

FACULDADE UNIÃO DAS AMÉRICAS

CURSO DE NUTRIÇÃO

**QUALIDADE DE VIDA E HÁBITOS ALIMENTARES DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Elisa Tavares

Foz do Iguaçu – PR

Dezembro, 2008.

ELISA TAVARES

**QUALIDADE DE VIDA E HÁBITOS ALIMENTARES DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao
Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade
União das Américas, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora:

Prof^a MSc. Márcia Fernandes Nishiyama

Foz do Iguaçu PR

Dezembro, 2008.

ELISA TAVARES

**QUALIDADE DE VIDA E HÁBITOS ALIMENTARES DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado como requisito parcial requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel no curso de Nutrição da Faculdade União das Américas.

Foz do Iguaçu, 04 de dezembro de 2008.

Profª Clenise Capellani dos Santos
Coordenadora do Curso de Nutrição

BANCA EXAMINADORA:

Profª MSc. Márcia Fernandes Nishiyama (orientadora)
Faculdade União das Américas

Profª Drª. Sonia Maria Bordin
Faculdade União das Américas

Profª MSc. Rosemary Jane Monteiro de Carvalho
Faculdade União das Américas

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos médicos, colegas de trabalho no hospital, por despertar em mim a curiosidade para o tema desta pesquisa. A todos os professores (as), por me transmitir conhecimentos e pela oportunidade de conviver com excelentes profissionais, em especial a professora que aceitou ser minha orientadora, a quem admiro muito, pela ajuda, dedicação e apoio. A todas as colegas de turma, por partilharmos essa etapa da vida acadêmica; as amigas dos grupos de trabalho e de estudo, desde o início do curso até as últimas apresentações, e as companheiras de estágio, por trocarmos experiências, discutirmos assuntos, divergirmos opiniões, colaborando no nosso amadurecimento pessoal e profissional; as que me apoiaram e torceram por mim. Aos funcionários da biblioteca da faculdade, por me atenderem enquanto fazia as pesquisas. Agradecimento especial, a todos participantes da pesquisa, pela disponibilidade em colaborar prontamente com essa pesquisa acadêmica, para enriquecer os trabalhos nesse assunto. Aos meus amigos da internet, pelos papos que me espareciam, pelo incentivo, pelo interesse em saber com estava o andamento da pesquisa, mesmo sem saber direito do que se tratava. As pessoas que possibilitaram a realização desse trabalho, aos que facilitaram e aos que dificultaram. As autoras dos trabalhos com o mesmo tema que este, os quais usei como referência. A minha mãe, pela ajuda inestimável.

RESUMO

A obesidade severa ou mórbida é uma doença grave e potencialmente mortal, um dos principais problemas de saúde pública na sociedade moderna. A cirurgia bariátrica é uma forma de tratamento cirúrgico para os indivíduos que atingem IMC maior que 40 kg/m², ou 35 kg/m² associado à comorbidades, como a hipertensão arterial, o diabetes melito, dislipidemia, entre outras. O objetivo desse estudo é conhecer o nível de qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e seus hábitos alimentares. Foi utilizado o Questionário de BAROS, que é um questionário específico para esse fim, e um questionário de Frequência Alimentar, baseado no questionário de NAHAS (2001). A amostra foi composta de 49 pacientes, com idade entre 23 e 73 anos, sendo 67% do sexo feminino, com um período de pós-operatório compreendido entre 21 e 108 meses. Observou-se que a porcentagem de perda do excesso de peso foi de 75 a 100% para 71% dos pesquisados, 47% dos pesquisados teve todas as maiores comorbidades resolvidas e o resultado final do questionário de BAROS foi excelente para 55% e para 33% o resultado foi muito bom. Após análise dos dados, conclui-se que a qualidade de vida dos pesquisados teve grande melhora, em relação ao período anterior a cirurgia bariátrica. Porém os hábitos alimentares tiveram mudança positiva em poucos pacientes.

Palavras chave: Cirurgia bariátrica, Qualidade de vida, Hábito alimentar, Obesidade Mórbida.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE TABELAS.....	VIII
LISTA DE APÊNDICES	IX
LISTA DE ANEXOS.....	X
INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE.....	14
3.2 FISIOPATOLOGIA E CAUSAS DA OBESIDADE	15
3.2.1 <i>Excesso de ingestão</i>	15
3.2.2 <i>Falta de atividade física</i>	15
3.2.3 <i>Tendência (Fator genético)</i>	16
3.2.4 <i>Problemas glandulares</i>	16
3.2.5 <i>Ganho de peso induzido por medicamentos</i>	16
3.2.6 <i>Cessação do tabagismo</i>	17
3.2.7 <i>Fatores psicológicos e sociais</i>	17
3.3 TRATAMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE MÓRBIDA.....	17
3.3.1 <i>Formas de tratamento clínico da obesidade</i>	18
3.3.1.1 Dietas	18
3.3.1.2 Atividade física	18
3.3.1.3 Terapia Comportamental	19
3.3.1.4 Tratamento medicamentoso.....	20
3.3.1.4.1 <i>Anorex�genos (Catecolamin�rgicos)</i>	20
3.3.1.4.2 <i>Saciet�genos (Serotonin�rgicos)</i>	20
3.3.1.4.3 <i>Fluoxetina e Sertralina</i>	20
3.3.1.4.4 <i>Sibutramina</i>	21
3.4 INDICA�O DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE GRAVE.....	21
3.5 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	23
3.5.1 <i>Deriva�es biliopancreáticas</i>	23
3.5.2 <i>Deriva�es g�sticas</i>	24
3.5.3 <i>Gastroplastias</i>	25
3.5.4 <i>“Banda” g�stica</i>	26
3.6 CRITÉRIOS PARA LEVAR UM OBESO PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA	26
3.6.1 <i>Classifica�o do IMC</i>	28
3.7 QUALIDADE DE VIDA	29
3.7.1 <i>Qualidade de vida em pacientes obesos</i>	29
3.8 HÁBITOS ALIMENTARES	31
4 METODOLOGIA	33
4.1 TIPO DE PESQUISA:	33
4.2 LOCAL:	33
4.3 POPULA�O:	33
4.4 PROCEDIMENTO:	34
4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	35
4.5.1 <i>Questionário de BAROS</i>	35
4.5.2 <i>Questionário sobre hábitos alimentares</i>	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES.....	62
ANEXOS	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Derivação biliopancreáticas (Scopinaro e Duodenal Switch).....	24
Figura 2 – By-pass gástrico Fobi e Capela (Técnica Mista).....	25
Figura 3 – Gastroplastias vertical por banda (Mason) (Técnica restritiva).....	26
Figura 4 – Condições melhoradas com Tratamento Cirúrgico para Obesidade.....	27
Figura 5 – Faixa etária na época da cirurgia.....	38
Figura 6 – Sexo dos participantes.....	39
Figura 7 – Tempo de pós-cirúrgico.....	39
Figura 8 – Escolaridade.....	40
Figura 9 – Tratamentos utilizados antes da cirurgia.....	41
Figura 10 – Hábitos de Vida.....	42
Figura 11 – Fase em que iniciou o aumento de peso.....	43
Figura 12 – Número de refeições realizadas diariamente.....	43
Figura 13 – Ingestão de líquidos durante as refeições.....	44
Figura 14 – Velocidade da mastigação citada pela população estudada.....	45
Figura 15 – IMC maior e atual.....	46
Figura 16 – Quantidade de comorbidades.....	47
Figura 17 – Prevalência de comorbidades.....	47
Figura 18 – Pontuação da porcentagem de perda do excesso de peso.....	49
Figura 19 – Pontuação das condições clínicas.....	50
Figura 20 – Aspectos de Qualidade de Vida.....	51
Figura 21 – Pontuação Total do Questionário de Moorehead-Ardelt.....	52
Figura 22 – Resultado Final de BAROS.....	53
Figura 23 – Resultado do quadro de Frequência Alimentar.....	54
Figura 24 – Frequência Alimentar.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do IMC segundo OMS 1998.....	28
Tabela 2 – Classificação do IMC segundo Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica....	28
Tabela 3 – Pontuação da porcentagem da perda do excesso de peso.....	35
Tabela 4 – Pontuação das condições clínicas.....	36
Tabela 5 – Resultado final de BAROS.....	37
Tabela 6 – Resultado do Quadro de Frequência Alimentar.....	37
Tabela 7 – Frequência Alimentar.....	56

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento.....	63
Apêndice 2: Questionário da Pesquisa.....	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Pontuação do Questionário de BAROS.....	70
Anexo 2: Comorbidades relacionadas à obesidade mórbida.....	71
Anexo 3: Complicações operatórias e clínicas.....	72

INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade são atualmente os desvios nutricionais que mais tem aumentado no mundo. Estão associados aos novos estilos de vida: hábitos alimentares incorretos e sedentarismo, sendo a obesidade definida como excesso de tecido adiposo no organismo. No Brasil, a prevalência da obesidade na população de homens adultos, é maior do que o percentual de desnutrição. Enquanto nas mulheres adultas a diferença de ocorrência da obesidade e desnutrição ocorre em proporção bem maior: 6,5% de desnutridas para 21,1% de obesas (ROUQUAYROL e FILHO, 2003).

“As doenças crônicas, como as cardiopatias, diabetes do Tipo II, hipertensão, dislipidemias, acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, apnéia do sono, certos cânceres e osteoartrite estão associados à obesidade e pioraram conforme aumenta o grau desta”(MAHAN, 2005, p. 544). O risco de ter qualquer uma dessas doenças associadas à obesidade pode ser influenciado por outros fatores, como genética, tabagismo, distribuição de gordura e nível de condicionamento físico (MACDONALD e ROCHE, 2006),

A obesidade severa ou mórbida é uma doença grave e potencialmente mortal. O seu impacto na sociedade, as repercussões na qualidade e a diminuição no tempo de vida das pessoas obesas são razões suficientes para justificar os atuais critérios cirúrgicos (MARCHESE, 2001). Segundo a OMS, obesidade mórbida é assim considerada quando o IMC do indivíduo ultrapassar 40kg/m^2 , o que está relacionado a risco de comorbidades muito elevado (FARIA, 2004).

Com isso, busca-se durante longo tempo, várias forma de tratamento: dietas, medicamentos, exercícios, psicoterapia, etc., e após tentativas fracassadas de redução de peso, a cirurgia bariátrica é a última tentativa de tratamento dos obesos mórbidos e pode auxiliar na mudança do estado de saúde, na qualidade de vida e ajudar a diminuir muitas das comorbidades, quando acompanhada por profissionais como nutricionista, psicólogo e seguidas às recomendações médicas corretamente (GARRIDO JUNIOR, 2003).

O princípio da cirurgia bariátrica consiste em induzir a perda de peso por meios cirúrgicos, que pode ser por dois caminhos: pela redução da capacidade de armazenamento do estômago e de sua velocidade de esvaziamento (cirurgias restritivas), ou pela exclusão de grandes segmentos de intestino delgado evitando que os nutrientes sejam absorvidos

(cirurgias disabsortivas) e existe ainda um grupo chamado de cirurgia mista, que combina os dois princípios básicos (VILAS BOAS, 2007).

É importante orientar o paciente sobre o processo que ele será submetido. Será de grande valia oferecer ao paciente antes da cirurgia bariátrica um plano com restrição calórica, com as seguintes vantagens: diminuir o risco do procedimento cirúrgico, estimular a adesão da dieta que deverá seguir após a cirurgia e incentivar a ter a responsabilidade de adequação da sua alimentação. Quanto ao pós-operatório as modificações com relação a consistência englobam não apenas a apresentação da dieta, mas também fatores nutricionais que interferem no trabalho digestivo associado ao tipo de dieta. (CUPPARRI, 2002). A privação de alimento e prazer de comer podem levar a depressão e ao alcoolismo (AMARAL, 2001).

Percebe-se que a obesidade afeta inúmeras pessoas, e se não for tratada de forma correta, pode ficar cada vez mais complicado de se chegar num peso desejado. Pode-se até atingir um peso desejado, mas conseguir mantê-lo é que é o desafio. Se for indicado o tratamento cirúrgico, espera-se que seja somente o início de várias mudanças que a própria cirurgia acarreta. As possibilidades de novas perspectivas renovam a auto-estima e a expectativa na mudança de vida do obeso mórbido.

Quanto aos hábitos alimentares dos ex-obesos: os pacientes que fazem cirurgia disabsortiva correm riscos de sofrer deficiência de microelementos, anemia ferropriva, deficiência de vitamina B12 e tiamina e desnutrição protéica (AMARAL, 2001). É preciso certificar que eles recebem e principalmente seguem as orientações nutricionais, para diminuir esses riscos. Se adquirirem consciência de que os hábitos errados, que talvez os tenham feito engordar é prejudicial à saúde e aprenderam a preferir comidas mais saudáveis, cuidando com mais atenção da própria alimentação.

O objetivo deste trabalho foi conhecer o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica quanto à melhora ou não da qualidade de vida e seus hábitos alimentares e verificar os hábitos alimentares após um ano ou mais da cirurgia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (CB), quanto à melhora ou não da qualidade de vida e seus hábitos alimentares.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, segundo sexo, idade na época da cirurgia, grau de obesidade, existência ou não de comorbidades.

- Descrever o nível de qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia, após um ano ou mais da cirurgia.

- Verificar os hábitos alimentares após um ano ou mais da cirurgia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

A obesidade é definida como excesso de tecido adiposo no organismo, tal excesso dá-se, segundo conceito generalizado, por uma ingestão calórica que ultrapassa o gasto calórico. No entanto, outros fatores intervêm na gênese da obesidade, dos quais destaca-se a maior capacidade de fazer gorduras, e uma menor oxidação de gorduras. (GARRIDO JUNIOR, 2003).

“Pode-se ter dois tipos de diagnóstico de um paciente obeso: um diagnóstico quantitativo, referente à massa corpórea ou à massa de tecido adiposo, e um diagnóstico qualitativo, referente à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral” (GARRIDO JUNIOR, 2003 p. 1).

Para diagnóstico quantitativo, os mais utilizados são:

- Tabelas peso x altura;
- IMC;
- Somatório de medidas de pregas cutâneas;
- Impedância bioelétrica.

O IMC tem a desvantagem de não distinguir gordura central de gordura periférica, e também não distingue massa gordurosa de massa muscular. Quanto à impedância bioelétrica, que substituiu o somatório de medidas de pregas cutâneas, avalia com precisão a massa gordurosa da massa magra. Os valores normais são: <25% de tecido adiposo para homens e <33% para mulheres.

Para diagnóstico qualitativo:

“O excesso de gordura pode estar mais concentrado na região abdominal ou no tronco, o que define obesidade tipo andróide, superior, central, abdominal, ou em maçã, mais freqüente, mas não exclusiva no sexo masculino, ou pode estar mais concentrado na região dos quadris, o que define obesidade tipo ginóide, inferior, periférica ou subcutânea, glúteo-femural, ou em pêra, mais freqüente, mas não exclusiva do sexo feminino. A obesidade andróide apresenta maior correlação com complicações cardio-vasculares e metabólicas que a obesidade ginóide, que apresenta como doenças mais associadas complicações vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.2).

Índice da relação cintura-quadril superiores a 0,8 em mulheres e 0,9 em homens definem distribuição central de gordura. A medida isolada da circunferência da cintura é suficiente para mostrar riscos, são limites normais da circunferência: < 95 cm para homens e < 80 cm para mulheres.

3.2 FISIOPATOLOGIA E CAUSAS DA OBESIDADE

O livre acesso à comida tem uma relação a uma ingestão crescente de alimentos mais calóricos. A maior ingestão de gorduras parece estar relacionada com maior consumo de álcool e açúcares. Essa combinação colabora para o crescimento da obesidade mundial.

Outro fator é o hábito alimentar do indivíduo, como por exemplo, o hábito alimentar compulsivo, que pode ser originado por transtornos psíquicos, e também desequilíbrios endócrinos. Vale lembrar que a regulação da fome e da saciedade é feita por neurotransmissores e hormônios.

Basicamente, a obesidade pode ser atribuída a quatro fatores: excesso de ingestão alimentar, falta de atividade física, tendência (genética) e problemas glandulares.

3.2.1 Excesso de ingestão

Neste aspecto, podemos afirmar que a obesidade é uma doença da civilização. O homem primitivo não era obeso, pois se alimentava de sementes, raízes e frutas e não dispunha destes alimentos o ano todo. Atualmente, temos a nossa disposição alimentos industrializados, muito palatáveis e altamente calóricos. A ingestão de alimentos contendo altos teores de gordura tem sido considerada o grande vilão causador da obesidade. O fator psicológico influenciando a ingestão também é muito importante. Desde pequeno aprendemos que comida é “prêmio”, pois os fatos importantes da vida são sempre comemorados com comida. Basta o indivíduo estar frustrado, stressado, angustiado, para querer uma compensação.

3.2.2 Falta de atividade física

Existem dois tipos de atividade física, uma programada e uma não programada. A atividade física programada é aquela da academia de ginástica, da natação, do jogo de tênis.

Este tipo de atividade física vem aumentando nos últimos tempos, mas apenas para uma pequena parcela da população. A atividade física não programada vem diminuindo na medida em que aumentam os confortos da vida moderna: controles remotos de TV, elevadores, automóveis, escadas rolantes, extensões de telefone por toda a casa etc. Existem levantamentos feitos em alguns países nos quais houve diminuição da ingestão de alimentos, aumento da atividade programada e aumento da obesidade, o qual é atribuído à diminuição da atividade física não programada.

3.2.3 Tendência (Fator genético)

Quando os pais têm peso normal, 10% dos filhos são obesos; quando um dos pais é obeso, 50% dos filhos são obesos; e quando ambos os pais são obesos, 80% dos filhos são obesos. Estes dados e inúmeros outros trabalhos feitos com famílias e gêmeos idênticos, tem demonstrado que a genética desempenha um papel fundamental na gênese da obesidade.

3.2.4 Problemas glandulares

Alterações na função da glândula tireóide, supra-renais e região hipotalâmica podem ser responsáveis pela obesidade. Não são as causas mais comuns deste problema, mas devem ser sempre descartadas.

3.2.5 Ganho de peso induzido por medicamentos

Várias drogas podem causar ganho de peso, incluindo muitos agentes psicoativos e hormônios. Antipsicóticos freqüentemente causam ganho de peso. Os antidepressivos tricíclicos causam ganho de peso e aumento de apetite, em algumas ocasiões de caráter bulímico. O valproato de sódio é um anticonvulsivante causa ganho de peso em metade dos pacientes. Glicocorticóides causam acúmulo de gorduras em áreas específicas, de modo análogo a Síndrome de Cushing. O acetato de megestrol é utilizado em pacientes com neoplasia de mama e AIDS, que aumenta o apetite e causa ganho de peso.

3.2.6 Cessação do tabagismo

É muito comum ganhar peso quando os indivíduos param de fumar. A abstinência de nicotina é uma explicação parcial. O risco relativo de obesidade em indivíduos que pararam de fumar comparado com o de não fumantes é de 2 a 2,4.

3.2.7 Fatores psicológicos e sociais

Não existe uma personalidade específica do paciente obeso. A única condição ligada a ganho de peso é a doença afetiva sazonal, que causa aumento de peso no inverno.

3.3 TRATAMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE MÓRBIDA

A manutenção da perda de peso, não é possível para maioria dos grandes obesos somente com tratamento clínico.

“O objetivo do manejo do grande obeso é atingir um equilíbrio metabólico, alcançando níveis plasmáticos adequados de glicose, triglicérides, colesterol total e subfrações, ácido úrico, equilibrar a pressão arterial, assim como melhorar problemas osteoarticulares, psicológicos e tantos outros conseqüentes da obesidade” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.35).

A redução de peso através da dieta, exercício ou tratamento medicamentoso desencadeia alterações compensatórias no apetite e gasto energético fazendo com que a manutenção de uma perda superior a 5% a 10% do peso seja muitas vezes improvável no grande obeso. E recuperar esse peso é um grande medo para o obeso.

“O paciente que se submete à cirurgia bariátrica, seja ela qual for, já vem de uma série de tentativas frustradas para emagrecer, tendo sido submetido a todos os tipos de desequilíbrios nutricionais. Na maior parte das vezes, enxerga na operação o milagre procurado a vida inteira, achando que depois de operado não precisará mais se preocupar em “fazer dieta”” (ZILBERSTEIN e CARREIRO, 2004 p.82).

É importante lembrar que o tratamento clínico da obesidade mórbida é muitas vezes uma frustração, pela dificuldade de adesão e por esperarem resultado imediato, buscando o tratamento farmacológico, sem mudança de hábitos de vida. Tendo como última forma de tratamento a cirurgia bariátrica, para solucionar o problema do excesso de peso.

3.3.1 Formas de tratamento clínico da obesidade

Todo paciente obeso deve, antes de iniciar qualquer tratamento sério, passar por um exame clínico completo, que deve ser complementado com exames laboratoriais, para assegurar que não é portador de doenças que se acompanhem de obesidade, por exemplo, do hipotireoidismo.

3.3.1.1 Dietas

Cabral (2003) cita que nas décadas de 50 e 60, a restrição de carboidratos era a base de dietas para perda de peso, e a ingestão de proteínas e gorduras era livre.

A restrição de carboidratos faz com que a alimentação fique monótona enquanto a liberação do consumo de gordura favorece o aumento do consumo de gorduras saturadas. A gordura oferece algumas desvantagens em relação ao carboidrato: densidade calórica maior, maior palatabilidade, mastigação menos trabalhosa, menor efeito sacietógeno e balanço energético menos eficiente.

O gasto energético tem três componentes principais: taxa metabólica basal, termogênese alimentar e atividade física.

É importante identificar os erros alimentares e estimular a modificação do hábito alimentar, adotando um plano alimentar saudável. Outro item importante é que deve-se sempre combinar o plano alimentar saudável com prática de atividade física e terapia comportamental para resultados mais duradouros.

3.3.1.2 Atividade física

Entre as principais causas do aumento do índice de obesidade estão a redução do gasto calórico.

“A atividade física regular apresenta vários benefícios no tratamento da obesidade: aumento do gasto energético, estímulo da resposta termogênica aumentando a taxa metabólica em repouso e a termogênese induzida pela dieta, aumento da capacidade de mobilização e oxidação da gordura, melhora da disposição, dos níveis pressóricos e do condicionamento cardiovascular, aumento da capacidade vital e contribui para a redução do ganho de peso que é comum com a idade” (GARRIDO JUNIOR, 2003 p. 37).

“Muitas vezes o indivíduo obeso não está apto do ponto de vista cardiovascular para a prática de exercício vigoroso ou não se sente à vontade de frequentar uma academia rodeada de indivíduos de peso normal” (GARRIDO JUNIOR, 2003 p. 37).

Como cita Garrido Junior (2003) a adesão ao exercício físico se torna difícil quando as expectativas não são atingidas, principalmente por que a intensidade do exercício é alta para se alcançar uma perda de peso significativa. Assim o indivíduo acaba desapontado, pois precisa perder em média 30% do peso inicial e só consegue até 10%. Deve-se avisar o paciente dos prováveis resultados, e que suas expectativas podem não ser alcançadas somente com exercício físico, evitando que abandone o tratamento. Os benefícios conseguidos com exercício físico envolvem a melhora da saúde em geral e auxilia na manutenção do peso perdido.

3.3.1.3 Terapia Comportamental

Entre os fatores que contribuem para obesidade estão os hábitos sedentários e alimentação errada e muito calórica. Assim com o exercício físico, a terapia nem sempre é o que se espera dela. Se a obesidade é resultado de anos seguidos de erro alimentar, sem vontade para fazer uma dieta equilibrada, sem exercícios e vida sedentária, não se pode esperar muito do tratamento psiquiátrico, este, trata em situações em que há diagnóstico de transtornos alimentares.

“A terapia comportamental da obesidade consiste de uma série de princípios e técnicas desenvolvidas para auxiliar os pacientes obesos a identificar e modificar os maus hábitos alimentares, o sedentarismo e os pensamentos que contribuem para o ganho de peso” (GARRIDO JUNIOR, 2003 p. 38).

As pessoas magras normalmente pensam na comida e/ou comem, quase só quando sentem fome. As obesas, ao contrário, costumam pensar em comida o tempo todo e se sentem estimuladas a comer nas mais variadas circunstâncias, como, no horário das refeições, ao passearem por um shopping center, ao sentirem cheiro de comida e assim por diante.

De acordo com os autores da linha da terapia cognitiva comportamental, o comportamento vem muito em resposta aos estímulos que o indivíduo recebe. Quanto ao comportamento alimentar, deve-se evitar então associação de outros estímulos prazerosos ao ato alimentar, para que o comer não passe a ser resposta a esses estímulos.

Em se pensando em termos cognitivo-comportamentais, diminuir a exposição à estímulos é um recurso importante. É cada vez mais clara a necessidade de um profissional psicólogo no processo de transformação de um obeso mórbido em um indivíduo que se encaixa nos padrões físicos de normalidade.

3.3.1.4 Tratamento medicamentoso

“Já que a obesidade é uma doença crônica, foi proposto que o tratamento medicamentoso a longo prazo seria necessário mesmo após a estabilização do peso, semelhante ao que ocorre em outras doenças crônicas” (GARRIDO JUNIOR, 2003 p. 38).

O objetivo do tratamento medicamentoso é reduzir o peso corporal, manter o peso saudável e prevenir a recuperação posterior do peso.

3.3.1.4.1 Anorexígenos (*Catecolaminérgicos*)

Muitos trabalhos científicos publicados documentam que os métodos não-cirúrgicos, isoladamente, não têm sido efetivos em obter uma perda de peso a longo prazo em adultos gravemente obesos. Porém o uso de medicamentos que inibem o apetite, chamados de anorexígenos, foi preconizado recentemente como tratamento a longo prazo dessa doença crônica. Os anorexígenos atuam através da ação no Sistema Nervoso Central, acarretando diminuição da fome ou aumento da sensação de saciedade. São exemplos: Fentermina, fenproporex, anfepramona (dietilpropiona), mazindol, fenilpropanolamina.

3.3.1.4.2 Sacietógenos (*Serotoninérgicos*)

A serotonina é uma substância formada a partir da hidroxilação e descarboxilação do aminoácido triptofano. Existem no hipotálamo ventro-medial receptores para serotonina relacionados com a indução da diminuição da ingestão alimentar. A Dexfenfluramina é um bom agente serotoninérgico, ele diminui a recaptção pré-sináptica de serotonina e aumenta sua liberação. Tem como efeitos colaterais: sonolência, diarreia e náuseas.

3.3.1.4.3 Fluoxetina e Sertralina

“A Fluoxetina é um antidepressivo com propriedades anoréticas. A fluoxetina e a sertralina constituem inibidores da recaptção de serotonina. Pode causar ansiedade, distúrbios do sono, sudorese e náuseas. Estes medicamentos são indicados para pacientes obesos com transtornos alimentares ou deprimidos” (GARRIDO JUNIOR, 2003).

3.3.1.4.4 Sibutramina

De acordo com Garrido Junior (2003) é um inibidor da recaptação de noradrenalina e serotonina, induzindo a sensação de saciedade. Os efeitos adversos mais comuns: boca seca, insônia, constipação intestinal e cefaléia.

Age sobre a compulsão alimentar, enquanto que, aumentando outras catecolaminas, promove um efeito inibidor na sensação de fome.

Garrido Junior (2003, p. 42) considera que:

Ao se discutir a respeito do melhor tratamento atual para a obesidade mórbida a conclusão que provavelmente será unânime é que a cirurgia bariátrica constitui o tratamento mais eficaz desta doença por várias razões. Estudos demonstram que os métodos voluntários de perda de peso são ineficazes no manuseio da obesidade grave. Nenhum estudo em longo prazo demonstrou, até o momento, que a reeducação alimentar, a atividade física regular, a terapia comportamental e/ou uso de medicamentos antiobesidade contribuem para uma redução significativa da morbi-mortalidade do grande obeso e uma melhora substancial de qualidade de vida. A perda de peso obtida pela cirurgia não é conseguida por nenhuma modalidade de tratamento clínico. (...) Os pacientes ficam livres das decepções dos tratamentos clínicos, da discriminação, dos problemas com o tamanho, das descompensações das comorbidades e muito mais. Como quase 60% dos pacientes com obesidade mórbida são obesos desde a infância, a modalidade cirúrgica leva esses pacientes a um lugar onde eles nunca estiveram.

Os pacientes que em indicação para a cirurgia e à ela serão submetidos, devem começar a mudança dos seus hábitos antes da cirurgia, e devem ser esclarecidos da importância de um hábito alimentar adequado, da atividade física, do comportamento alimentar para que o tratamento cirúrgico tenha melhor resultado.

3.4 INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE GRAVE

“A dificuldade em fazer um tratamento clínico que resolva a obesidade definitivamente faz com que muitas vezes os pacientes percam a “vontade de viver”. Não raro, são obesos desde a infância quando, ainda sem consciência do problema, são obrigados a fazer dietas, psicoterapia, atividades físicas assistidas e até a usar medicamentos por longo tempo. Assim, há crianças que passam pela infância sem poder aproveitá-la. O problema continua na adolescência e na vida adulta, pois o fato de viver vários anos com tentativas de emagrecimento, muitas vezes conseguido, mas dificilmente mantido, ocasiona várias frustrações. O paciente sente que seus esforços não foram recompensados e que a perda de peso é praticamente impossível” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.45).

Pessoas obesas são alvo de preconceito e grande discriminação em países desenvolvidos. Isto pode ser observado em várias e cotidianas situações, como programas de televisão, revistas e em colégios.

“Além disso, são pessoas que cursam um menor número de anos na escola, que têm menor chance de serem aceitas em escolas e, posteriormente em empregos mais concorridos, que têm salários mais baixos, que têm menor chance de estarem envolvidos num relacionamento afetivo, estável” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.289).

Os indivíduos obesos são, habitualmente, considerados como preguiçosos que comem demais e que não tem força de vontade para fazer dieta e praticar exercício. Além disso, são discriminados no trabalho e poucos aceitos na faculdade, e as crianças e os adolescentes obesos são freqüentemente, discriminados e incomodados pelas outras crianças (MACDONALD e ROCHE, 2006).

“Mais do que o paciente cirúrgico habitual, o bariátrico é um doente que associa a comorbidez física, dificuldades psicológicas importantes. Ferido em sua auto-estima, depressivo com freqüência, insatisfeito por natureza, o obeso mórbido carrega o fardo da infelicidade” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.317).

“Vários trabalhos vêm demonstrando que a perda de 5% a10% do peso inicial é suficiente para melhorar a comorbidez, incluindo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 e dislipidemia” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.35).

Uma pequena redução de peso, como por exemplo, de um a dois quilogramas, em um mês ou dois meses, já traz ganhos importantes na saúde, e se a redução gradual for se dando ao longo de um tempo maior, uma redução em torno de 5 a 7% do peso inicial reduz a resistência insulínica, melhora o controle da glicemia e dos lipídios séricos. Quanto à pressão arterial, a cada redução de 1% de peso, em média, há uma queda de 1 mmHg de pressão sistólica e 2 mmHg da diastólica. Deve-se estar atento também para a redução da circunferência abdominal como parâmetro para reduzir o risco cardiovascular (WHO, 1998; DUARTE, 2005).

“O paciente operado não sente a menor necessidade de uma psicoterapia. É nesse período que muitos desaparecem dos consultórios dos psicólogos (e muitas vezes dos retornos médicos), por sentirem-se tão bem como nunca estiveram na vida: auto-suficiente, mais seguros e com a auto-estima elevada, bonitos e muitas vezes eufóricos” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.78).

“Coisas simples, que normalmente fazem parte da vida das pessoas, como sentar-se num barzinho (sem preocupar-se com a cadeira), entrar numa piscina, pescar de bote com os amigos, recuperar seu direito de ir e vir, não precisar de ajuda para levantar-se de um sofá ou mesmo para sua higiene pessoal, assumir muitas responsabilidades das quais era poupado por falta de condições físicas e pelas limitações que a obesidade impunha, coloca agora essa

peessoa diante de situações nunca vividas (ou vividas há muito tempo)” (GARRIDO JUNIOR, 2003, p.78).

O grande emagrecimento provoca transformações e requer adaptações nos relacionamentos familiares, afetivos, sexuais, sociais, interpessoais e profissionais.

3.5 TRATAMENTO CIRÚGICO DA OBESIDADE

As técnicas operatórias contra obesidade mórbida evoluíram muito rapidamente, atingindo altos níveis de modernização em tempo recorde. A cirurgia bariátrica é considerada um método efetivo de tratamento de obesidade refratária e é considerada o único tratamento eficiente de obesidade grave, principalmente para aqueles que o tratamento clínico não teve sucesso (MARQUES, 2005).

Várias técnicas de operação foram propostas e experimentadas, utilizando-se de vários conceitos fisiopatológicos. As modificações ocorriam devido às deficiências, complicações e dificuldades que surgiam ao longo do tempo.

3.5.1 Derivações biliopancreáticas

Segundo Garrido Junior, 2003:

Essas cirurgias tinham como objetivo criar um procedimento disabsortivo que permitisse o controle da perda de peso sem seus efeitos colaterais. Scopinaro publicou em 1979 sua experiência: a operação consiste numa gastrectomia que deixa um coto gástrico proximal de 200 a 400ml de capacidade com anastomose desse segmento gástrico aos 250cm distais do íleo e a porção proximal do intestino ao íleo-terminal, a 50cm da válvula ileocecal.

Ainda em 1979, Hallberg e Holmgren propuseram o *bypas* bílio-intestinal. A operação consiste numa anastomose termino e lateral entre o jejuno e o íleo distal, incluindo uma anastomose do segmento intestinal desfuncionalizado à vesícula biliar. O princípio diminuir a área de absorção intestinal e reduzir a influência da bile na absorção intestinal.

Em 1990, Marceau e Biron difundiram o procedimento chamado *duodenal switch*. Ao contrário da gastrectomia distal, uma gastrectomia tubular diminui o reservatório gástrico e o número de células parietais. A anastomose jejuno-ileal é realizada a 100 cm da válvula ileocecal. Essa alteração foi devido a necessidade de aumentar o controle da diarreia e desnutrição apresentadas pelos pacientes com canal de 50 cm.

Figura 1: Derivação biliopancreáticas – Scopinaro e Duodenal Switch (Disabsortivas)



Fonte: SBCBM (2006)

3.5.2 Derivações gástricas

Ainda segundo Garrido Junior, 2003:

Mason e Ito, em 1967, após investigação clínica e laboratorial, introduziram o conceito da redução gástrica no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. O estômago era seccionado horizontalmente próximo ao fundo gástrico, criando-se um pequeno reservatório de aproximadamente 100cm³ e uma gastrojejunostomia de 20ml na grande curvatura, por via retro-cólica.

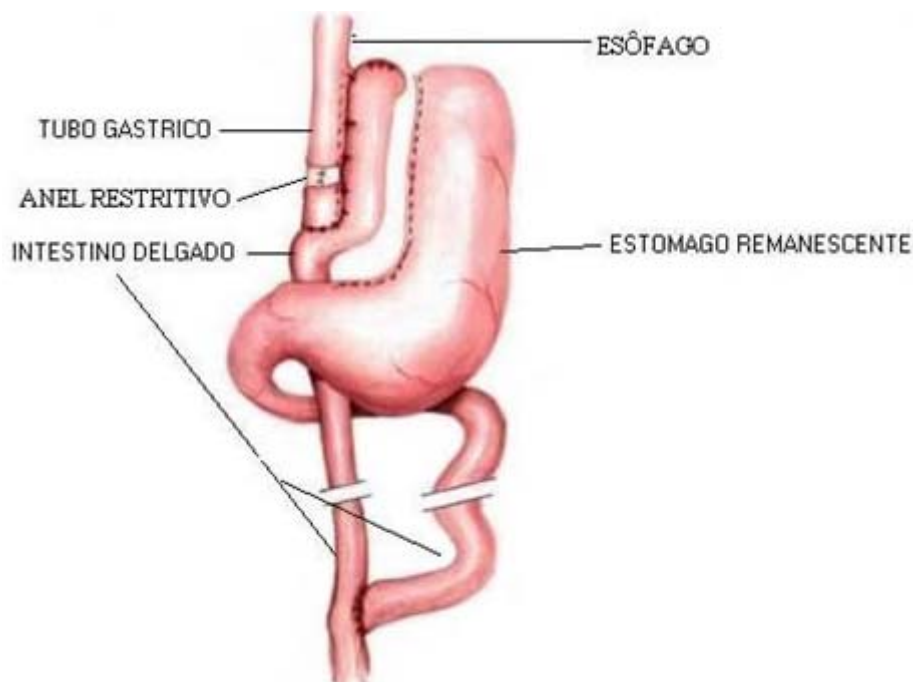
No ano de 1977, Griffen foi o primeiro a adotar a reconstituição em “Y-de-Roux” nas gastroplastias, usando a via retro-cólica. A seguir, modificou seu procedimento e recomendou a utilização da sutura mecânica na confecção do reservatório gástrico sem secção do órgão.

Fobi, em 1986, propôs o *bypass* gástrico com anel de silicone sem secção do estômago, utilizando o anel como elemento de limitação da distensão da bolsa. Em 1991, o cirurgião realizou o mesmo procedimento com secção gástrica, denominando-se de *Fobi pouch*.

Em 1990 Capella propôs uma operação semelhante à de Fobi, porém com reservatório de capacidades menores. A operação evoluiu para a transsecção gástrica, passou a utilizar uma fita de tela de polipropileno com anel e interpôs a alça jejunal o Y-de-Roux entre o reservatório e o segmento gástrico excluído a fim de impedir o surgimento de fistula gastrogástrica.

As modificações do *bypass* gástrico propostas por Fobi e Capella são hoje consideradas o “padrão ouro” da cirurgia bariátrica. Tornou-se o mais realizado para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Figura 2: By-pass gástrico Fobi e Capella (Técnica Mista)

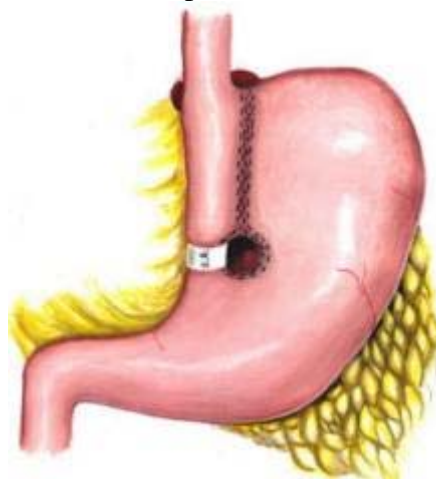


Fonte: MARCHESINI (2001)

3.5.3 Gastroplastias

A gastroplastias vesical com banda evoluiu a partir de formas primitivas de gastroplastias e foi utilizada pela primeira vez em 1980 por Mason. Era confeccionada uma bolsa de pequeno volume na pequena curvatura. O reservatório era delimitado por um anel de 5cm de polipropileno na sua extremidade distal e por uma linha de grampeamento em sua direção ao ângulo de Hiss. Talvez sua larga utilização tenha sido o baixo risco de complicações cirúrgicas intra-operatória e de desnutrição pós-operatória.

Figura 3: Gastroplastia vertical por banda (Mason) (Técnica restritiva)



Fonte: CARLINI (2001)

3.5.4 “Banda” gástrica

Em 1986, Kuzmak modificou a sua “banda” de silicone acrescentando um dispositivo inflável que permite ajusta-la por punção percutânea.

Belachew iniciou um programa de utilização da “banda” gástrica ajustável de silicone em 1991. Após mais de 200 pacientes operados pelos métodos de gastroplastia vertical por via aberta e a “banda” gástrica ajustável de silicone, passou a utilizar o procedimento da “banda” gástrica por via laparoscópica. Em 1993, Blachew realizou o primeiro procedimento com a “banda” ajustável de silicone em seres humanos por via laparoscópica (GARRIDO JUNIOR, 2003).

3.6 CRITÉRIOS PARA LEVAR UM OBESO PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

“Os objetivos das operações bariátrica transcendem a redução ponderal. Espera-se, isto sim, uma redução ou até eliminação das doenças associadas ao grande excesso de peso e também uma melhora da qualidade de vida dos pacientes” (GARRIDO JUNIOR, 2003).

“Além de todos os exames clínicos, cardiológicos e endocrinológicos necessários, é obrigatório a realização de endoscopia e ultra-sonografia. Além disto, o paciente é avaliado por nutricionista e psicólogo. Estas avaliações buscam determinar os hábitos alimentares, tipo de comportamento do paciente e a sua predisposição para as mudanças necessárias que deverão ser adotadas após a operação.” (ZILBERSTEIN e CARREIRO, 2004 p. 59)

A indicação para cirurgia como tratamento da obesidade mórbida baseia-se em diversos fatores:

- o peso acima de 100% do peso ideal – IMC > 40Kg/m² ou 35Kg/m² em presença de complicações graves da obesidade.
- história dietética com tentativas de dietas hipocalóricas sem sucesso nos últimos cinco anos;
- obesidade exógena (excluir genética, causas endócrinas);
- boa saúde geral;
- estabilidade psiquiátrica;
- não ocorrência de alcoolismo;
- operação realística para os resultados e impacto sobre a vida.

Figura 4: Condições melhoradas com Tratamento Cirúrgico para Obesidade

Hipertensão arterial
Insuficiência cardíaca
Edema
Insuficiência respiratória
Síndrome da hipoventilação da obesidade
Asma
Diabetes
Dislipidemias
Esofagite
Infertilidade
Parto difícil
Incontinência urinária
Cirrose e fibrose hepáticas
Risco cirúrgico
Osteoartrite
Pseudotumor cerebral
Qualidade de vida
Desemprego
Depressão
Ansiedade
Auto-estima
Interação social
Transtorno do sono
Tromboembolismo

Fonte: GARRIDO et al. (2003)

3.6.1 Classificação do IMC

A OMS (1998) define o grau de sobrepeso e obesidade com o índice de massa corporal (IMC), que é o peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura do indivíduo (em metros): Kg/m^2 .

Tabela 1: Classificação do IMC segundo OMS 1998

IMC	Classificação	Risco de doença
$< 18,5 \text{ Kg/m}^2$	Baixo Peso ou Magreza	Elevado
$18,5 - 24,9 \text{ Kg/m}^2$	Normal	Normal
$25,0 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$	Pré-obeso ou sobrepeso	Elevado
$30,0 - 34,9 \text{ Kg/m}^2$	Obeso classe I	Muito elevado
$35,0 - 39,9 \text{ Kg/m}^2$	Obeso classe II	Muito elevado
$> 40 \text{ Kg/m}^2$	Obeso classe III	Muitíssimo elevado

Fonte: OMS (1998)

A Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica propôs em 1997, uma classificação do IMC de um modo diferente:

Tabela 2 – Classificação do IMC segundo Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica

IMC	Classificação
$< 25 \text{ Kg/m}^2$	Normal
$25 - 27 \text{ Kg/m}^2$	Sobrepeso
$27 - 30 \text{ Kg/m}^2$	Obesidade Leve
$30 - 35 \text{ Kg/m}^2$	Obesidade moderada
$35 - 40 \text{ Kg/m}^2$	Obesidade severa
$40 - 50 \text{ Kg/m}^2$	Obesidade mórbida
$50 - 65 \text{ Kg/m}^2$	Super peso
$>65 \text{ Kg/m}^2$	Super/Super peso

Fonte: Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica (2000)

A obesidade mórbida é definida com um IMC maior que 40 ou 45 Kg acima do peso ideal, e apresenta conseqüências mórbidas orgânicas ou psicossociais.

Para os idosos são definidos dois pontos de corte distintos daqueles de adultos para o indicador de IMC, permitindo a seguinte classificação:

- IMC $<$ ou = a 22: baixo peso
- IMC $>$ que 22 e $<$ que 27: peso adequado (eutrofico)
- IMC $>$ ou = a 27: sobrepeso.

3.7 QUALIDADE DE VIDA

Segundo Dantas, Sawada e Malerbo (2003):

Qualidade de Vida (QV) é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. No campo da saúde, o discurso da relação entre a saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social. (...) No contexto da área clínica o interesse tem sido, geralmente, naqueles aspectos da QV que são ou estão sendo influenciados pela ocorrência ou tratamento de doenças ou traumas (...).

O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

Atualmente existem duas formas de mensurar QV, através de instrumentos *genéricos* e *instrumentos específicos*. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Têm com desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validade das características psicométricas do instrumento.

A escolha da temática QV tem aumentado nos últimos anos na literatura internacional.

3.7.1 Qualidade de vida em pacientes obesos

Em estudo realizado por Cavalcanti et al em 2001, analisou-se o impacto que a obesidade pode ocasionar na qualidade de vida. Os objetivos primários foram avaliar a existência de possível associação entre obesidade com a qualidade de vida ligada à saúde (QVLS), diferenciando os obesos, que têm boa qualidade de vida dos que não a têm e mensurar o quanto a qualidade de vida está alterada, comparando com a população geral. E, secundariamente demonstrar o valor da utilização do questionário de QVLS no manuseio dos obesos. A qualidade de vida ligada a saúde é um fator importante na mensuração do impacto causado pela doença no bem estar do paciente, em especial, nas doenças crônicas. O questionário Medical Outcomes study 36-Item Short-Form Health survey (MOS SF-36), foi aplicado na versão validada ao português. O MOS SF-36 é composto de 8 domínios, que se referem as áreas de comportamento que sofre com a percepção da doença : morbidade,

depressão, ansiedade e cuidado consigo mesmo. A obesidade foi quantificada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), obtida pelo resultado da divisão do peso corporal, em quilogramas, pela altura, em metros quadrados (kg/m^2). Não existiu uma discriminação dos domínios, nos obesos, entre o IMC e a QVLS. Observou-se associação negativa no domínio dos aspectos sociais. Entretanto, comparado com a população normal, a avaliação da QVLS dos obesos apresentou uma baixa qualidade de vida em todos os domínios do MOS SF-36, e esta diferença foi estatisticamente significativa.

“Tanto em homens quanto em mulheres, a obesidade acarreta aumento da incidência de doenças não-transmissíveis, incluindo diabetes melito, doenças cardio-vascular, hipertensão arterial, e acidente vascular cerebral e certas formas de câncer. As conseqüências para a saúde variam de um risco aumentado de morte prematura à convivência com condições crônicas sérias, que reduzem a qualidade de vida do obeso” (BUSSE, 2004 p.332).

“O obeso tem consigo próprio uma valoração negativa sobre sua competência, já que falhou muitas vezes num comportamento tão básico como o alimentar, sua sensação é de falência e sua avaliação fica presa nesse ciclo vicioso de perder peso e depois, invalidar todo seu sacrifício” (MARCHESINI, 2001 p. 30).

A imagem é super valorizada na cultura ocidental. Desde a infância, os indivíduos são submetidos aos padrões de beleza. Entre as próprias crianças ocorrem discriminações e chacotas devido às manifestações da obesidade. Conseqüentemente há isolamento, resultando em baixa auto-estima e conseqüências mais graves no comportamento infantil. O isolamento psicossocial e suas influencias sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente finalmente culminam em menores índices de desempenho, de status socioeconômico e de qualidade de vida entre adultos obesos.

“Para as pessoas com baixa condição sócio-econômica, é significativa a melhora na qualidade de vida, pois a redução do peso pode representar a diminuição ou exclusão do uso de medicamentos para suas comorbidades estabelecidas como hipertensão arterial e diabetes melitus, considerando que a maior parte destas pessoas necessite da assistência pública para seus tratamentos” (CARLINI, 2001 p. 57).

“Até quatro anos após a cirurgia ainda é esperado um emagrecimento, sendo uma eliminação maior de peso nos primeiros meses após a cirurgia até aproximadamente 2 anos após a mesma” (ZILBERSTEIN e CARREIRO, 2004 p. 89).

Segundo Matos e Zanella (2002), algumas alterações do comportamento alimentar que ocorre em pacientes obesos mórbidos, apesar de não existirem alterações psiquiátricas específicas associadas à obesidade, sintomas depressivos e ansiosos são freqüentemente

identificados pelos profissionais de saúde e podem interferir no resultado do tratamento proposto. A associação de transtornos alimentares e distúrbios da imagem corporal são constantes nos pacientes obesos. Sintomas depressivos e ansiosos, que agravam as demais condições, também são comuns nestes pacientes. Os pacientes obesos mórbidos, respondem de forma insatisfatória ao tratamento convencional. Recentemente a cirurgia bariátrica vem sendo utilizada com sucesso, permitindo grande redução no peso corporal, melhoria das outras condições mórbidas associadas, bem como da qualidade de vida.

Em um estudo onde a maioria dos pacientes avaliada, eram mulheres (80%), relatava ter passado considerável parte do tempo da sua vida tentando fazer dieta para emagrecer ou para manter o peso perdido, mostrando a dificuldade na obtenção de bons resultados, o caráter crônico da doença e ausência de disponibilidade de tratamentos realmente eficazes. Apesar de que a obesidade ser mais freqüente no sexo feminino, a predominância de mulheres na amostra provavelmente decorre do fato de as mulheres procurarem mais o tratamento para controle da obesidade.

É importante ressaltar que, no caso de estar indicada a cirurgia bariátrica, existe sempre a preocupação de que alterações do comportamento alimentar possam trazer complicações pós-operatórias ou comprometer no futuro o resultado da cirurgia, levando à necessidade de se tentar sempre investigar e tratar a Compulsão Alimentar Periódica (CAP) ou o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) antes mesmo do procedimento cirúrgico. A preocupação com a imagem corporal esteve presente em 76% dos pacientes. Isto poderia estar diretamente ligado ao sentimento de discriminação e preconceito que o obeso sofre por causa de sua aparência, e pelas dificuldades reais nos relacionamentos pessoais que a obesidade traz.

Segundo Marchesini (2001) a cirurgia devolve ao indivíduo a condição normal, ou próxima a ela. Devolve sua auto-estima na forma de recuperação do senso de potencia para o trabalho e para os relacionamentos; para o olhar não discriminador; para a possibilidade de se expor e colocar-se para usufruir até m esmo na roupa.

3.8 HÁBITOS ALIMENTARES

Segundo Coutinho (2007), “nas sociedades de hábitos ocidentais, o consumo calórico tem derivado predominantemente de alimentos processados, de alta densidade energética, com elevados teores de lipídeos e carboidratos”.

Por exemplo, nos EUA estima-se que nos últimos 100 anos o consumo de gorduras tenha aumentado em 67% e o de açúcar em 64%. Já o consumo de verduras e legumes diminuiu 26% e o de fibras 18%. Deve-se esse aumento do consumo calórico ao crescimento progressivo das porções de alimentos e da grande oferta de produtos industrializados nos últimos anos.

“Num estudo de padrões de consumo da população brasileira, Sichieri e cols. Relataram uma redução no consumo de arroz com feijão de 30%, enquanto o consumo de refrigerantes aumentou em 268% no Rio de Janeiro” (COUTINHO, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA:

O estudo foi desenvolvido através de pesquisa descritiva.

“No tipo de pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrado, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles” (ANDRADE, 2003 p.124). “O processo de análise dos dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação de dados e cálculos estatísticos. Após juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente” (GIL, 1991 p. 102).

4.2 LOCAL:

A pesquisa foi realizada na cidade de Foz do Iguaçu - PR.

4.3 POPULAÇÃO:

O estudo foi realizado com 49 indivíduos, com idade entre 23 e 76 anos, que fizeram a cirurgia bariátrica em período de pós-operatório compreendido entre 21 e 108 meses.

Os critérios de inclusão foram:

- Ter realizado o procedimento cirúrgico no período maior que um ano,
- Indivíduos de ambos os gêneros,
- Independente da idade,
- Independente da técnica cirúrgica utilizada.

A amostra foi composta por:

- Associados da Associação Paranaense de Obesos e Operados Bariátricos (APOOB), com sede em Foz do Iguaçu – Paraná;
- Indivíduos operados que participaram espontaneamente, desde que, se dentro dos critérios para a realização da pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTO:

Os questionários foram entregues no período de janeiro a outubro de 2008. Para entrega dos questionários, foram feitos contatos telefônicos para:

- Associados da Associação (APOOB), a partir dos números telefônicos passados pelo presidente da entidade para a aluna pesquisadora;
- Pacientes com os quais a aluna pesquisadora mantinha contato, por ter trabalhado com médicos cirurgiões bariátricos,
- E também contatos através de terceiros que indicaram pessoas que pudessem participar da pesquisa,

Após, procurou-se ir até o local de trabalho ou residência da pessoa, para entrega do questionário e breve explicação dos objetivos da pesquisa, ou previamente, através de ligação telefônica foi feita explicação dos objetivos da pesquisa. Os participantes responderam individualmente o instrumento de coleta de dados.

Os dados coletados possibilitaram conhecer o perfil dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica. Dados como:

- Sexo,
- Peso maior e atual,
- Altura,
- Data de nascimento e data da cirurgia,
- Profissão e escolaridade,
- Tipos tratamentos utilizados para redução de peso,
- Nível de stress,
- Fase que iniciou o aumento de peso,
- Alguns hábitos de vida e alimentares,
- Comorbidades que tinha antes da cirurgia e se ainda tem e
- Prováveis complicações pós-cirúrgicas.

Com esses dados foi possível: calcular e classificar o IMC pré-operatório e o atual; saber a idade no momento do procedimento cirúrgico e há quanto tempo foi submetido à cirurgia; calcular o peso ideal, o excesso de peso antes da cirurgia e o peso perdido até o momento da participação na pesquisa.

Juntamente com o questionário foi entregue três cópias do Termo de Consentimento, para cada participante, devendo ficar uma cópia com o participante; as outras duas cópias

foram assinadas, ficando uma com a pesquisadora e outra para Instituição de Ensino Superior. O Termo de Consentimento e os questionários estão no Apêndice do trabalho.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.5.1 Questionário de BAROS

O instrumento mais utilizado em estudos com pacientes obesos, por ser prático e eficiente, até o momento chama-se BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*). Este método analisa três parâmetros: a perda do excesso de peso, a melhora da comorbidez e a melhora da qualidade de vida do paciente (questionário de Moorehead-Ardelt). (GUARRIDO JUNIOR, 2003). O quadro com a pontuação em cada coluna de BAROS está no anexo 1.

A pontuação de BAROS é feita separadamente em três colunas perfazendo três pontos em cada. A perda do excesso de peso é calculada na primeira coluna, quando o paciente ganha peso após a operação a pontuação dada é negativa (-1,0 ponto). Quando a perda varia de 0% a 100% de excesso de peso soma-se de um a três pontos.

Para calcular a porcentagem de perda do excesso de peso, foi necessário saber o peso ideal, o peso maior (pré-operatório) e o peso atual, para se obter o valor do excesso de peso e o peso reduzido. Para mensurar a % de perda do excesso de peso, primeiramente foi subtraído do peso maior o peso máximo ideal ($\text{altura}^2 \times 25$), assim obteve-se o excesso de peso de casa paciente. Após, calculou-se a quantidade de peso perdido, para isso subtraiu-se do peso maior do paciente o peso atual. O próximo passo foi verificar a porcentagem que essa perda representa em relação ao excesso de peso já calculado. Por último foi verificada a pontuação da porcentagem de perda do excesso de peso de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 3 – Pontuação da porcentagem da perda do excesso de peso

% da perda do excesso de peso	Pontuação
Ganho de peso	-1
0 – 24	0
25 – 49	1
50 – 74	2
75 - 100	3

Fonte: GARRIDO et al. 2003

Na segunda coluna, a pontuação se relaciona as mudanças de comorbidez. Nos casos em que a comorbidade permanece inalterada nenhum ponto é aferido; caso haja agravamento, subtrai-se um ponto (-1,0). Se houver melhora, a pontuação varia de um a três, conforme demonstrado a tabela a baixo:

Tabela 4 – Pontuação das condições clínicas

Condições Clínicas	Pontuação
Agravadas	-1
Inalteradas	0
Melhorada	1
Uma resolvida, outras melhoradas	2
Todas resolvidas, outras melhoradas	3

Fonte: GARRIDO et al. 2003

O quadro com as comorbidades relacionadas à obesidade mórbida está no anexo 2.

Para avaliação da qualidade de vida é utilizado o Questionário de Moorehead-Ardelt.

Este questionário envolve cinco áreas como:

- * Auto-estima
- * Atividade física
- * Vida social
- * Disposição para trabalhar
- * Vida sexual

Os pontos são acrescentados ou subtraídos de acordo com a resposta do paciente. A resposta central de cada questão significa que a condição está inalterada. As mudanças para melhor são pontuadas positivamente e, para pior, são pontuadas negativamente. A auto-estima é considerada o principal fator para qualidade de vida e recebe a maior pontuação (+1,0) em relação aos outros itens (+0,5).

Após a avaliação das três colunas de BAROS, a pontuação subtotal é somada. Posteriormente, devem ser deduzidos pontos em relação às complicações e reoperações. Para cada complicação maior, deduz-se um ponto e para cada menor 0,2 pontos. O quadro com as complicações operatórias e clínicas está no anexo 3. Com o cálculo total dos pontos o paciente é avaliado em cinco grupos, de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 5: Resultado final de BAROS

	Com comorbidades	Sem comorbidades
Resultado	Pontuação	Pontuação
Insuficiente	1 ou menos	0 ou menos
Aceitável	1,1 – 3,0	0 – 1,5
Bom	3,1 – 5,0	1,6 – 3,0
Muito Bom	5,1 – 7,0	3,1 – 4,5
Excelente	7,1 – 9,0	4,6 – 6,0

Fonte: GARRIDO et al. 2003

Quando não apresenta nenhuma comorbidade pré-operatória a pontuação máxima é seis. A classificação nos cinco grupos de resultados é feita através de uma modificação proporcional na pontuação.

4.5.2 Questionário sobre hábitos alimentares

Juntamente com o questionário de BAROS, foi aplicado um questionário de Frequência Alimentar, desenvolvido pela pesquisadora, o qual foi adaptado, para investigar os hábitos alimentares dos participantes da pesquisa, baseado no questionário de frequência alimentar de NAHAS (2001).

Tabela 6: Resultado do Quadro de Frequência Alimentar

Pontuação	Interpretação
51 a 64	Excelente – Ótimo
38 a 50	Pode melhorar – Bom
<37	Precisa melhorar – Ruim

Fonte: Elaborado pela autora (2008)

Como no trabalho de MONTEIRO (2005), “a comparação entre os grupos, não se encontrou nenhuma relação entre o período de pós-operatório e a melhoria da qualidade de vida e assim não se pode dizer que quanto maior o tempo de pós-operatório melhor ou pior a qualidade de vida dos pacientes”, preferiu-se não fazer comparações entre as diferentes épocas de pós-cirúrgico.

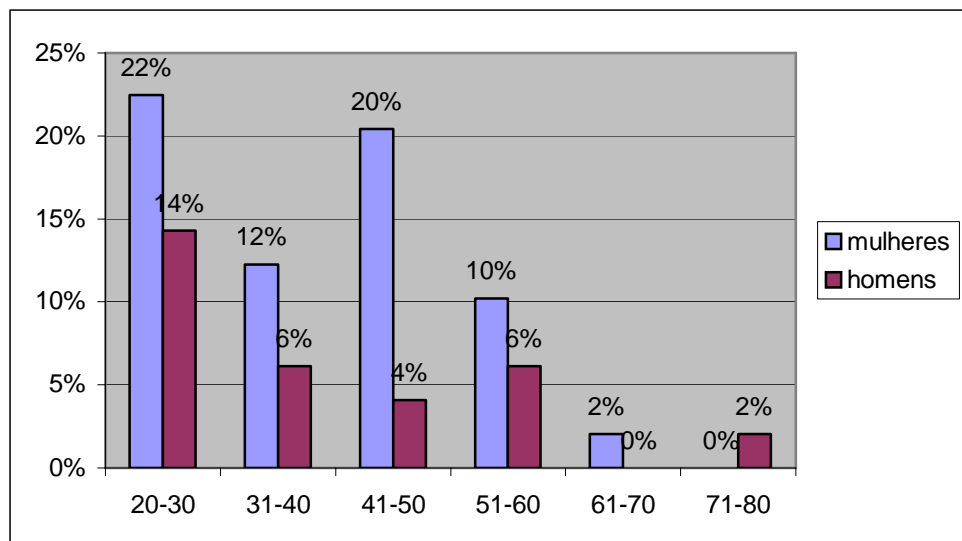
Os dados coletados foram tabulados em software Microsoft Excel® 2000 para análise, conforme os objetivos da pesquisa, sendo os resultados expressos na forma de gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi composta de 49 pacientes com idade média de 38,3 anos no sexo feminino e 37,8 anos no sexo masculino, na época da realização da cirurgia; nesta pesquisa só foi demonstrada a idade na época da cirurgia, considerando que um dos objetivos da pesquisa era conhecer a idade que os pacientes são submetidos à cirurgia como tratamento para obesidade mórbida.

Na figura 5 pode ser observado o gráfico dos dados da faixa etária referente a cada sexo:

Figura 5: Faixa etária na época da cirurgia

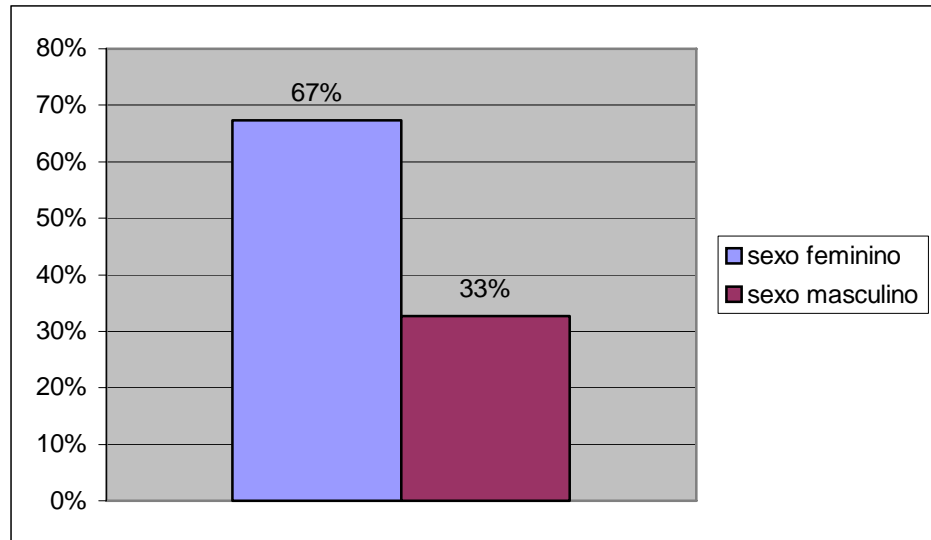


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Entre os pesquisados observou-se que 36% dos pesquisados se encontravam na faixa etária entre 20 e 30 anos; comparando-se com o trabalho de Catafesta (2004) 40% estava com 35 anos ou mais. A idade máxima encontrada no sexo feminino foi de 69 anos, e no sexo masculino foi de 73 anos, na época da cirurgia. A média de idade nesse presente trabalho foi 38,7 anos, enquanto no estudo de Faria (2002) a média foi de 36 anos e no de Marques (2005) foi de 39,7 anos.

A figura a seguir demonstra o gráfico com o percentual sexo dos participantes:

Figura 6: Sexo dos participantes

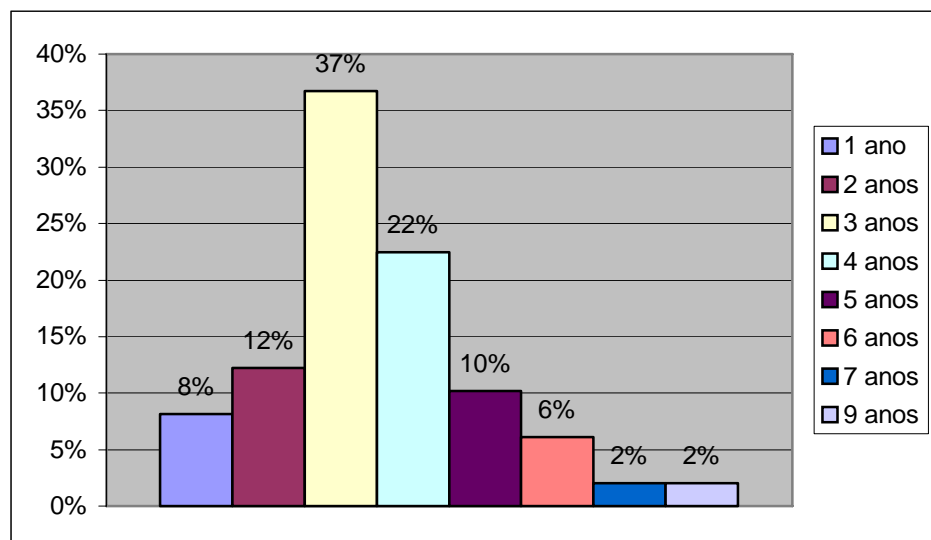


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Do total da amostra, 67% pertencem ao sexo feminino e 33% pertencem ao sexo masculino. Resultado semelhante ao do trabalho de Carlini (2001), onde 70% da amostra pertenciam ao sexo feminino. Demonstrando que grande parte das pessoas que buscam este tratamento são as mulheres.

Na figura 7 abaixo apresenta o gráfico com o tempo de pós-cirúrgico dos pacientes:

Figura 7: Tempo de pós-cirúrgico

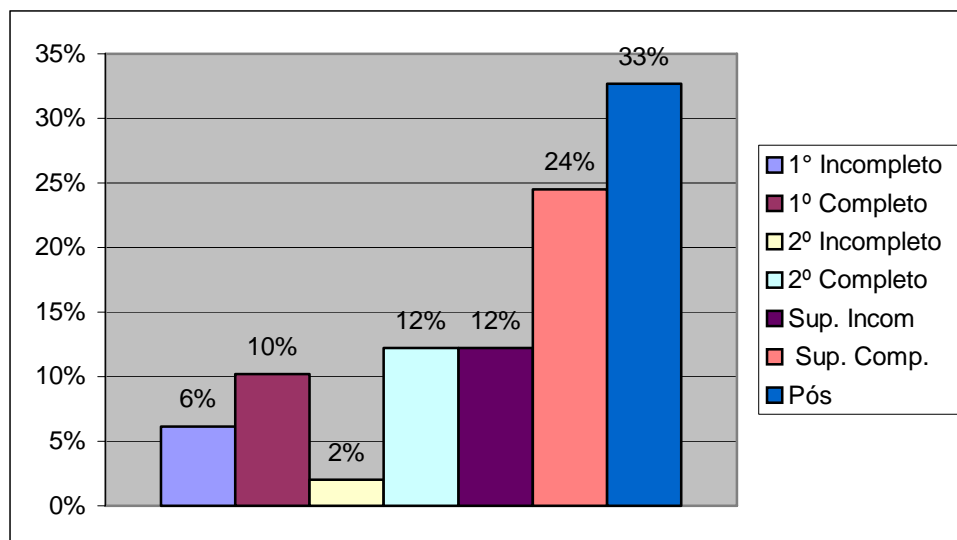


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

O período de pós-operatório médio foi de 3 anos e 10 meses, tempo mínimo 1 ano e 9 meses e o máximo de 9 anos. Com 3 anos de pós-cirúrgico, estavam 37% dos pesquisados.

A figura 8 demonstra o gráfico onde observar-se os dados de escolaridade:

Figura 8: Escolaridade



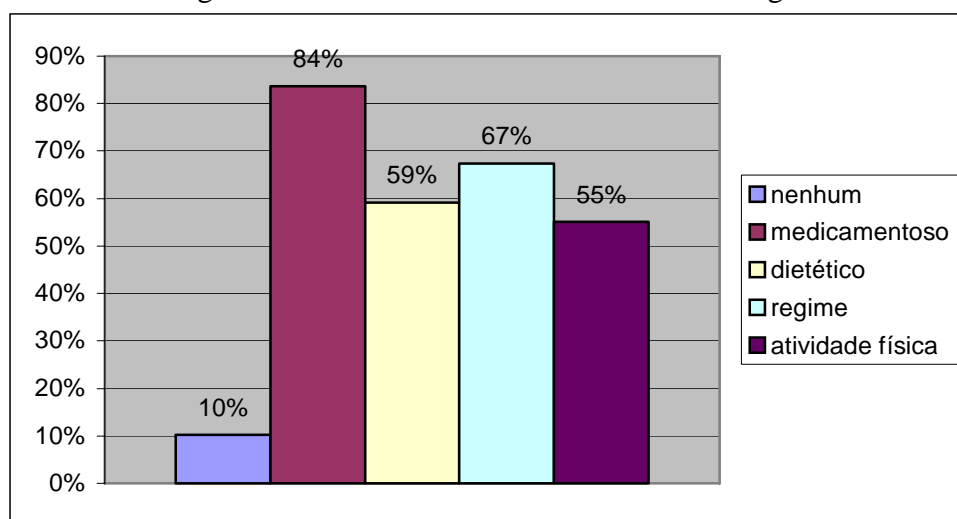
Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

A escolaridade da maior parte dos pesquisados é pós-graduação, sendo 33% dos pesquisados e 24% tem ensino superior completo, indicando que nessa população estudada o grau de escolaridade é alto.

Sobre as profissões dos pesquisados, 37% da amostra trabalha na área administrativa, 18% trabalha na área da educação e 16% na área da saúde, o restante eram profissões como auxiliar de serviço geral, costureira, turismólogo, motorista, chef de cozinha, copeira, do lar e estudante.

Na figura abaixo está o gráfico com os tratamentos mais utilizados pelos participantes:

Figura 9: Tratamentos utilizados antes da cirurgia



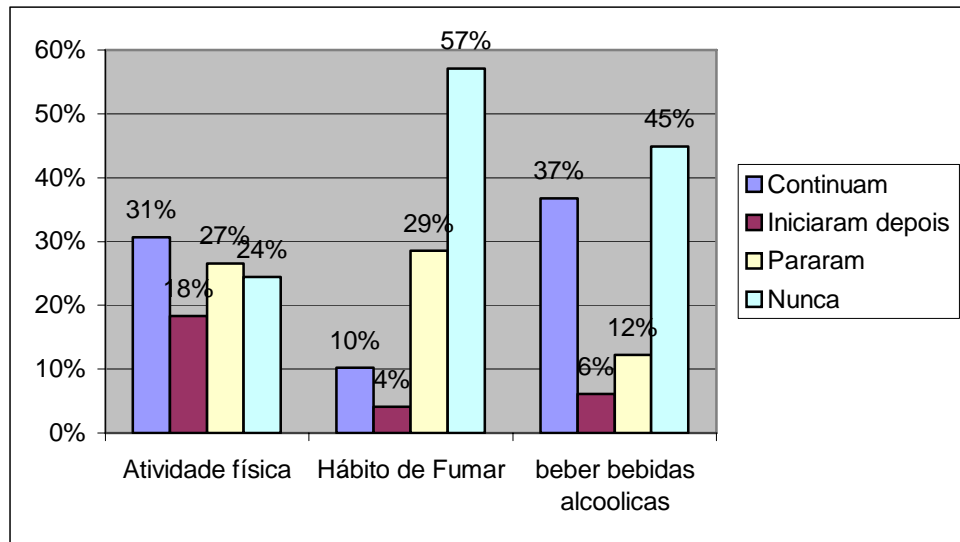
Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Entre os tratamentos utilizados antes da realização da cirurgia bariátrica, o mais utilizado foi o tratamento medicamentoso, sendo que 84% dos pesquisados responderam que utilizaram esse método, 67% responderam que fizeram regime por conta como tentativa de emagrecer e 59% responderam que fizeram dieta com acompanhamento de um profissional.

Nessa amostra, 27% responderam que fizeram 1 ou 2 tratamentos, 34% responderam que fizeram 3 tipos diferentes de tratamentos e 28% fizeram 4 tipos diferentes de tratamentos, demonstrando a dificuldade de um único tratamento clínico resolver o problema da obesidade mórbida. Somente 10% não fizeram nenhum tratamento, demonstrando que a cirurgia bariátrica foi o primeiro tratamento realizado para tratamento da obesidade. Apesar de haver a opção “outros tratamentos”, para ser respondido, nenhum dos pesquisados responderam que fizeram tratamento psicoterápico para tratamento da obesidade. Resultados bem diferentes dos encontrados no estudo de Quadros (2005), onde apenas 3,4% dos pacientes não fizeram tratamentos anteriores para obesidade, 65,5% fizeram até dois e 31% mais de três tipos de tratamentos.

Na próxima figura observa-se o gráfico onde estão demonstrados alguns hábitos de vida que foram mensurados na população estudada:

Figura 10: Hábitos de Vida

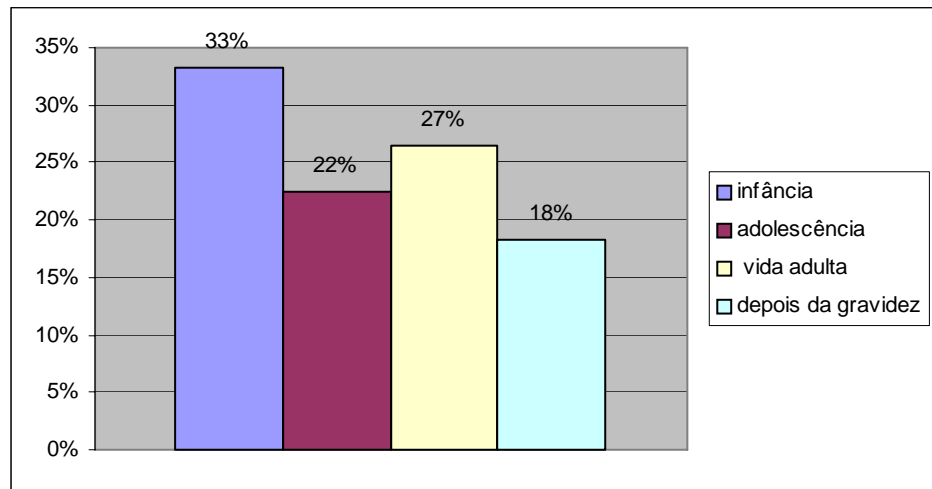


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Pode-se observar o seguinte: 31% dos pesquisados praticavam atividade física antes da cirurgia e continuam com esse hábito, 27% praticavam atividade física e parou depois da cirurgia; 18% começaram a praticar atividade física depois da cirurgia. Entre os pesquisados, 57% nunca fumaram, 29% fumava e parou de fumar depois da cirurgia e 4% começou a fumar depois da cirurgia. O hábito de consumir bebidas alcoólicas era comum a 37% dos pesquisados que ainda continuam com esse hábito, 12% pararam, 45% nunca tiveram esse hábito e 6% começaram a consumir bebidas alcoólicas após a cirurgia.

A figura a seguir apresenta o gráfico com a fase que iniciou o aumento de peso:

Figura 11: Fase que iniciou o aumento de peso

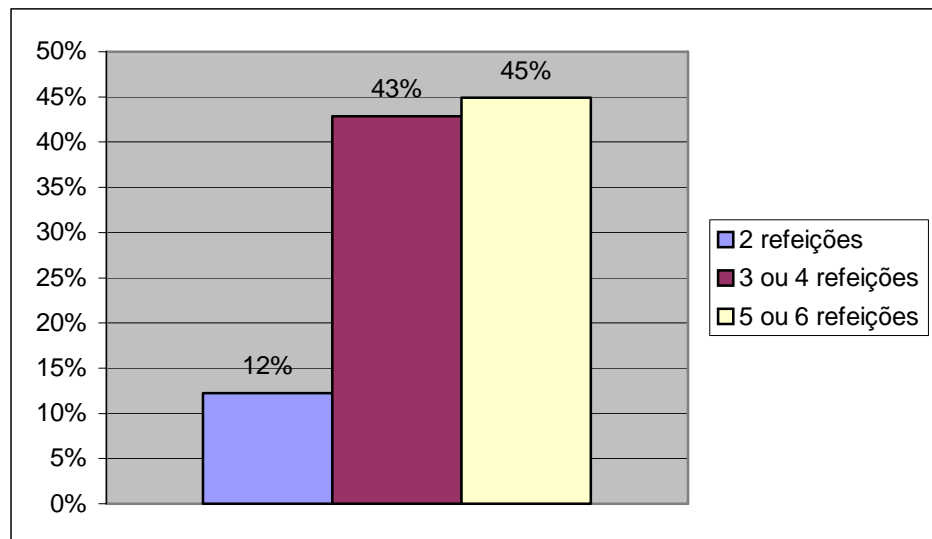


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Para 33% dos participantes da pesquisa foi na infância que iniciou o aumento de peso e para 27% foi na vida adulta. Observou-se que os pacientes com IMC mais elevados (acima de 50) tiveram a obesidade iniciada ainda na fase da infância.

Na figura abaixo está demonstrado o gráfico com o número de refeições que os participantes realizam diariamente:

Figura 12: Número de refeições realizadas diariamente



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

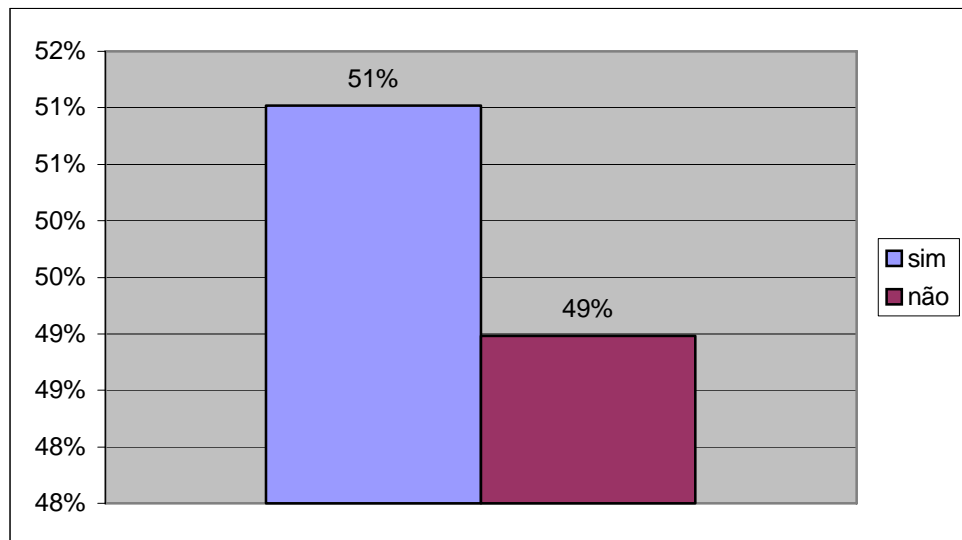
A resposta de 43% foi: que fazem 3 ou 4 refeições por dia e 45% fazem 5 ou 6 refeições por dia. O hábito de fazer aproximadamente 5 refeições por dia é um hábito que

deve ser seguido para manutenção do peso. Considerando que os pacientes operados têm capacidade gástrica diminuída, eles precisam se alimentar várias vezes com porções pequenas ao longo do dia.

Pacientes que fracionam as refeições ao longo do dia, tem facilidade de seguir uma alimentação mais equilibrada, com maior consumo de carboidratos e com menor o consumo de gorduras. É indicado realizar pequenos lanches entre as grandes refeições para que se mantenha um bom funcionamento do organismo através da escolha de alimentos saudáveis e nutritivos, sem aumentar a ingestão calórica total.

Na figura 13 está o gráfico demonstrando o hábito da ingestão de líquidos durante as refeições:

Figura 13: Ingestão de líquidos durante as refeições

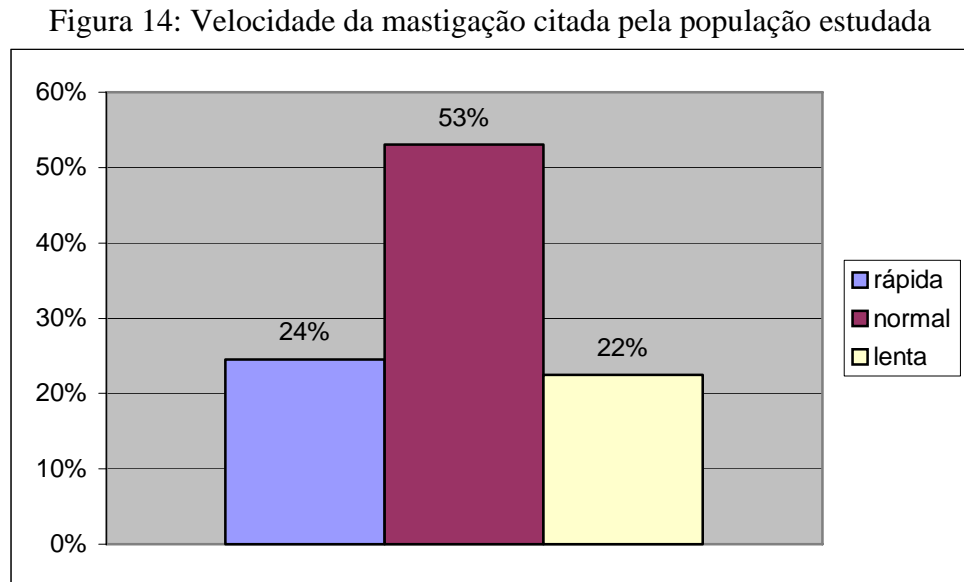


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Sobre este costume, 51% responderam que sim, possuem este hábito. Este hábito pode causar complicações, pois o estômago do paciente pode estar com capacidade reduzida e a ingestão de líquidos deveria ser fora do horário das refeições. Segundo Marchesini (2001) “tomadores de líquidos hipercalóricos, comedores de açúcar em geral atrapalham o resultado clínico da banda gástrica ajustável laparoscópica. A tolerância de líquidos é ilimitada e ingestão de 5000 e 60000 calorias por dia são frequentes”. Quanto ao consumo de líquidos hipercalóricos nas operações de derivação intestinal, principalmente quando envolvem gastrectomia parcial, pode causa síndrome de “dumping”, o que leva o paciente a grave desconforto, mas auxilia o paciente a ficar distante destes nutrientes. A síndrome de dumping consiste em sintomas e sinais apresentados pelo pacientes ao comer o açúcar comum. Sente

náuseas e tem vômitos, tem suores profundos, aumenta os batimentos cardíacos e pulso, têm cólicas e diarreias e passa muito mal (MARCHESINI, 2001).

Na figura 14 apresenta o gráfico com a velocidade da mastigação dos participantes:

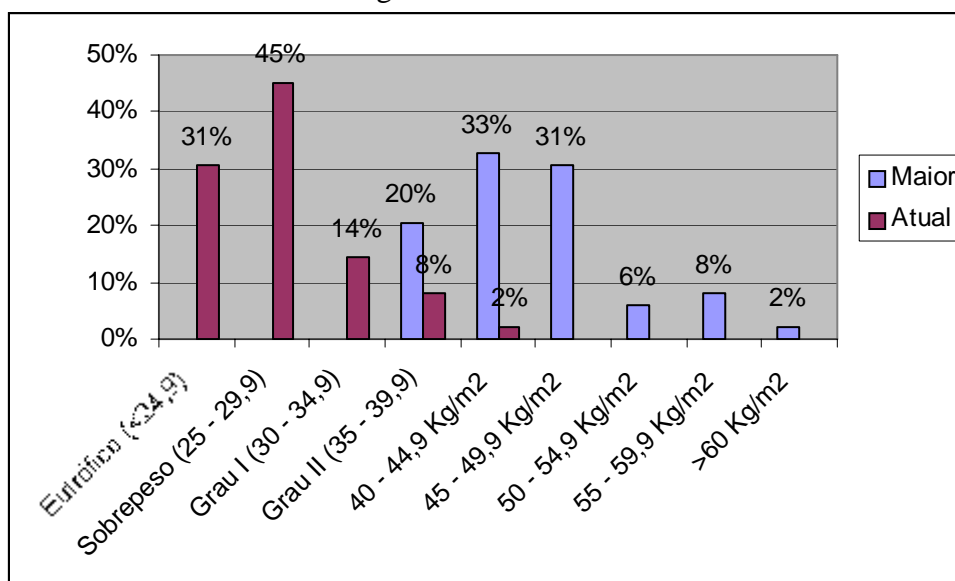


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Observou-se que para 53% dos pesquisados a mastigação é considerada normal, enquanto 24% consideram que é rápida. Demonstrando que a maioria não tem a mastigação lenta. "Normalmente os pacientes ansiosos, que não reaprendem ao processo de mastigação lenta, tendem a sentir desconforto e até ter vômitos, dependendo do tipo de alimento utilizado. O reaprendizado da mastigação e deglutição lentas são fatores determinantes para uma boa digestão" (GARRIDO JUNIOR, 2003, p. 258).

A figura 15 está demonstrando o gráfico com o percentual do IMC maior e o atual:

Figura 15: IMC maior e atual



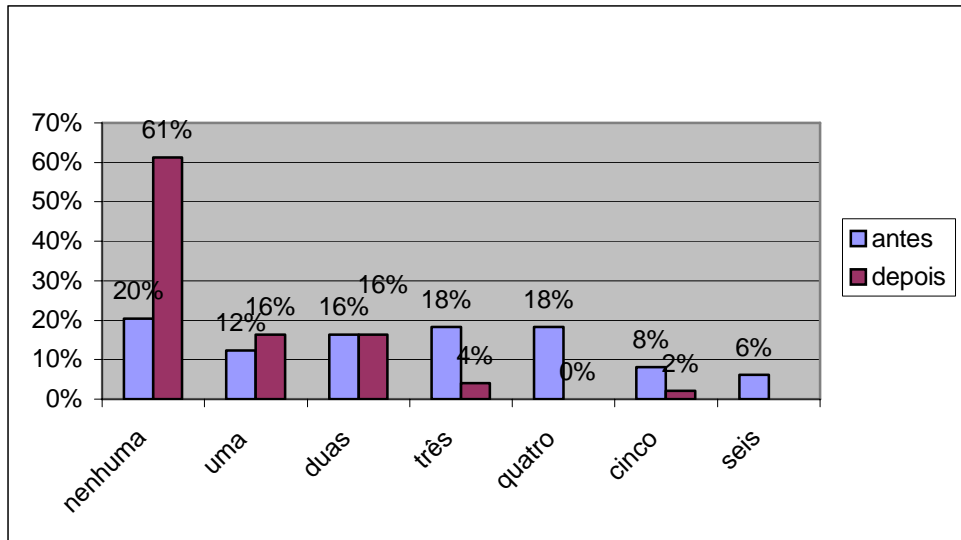
Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Observou-se que o Índice de Massa Corporal maior (pré-operatório), encontrado nos participantes da pesquisa foi de que 80% encontravam-se na classificação classe III, os outros pacientes se encontravam na classificação classe II e apresentavam uma ou mais comorbidades relacionada à obesidade, lembrando-se que um dos critérios para realização da cirurgia bariátrica em pacientes com IMC menor que 40 kg/m² é de que esses possuam alguma patologia que tenha relação com a obesidade.

Quanto ao IMC atual, o encontrado foi de que 45% encontravam-se na classificação sobrepeso e 31% encontravam-se na classificação eutrófica. Mostrando que 76% não estão mais na classificação de obesidade e os que ainda estão são os que tinham IMC acima de 45 kg/m².

Na figura 16 está o gráfico onde se observa o número de comorbidades dos participantes:

Figura 16: Quantidade de comorbidades

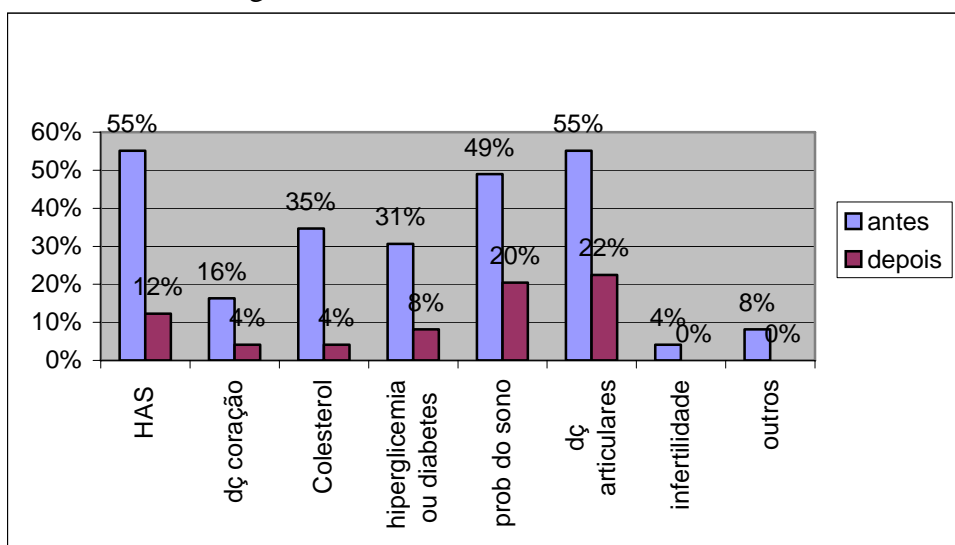


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Observou-se que, antes da realização da cirurgia, 20% dos pesquisados não apresentavam nenhuma patologia relacionada à obesidade. Enquanto 3 e 4 comorbidades estavam presentes em 18% dos pesquisados. Na época da participação do questionário, foram 61% dos pesquisados que responderam não ter nenhuma patologia relacionada à obesidade, mostrando que a cirurgia bariátrica pode colaborar no tratamento da maioria das patologias.

Na figura 17 está demonstrado o gráfico com a prevalência das comorbidades:

Figura 17: Prevalência de Comorbidades



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Quanto à comorbidades presentes antes da realização da cirurgia, a patologia com maior prevalência foi a hipertensão arterial, acometendo 55% do total dos pesquisados. Dado maior do que o encontrado no trabalho de Faria (2002), que foi de 49% da amostra. No trabalho de Catafesta (2004), 40% da amostra apresentavam hipertensão arterial antes da cirurgia bariátrica e no de Carlini (2001) 42,9% apresentavam esta patologia. No presente estudo, a dislipidemia estava presente em 35% da amostra, maior do que na amostra de Faria (2002) no qual estava presente em 28,7% e também da amostra de Carlini (2001) onde 14,3% apresentavam dislipidemia.

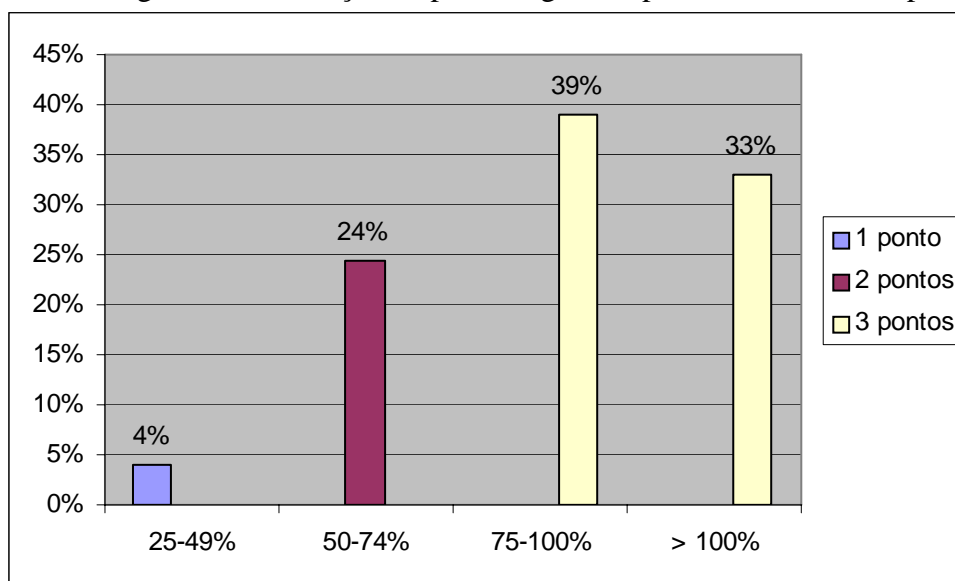
A segunda comorbidade mais freqüente foi: problemas nas articulações, sendo 55% dos pesquisados e 49% dos pesquisados responderam que antes da cirurgia apresentava problemas com o sono.

Na época que os pesquisados participaram da pesquisa, 22% responderam ter doenças articulares e 20% responderam ter problemas com o sono. A hipertensão arterial ainda estava presente em apenas 12% dos pesquisados. Considerando-se que doenças articulares e problemas do sono são complicações presentes na população em geral, independente da obesidade, atribui-se a isso a grande prevalência desses problemas entre os pesquisados.

Uma das perguntas da pesquisa era como o pesquisado considerava o nível de stress antes da cirurgia e como o considerava no momento da coleta de dados. Para 57% dos pesquisados o nível de stress diminuiu e para 33% o nível de stress se manteve o mesmo. Mostrando que a redução de peso diminuiu o stress nos pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos. Aos que o nível de stress aumentou (10%), notou-se que era stress relacionado à profissão e não à obesidade.

Os dados sobre a perda do excesso de peso estão demonstrados no gráfico a seguir:

Figura 18: Pontuação da porcentagem de perda do excesso de peso



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

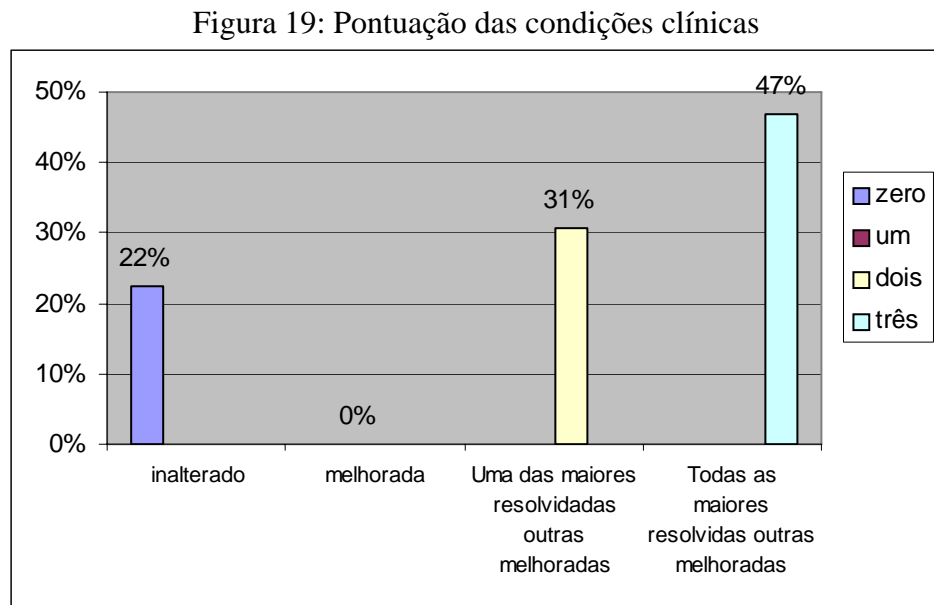
A porcentagem de perda do excesso de peso, até o momento da participação da pesquisa, foi de 75% ou mais para 71% dos pesquisados, a essa porcentagem atribui-se 3 pontos na primeira coluna do questionário de BAROS. Com essa grande redução do excesso de peso na maior parte dos pesquisados, notou-se que a cirurgia bariátrica é um método eficaz para diminuição do IMC e conseqüentemente das patologias associadas à obesidade, principalmente em pacientes com insucesso em relação a outros tipos de tratamento. Aos pacientes que perderam entre 50 e 74 % do excesso de peso atribui-se 2 pontos na primeira coluna do questionário de BAROS.

Esta perda de peso significativa apresenta uma série de benefícios: supressão ou redução das doses dos antidiabéticos orais e/ou insulina em 95% dos diabéticos tipo II, cura da síndrome da apnéia do sono em 90% dos pacientes, melhora da incontinência urinária de esforço, do hirsutismo, acne associados à síndrome dos ovários policísticos e à resistência insulínica, dos sintomas de esofagite de refluxo, redução dos níveis pressóricos, melhora do perfil lipídico, da artropatia, e acima de tudo, melhora da qualidade de vida (GARRIDO JUNIOR, 2003).

Em alguns relatos, pacientes referiram que chegaram a reduzir ainda mais o peso, mas na época da participação da pesquisa, tinham ganhado peso novamente; como não era objetivo da pesquisa avaliar o total de peso reduzido, foi avaliado somente o quanto que o paciente tinha perdido e mantido até o momento.

Numa comparação com o estudo de Faria (2002), onde 28,2% dos pesquisados perderam 75 a 100% do excesso de peso, 46,5% tiveram redução de 51 a 75% do excesso de peso e 23,9% dos pesquisados tiveram redução de 26 a 50%; observou-se que a porcentagem de pesquisados que teve redução entre 75 e 100% do excesso de peso, foi muito superior neste presente trabalho.

Na figura 19 pode-se observar o gráfico com a pontuação das condições clínicas:



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

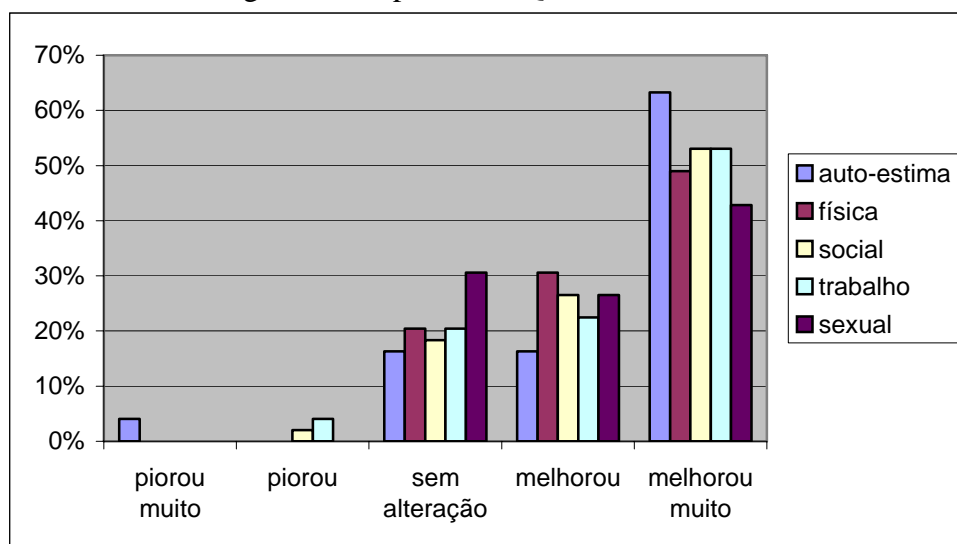
Dos 49 pesquisados, 47% tiveram 3 na pontuação da segunda coluna do questionário de BAROS, isso significa que tiveram todas as maiores comorbidades resolvidas e 31% dos pesquisados tiveram uma das maiores comorbidades resolvidas e outras melhoradas, ganhando 2 pontos na segunda coluna do questionário de BAROS. Mostrando que, com a diminuição do peso e do IMC, quase todas as doenças associadas foram resolvidas ou melhoradas. A pontuação 0 nessa coluna, no qual estão 22% dos pesquisados, significa que não tiveram nenhuma alteração nas comorbidades, porém os pacientes que tiveram essas pontuação são os que não apresentavam nenhuma patologia relacionada a obesidade antes da cirurgia.

Na amostra de Marques (2005), 59,4% dos entrevistados tiveram as condições clínicas melhoradas, 23,1% tiveram uma das afecções resolvidas e as demais melhoradas e em somente 17,5% tiveram todas as maiores afecções melhoradas. Enquanto no estudo de Faria (2002) o resultado foi o seguinte: 78,9% da amostra tiveram todas as comorbidades

resolvidas, 4,2% tiveram uma resolvida e outras atenuadas e 11,3% tiveram as comorbidades melhoradas.

A figura 20 apresenta o gráfico com os aspectos de qualidade de vida:

Figura 20: Aspectos da Qualidade de Vida



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Com o Questionário de Moorehead-Ardelt percebeu-se que o aspecto que teve mais melhora foi o da auto-estima, para 63% dos participantes ela melhorou muito; em segundo lugar, os aspectos que melhorou muito foram da disposição para o trabalho juntamente com o aspecto de sociabilidade, para 49% a condição física melhorou muito e para 43% o aspecto da vida sexual melhorou muito.

No trabalho de Marques (2005), a auto-estima dos que responderam que estava muito melhor do que antes foi em 79,7% dos casos e melhor em 18,9%. Quanto à disposição para atividade física, 48,3% dos pacientes responderam que melhorou e 37,1% responderam que melhorou muito. Para 83,7% melhorou ou melhorou muito a sociabilidade. Em relação à disposição para o trabalho 53,8% respondeu que melhorou muito e 39,9% melhorou. Sobre o interesse sexual, melhorou para 37,8% dos pesquisados e pra 30,8% melhorou muito. No total desses aspectos, 55,9% considerou que a qualidade de vida melhorou muito e 40,6% considerou que melhorou.

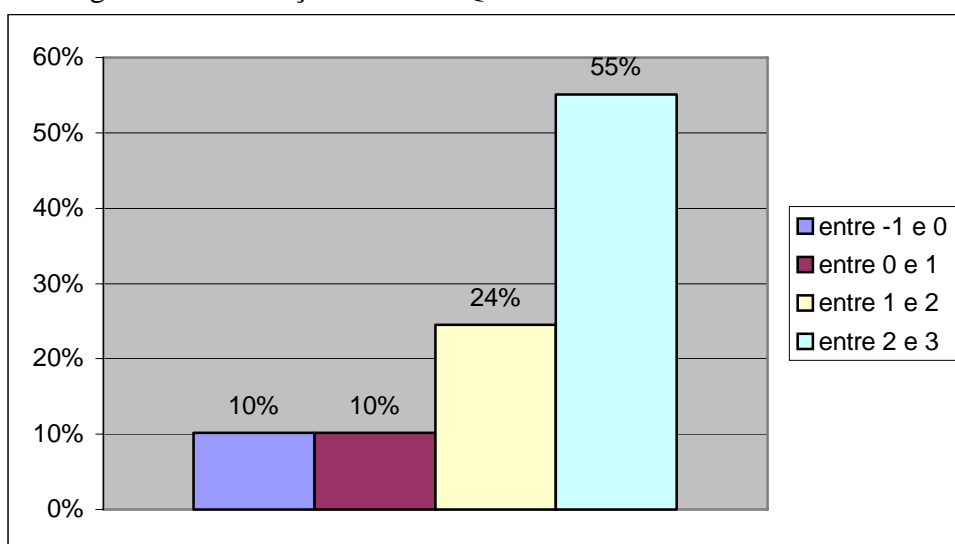
No estudo de Catafesta (2004) em relação à auto-estima, para 90% melhorou muito após a cirurgia, quanto aos aspectos de condições físicas e sociabilidade melhorou muito para 65% dos pesquisados, sobre a disposição para o trabalho, melhorou muito para 55% e a vida sexual melhorou muito para 50%.

No trabalho de Faria (2002), o aspecto da auto-estima, melhorou muito para 83% dos pesquisados; a disposição física melhorou muito para 79% dos pesquisados; a sociabilidade melhorou muito para 58% dos pesquisados; para 65% da amostra melhorou muito a disposição para o trabalho. E o interesse sexual melhorou muito para 56% dos pesquisados.

Pode-se notar em todos estes trabalhos, que a auto-estima foi o aspecto que ficou em primeiro lugar entre os que responderam que melhorou muito e que o aspecto da vida sexual foi o item que teve menos pesquisado que respondeu que melhorou muito.

Na próxima figura o gráfico está demonstrando a pontuação do Questionário de Moorehead-Ardelt:

Figura 21: Pontuação Total do Questionário de Moorehead-Ardelt

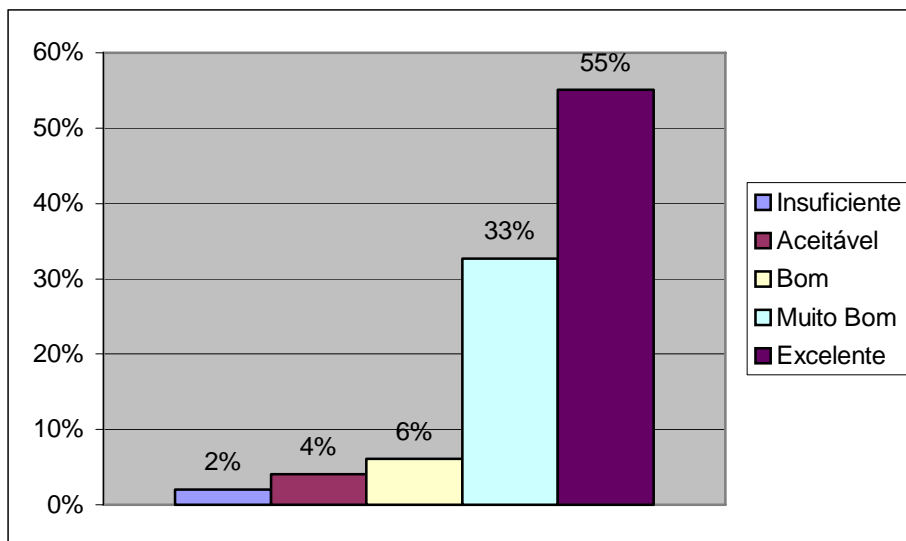


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Em relação ao Questionário de Moorehead-Ardelt, a pontuação total foi entre 2 e 3 pontos para 55% dos participantes da pesquisa, a essa pontuação total atribui-se a interpretação: muito melhorada, 24% pontuaram entre 1 e 2 pontos, resultado que significa que a qualidade de vida foi melhorada e 20 % tiveram pontuação entre -1 e 1, esse resultado indica que teve mínima ou nenhuma alteração na qualidade de vida.

O gráfico da figura abaixo está relacionado os dados do resultado final do Questionário de BAROS:

Figura 22: Resultado final de BAROS



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

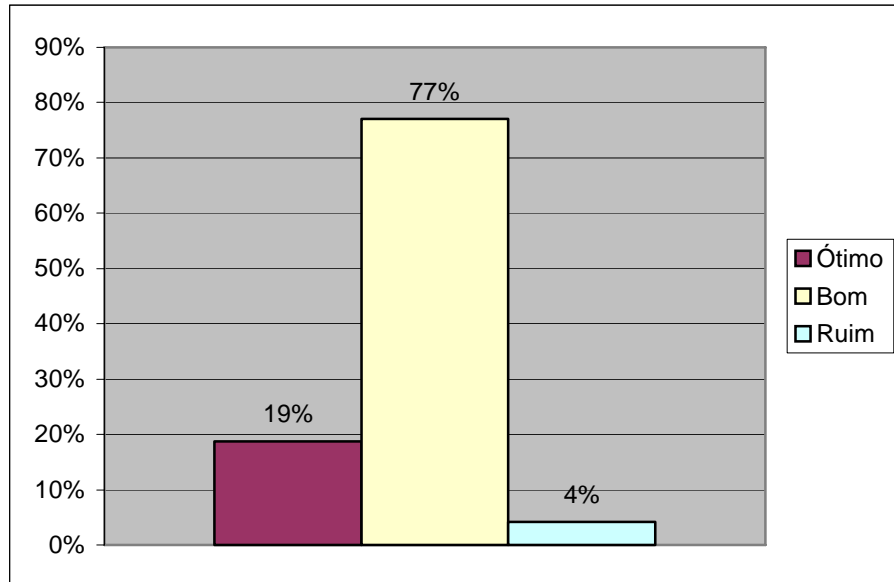
Verificou-se um resultado final favorável para os pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade mórbida, com um resultado excelente para 55% da amostra e para 33% o resultado foi muito bom.

No trabalho de Marques (2005), o resultado final de BAROS foi excelente para 21,7%, muito bom para 55,2% dos pacientes e bom para 21%. O resultado final de BAROS no trabalho de Faria (2002) foi de excelente para 60,6% da amostra, muito bom para 26,8% e bom para 9,8%. Enquanto no estudo de Catafesta (2004), 65% dos pacientes obtiveram como resultado final uma melhora muito boa na qualidade de vida e 30% da amostra obtiveram um melhora boa em relação ao período anterior a cirurgia.

Após esse resultado final foram deduzidos pontos em relação às complicações e reoperações. As complicações mais comuns foram: alopecia, anemia e deficiência de vitaminas. Em 47% da amostra não foi respondido nenhuma complicação após a cirurgia. Esses problemas como desnutrição, hipovitaminose, transtornos de humor, depressão, entre outros, são problemas que podem ocorrer, caso não exista um bom acompanhamento interdisciplinar pré e pós a cirurgia bariátrica. Apesar dessas, esses problemas são de risco bem pequeno, se comparado ao risco de ser obeso mórbido e com algumas patologias associadas.

O gráfico da figura 23 demonstra os resultados do quadro de Frequência Alimentar dos participantes, no momento da participação da pesquisa:

Figura 23: Resultado do quadro de Frequência Alimentar

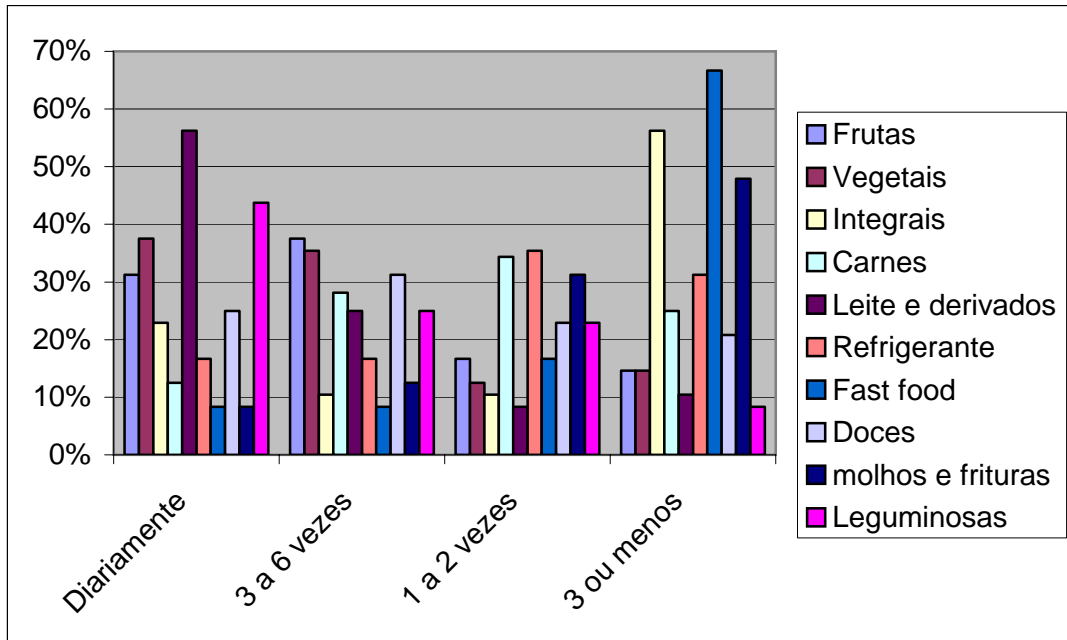


Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Em relação ao quadro de frequência alimentar, 77% dos participantes que responderam (uma não preencheu o quadro), tiveram a pontuação classificada como bom e 19% tiveram a pontuação classificada como ótimo. Relacionou-se o resultado dos participantes que tiveram resultado ótimo nesse questionário (9 participantes) com o resultado do questionário de BAROS: 67% tiveram resultado excelente no total do questionário de BAROS.

Na figura 24 o gráfico demonstra a frequência alimentar de alguns alimentos:

Figura 24: Frequência Alimentar



Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

Pode-se observar que 56% dos pesquisados consomem leite e derivados diariamente, 38% consomem vegetais diariamente, e 44% consomem leguminosas diariamente, sendo esses bons hábitos de alimentação; entre os pesquisados 67% consomem fast food 3 vezes por mês ou menos e as frituras e molhos gordurosos são consumidos 3 vezes por mês ou menos por 48% da amostra, demonstrando que a maioria não tem o hábito de uma alimentação rica em gordura com uma grande frequência. Notou-se que os alimentos integrais são consumidos com pouca frequência, sendo que 56% consomem somente 3 vezes por mês ou menos. Quanto às frutas, 38% costumam consumir entre 3 a 6 vezes por semana. As carnes são consumidas de 1 a 2 vezes por semana por 345 dos pesquisados. O refrigerante é consumido por 35% da amostra, de 1 a 2 vezes por semana. Doces são consumidos por 31% da amostra de 3 a 6 vezes por semana.

Para melhor compreensão, a seguir está demonstrado em tabela o percentual de frequência alimentar de alguns grupos de alimentos:

Tabela 7: Frequência Alimentar

	Diariamente	3 a 6 vezes	1 a 2 vezes	3 ou menos por mês
Frutas	31%	38%	17%	15%
Vegetais	38%	35%	13%	15%
Integrais	23%	10%	10%	56%
Carnes	13%	28%	34%	25%
Leite e derivados	56%	25%	8%	10%
Refrigerante	17%	17%	35%	31%
Fast food	8%	8%	17%	67%
Doces	25%	31%	23%	21%
Molhos e frituras	8%	13%	31%	48%
Leguminosas	44%	25%	23%	8%

Fonte: Dados coletados em Foz do Iguaçu, 2008.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste presente trabalho percebeu-se que a cirurgia bariátrica pode reduzir significativamente o IMC dos pacientes e conseqüentemente diminuir as patologias relacionadas à obesidade.

Com uso do Questionário de BAROS, observou-se uma melhora importante na qualidade de vida dos pacientes operados. Foi interessante observar que a maioria teve a sua auto-estima muito melhorada, assim como todos os outros aspectos analisados. Importante ressaltar que nos participantes que não tiveram alterações positivas na sua qualidade de vida, notou-se que eram pacientes que realizaram a cirurgia há bastante tempo (cinco ou mais anos). Supõe-se que estes não mais se lembram como era sua qualidade de vida quando eram obesos. Notou-se que a qualidade de vida tem grande melhora nos primeiros anos de pós-cirúrgico, enquanto o paciente está conhecendo e resgatando as condições de vida de uma pessoa não obesa.

A perda do excesso de peso foi detectada na população estudada e tais valores foram significativos e que dificilmente seriam alcançados com os tratamentos convencionais (dieta, medicamento e atividade física). Observou-se que o IMC médio antes da cirurgia era $45,17\text{kg/m}^2$ e no momento da participação da pesquisa foi de $27,81\text{ kg/m}^2$, mostrando que, o objetivo da redução de peso foi atingido e que está diretamente relacionado à redução do número de comorbidades, aumentando a qualidade e expectativa de vida.

Conclui-se que os hábitos alimentares tiveram mudanças positivas em poucos pacientes. Poucos têm a consciência de que a alimentação equilibrada tem grande parcela de responsabilidade no sucesso do tratamento cirúrgico. A maioria dos participantes da pesquisa ainda mantém os maus hábitos alimentares, isso facilitará que no futuro possam ganhar peso ou a ter doenças associadas à obesidade mesmo não sendo mais obesos mórbidos.

O ideal seria que todos os pacientes pudessem ter acesso ao acompanhamento de uma equipe interdisciplinar no pré e pós-cirúrgico, possibilitando ainda mais o sucesso do tratamento cirúrgico naqueles que se submetem a esta técnica, levando ao o que é buscado por todos, obesos ou não: melhor qualidade de vida!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, C. R. **Cirurgia Bariátrica: Análise da Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica**. Foz do Iguaçu, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade União das Américas.

AMARAL, E. et al. **Obesidade e Outros Distúrbios Alimentares**. Rio de Janeiro: MEDSI. 2001.

ANDRADE, M. M. de **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

BERENGUER, A. et al. Gastrobandoplastia por via Laparoscópica: Follow up de 24 meses. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, v.8 n.1 Lisboa 2007 p.3-12. Disponível em: < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a01.pdf> > Acesso em: 26 set 2008.

BUSSE. S. DE R. (Org). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004.

CATAFESTA, J. **Qualidade de Vida Pós Cirurgia Bariátrica Técnica de Capella**. Novo Hamburgo, 2004. 68 p. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Feevale. Disponível em: < <http://www.nutritotal.com.br/publicacoes/files/5--qualidade%20de%20vida%20pdf.pdf> > Acesso em: 17 mai 2007.

CARLINI, M. P. **Avaliação Nutricional e de Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica**. Florianópolis, 2001. 92 p. Dissertação de Mestrado (Mestre em Engenharia da Produção), UFSC. Disponível em: < <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/9368.pdf> > Acesso em: 17 mai 2007.

CARREIRO, D. M. Cirurgia Bariátrica. **Nutrição Saúde & Performance**. Ano 4. Ed nº 19 Jan 2003.

CAUSAS da Obesidade. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica**. Disponível em:< <http://www.scb.org.br/paciente.php?cod=5>>. Acesso em: 14 jun 2007

CAVALCANTI, F. S.; et al. **Qualidade de vida em pacientes obesos em uma unidade terciária de saúde em Pernambuco**. An. Fac. Med. UFP Recife. Vol.26 (1966).

COUTINHO. W. Etiologia da Obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Disponível em: <

<http://www.abeso.org.br/pdf/Etiologia%20e%20Fisiopatologia%20-%20Walmir%20Coutinho.pdf> > Acesso em: 11 nov 2008.

CUPPARI, L. (Coord.) Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. **Nutrição Clínica no Adulto**. – Barueri, SP: Manole, 2002.

CUPARRI, L. (Coord.) Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. **Nutrição Clínica no Adulto**. 2.ed. ver. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2005.

DANTAS, R. A. S., SAWADA, N. O., MALERBO, M. B. **Pesquisas sobre Qualidade de Vida: Revisão da Produção Científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo**. Ver Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a17.pdf> >. Acesso em: 02 mai 2007.

FARIA, O. P. et al. Obesos Mórbidos Tratados com Gastroplastia Redutora com Bypass Gástrico em Y de Roux: Análise de 160 Pacientes. **Brasília Médica**, n.39, p. 26-34, jan/abr. 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GUARRIDO JUNIOR, A.B. et al. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

Importância do fracionamento das refeições. **Saúde e Qualidade de Vida**. Disponível em:< <http://www.rgnutri.com.br/sqv/saude/ifr.php>> Acesso em: 18 nov 2008.

MACDONALD, I. A. e ROCHE, H. M. [revisão Técnica Miguel Carlos Riella; trad. Telma Lúcia de Azevedo Hennemann] **Nutrição e Metabolismo**. Editado por GIBNEY, M. J. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MAHAN, L. K. e ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia – Krause**. 11 ed. [trad. Andréa Favano]. – São Paulo: Roca, 2005.

MATOS, M. I. R.; ZANELLA, M. T. **Alterações do Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em Pacientes com Obesidade grau III**. Abeso ed. n° 9. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/revista/revista9/alteracoes.htm> >. Acesso em: 02 mai 2007.

MARCHESE, C., et al. Tratamento Clínico e Cirúrgico da Obesidade Mórbida. **Nutrição em Pauta**. 2001 p 42-44 maio/junho n°48.

MARCHESINI, J. B.; KOCH, S. C. **Aos Novos Magros...** Curitiba: Center Design, 2001.

MARCHESINI, S. D. **Aspectos Psicológicos da Obesidade**. Disponível em:<
<http://www.gastronet.com.br/>> Acesso em:13 jun 2007.

MARQUES, L. Z. **Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Obesidade Mórbida Submetidos à Gastroplastia Vertical com Banda com Derivação em y de Roux**. Joaçaba, 2005.104 p. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) Unoesc. Disponível em:
<
http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrado/msaude/files/Lorena_Zanellato_Marques.pdf>
Acesso em: 26 ago 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica. **Obesidade**; n° 12. Brasília – DF 2006. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/doc_obesidade.pdf >. Acesso em: 02 mai 2007.

MONTEIRO, L. T., CHAIM, E. A. **Análise da Qualidade de Vida dos Pacientes submetidos à Cirurgia de Fobi-Capella através da Aplicação do Questionário de BAROS**. Departamento de cirurgia – FCM – UNICAMP. Disponível em: <
<http://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xiiicongresso/paineis/016717.pdf>> Acesso em: 16 jun 2007.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. Londrina: Midiograf. 2001.

OLIVEIRA, E. N. C. **A Importância da Orientação Nutricional para Pacientes Obesos após Cirurgia Bariátrica**. Foz do Iguaçu – 2005. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade União das Américas.

QUADROS. M. R. R. et al. Perfil do Obeso Mórbido Candidato à Cirurgia Bariátrica Atendido pelo Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia. **Nutrição em Pauta**. 2005 p 36-38 jan/fev n° 70.

ROUQUAYROL, M. Z e FILHO, N. DE A. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed.- Rio de Janeiro MEDSI, 2003.

SINHORINI, Wildenilson.(Org). **Normas para Apresentação de Trabalhos: Curso de Administração**. Foz do Iguaçu: UNIAMÉRICA – Biblioteca, 2005.

TRATAMENTO Psiquiátrico da Obesidade. Disponível em:<
<http://www.psiqweb.med.br/trats/obesitrat.html>>. Acesso em: 13 jun 2007.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3.ed.. São Paulo: Atheneu, 2004.

VILAS BOAS. M. L. et al. **Cirurgia da Obesidade: O que é preciso saber**. CCO Centro de Cirurgia da Obesidade. Disponível em: <

http://www.obesidademorbida.com.br/imagens/manual_do_paciente.pdf> Acesso em: 05 nov de 2008.

ZILBERSTEIN, B., CARREIRO, D. M. **Mitos & Realidades sobre Obesidade e Cirurgia Bariátrica**. São Paulo: [s.n.], 2004.

APÊNDICES

CURSO DE NUTRIÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

Nome da Pesquisa: “**QUALIDADE DE VIDA E HÁBITOS ALIMENTARES DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**”

Acadêmico: **Elisa Tavares**

Orientadora da Pesquisa: Márcia Fernandes Nishiyama

Trata-se a presente pesquisa de um estudo que busca conhecer o perfil dos pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica (CB), quanto à melhora ou não da qualidade de vida e seus hábitos alimentares.

A pesquisa pretende descrever o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, segundo sexo, idade, profissão, grau de obesidade, existência ou não de comorbidades (doenças associadas) e conhecer os hábitos alimentares após um ano ou mais da cirurgia.

Tal pesquisa pretende analisar que após várias tentativas fracassadas de redução de peso, a cirurgia bariátrica é a última tentativa de tratamento dos obesos mórbidos e pode auxiliar na mudança do estado de saúde, na qualidade de vida e ajudar a diminuir muita das doenças, isso se for acompanhada por profissionais como nutricionista, psicólogo e seguidas às recomendações médicas corretamente.

Tendo o participante recebido todas às informações necessárias em relação à pesquisa e ao roteiro de perguntas e esclarecido dos seus direitos relacionados a seguir, declaro estar ciente do exposto e aceitar participar da pesquisa.

Direitos dos sujeitos da pesquisa:

- 1- A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimentos sobre dúvidas a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa, bem como o uso das informações para fins estritamente acadêmicos;
- 2- A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3- A segurança de não ser identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;
- 4- Para esclarecimentos de dúvidas, fica à disposição o telefone para contato do orientado (45) 9118-6952.

Desta forma, estando ciente assino o consentimento para o uso das informações contidas no questionário.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2008.

Nome pesquisador (a): Elisa Tavares

Rubrica do entrevistado: _____

Profª Orientadora da Pesquisa: Márcia Fernandes Nishiyama

11) Como era o nível de stress antes da cirurgia?

- a) () Alto
- b) () Médio
- c) () Baixo
- d) () Sem stress

12) E como considera que é agora?

- e) () Alto
- f) () Médio
- g) () Baixo
- h) () Sem stress

13) Acha que o stress afetava sua vida?

	Pessoal	Profissional
Muito		
Pouco		
Não afeta		

14) Em que fase da vida iniciou o aumento de peso?

- a) () Na infância
- b) () Na adolescência
- c) () Na fase adulta
- d) () Depois da gravidez

15) Quantas refeições você faz por dia?

- a) () 2 refeições
- b) () 3 ou 4 refeições
- c) () 5 ou 6 refeições

16) Costuma tomar algum líquido (água, suco, refrigerante) durante as refeições?

- () não () sim

17) Como considera sua mastigação?

- a) () rápida
- b) () normal
- c) () lenta

18) Assinale se teve ou ainda tem alguma dessas doenças:

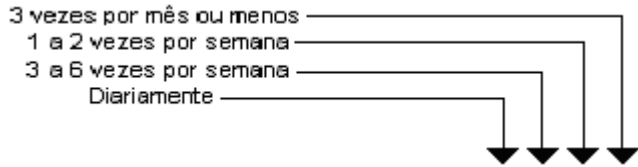
	Teve antes da cirurgia	Ainda tem	Nunca teve
Pressão alta			
Doenças do coração			
Colesterol alto			
Glicemia alta ou diabetes			
Problemas no sono			
Doenças nas articulações			
Dificuldade para engravidar			
Outras doenças (especifique: _____)			

19) Teve complicações e foi reinternado? Qual motivo? _____

20) Teve complicações (anemia, queda de cabelo, infecções) DEPOIS da cirurgia? Se sim, qual(is)? _____

QUANTO AOS HÁBITOS ALIMENTARES

Marque o número correspondente à sua resposta.



Com que frequência você:

1	Consome três ou mais unidades de frutas frescas ou sucos de fruta natural?	4	3	2	1
2	Consome folhas verdes escuras cruas ou cozidas?	4	3	2	1
3	Consome carnes vermelhas?	1	2	3	4
4	Consome peito de frango, peixes, peito de peru?	4	3	2	1
5	Consome feijões, lentilha, ervilha, grão de bico, ou soja?	4	3	2	1
6	Consome doce?	1	2	3	4
7	Consome refrigerante?	1	2	3	4
8	Consome pelo menos um copo de leite, um pote de iogurte ou uma fatia de queijo magro?	4	3	2	1
9	Consome pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados?	4	3	2	1
10	Consome pães, cereais matinais (aveia, granola, flocos de milho) macarrão, arroz?	4	3	2	1
11	Consome alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais?)	4	3	2	1
12	Consome fritura ou molhos gordurosos?	1	2	3	4
13	Consome café ou chá preto?	1	2	3	4
14	Consome pelo menos três a quatro refeições por dia?	4	3	2	1
15	Pula o café da manhã?	1	2	3	4
16	Consome sanduíches em lanchonetes <i>fast food</i> ?	1	2	3	4

BAROS
BARIATRIC ANALYSIS AND REPORTING OUTCOME SYSTEM

PERDA DE PESO %DO EXCESSO (pontos)	CONDIÇÕES CLINICAS (pontos)	QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA
Ganho de Peso (-1)	Agravada (-1)	1- AUTO-ESTIMA
0 - 24 (0)	Inalterada (0)	2 - FÍSICA
25 - 49 (1)	Melhorada (1)	3 - SOCIAL
50 - 74 (2)	Uma das maiores co-afecções resolvidas outras melhoradas (2)	4 - TRABALHO
75 - 100 (3)	Todas as maiores co-afecções resolvidas outras melhoradas (3)	5 - SEXUAL
Subtotal: _____	Subtotal: _____	Subtotal: _____

COMPLICAÇÕES:

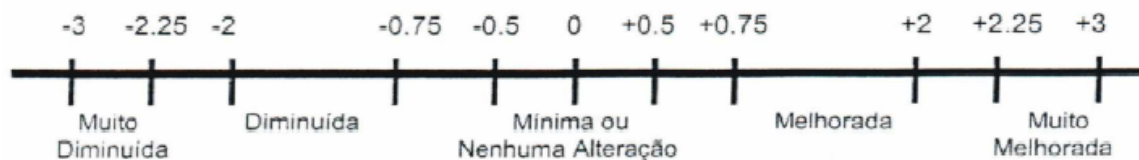
Menores: deduzir .20 pontos
Maiores: deduzir 1 ponto

REOPERAÇÃO:

Deduzir 1 ponto

PONTUAÇÃO TOTAL

	Com comorbidades	Sem comorbidades
INSUFICIENTE	1 PONTO OU <	0 OU <
ACEITÁVEL	>1 A 3 PONTOS	0 A 1.5 PONTOS
BOM	>3 A 5 PONTOS	1.5 A 3 PONTOS
MUITO BOM	>5 A 7 PONTOS	3 A 4.5 PONTOS
EXCELENTE	>7 A 9 PONTOS	4.5 A 6 PONTOS

Qualidade de Vida – Interpretação do Subtotal

MARQUE O DESENHO QUE INDICA A SUA SITUAÇÃO ATUAL EM RELAÇÃO À ANTES DA CIRURGIA:

- ZERO, SE NÃO HOUVE NENHUMA ALTERAÇÃO;
- NAS COLUNAS DA ESQUERDA, SE HOUVE PIORA;
- NAS COLUNAS DA DIREITA, SE HOUVE MELHORA.

ANEXOS

Anexo 1: Pontuação do Questionário de BAROS

BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)		
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)	Inalterados (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 melhoras das outras (3)	Atividade sexual (-0,5) (-0,25) (0) (0,25) (0,5)
Subtotal: (-1 s 3)	Subtotal: (-1 a 3)	Subtotal: (-3 a 3)

Fonte: GARRIDO et al. 2003 (p 314)

Anexo 2: Comorbidades relacionadas à obesidade mórbida

Doença	Diagnóstico	Resolução	Melhora
Hipertensão	Máx. = 140mm Hg Mín.= 90mm Hg	Somente dieta e diurético	Medicação Anti-hipertensiva
Doença Cardiovascular	Doença coronária, vascular Periférica e ou insuficiência cardíaca.	Sem medicação	Tratamento ainda necessário
Dislipidemia	Colesterol > 200mg/dl Perfil lipídico anormal	Sem medicação	Normalizada com medicação
Diabete tipo II	Glicemia de jejum > a 140mg/dl e/ou Glicemia > 200mg/dl em teste de tolerância a glicose	Dieta e exercícios	Não é necessário insulina
Apnéia do sono	Estudo formal com polisonografia, pCO ₂ > 45 mmHg e Hemoglobina > 15mg/dl	Normalizado	5 a 15 apnéias por hora
Osteoartrite	Avaliação radiográfica	Sem medicação	Controlada por medicação
Infertilidade	Infertilidade acrescida de Estudos hormonais	Consegue engravidar	Menstruações normais

Fonte: MARQUES 2005(p 46)

Anexo 3: Complicações operatórias e clínicas

Complicações operatórias				Complicações clínicas			
Maiores		Menores		Maiores		menores	
Precoces	Tardias	Precoces	Tardias	Precoces	Tardias	Precoces	Tardias
Deiscência de sutura com peritonite ou abscesso	Úlcera péptica complicada	Seroma	Estenose de anastomose	Pneumonia	Insuficiência hepática	Atelectasia	Anemia
Severa infecção de ferida operatória	Colelitíase	Infecção de pequena monta de parede ou só de pele	Distúrbios eletrolíticos	Atelectasia severa	Cirrose	Infecção urinária	Deficiência metabólica
Evisceração	Hérnia incisional	Edema de anastomose	Náuseas e vômitos persistentes	Insuficiência respiratória	Anorexia nervosa	Trombose venosa profunda sem TEP	Perda de cabelo
Hemorragia intraperitoneal	Rompimento do grampeamento	—	Esofagite de refluxo	Edema pulmonar	Bulimia	Distúrbios endócrinos	—
Hemorragia digestiva que requeira transfusão	Fístula gastrogástrica	—	Esôfago de Barret	Embolismo pulmonar	Severa depressão	Náuseas	—
Lesão esplênica requerendo esplenectomia	Erosão pelo anel de contensão que requeira operação	—	Úlcera anastomótica ou úlcera péptica do coto gástrico	SARA	—	Vômitos	—
Outras lesões abdominais	Re-hospitalização por severa desnutrição ou deficiência protéica	—	—	Infarto do miocárdio	—	Esofagite	—
Íleo paralítico severo	—	—	—	Insuficiência cardíaca congestiva	—	—	—
Obstrução intestinal	—	—	—	AVC	—	—	—
Volvo intestinal	—	—	—	Insuficiência renal aguda	—	—	—
Síndrome da alça cega	—	—	—	Surto psicótico	—	—	—
Dilatação gástrica aguda	—	—	—	Depressão pós-operatória severa	—	—	—

Fonte: MARQUES 2005(p 48)