

Qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica do tipo Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica (DBPPG)*

Quality of life of people underwent the bariatric surgery of Videolaparoscopic Biliopancreatic Diversion with Gastric Preservation (GDBGP)

Adriana Cecel Guedes**
Aline Aparecida das Virgens***
Carolina Esteves do Nascimento***
Milene Pereira Bahia Vieira***

Resumo

Introdução – Obesidade é uma doença crônica com uma série de comorbidades, tendo como fator determinante a grande quantidade de alimentos ingeridos maior do que o organismo pode metabolizar, levando ao acúmulo de gordura reserva. As causas são desconhecidas, e a doença tem aumentado muito no Brasil. Em virtude desses dados, a cirurgia bariátrica surge como uma possibilidade de obter uma vida mais longa, com qualidade e sem comorbidades. Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica do tipo de Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica (DBPPG). **Material e Método** – Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Foram avaliadas 30 pessoas que foram submetidas à DBPPG há 3 meses. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário para categorização socioeconômica e do IMC pré e pós-operatório. Além do Bariatric Analysis Reporting Outcome System (BAROS) para avaliação da qualidade de vida. A amostra foi composta por 19 mulheres e 11 homens, com diminuição do IMC no tempo avaliado. **Resultados** – Dentre os participantes desta pesquisa, 73,33% se sentem muito melhor do que antes, 46,67% participam mais na sociedade, 40% aumentaram seu rendimento no trabalho e 43,33% melhoraram sua vida sexual. Na análise do resultado final 66,67% referiram uma melhora na qualidade de vida, 30% garantiram que melhorou muito e 3,33% não notaram nenhuma mudança significativa. **Conclusão** – A cirurgia DBPPG traz resultados positivos e benéficos para as pessoas, melhorando a autoestima e conseqüentemente, a qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Qualidade de vida

Abstract

Introduction – Obesity is a chronic disease with a series of comorbidities, having as a determining factor the high quantity of ingested food more than what the organism can metabolize, leading to the accumulate of reserve fat. The causes are unknown and this disease has much increased in Brazil. Because of these data, the bariatric surgery appears as a possibility of obtaining a longer, with a better quality and no comorbidities' life. The different situations which involve the morbidly obese can influence in these people's quality of life. This research had as an objective the evaluation of the quality of life of people underwent the bariatric surgery of Videolaparoscopic Biliopancreatic Diversion with Gastric Preservation (GDBGP). **Material and Method** – It was about a describing and exploitative study with quantitative approach. Thirty people who had undergone this surgery 3 months ago were evaluated. The data collection was carried through a questionnaire for social-economic categorization and pre- and post-surgery BMI besides Bariatric Analysis Reporting Outcome System (BAROS) for quality-of-life evaluation. The sample was composed of 19 women and 11 men, with a significant reduction of BMI in the time evaluated. **Results** – Among the participants of the research, 73.33% feel much better than before, 46.67% participate more in the society, 40% had an increase in the work rendered and 43.33% improved their sexual lives. In the analysis of the final results, 66.67% reported an improvement in their quality of life, 30% guaranteed it has improved a lot and only 3.33% didn't notice any significant change. **Conclusion** – The surgery GDBGP brings positive and beneficial results for people, improving their self-esteem and consequently their quality-of-life.

Key words: Obesity; Bariatric surgery; Quality of life

* Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), 2007.

** Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UNIP. Email: adriancecel@unip.br

*** Enfermeiras. E-mail: aline.apdv@ig.com.br, carolerrick23@hotmail.com, mickavieira@yahoo.com.br

Introdução

A obesidade é uma doença crônica com causas múltiplas e complexas. Existem fatores genéticos, ambientais, comportamentais, culturais e emocionais que contribuem para o aparecimento desse tipo de distúrbio alimentar. As causas definitivas da obesidade grave são desconhecidas. Um fator determinante é a ingestão de quantidade de alimento maior do que aquela que o organismo pode metabolizar e utilizar, levando ao armazenamento do excedente em forma de gordura de reserva. A obesidade mórbida é geralmente definida quando o IMC (índice de massa corpórea) encontra-se maior que 40, ou o indivíduo tem aproximadamente 45kg acima do "peso ideal". A obesidade é denominada mórbida porque se associa a várias doenças graves, progressivas, debilitantes que são desencadeadas ou agravadas pelo excesso de peso (comorbidades). Entre essas doenças destacam-se: o diabetes tipo 2, alterações hormonais e endócrinas, elevação de pressão arterial, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, elevação do colesterol e triglicérides (hiperlipidemia), sobrecarga e desgaste das articulações, problemas respiratórios, cálculos na vesícula biliar (coletíase ou colecistopatia calculosa), acúmulo de gordura no fígado e pâncreas (esteatose hepática e pancreática), pancreatite aguda, incontinência urinária, varizes ou inchaço nas pernas, trombose e embolias, esofagite ou refluxo gastro-esofágico, alterações menstruais e infertilidade, risco na gestação, impotência sexual, problemas de pele, risco de morte⁵.

Percebe-se, segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), que a obesidade tem aumentado dramaticamente no Brasil nas últimas décadas. Segundo dados do IBGE do ano de 2005, cerca de 40% da população encontra-se nessa situação, com mais de dois milhões de obesos clinicamente mórbidos. Outro fato agravante é que o sobrepeso vem crescendo enormemente entre crianças e adolescentes. Com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o levantamento mostra que enquanto a desnutrição caiu de 9,5% para 4% da população, o número de brasileiros gordos aumentou de 1975 a 2003. Atualmente, 40% dos adultos no País estão acima do peso considerado ideal, com 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. O problema se concentra nas Regiões Sul e Sudeste, onde a obesidade afeta 9,8% dos homens e 14% das mulheres em média. Em relação à faixa de renda, os índices são maiores entre os homens mais ricos: nas famílias com renda per capita superior a cinco salários mínimos, o percentual aumenta para 13,5%. Entre as mulheres, no entanto, a obesidade ocorre de forma praticamente igual em todas as classes sociais, sendo um pouco maior (14,4%) nas famílias com renda per capita de um a dois salários mínimos⁷.

Em virtude desses dados alarmantes, a cirurgia bariátrica surge como uma possibilidade de obter uma vida mais longa, com mais qualidade e sem comorbidades associadas.

Quando a obesidade torna-se grave (ou mórbida), de difícil controle pelos médicos e profissionais de saúde, ou surgem comorbidades, pode ser necessária a cirurgia para seu controle. O tratamento cirúrgico, quando bem indicado, pode ser um método que determina manutenção prolongada da perda de peso e diminuição das doenças associadas, com melhora significativa da qualidade de vida, bem estar psicológico, oportunidades de trabalho, melhores condições econômicas e consequente melhor integração social⁵.

Existem duas grandes propostas na realização dessas cirurgias: restringir a quantidade de ingestão alimentar, ou mudar a absorção dos alimentos, permitindo que sejam ingeridos em maior quantidade sem que sejam armazenados em forma de gordura de reserva. É muito importante compreender que as intervenções médicas ou psicológicas, inclusive a cirurgia, não representam a "cura" da obesidade, mas uma maneira de controlá-la. O melhor resultado final depende também da adesão e cooperação do próprio paciente¹.

A obesidade mórbida pode ser tratada cirurgicamente quando as alternativas médicas e dietéticas foram ineficazes, quando uma pessoa apresenta riscos sérios de transtornos de saúde relacionados ao grau da obesidade, quando há aumento contínuo de peso levando à chamada obesidade terminal, ou quando constantes variações de peso são resultados de um tratamento conservador ineficaz. Além disso, ela é também indicada para pessoas com IMC acima de 40, ou acima de 35 com comorbidades. A cirurgia, algumas vezes pode ser requerida com pesos menores, desde que o médico do indivíduo determine a necessidade imperativa de redução de peso e a cirurgia é o único método para conseguir tal intento⁸.

Em média, os indivíduos perdem cerca de um terço do peso inicial nos primeiros 12 a 18 meses. Os mais obesos tendem a perder mais peso, e aqueles inicialmente mais leves são mais propensos a perder grande porcentagem do excesso de peso e aproximar-se mais do índice adequado. Define-se como bem sucedido o fato de conseguir-se uma perda de mais da metade do excesso de peso e sua manutenção por período igual ou superior a cinco anos⁹.

A Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica (DBPPG) é uma cirurgia do tipo disabsortiva, onde o estômago é também cortado, mas seu segmento distal permanece conectado ao duodeno, liberando as substâncias produzidas juntamente com a bile e suco pancreático na alça biliopancreática. Nesse método operatório não são retirados pedaços das estruturas abdominais, permitindo total reversibilidade desse tipo de operação, caso isso seja necessário no futuro, e há menores riscos para o procedimento. Isso é possível pela preservação anatômica das estruturas e também pela vascularização intacta de todas as estruturas remanescentes, que permanecem viáveis. A vesícula biliar também é preservada, entretanto, necessita acompanhamento pós-operatório porque também apresenta maior incidência de formação de cálculos (pedras) em seu interior. Para todas as operações disabsortivas, há um período de adaptação tanto para o esvaziamento do estômago quanto do intestino, após o

qual o estômago aceita alimentos normalmente e o intestino permanece com funcionamento estabilizado em uma média de duas a três vezes ao dia⁴.

A perda de peso que ocorre após a cirurgia para obesidade mórbida varia de acordo com inúmeros fatores, que incluem: idade, sexo, peso antes da operação, capacidade de exercitar-se, tipo de operação realizada, condições clínicas gerais do indivíduo, compromisso na manutenção das orientações dietéticas e outros cuidados pós-cirúrgicos, motivação do paciente, cooperação dos familiares e amigos.

As diferentes situações que envolvem o obeso mórbido e a realização dos diversos tipos de cirurgia de obesidade podem influenciar na qualidade de vida das pessoas envolvidas nesse contexto.

Diante dos obstáculos que os obesos encontram, como dificuldades para comprar roupas, conseguir trabalho e, muitas vezes, até uma relação afetiva, eles acabam por ter uma qualidade de vida ruim, incluindo uma série de doenças. Qualidade de vida é mais do que ter uma boa saúde física ou mental. É estar bem com você mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio⁶.

A qualidade de vida ligada à saúde é um fator importante na mensuração do impacto causado pela doença no bem estar do paciente, em especial nas doenças crônicas².

É importante saber se realmente o obeso, ao perder peso, e assim consequentemente adquirir uma melhora das comorbidades que acompanham a obesidade, consegue viver melhor, e ter uma vida social mais tranquila. Diante da epidemiologia da obesidade mórbida e das diferentes influências das cirurgias bariátricas na qualidade de vida das pessoas, fica o seguinte questionamento: Como é a qualidade de vida das pessoas submetidas à Cirurgia Bariátrica de Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica após, ao menos, três meses de pós-operatório? Dessa forma, este trabalho teve como objetivo verificar se existe uma melhora ou piora da qualidade de vida dessas pessoas.

Material e Método

Tipo de estudo

Este estudo é de caráter descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.

Sujeito da pesquisa

Foram entrevistadas pessoas atendidas pelo Centro Integrado de Medicina Avançada (CIMA), que foram submetidos à Cirurgia Bariátrica do tipo Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica nos meses de março e abril de 2007, com ao menos, três meses de pós-operatório.

Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes:

Parte A: Identificação – incluiu dados relacionados ao

nome, sexo, idade, IMC antes e após a cirurgia e tempo de realização de cirurgia.

Parte B: Foi utilizado o Bariatric Analysis Reporting Outcome System (BAROS), um questionário que apresenta três dimensões principais que são: avaliação da perda de peso, avaliação clínica e qualidade de vida⁹. Para este trabalho foi utilizado apenas o questionário de avaliação da qualidade de vida.

Para a pontuação dos scores de qualidade de vida propostos pelo BAROS foi utilizado o guia de referência elaborado por Oria e Moorehead⁹ (1998).

Descrição e análise da coleta de dados

A solicitação de coleta foi feita pelos responsáveis na Instituição do campo de pesquisa, assim como a autorização para a sua identificação da divulgação da coleta de dados.

Foram entrevistados na Clínica Centro Integrado de Medicina Avançada (CIMA), os que foram submetidos à cirurgia de Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica nos meses de março e abril de 2007, com no mínimo três meses de pós-operatório. Este período foi estabelecido com o intuito de abordar os pacientes quando os mesmos começam a reabilitação, e assim, podem relatar melhor a sua qualidade de vida após a cirurgia.

A coleta de dados foi efetuada nos meses de agosto e setembro de 2007 pelos pesquisadores que acompanharam o preenchimento do questionário.

Resultados e Discussão

Foram coletados os dados de 30 pacientes submetidos à cirurgia do tipo Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica, após no mínimo, 3 meses de pós-operatório.

A Tabela 1 traz a distribuição dos pacientes submetidos à DBPPG conforme sexo e idade.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos à DBPPG conforme o sexo e a idade

Variáveis	Níveis de variáveis	F	(%)	M	DP
Sexo	feminino	19	63,33	–	–
	masculino	11	36,67	–	–
Idade	20 – 30 anos	10	33,33	38,6	11,41
	31 – 40 anos	9	30,00		
	31 – 50 anos	7	23,33		
	31 – 60 anos	3	10,00		
	31 – 70 anos	1	3,33		

A amostra foi composta por 30 pessoas, sendo 19 mulheres (63,33%) e 11 homens (36,67%) com idade média de 38,6 anos.

De acordo com o questionário, 33,33% dos pacientes, apresentava idade entre 20 a 30 anos; 30% estavam na faixa etária de 31 a 40 anos; 23,33% de 41 a 50 anos; 10% de 51 a 60 anos e apenas 3,33% idade entre 61 a 70 anos.

Notou-se que o público mais interessado neste tipo de reparação cirúrgica, são mulheres, jovens com idade entre 20 a 40 anos. Isso pode ser influência do estigma so-

cial, que prioriza as mulheres “magrinhas”, assim afetando o visual físico de todas as mulheres. Desta forma, elas valorizam muito mais a própria vaidade, buscando assim reparações cirúrgicas para ficarem de acordo com o que se torna viável para a sociedade.

A Tabela 2 mostra a distribuição do IMC pré-operatório e IMC pós-operatório.

Tabela 2. Distribuição do IMC pré-operatório e IMC pós-operatório

Variáveis	Níveis de variáveis	F	(%)	M	DP
IMC pré-operatório (Kg/m ²)	30 – 33	2	6,67	41,03	4,89
	34 – 37	6	20,00		
	38 – 41	12	40,00		
	42 – 45	3	10,00		
	46 – 49	7	23,33		
IMC pós-operatório (Kg/m ²)	26 – 29	10	33,33	33,10	5,53
	30 – 33	7	23,33		
	34 – 37	5	16,67		
	38 – 41	5	16,67		
	42 – 45	3	10,00		
Diferença entre IMC pré-operatório/ pós-operatório (Kg/m ²)	1 – 4	5	16,67	7,93	3,98
	5 – 8	15	50,00		
	9 – 12	6	20,00		
	13 – 16	3	10,00		
	17 – 20	1	3,33		

Conforme a Tabela 2, o IMC pré-operatório variou entre 30 a 49 Kg/m², sendo que 40% dos pacientes estavam com IMC entre 38 a 49 Kg/m², 23,33% entre 46 a 49 Kg/m², 20% entre 34 a 37 Kg/m², 10% estão entre 42 a 45 Kg/m², e apenas 6,67% entre 30 a 33 Kg/m².

Pôde-se notar que os pacientes mais interessados na cirurgia estavam com IMC entre 38 a 41 Kg/m². Sendo assim, percebeu-se números que não correspondem ao maior índice de IMC encontrado. Esse fato pode sugerir que, as pessoas têm procurado a cirurgia bariátrica cada vez mais cedo, o que pode estar ocorrendo pela maior exposição desse tipo de cirurgia na mídia.

De acordo com a amostra, o IMC pós-operatório variou de 26 a 45 Kg/m², sendo que 33,33% estavam entre 26 a 29 Kg/m², 23,33% entre 30 a 33 Kg/m², 16,67% entre 34 a 37 Kg/m², 16,67% entre 38 a 41 Kg/m² e apenas 10% estão entre 42 a 45 Kg/m².

Pôde-se notar que a grande maioria (56,66%) atingiu o IMC entre 26 a 33 Kg/m², perdendo em média 7,93 no IMC em um período de 3 meses o que mostra eficiência da cirurgia em relação à perda de peso. Resta identificar se essa perda de peso gerou melhor qualidade de vida a essas pessoas.

No estudo de Diniz *et al.*³ (2003), verificou-se que a distribuição de gordura corporal interfere nos resultados do ato cirúrgico para obesidade mórbida, notou-se uma melhora na qualidade de vida associada à grande perda de peso, e afirmou que a distribuição da gordura corporal não é um fator a ser considerado na indicação cirúrgica.

A Tabela 3 mostra a distribuição de pacientes de acordo com as perguntas do questionário BAROS.

Tabela 3. Distribuição de pacientes de acordo com as perguntas do questionário BAROS

Variáveis	Níveis de Variáveis	F	(%)
Comparado ao tempo antes de meu tratamento de perda de peso eu sinto...	Muito pior	0	0,00
	Pior	0	0,00
	O mesmo	0	0,00
	Melhor	8	26,67
	Muito melhor	22	73,33
Eu posso participar fisicamente em atividades...	Muito menos	0	0,00
	Menos	0	0,00
	O mesmo	0	30,00
	Mais	10	33,33
	Muito mais	11	36,67
Eu estou mais disposto a ser envolvido socialmente...	Muito menos	0	0,00
	Menos	0	0,00
	O mesmo	7	23,33
	Mais	0	30,00
	Muito mais	14	46,67
Eu posso trabalhar...	Muito menos	0	0,00
	Menos	0	0,00
	O mesmo	11	36,67
	Mais	12	40,00
	Muito mais	7	23,33
Eu estou mais interessado em sexo...	Muito menos	0	0,00
	Menos	0	0,00
	O mesmo	9	30,00
	Mais	8	26,67
	Muito mais	13	43,33

Os dados obtidos por meio do questionário BAROS mostrou que 73,33% dos pacientes se sentem muito melhor comparado ao tempo anterior à cirurgia e 26,67% se sentem melhor.

Desta forma, percebeu-se que a cirurgia é válida, eleva a autoestima da pessoa fazendo com que esta se sinta bem consigo mesma, pois já está se enquadrando no perfil da sociedade. Assim, sentindo-se melhor, vive-se melhor.

Foi possível identificar que 36,67% dos pacientes podem participar muito mais do que antes em atividades físicas e 30% mantém a mesma frequência. Esses dados mostram que apesar da mudança de hábito alimentar obtida por meio da cirurgia, as pessoas continuam não fazendo qualquer atividade física, práticas indispensáveis para uma condição adequada de saúde.

Quanto à vida social, 46,67% dos entrevistados participam muito mais e 23,33% participam como antes. Esse fato pode estar relacionado com o preconceito social em relação ao excesso de peso corporal, as “gordinhas”, como assim são chamadas, não são tão bem aceitas quanto as “magrinhas”, a qual descreve-se com cintura fina, abdômen plano, quadris e mamas avantajadas. Existe uma grande dificuldade em participar da sociedade quando se trata de sobrepeso. Em tais circunstâncias notou-se que com os benefícios da cirurgia, as grandes majorias sentem-se aceitos pela sociedade.

No trabalho, 40% aumentaram seu rendimento e 23,33% aumentaram muito mais. Além do aumento da autoestima, que incentiva o bem estar da pessoa tornando-a mais disposta, tem-se a melhora da flexibilidade, ou

seja, uma maior movimentação, quem era mais lento, hoje se torna mais ágil.

Em relação à vida sexual, 43,33% interessam-se muito mais e 26,67% interessam-se mais do que antes. Novamente 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 seu libido.

O Gráfico 1 mostra o resultado final de acordo com a pontuação do questionário.

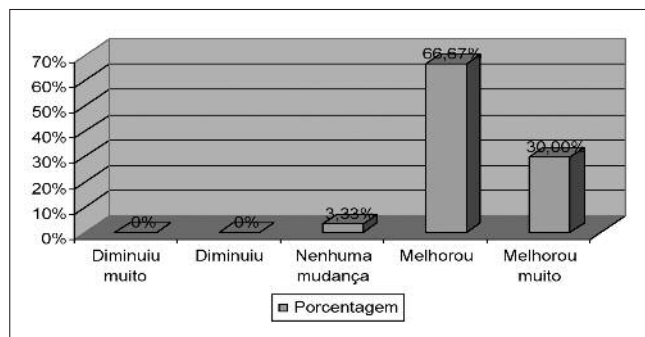


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes de acordo com a pontuação final do questionário BAROS

De acordo com a tabela de pontuação do questionário BAROS, na análise do resultado final, constatou-se que 66,67% dos entrevistados afirmam uma melhora na qualidade de vida, 30% garantem que melhorou muito e somente 3,33% não notaram nenhuma mudança significativa.

Esses dados comprovam que a cirurgia traz resultados positivos e benéficos para a pessoa, melhorando sua autoestima e consequentemente sua qualidade de vida. Pois notou-se que a questão da autoestima é um fato essencial para se encontrar um resultado positivo. No estudo de Diniz *et al.*³ (2003), no período de acompanhamento do pós-operatório o paciente teve melhora de comorbidades, peso e qualidade de vida.

Conclusão

Mulheres jovens, na faixa etária entre 20 – 30 anos, são as mais interessadas na cirurgia do tipo DBPPG e o IMC pré-operatório que variava entre 38 a 41 Kg/m² passou a uma variação de 26 a 33 Kg/m², em um período de 3 meses.

Diversos aspectos foram verificados em relação à comparação de diferentes aspectos da vida das pessoas submetidas a esse tipo de cirurgia. Quanto ao bem estar geral 73,33% dos pacientes se sentem muito melhor do que antes da cirurgia e 26,67% se sentem melhor. Em relação às atividades físicas, 36,67% podem participar muito mais do que antes e 30% mantém a mesma frequência. Já em relação à vida social, 46,67% dos pacientes participam muito mais e 23,33% participam como antes. No trabalho, 40% aumentaram seu rendimento e 23,33% aumentaram muito mais. Em relação à vida sexual, 43,33% se interessam muito mais e 26,67% se interessam mais do que antes.

Assim, foi possível identificar que 66,67% dos entrevistados afirmaram uma melhora na qualidade de vida, 30% garantiram que melhorou muito e somente 3,33% não notaram nenhuma mudança significativa.

Referências

1. Albino AS, Ciongoli J, Nacacche MM, Maciel MAC, Guiselini M. Desmistificando a obesidade severa da definição à operação. São Paulo: Ed M Books do Brasil; 2006. p.14-22, 63-80, 105-7.
2. Cavalcante FS, Saraiva LR, Duarte AL, Castellar ET. Qualidade de vida em pacientes obesos em uma unidade terciária de saúde em Pernambuco. An Fac Med Univ Fed Pernambuco. 2001;46(2):119-26.
3. Diniz MTC, Diniz MFHS, Almeida SR, Savassi-Rocha AL, Ferreira JT, Savassi-Rocha PR. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em mulheres do tipo andróide e ginecóide: estudo prospectivo e comparativo. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2003;16(3):105-10.
4. Domene CE. Derivação biliopancreática com preservação gástrica. In: Silva RS, Kawarara NT, organizadores. Cuidados pré e pós-operatório na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p.130-40.
5. Garrido A. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002. p.45-6.
6. Haddad MCL, Leroux AMR, Santos CF, Loman H, Oliveira LG. Qualidade de vida após gastrosplastia. Ciênc Cuid Saúde. 2003;2(1):37-43.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil [on line] 2005 [acesso 25 abr 2007]. Disponível em www.ibge.gov.br.
8. Menezes A. Pesquisa vincula excesso de peso e má qualidade de vida a doenças hormonais. Ciênc Cult. 2005;57(1):15-6.
9. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg. 1998;487-99.

Recebido em 23/11/2007

Aceito em 9/4/2008