

**17º Congresso de Iniciação Científica****AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS OBESOS MÓRBIDOS APÓS A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA****Autor(es)**

---

PATRÍCIA BRIGATTO

**Orientador(es)**

---

ELI MARIA PAZZIANOTTO FORTI

**Apoio Financeiro**

---

FAPIC/UNIMEP

**1. Introdução**

---

Segundo o Consenso Latino-Americano de Obesidade (1998), a obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo, acompanhada de múltiplas complicações, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, alterações osteomioarticulares e aumento na incidência de alguns tipos de cânceres.

Ao lado dos distúrbios fisiológicos relacionados à obesidade, existem também sérios danos à função psicológica e social. A mais importante consequência da obesidade é a diminuída auto-estima e a dificuldade do obeso em aceitar-se, causando assim, uma distorção da sua imagem corporal e aumento do nível de depressão, podendo levar ao isolamento social em casos extremos (DZIUROWICZ-KOZŁOWSKA et al., 2005).

Os pacientes com obesidade mórbida devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a vida, reduz a qualidade de vida e a auto-estima e que requerem abordagens eficientes para promover uma redução do peso. Esses pacientes são candidatos à cirurgia bariátrica (BJÖRNTORP, 2003). A cirurgia bariátrica na suas diversas modalidades tem se mostrado uma técnica eficaz na redução de peso sendo capaz de oferecer novas perspectivas de vida e saúde aos pacientes portadores da obesidade mórbida, com redução significativa das co-morbidades (ZILBERSTEIN et al., 2002). Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem a perda de peso e a melhora das co-morbidades relacionadas e da qualidade de vida. Utilizando esses parâmetros, o estudo "Bariatric Analysis and Reportig Outcome System - BAROS" padronizou um conjunto de instrumentos para avaliação dos resultados obtidos com pacientes submetidos à cirurgia (FANDIÑO et al, 2004).

**2. Objetivos**

---

Com isso, o objetivo desse estudo foi avaliar o comportamento da qualidade de vida dos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica pela técnica de *bypass* gástrico em Y de Roux, com anel de contenção, considerando-se os efeitos da perda do excesso de peso e da redução das co-morbidades.

### 3. Desenvolvimento

---

Foram avaliadas, por meio de entrevistas presenciais e correspondências, 77 voluntárias adultas com idade entre 22 e 63 anos, média de  $40,2 \pm 9,06$  anos, com uma média de peso de  $122,3 \pm 17,89$  Kg e IMC de  $47,65 \pm 5,97$  Kg/m<sup>2</sup>, que foram submetidas à cirurgia bariátrica eletiva e re-avaliadas entre o 6º e o 36º mês do pós-operatório. As voluntárias foram separadas em grupos de acordo com o tempo da realização da cirurgia. São eles: Grupo I (n=28) – de 06 a 12 meses; Grupo II (n=28) – de 13 a 24 meses; Grupo III (n=21) – de 25 a 36 meses.

A avaliação da qualidade de vida, das condições clínicas e da porcentagem da perda do excesso de peso foi realizada através do Sistema de Análise de Respostas Bariátricas (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System – BAROS), em sua versão clássica. Para a análise dos dados do BAROS foram utilizados testes descritivos como média, desvio padrão, valores numéricos absolutos e percentis. Para verificar a distribuição dos dados obtidos foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, e sendo rejeitada a hipótese de normalidade das variáveis, foram utilizados testes não-paramétricos, sendo o de Kruskal-Wallis para a comparação de amostras não pareadas e o de Wilcoxon para amostras pareadas. O aplicativo utilizado para a análise estatística foi o GraphPad InStat for Windows, versão 3.05. Para a análise das medidas repetidas como peso e IMC inicial e final foram realizadas comparações múltiplas de Bonferroni e para analisar a associação entre as categorias e os grupos foi realizada o teste por partição de Qui-quadrado a partir do aplicativo BioEstat, versão 5.0. Um valor de p menor que 0,05 foi considerado significativo.

### 4. Resultado e Discussão

---

Os resultados demonstraram que em relação aos valores do peso inicial e final das voluntárias houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) para os três grupos, evidenciando perda de peso significativa no pós-operatório da gastroplastia. Da mesma forma, quando comparados o IMC inicial e o IMC final, pode-se constatar diferença significativa ( $p < 0,05$ ) para os três grupos. Embora as voluntárias tenham perdido peso considerável no pós-operatório, não atingiram o peso ideal durante o período de 6 a 36 meses de cirurgia, entretanto as voluntárias passaram de obesas mórbidas (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) para obesas (IMC entre 30 e 40 Kg/m<sup>2</sup>) no período de 6 a 24 meses (grupos I e II) e atingiram o sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m<sup>2</sup>) no período entre 25 e 36 meses (grupo III).

Em relação à porcentagem da perda do excesso de peso houve diferença significativa entre o grupo I e o grupo III ( $p < 0,05$ ), sendo que as voluntárias do grupo III apresentaram maior porcentagem da perda do excesso de peso. Por outro lado, quando comparadas as porcentagens entre os grupos II e III não foram encontradas diferenças significativas evidenciando que existe manutenção da porcentagem da perda do excesso de peso após 24 meses da cirurgia bariátrica que se mantém até o 36º mês.

Nos resultados referentes às condições clínicas observou-se diferença significativa entre o grupo I e o grupo III ( $p < 0,05$ ). No grupo I, 60,7% das voluntárias tiveram todas as co-morbidades "maiores" resolvidas e as outras melhoradas, enquanto que no grupo III, somente 28,6% alcançaram o mesmo resultado. Da mesma forma observou-se diferença significativa entre o grupo II e o grupo III. No grupo II, 71,4% tiveram todas as co-morbidades "maiores" resolvidas e outras melhoradas enquanto que no grupo III, 28,6% obtiveram a mesma classificação.

Com relação à qualidade de vida, pode-se constatar que todas as voluntárias se sentem “melhor” ou “muito melhor” quando comparadas à qualidade de vida que possuíam antes da cirurgia. Quando avaliadas as respostas obtidas com o questionário BAROS pode-se observar diferença significativa em relação à frequência da resposta “muito melhorada”. A qualidade de vida “muito melhorada” se mostra superior no grupo II em relação ao grupo I ( $p < 0,05$ ), e no grupo III em relação ao grupo I ( $p < 0,05$ ).

Os resultados da avaliação final da aplicação do questionário BAROS apontam os efeitos da realização da cirurgia bariátrica e, segundo eles, constatou-se que, para o grupo I o resultado final da cirurgia foi “muito bom”, para o grupo II, “excelente”, e para o grupo III não foram constatadas diferenças significativas quanto aos efeitos “bom”, “muito bom” e “excelente” ( $p > 0,05$ ), demonstrando, portanto, uma mesma frequência de respostas.

Pode-se constatar neste estudo que, a cirurgia bariátrica pode ser considerada um método “excelente” para redução do peso, melhora das condições clínicas e melhora da qualidade de vida. Esses resultados estão de acordo com Fernández Meré e Alvarez Blanco (2004), que relatam que a eficácia da intervenção cirúrgica está em valorizar aspectos que são primordiais aos pacientes, como perda de peso, modificação dos hábitos alimentares, do estilo de vida, de condutas psicológicas e sociais que lhes proporcionem saúde física e mental.

Sem dúvida, um dos mais satisfatórios retornos da cirurgia bariátrica é a melhora na qualidade de vida evidenciada não apenas pela perda do excesso de peso, mas também pela resolução das co-morbidades associadas à obesidade (DZIUIROWICZ-KOZLOWSKA et al., 2005; OGUNNAIKE et al., 2002; SCHAUER et al., 2000). Há uma grande melhora não só do aspecto físico, mas também da função social (DZIUIROWICZ-KOZLOWSKA et al., 2005), e isto é comprovado no retorno rápido às atividades de vida diária e à

vida profissional (SCHAUER et al., 2000). Essa melhora na qualidade de vida foi bastante evidente neste estudo, onde as voluntárias relataram ter uma qualidade de vida “muito melhorada” em relação ao pré-cirúrgico, principalmente para as voluntárias com 13 a 24 meses de cirurgia.

Com a efetividade da cirurgia bariátrica e o emprego de equipe multidisciplinar no pré e pós-operatório, deve-se esperar redução média de 50% a 60% do excesso de peso corporal nos primeiros 12-24 meses do pós-operatório. A perda média do excesso de peso nos estudos com o *bypass* gástrico com Y de Roux varia entre 48% e 74% (ZILBERSTEIN et al., 2002). Estes dados concordam com os resultados obtidos pelo nosso estudo, onde as voluntárias atingiram uma porcentagem média de perda do excesso de peso dentro da faixa esperada para o by-pass gástrico com Y de Roux e superaram a redução média do excesso de peso corporal esperada com a cirurgia bariátrica (50% a 60%) conseguindo uma redução de 59% a 72% do excesso de peso. Segundo Oria e Moorhead (1998) a perda de peso após o *bypass* gástrico atinge pico de 65% a 80% do excesso de peso no período de 12 a 18 meses após a operação. Pela análise do BAROS, no estudo realizado por Oria e Moorhead (1998), 97,2% dos procedimentos cirúrgicos realizados foram tidos como sucessos, concordando, portanto com os resultados encontrados no nosso estudo onde constatou-se que, a cirurgia teve um efeito excelente para 32,2% das voluntárias do grupo I, 60,7% no grupo II e 36,8% para as voluntárias do grupo III.

## 5. Considerações Finais

---

Sendo assim, os resultados obtidos permitem concluir que de 25 a 36 meses após a cirurgia bariátrica a perda do excesso de peso é mais acentuada. Em relação às condições clínicas, a redução mais acentuada das co-morbidades acontece entre o 6º e 24º mês e pioram significativamente entre o 25º e o 36º. Mesmo com a piora das condições clínicas apresentadas entre o 25º e 36º mês, a qualidade de vida a partir do 6º até o 36º mês do pós-operatório permanece “muito melhor” que antes da cirurgia.

## Referências Bibliográficas

---

BJÖRNTORP, P. Definition and classification of obesity. In: Fairbairn & Brownell (eds) **Eating disorders and obesity**. 2.ed, New York, p. 377-81, 2003.

CONSENSO LATINO-AMERICANO DE OBESIDADE – Rio de Janeiro, 10 de out. 1998.

DZIUROWICZ-KOZLOWSKA, A.; LISIK, W.; WIERZBICKI, Z.; KOSIERRADSKI, M. Health – Related quality of life after the surgical treatment of obesity. **J Physiol Pharmacol**. 56 (6): 127-134, 2005.

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINÁRIO, J.C. Bariatric surgery: clinical, surgical and psychiatric aspects. **Rev psiquiatr Rio Gd Sul**, 26:47, 2004.

FERNÁNDEZ MERÉ, L.A.; ÁLVAREZ BLANCO, M.A. Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas. **Nutr Hosp.**, n. 19, p. 34-44, 2004.

OGUNNAIKE, B.O.; JONES, S.B.; JONES, D.B.; PROVOST, D.; WHITTEN, C.W. Anesthetic Considerations for Bariatric Surgery. **Anesth Analg**. 95: 1793–1805, 2002.

ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). **Obes Surg**. 8:487-99, 1998.

SCHAUER, P.R.; IKRAMUDDIN, S.; GOURASH, W.; RAMANATHAN, R.; LUKETICH, J. Outcomes After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass for Morbid Obesity. **Ann Surg**. 232 (4): 515–29, 2002.

ZILBERSTEIN, B.; NETO, M. G.; RAMOS, A. C. O papel da Cirurgia no Tratamento da Obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 59, n. 04, abr. 2002.