos e de 75 a 100%, três pontos.

FIGURA 1 – BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System).

FONTE: GARRIDO JR. et al, 2002.

Na segunda coluna, a pontuação se relaciona às mudanças da comorbidez. Para padronização deste item, as principais doenças associadas foram divididas em maiores e menores (FIGURA 2 e FIGURA 3).

Doença	Gravidade	Resolução	Pontos
Hipertensão	Diastólica > 140 mmHg Sistólica > 90 mmHg	Completamente resolvida	3 pontos
Diabetes mellitus	Concentração de glicose no sangue > 200 mg/dL Hemoglobina glicada > 6,5%	Completamente resolvida	3 pontos
Dislipidemia	Coletado > 200 mg/dL Triglicéridos elevados	Completamente resolvida	3 pontos
Doença renal grau I	Diagnóstico > 140 mg/dL ou creatinina > 2,0 mg/dL no nível de referência da doença	Completamente resolvida	3 pontos
Apneia noturna	Índice de apnéia > 5	Completamente resolvida	3 pontos
Insuficiência da válvula	PTCA > 45 mmHg Índice > 10 mmHg	Completamente resolvida	3 pontos
Obesidade	Análise antropométrica	Completamente resolvida	3 pontos
Obesidade	Índice de massa corporal	Completamente resolvida	3 pontos

FIGURA 2 – Comorbidez associada classificada como maior no BAROS.

FONTE: GARRIDO JR. et al, 2002.

Hipertensão intracraniana idiopática
Estase venosa em membros inferiores
Doença do refluxo gastroesofágico
Incontinência urinária

FIGURA 3 – Comorbidez associada classificada como menor no BAROS.

FONTE: GARRIDO JR. et al., 2002.

Caso houvesse agravamento das condições pré-operatórias, subtraiu-se um ponto (-1,0). Já nos casos em que a comorbidez persistiu inalterada, nenhum ponto foi auferido. Quando houve melhora, a pontuação positiva variou de um a três, sendo: um ponto quando ocorreu apenas melhora do quadro, dois pontos quando uma doença maior foi solucionada e as outras melhoradas e, três pontos quando todas as maiores foram solucionadas e as outras melhoradas.

Na avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Moorehead-Ardelt (*QoL*). Ele inclui cinco perguntas representadas por desenhos e respondidas através de um “x”. Os pontos foram acrescentados ou subtraídos de acordo com a resposta do paciente.

A coluna central do questionário significa que a condição está inalterada. As mudanças para melhor que estão representadas nas colunas da direita foram pontuadas positivamente e, para pior, representadas nas colunas da esquerda, foram pontuadas negativamente. A auto-estima foi considerada o principal fator para a qualidade de vida e, recebe a maior pontuação (+ 1,0) em relação aos outros itens (+ 0,5).

Após a avaliação das três colunas do BAROS, a pontuação subtotal foi somada. Posteriormente, foram deduzidos pontos em relação às complicações e reoperações. As complicações também foram classificadas em maiores e menores (FIGURA 4 e FIGURA 5). As complicações maiores foram definidas por eventos que resultaram em uma internação hospitalar igual ou superior a sete dias.

Grupo de Complicações	Grupo de Resultados	Grupo de Resultados	Grupo de Resultados
Infecção de pontos de sutura	Infecção profunda	Processos, infecções graves, transfusão sanguínea, internação > 7 dias	Infecções locais
Infecção a nível de parede torácica	Cardiopulmonar	Infecção aguda do sistema respiratório, transfusão sanguínea, internação > 7 dias	Óbito
Hemorragia espontânea ou cirúrgica	Óbito cirúrgico	Infecção aguda do sistema respiratório, transfusão sanguínea, internação > 7 dias	Acidente vascular
Lesão de trato gastrointestinal	Obstrução do trato gastrointestinal	Dependência para alimentação por mais de 7 dias	Óbito
Lesão de trato urinário	Infecção urinária	Acidente vascular	Óbito
Lesão de trato biliar	Infecção biliar		
Lesão de trato respiratório	Infecção respiratória		
Lesão de trato nervoso	Infecção nervosa		

FIGURA 4 – Complicações pós-operatórias maiores (-1,0 ponto).

FONTE: GARRIDO JR. et al, 2002.

Grupo de Complicações	Grupo de Resultados	Grupo de Resultados	Grupo de Resultados
Sarney, síndrome de pele e ferida	Erupção de eritema	Atelectasia, infecção atípica	Asmático
Edema de pulmão	Dor torácica	Transfusão sanguínea, internação > 7 dias	Deficiência de enxerto e recesso
	Infecção de ferida	Infecção aguda do sistema respiratório	Deficiência de enxerto e recesso
	Infecção de ferida	Infecção aguda do sistema respiratório	Deficiência de enxerto e recesso
	Infecção de ferida	Infecção aguda do sistema respiratório	Deficiência de enxerto e recesso
	Infecção de ferida	Infecção aguda do sistema respiratório	Deficiência de enxerto e recesso

FIGURA 5 – Complicações pós-operatórias menores (-0,2 pontos).

FONTE: GARRIDO JR. et al, 2002.

Para cada complicação maior, deduziu-se um ponto e para cada menor 0,2 pontos. Em caso de uma maior e outras menores, apenas um ponto foi subtraído. Quando uma complicação maior ocorreu e provocou uma reoperação, apenas um ponto foi subtraído. Para cada reoperação, um ponto foi deduzido.

Baseado no escore total, os pacientes foram distribuídos em cinco grupos de efeito (FIGURA 6).

Pontuação	Grupos de Resultados
1 ponto ou menos	Insuficiente (I)
> 1,0 a 3,0 pontos	Aceitável (A)
> 3,0 a 5,0 pontos	Bom (B)
> 5,0 a 7,0 pontos	Muito bom (MB)
> 7,0 a 9,0 pontos	Excelente (E)

FIGURA 6 – Resultado final do BAROS.

FONTE: GARRIDO JR. et al, 2002.

Quando o paciente não apresentou nenhuma comorbidez, a pontuação máxima foi 6. A classificação nos cinco grupos de resultados foi feita através de uma modificação proporcional na pontuação (FIGURA 7).

Pontuação	Grupos de Resultados
0 pontos ou menos	Insuficiente (I)
> 0 a 1,5 pontos	Aceitável (A)
> 1,5 a 3,0 pontos	Bom (B)
> 3,0 a 4,5 pontos	Muito bom (MB)
> 4,5 a 6,0 pontos	Excelente (E)

FIGURA 7 – Resultado final do BAROS (pontuação modificada pela ausência de comorbidez).

FONTE: GARRIDO JR. et al, 2002.

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística descritiva. Para a construção de gráficos e tabelas, foram utilizados os softwares Excel 2003 (Microsoft).

RESULTADOS

TABELA I - Sexo dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ophir Loyola em Belém – Pará, coletado no período de outubro a novembro de 2008.

Sexo	Quantidade	%
Feminino	18	82
Masculino	4	18
TOTAL	22	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA II - IMC do pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ophir Loyola em Belém – Pará, coletado no período de outubro a novembro de 2008.

IMC	Operatório			
	Pré	%	Pós	%
Normal	0	0,0	1	4,5
Sobrepeso	0	0,0	7	31,8
Obesidade grau I	0	0,0	9	40,9
Obesidade grau II	0	0,0	4	18,2
Obesidade grau III	22	100,0	1	4,5
TOTAL	22	100	22	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA III – Comorbidades no pré-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ophir Loyola em Belém – Pará, coletado no período de outubro a novembro de 2008.

Comorbidades no pré-operatório	Quantidade	%
Osteoartrite	18	34,0
Hipertensão	10	18,9
Apneia Noturna	8	15,1
Outras	5	9,4
Incontinência Urinária	3	5,7
DRGE	3	5,7
Diabete Melito	2	3,8
Dislipidemia	2	3,8
Doenças Cardiovasculares	2	3,8
TOTAL	53	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA IV – Condições clínicas dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ophir Loyola em Belém – Pará, coletado no período de outubro a novembro de 2008.

Condições clínicas	Quantidade	%
Agravada	1	4,6
Inalterada	3	13,6
Uma das maiores co-afecções resolvidas e outras melhoradas	3	13,6
Todas as maiores co-afecções resolvidas e outras melhoradas	15	68,2
TOTAL	22	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA V – Fatores para a qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ophir Loyola em Belém – Pará, coletado no período de outubro a novembro de 2008.

Qualidade de vida	O mesmo	%	Melhor	%	Muito Melhor	%	TOTAL
Auto-Estima	0	0,0	2	9,1	20	90,9	22
Atividade Física	2	9,1	7	31,8	13	59,1	22
Relacionamento Social	2	9,1	2	9,1	18	81,8	22
Disposição Trabalho	0	0,0	6	27,3	16	72,7	22
Interesse em sexo	3	13,6	5	22,7	14	63,6	22

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA VI – Resultado da cirurgia dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ophir Loyola em Belém – Pará, coletado no período de outubro a novembro de 2008.

Resultado	Quantidade	%
Bom	2	9
Excelente	13	59

Muito bom	7	32
TOTAL	22	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

DISCUSSÃO

A cirurgia bariátrica representa na atualidade a mais eficiente arma no combate a obesidade mórbida e de suas comorbidades. Entretanto, como em qualquer outro ato cirúrgico, esta pode cursar com complicações precoces e tardias de maiores ou menores proporções.¹¹

As técnicas operatórias vêm sendo reavaliadas e melhoradas, assim como o sistema de análise da eficiência das cirurgias e novas versões ou pequenas alterações surgem e são validadas a fim de aprimorá-los e torná-los mais eficientes. O método clássico do BAROS é um dos que já se mostrou bastante válido e pode continuar a ser utilizado nas pesquisas de eficiência da cirurgia bariátrica.¹²

Em relação ao sexo, houve prevalência do feminino, concordando com outros estudos^{13,14} que mostraram a disparidade acentuada entre os dois sexos nos pacientes pesquisados, apontando um crescimento no número de mulheres obesas.¹⁵

As mulheres acumulam em média um quilo de peso por gravidez e 50% delas associam a obesidade com período de gestação, o que explica a paridade como um fator desencadeante, além do número de gestações elevar as chances de obesidade.¹⁶

A cirurgia bariátrica é recomendada a pacientes com resposta insatisfatória ao tratamento clínico e com Índice de Massa Corporal (IMC) > 40 kg/m² (obesidade grau III) ou > 35 Kg/m² (obesidade grau II) nos casos de comorbidades passíveis de reversão com o emagrecimento.¹⁷

Logo, obteve-se obesidade III na totalidade dos pacientes antes destes realizarem tal procedimento cirúrgico, entretanto no período de pós-operatório analisado, o valor do IMC mais frequente foi de 30 a 34,9 kg/m² (obesidade I), seguido de 25 a 29,9 kg/m² (sobrepeso).¹⁷

Tais achados são semelhantes a pesquisa de outros autores que, obtiveram como média do IMC no pré-operatório o valor de 45,8 kg/m², e após a cirurgia, 33,9 kg/m².¹⁸

Desta forma, a obesidade mórbida é determinante de muitas complicações precoces na saúde, inclusive morte prematura, além de limitar as condições de vida do paciente, levando-o a buscar tratamentos mais adequados, menos desgastantes ou até mesmo definitivos para o problema.^{9,19}

Pacientes obesos apresentam severo risco para uma série de doenças e distúrbios, fazendo com que tenham uma diminuição muito importante da sua expectativa de vida, principalmente quando são portadores de obesidade mórbida.²⁰

Assim, o excesso de peso pode influenciar nas condições clínicas do indivíduo, causando apneia do sono, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hiperlipidemia, doença coronariana, doenças pulmonares, calcinose biliar, aterosclerose e osteoporose.^{21,22}

As doenças associadas à obesidade mórbida prejudicam a qualidade de vida dos portadores, além da cobrança da sociedade, na busca de um modelo de magreza, como sinônimo de beleza e aceitação. Com isso, vem o sentimento de culpa e as punições, fazendo com que essas pessoas acabem desistindo na alimentação e aumentando o círculo vicioso da obesidade.²³

Em relação às comorbidades pré-operatórias mais frequentes, pesquisadores apontaram a hipertensão como a mais prevalente, seguida por esteatose hepática, dislipidemia e esofagite de refluxo.¹⁸ Já a atual pesquisa encontrou a prevalência das seguintes doenças em ordem decrescente: osteoartrite, hipertensão e apneia do sono.

O excesso de peso corporal é um fator de risco para a hipertensão, sendo que 75% dos homens e 65% das mulheres são hipertensos apenas pelo fato de serem obesos.²⁴

Alguns autores relatam que o diabetes mellitus do tipo 2, está associado à obesidade central tanto em homens quanto em mulheres e o risco em desenvolver o diabetes aumenta conforme o aumento do peso.^{25,26}

Outros estudiosos esclarecem que o tecido adiposo acumulado na região torácica traz prejuízos para o obeso, dificultando a função dos músculos respiratórios e conseqüentemente, diminuindo os volumes pulmonares.²⁷

As condições clínicas também investigadas pelo BAROS, como um dos aspectos que influenciam na melhora da qualidade de vida, permitem avaliar se as co-afecções foram resolvidas no todo ou em partes. Neste estudo, obteve-se que a maioria dos pacientes apresentou todas as comorbidades maiores resolvidas e as outras melhoradas.

Um estudo com 70 pacientes pós-operados observou que as diversas e graves implicações da obesidade são significativamente melhoradas com a cirurgia bariátrica, mostrando que a perda de peso está diretamente relacionada à melhora das condições clínicas.

Entretanto, uma pesquisa não encontrou pacientes cuja condição tenha sido agravada ou que tenha permanecido inalterada, ou seja, todos responderam que sua condição clínica foi melhorada ou resolvida.²⁹

Já neste estudo, 3 pacientes permaneceram com a condição inalterada, sendo que 2 destes não apresentavam comorbidades no pré-operatório, semelhante a outra pesquisa que encontrou apenas uma pessoa sem doenças associadas.¹⁴

Os obesos são alvo de preconceito e discriminação, tornando-os mais vulneráveis. Em função disto e das dificuldades simples do cotidiano, são pessoas que cursam um menor número de anos escolares, têm menos chances de serem aceitos em colégios e mais dificuldades em obter emprego.^{19,30}

Quanto a análise da qualidade de vida, no quesito auto-estima, pesquisas mostraram que quase a totalidade dos pacientes sentiam-se muito melhor,^{29,30} concordando com o presente estudo.

Um estudo salienta que a cirurgia devolve ao indivíduo a condição de vida normal ou próximo dela, melhora a auto-estima, fazendo com que se sintam capazes para o trabalho, para os relacionamentos, para o olhar não discriminador, para a possibilidade de se expor e de usufruir das “cores da vida”.³²

O indivíduo com obesidade mórbida apresenta muitas dificuldades para desenvolver certas atividades, sejam elas corriqueiras ou não. Assim, a prática de atividade física fica ainda mais comprometida quando as pessoas são obesas, fazendo com que elas deixem de praticar e tenham prejuízos à saúde.²³

Neste contexto, ao questionar aos pacientes sobre a disposição para atividades físicas, a maioria afirmou que se sente muito mais disposto à prática de exercícios, concordando com outro estudo.³¹ Isto pode ser justificado pela dificuldade que os pacientes obesos apresentam em realizar atividades físicas, somado ao constrangimento e a discriminação sofrida em academias de ginástica, por exemplo.

Em relação ao relacionamento pessoal, um estudo envolvendo 330 pacientes portadores de obesidade mórbida demonstrou que a maioria participou mais ou muito mais de atividades sociais.²⁹

Um estudo verificou que 80% dos entrevistados informaram melhora no desempenho profissional, concordando com esta pesquisa.¹⁴ Isto demonstra que com a redução do excesso de peso, os pacientes sentem-se mais confiantes e dispostos no ambiente de trabalho.

Já no quesito interesse em sexo, uma pesquisa verificou que para 37,8% foi melhor,²⁹ discordando da presente pesquisa que encontrou prevalência entre aqueles que responderam muito melhor. De modo mais genérico, a obesidade limita a identidade sexual, visto que deformados pela gordura, os obesos perdem a forma física e são impedidos de uma vivência sexual madura.³³

Pacientes submetidos à Gastroplastia Vertical com Banda e Derivação Y de Roux apresentaram qualidade de vida muito melhorada.²⁹

Com relação ao resultado final da cirurgia bariátrica, esta mostrou-se excelente na presente pesquisa, consoante ao verificado por alguns autores.¹⁰ Entretanto, discordou de outro estudo que

encontrou o *score* final do BAROS muito bom para a maioria de seus pacientes.²⁹

Neste contexto, o método BAROS representa um instrumento confiável e eficiente, visto que os resultados encontrados estão em acordo com outros estudos que o utilizaram.³⁴

Assim, as implicações à saúde provocadas pela obesidade acarretam mais complicações à vida dos pacientes e um maior risco de morte, do que o ato cirúrgico em si e as possíveis intercorrências.

Portanto, vale ressaltar que o objetivo da cirurgia bariátrica, não é estético, mas uma forma de eliminar ou minimizar as comorbidades e solucionar os problemas psicológicos e sociais causados pela doença.

Em função da epidemia mundial de obesidade, sugerem-se outros estudos a respeito deste assunto, especialmente na Região Norte do Brasil por ser escassa nestas pesquisas. Desta forma, visa-se o esclarecimento e capacitação de profissionais da

saúde, buscando assim, contribuir para o bem-estar biopsicossocial dos pacientes.

CONCLUSÃO

Verificou-se entre os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: a prevalência do sexo feminino; a obesidade grau III no pré-operatório e grau I no pós-operatório; a osteoartrite, seguida de hipertensão como comorbidades mais frequentes no pré-operatório e; todas as co-afecções maiores resolvidas e as outras melhoradas.

Em relação à qualidade de vida, a auto-estima, a atividade física, o relacionamento social, a disposição para o trabalho e o interesse em sexo foram muito melhoradas, apontando que o resultado da cirurgia foi excelente na opinião dos pacientes.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY, BY THE APPLICATION OF BAROS QUESTIONARY

Luiz Claudio Lopes CHAVES; Alessandra Haber CARVALHO; Hirlana Gomes ALMEIDA; Isabela Klautau Leite CHAVES e Maioi Wanderley NEVES

Objective: to evaluate the quality of life of patients submitted to bariatric surgery, in Hospital Ophir Loyola, in Belém of Pará. **Method:** transversal study, with 22 patients, undergoing to the bariatric surgery by the technique of the gastric bypass, in the period of October of 2002 until October of 2003. For the accomplishment of the research, BAROS questionnaire was used to analyzes three parameters: the loss of the weight excess, the improvement of the comorbidity and the improvement of the quality of life. **Results:** 82% were feminine sex; 100% with obesity degree III in the preoperative; 40,9% of obesity degree I in the postoperative; 34% with osteoarthritis, followed by 18% of hypertension in the preoperative; 68,2% with all comorbidities biggest resolved and the others improved; 90,9% with self-esteem, 59,1% with disposition for physical activities, 81,8% with social relationship, 72,7% with disposition for work and 63,6% with interest in sex, all these aspects very improved and; 59% had gotten excellent results of the surgery. **Conclusion:** it was verified among the patients submitted to the bariatric surgery: the prevalence of the feminine sex; the obesity degree III in the preoperative and degree I in the postoperative; the osteoarthritis, followed by hypertension as more frequent comorbidities in the preoperative and; all the biggest comorbidities resolved and the others improved. About the quality of life, the self-esteem, the disposition for the physical activities, the social relationship, the disposition for the work and the interest in sex were very improved, pointing that the result of the surgery was excellent.

KEY WORDS: Bariatric surgery; obesity; quality of life.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acessado em: 20 de abril de 2008
2. Ferriani, MGC; Dias, TS; Silva, KZ. Auto-Imagem corporal de adolescentes atendidos em programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005; V.5:27-33
3. Ceneviva, R; Silva, GA.; Viegas, MM; Sankarankutty, AK; Chueire, FB. Cirurgia bariátrica e apneia do sono, 2006. Medicina, Ribeirão Preto 2006; 39 (2): 235-45

4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Obesidade cresce na capital do Pará, 2007. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 03 de abril de 2008
6. Frey, WC; Pilcher, J. Obstructive sleep-related breathing disorders in patients evaluated for bariatric surgery. *Obes. Surg.* 2003; V.13: 676-683
7. Victorzon, M; Tolonen, P. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) following laparoscopic adjustable gastric banding in Finland. *Obes. Surg.* 2001; V.11:740-3
8. Martikainen, T; Pirinen, E; Alhava, E. Long-term results, late complications and quality of life in a series of adjustable gastric banding. *Obes. Surg.* 2004; V.14:648-54
9. Fandiño, J; Benchimol, AK; Coutinho, WF. Bariatric surgery: clinical, surgical and psychiatric aspects. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2004, V. 26:47-51
10. Miller, K; Hell, E. Malabsorptionsmethoden in der bariatrischen Chirurgie. *Zentralbl. Chir.* 2002; V. 127:1044-8.
11. Nathan, B. A medieval medical view on obesity. *Obesity Surgery* 1992; 3 (2): 213-20
12. Wolf, AM; Falcone, AR; Kortner, B; Kuhlmann, HW. BAROS: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2000; 445-50
13. Gaspar, RL. Aspectos relevantes que permeiam a vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Paraná, 2007.
14. Lima, BAS. Qualidade de vida do paciente submetido à cirurgia bariátrica em domicílio. Paraná, 2007
15. Carneiro, JRI. O vírus da obesidade. *Boletim de atualização em saúde* 2000. 4(148)
16. Lima, JG; Nóbrega, LHC. Gestação após gastroplastia para tratamento de obesidade mórbida: série de casos e revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2006; 28(2)
17. Geloneze, B; Pareja, JC. Cirurgia bariátrica cura a síndrome metabólica? / Does bariatric surgery cure the metabolic syndrome?. *Arq. bras. endocrinol. metab* 2006; 50(2):400-7
18. Faria, OP; Pereira VA; Gangoni, CMC; Lins, RD; Leite, S; Rassi, V; Arruda, SLM. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com Bypass gástrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. *Brasília méd* 2002; 39(1/4): 26-34
19. Segal, A; Fandi o, J. Indica es e contra-indica es para realiza o das opera es bariátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002; 24:68-72
20. Garrido Jr, AB. Cirurgia da obesidade. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Atheneu; 2003
21. Halpern, A. Pontos para o gordo. 4ed. São Paulo (SP): Ed. Record; 2000
22. Goldman, L; Ausiello, D. Cecil: tratado de medicina interna. 22ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Elsevier; 2005
23. Lemos, MCM. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar* 2006; 10(3): 155-63
24. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão 2005; 8(4), Disponível em: http://www.sbh.org.br/hipertensao/2005_N4_V8/N%2004%20V8%202005%20
25. Bray, GA. Câncer e obesidade, um elo ainda ignorado por muitos 2003. Disponível em: www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia_exibe.asp?cod_noticia=718-31k
26. Suplicy, HL - Quais as conseq ncias do excesso de peso? As doenças associadas à obesidade. In: Halpern, M. Manual de Obesidade para o Clínico. 1ed. São Paulo: Roca; 2002. p.62- 84
27. Rigatto, AM. Performance ventilatória na obesidade. *Saúde em Revista* 2005; 7(17): 57-62
28. Marques, HPV. Estudo da eficácia do BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) na interpreta o da abordagem cirúrgica no tratamento da obesidade mórbida. Curitiba, 2003 [Disserta o de Mestrado]. Curitiba: Faculdade Evangélica do Paraná, 2003
29. Marques, LZ. Qualidade de vida em pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à gastroplastia vertical com banda com deriva o em y de Roux. Santa Catarina, 2005
30. Wadden, TA; Sarwer, DB; Womble, LG; Foster, GD; MCGUCKIN, BG; SCHIMMEL, AS. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Obesity Surgery*, (2001). v.81: 1001-1023
31. Arruda, SLM; Melendez, MS; Oliveira, MLS. Avalia o tardia de resultados em cirurgia bariátrica através da utiliza o do questionário BAROS. Disponível em: http://www.sergioarruda.com.br/pesquisas/congressos/cirurgia_bariatrica_metabolica_curitiba/avaliacao_01.pdf. Acessado em: 12 de dezembro de 2008
32. Marchesini, JB. Aos novos magros. Curitiba: Centre Desginn, 2001, 155 p.
33. Marchesini, SD. Aspecto psicológico da obesidade mórbida. Disponível em: <http://www.gastroenet.com.br>. Acessado em: 16 de julho de 2007
34. Arcila, D; Velásquez, D; Gamino, R. Quality of Life in Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2002; 12:661-5

Endereço para correspondência:

Luiz Claudio Lopes Chaves

Avenida José Bonifácio, Ed. Quinta D'Évora, nº 656, ap.902

São Braz - Belém - Pará - Brasil.

CEP: 66063-010

Telefone: (091) 3229-1700 / 9981-3999

E-mail: lcchaves@amazon.com.br

Recebido em 14.02.2011 – Aprovado em 09.11.2012