

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Quality of life in patients on the preoperatory of bariatric surgery

Mariana Celedonio de Oliveira*, Priscilla Sá Oliveira*, Cristina de Santiago Viana Falcão**, Michelli Caroline de Camargo Barboza***

.....
Graduadas em Fisioterapia na UNIFOR, **Fisioterapeuta docente da UNIFOR e Mestranda em Saúde Coletiva na UNIFOR, *Fisioterapeuta docente da UNIFOR.*

Endereço para correspondência: Cristina de Santiago Viana Falcão, Av. Washington Soares, 1321 60811-905, (Edson Queiroz), Fortaleza CE, Tel: (85) 9996-163, E-mail: cristinasantiago@unifor.br

Resumo

A obesidade é uma doença universal, de prevalência crescente, com proporções epidêmicas, representando um dos problemas mais sérios de saúde pública. Verificar a qualidade de vida dos pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica e analisar o coeficiente de correlação entre as dimensões do *SF-36* foi o objetivo desse trabalho. Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, nos meses de julho e agosto de 2008, com 51 pacientes em acompanhamento no hospital de referência em cirurgia bariátrica no estado do Ceará. Coleta de dados aconteceu em dois encontros ao final de cada mês, com o instrumento *SF-36* e organizados por análise estatística no *SPSS*, versão 13.0, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Nos resultados houve um predomínio do sexo feminino, idades entre 18 a 67 anos, destacando correlações entre o aspecto físico e vitalidade; dor e estado geral de saúde e vitalidade com saúde mental. Os pacientes obesos tendem a apresentar prejuízo em sua percepção de qualidade de vida, decorrentes das alterações físicas e psicossociais.

Palavras chaves: Cirurgia Bariátrica, Qualidade de vida, Fisioterapia.

Abstract

The obesity is a universal illness, of increasing prevalence, with epidemic ratios, representing one of the problems most serious of public health. To verify the quality of life of the patients in the daily pay-operatory of bariatric surgery and to analyze the correlation coefficient enters the dimensions of the *SF-36* was the objective of this work. Descriptive, transversal study, with quantitative boarding, in the months of July and August of 2008, with 51 patients in accompaniment in the hospital of reference in bariatric surgery in the state of the Ceará. Collection of data happened in two meeting to the end of each month, with instrument *SF-36* and organized by analysis statistics in the *SPSS*, version 13.0, being approved for the Committee of Ethics in Research. In the results it had a predominance of the feminine sex, ages between 18 the 67 years, detaching correlations between the physical aspect and vitality; pain and general state of health e; vitality with mental health. Obese patients tend to present damage in its perception of quality of life, decurrently of the physical and psycho socials alterations.

Key-words: Bariatric surgery, Quality of life, Physiotherapy.

Introdução

A obesidade é considerada uma doença universal, de prevalência crescente, com proporções epidêmicas, e vem representando um dos problemas mais sérios de saúde pública da sociedade moderna. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, existem em todo o mundo mais de 1 bilhão de pessoas acima do peso, sendo que destas, 300 milhões pelo menos são obesas [1].

Para a OMS a obesidade é classificada baseada no Índice de Massa Corpórea (IMC) e no risco de mortalidade associada. O indivíduo é considerado obeso quando apresenta o IMC acima de 30 kg/m². Já quanto à gravidade, define que a obesidade grau I é quando o IMC encontra-se entre 30 e 34,9 kg/m², a de grau II é de 35 e 39,9 kg/m² e por fim, a grau III é quando está acima de 40 kg/m² [2].

A obesidade mórbida (grau III) é definida quando apresenta associada ao aumento do peso, riscos de gerar outras doenças e/ou complicações que levem perigo a vida do paciente, comprometendo a sua qualidade de vida tanto psicológica quanto física, diminuindo assim sua expectativa de vida [1,3]. A qualidade de vida é definida como um ponto ideal individualizado de valores, satisfações, capacidades e bem-estar, conceituando-a em saúde como o estado de bem-estar, físico, psicológico e social [4]. Do ponto de vista físico, a obesidade não está associada somente com o aumento da prevalência de algumas doenças, mas também com o aumento dos níveis de dor e com os níveis de mortalidade e morbidade somática. Já a nível psicológico, com a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso poderá provocar uma desvalorização da auto-imagem, levando assim a uma diminuição da auto-estima [5].

Levando em consideração que atualmente no enquadramento social há uma grande valorização da beleza física, percebe-se que existe uma pressão social incômoda sobre o obeso, provocando dificuldades relacionais acompanhada com sentimentos de menos valia e uma fuga social, vinculada ao isolamento, apontando uma distorcida imagem em função do “mercado da magreza” [5,6].

Muitos desses pacientes não têm noção de quanto à cirurgia é invasiva e quais restrições terão de enfrentar pelo resto de suas vidas, pois esse processo cirúrgico não é tão mágico como esperado. Sair de uma compulsão alimentar excessiva para uma situação de controle, após a cirurgia, é extremamente difícil. Em muitos casos alguns pacientes voltam a engordar ou a apresentar outros tipos de transtornos psicológicos (como a bulimia, anorexia, depressão, alcoolismo, dependência de drogas ou compulsão por jogo, compra ou sexo) [6,7].

É necessária que antes de ser feita à cirurgia bariátrica seja realizada uma avaliação minuciosa do paciente, principalmente do quadro psicológico, para verificar se o mesmo apresenta ou não indícios de desenvolvimento de transtornos alimentares. Por isso, é de fundamental importância à atuação de uma equipe multidisciplinar no pré, intra e pós-operatório [8].

Atualmente a cirurgia de controle da obesidade é feita por mecanismos de restrição (restritivas) e/ou má-absorção dos alimentos ingeridos (disabsortivas). As cirurgias restritivas são aquelas as quais há restrição no reservatório gástrico, levando à saciedade precoce. Já as cirurgias disabsortivas são aquelas em que há um desvio do trânsito intestinal, de forma que estas se dividem em duas vias: o trânsito de alimentos e sulco biliopancreático. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade (1999) são reconhecidas três técnicas cirúrgicas: gastroplastia vertical com bandagem (GVB), *Lap Band* e gastroplastia com derivação gastro-jejunal [3,9].

Dessa maneira anseios, medos e expectativas vividos por paciente durante a realização de cirurgia bariátrica foram fatores fundamentais para despertar o interesse

na análise da qualidade de vida no pré-operatório desses pacientes. Esse assunto poderá ter uma grande contribuição para a sociedade, pois esse tema tem pouca produção científica, e será de fundamental importância a todos os profissionais que queiram trabalhar com a obesidade mórbida, com a cirurgia bariátrica e com os aspectos da qualidade de vida do paciente obeso, além das próprias pessoas que sofrem com esse mal.

Os objetivos deste estudo foram verificar a qualidade de vida dos pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica e analisar o coeficiente de correlação entre as dimensões do *SF-36*, a fim de identificar os aspectos mais comprometidos.

Materiais e Métodos

O estudo realizado foi do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido nos meses de julho e agosto de 2008, no Hospital Geral Dr. César Calls – HGCC, considerado um centro de referência em cirurgia bariátrica no estado do Ceará. Atualmente, o Serviço de Cirurgia desse hospital é da rede pública do estado que realiza tratamento cirúrgico da Obesidade Mórbida (Cirurgia Bariátrica).

Participaram do estudo 51 pacientes que se encontravam no pré-operatório de cirurgia bariátrica com IMC acima de 35 kg/m² assistidos pelo hospital referenciado. Os critérios de exclusão foram pacientes que apresentavam problemas neurológicos, analfabetismo e algum tipo de incapacidade por impossibilitar a participação na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em dois encontros que ocorreram ao final de cada mês. Esses encontros foram realizados pelos profissionais do hospital com o objetivo de esclarecer aos pacientes acerca da cirurgia, sobre atendimentos necessários dentro da equipe multidisciplinar e para o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Para a avaliação da qualidade de vida, utilizamos o instrumento do tipo genérico *SF- 36 Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey*, traduzido e validado no Brasil [10,11]. O instrumento é composto por 36 itens que fornecem pontuações em oito dimensões da qualidade de vida.

A organização dos dados foi realizada através de uma análise estatística do *software Programa Statistical Package for Social Scienca (SPSS)*, versão 13.0, e dispostos em tabela. Para avaliação da correlação entre as dimensões do instrumento, foi realizada a *correlação de Pearson*, com nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos que regem a beneficência, a não-maleficência e a justiça regulamentadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde [12]. Sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Calls através do protocolo nº 228/2008.

Resultados

A amostra foi constituída por 51 participantes sendo 30% (n=15) do sexo masculino e 70% (n=36) do sexo feminino. A idade média encontrada no estudo foi 38 anos, apresentando um intervalo de 18 a 67 anos, predominando a idade de 32 anos nas mulheres e 40 anos nos homens.

Com a finalidade de analisar a existência de correlação entre as dimensões do *SF-36*, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson, cujos resultados foram expressos na Tabela. Destacam-se as relações entre: aspecto físico e vitalidade; dor e estado geral de saúde; vitalidade com saúde mental por apresentarem as maiores correlações desse estudo. Não observamos correlação entre as dimensões capacidade

funcional com aspecto social e saúde mental; dor com aspecto emocional; estado geral de saúde com aspecto emocional.

Discussão

A obesidade mórbida, por sua vez, é definida como uma doença multifatorial, quase sempre acompanhada de comorbidades, causada por fatores orgânicos, ambientais e psicossociais, envolvendo um estilo de vida inadequado e uma alimentação inapropriada [13].

De acordo com os dados obtidos no estudo verificou-se a prevalência da obesidade no sexo feminino 70% (n=36), o que confirma os achados pela literatura. Dados epidemiológicos fornecidos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) sobre inquérito realizado nas regiões sudeste e nordeste, demonstraram que 39% das mulheres e 38,5% dos homens encontravam-se em sobrepeso ou obesidade [14,15,16].

Em relação à idade dos participantes da pesquisa, observou-se que a média de idade na amostra total foi de aproximadamente 40 anos, corroborando com a literatura, na qual as idades de grande parte dos pacientes que procuraram tratamento para a obesidade se encontravam nesta faixa etária [17].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui a obesidade no grupo de doenças crônicas, que levam à morte, conferindo-lhe mundialmente, um caráter epidêmico [18].

O excesso de peso traz uma série de problemas que em longo prazo, diminuem a expectativa e qualidade de vida pelo aumento da frequência das comorbidades [19]. Estas comorbidades se relacionam com o peso, que quanto mais elevado, maior o prejuízo para os indivíduos. Além disso, a obesidade pode levar a um aumento do risco para outras patologias graves.

A obesidade mórbida traz um grande impacto à saúde mental, física, psicossocial e econômica dos pacientes [20].

A literatura vem-se preocupando, recentemente, com a qualidade de vida do obeso. Em 1996, foi realizada uma pesquisa que comparava pacientes obesos com controles normais utilizando o SF-36. Os autores mostraram um impacto negativo em todos os oito domínios estudados, em especial na dor e na vitalidade. Os obesos mórbidos se destacam pelo impacto negativo nas esferas física, social e funcional [21]. A partir da interpretação dos dados deste estudo, reitera-se o importante impacto da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos, observando correlação positiva entre os domínios do SF-36 (Tabela).

Os obesos mórbidos apresentam problemas físicos, no qual se enquadraria problemas de locomoção e restrição de atividades físicas [22]. A partir do ponto de vista físico observamos que existe comprometimento na realização das atividades de vida diária e profissionais desses pacientes, mas sem gerar grande impacto na saúde mental.

Vale ressaltar que essa diminuição no nível de atividade física acaba por se correlacionar de maneira negativa com o grau de obesidade, pois a atividade física tem grande contribuição na manutenção do peso corporal, sendo que a sua diminuição contribui para o desenvolvimento da obesidade [23]. Isso também influencia o surgimento de comorbidades que comprometem ainda mais a qualidade de vida desses pacientes. Estudos mostram que a distribuição de gordura corporal pode ser um indicador de maior ou menor risco de doenças cardíacas, anormalidades na pressão sanguínea, tolerância à glicose e alterações nos níveis de colesterol, sendo que os indivíduos com maiores depósitos de gordura na parte superior do corpo (abdome e

flancos) são os que apresentam maiores probabilidades de risco aumentando para essas patologias [24].

Outro aspecto que merece atenção é a dor, pois a partir da correlação desse domínio com os outros aspectos pode-se perceber o impacto da obesidade na percepção subjetiva de saúde e qualidade de vida desses indivíduos.

Um estudo realizado na Johns Hopkins University School of Medicine nos EUA avaliou a dor no obeso e seu impacto na qualidade de vida. A amostra foi constituída por 312 indivíduos que realizavam tratamento para perda de peso, com supervisão médica e de acordo com os dados obtidos neste estudo, os níveis de dor mostraram ter uma relação direta com a qualidade de vida: cerca de 50% dos obesos em estudo apresentavam um nível de dor pelo menos moderada, propondo-se que a dor seja considerada uma covariante da obesidade e deva ser considerada no delineamento e desenvolvimento de tratamento de obesidade [25].

A cada 20 pessoas obesas, pelo menos uma terá um episódio depressivo moderado ou grave, podendo comprometer a qualidade de vida e aumentar as chances de haver comorbidades. A depressão pode ter grande impacto na qualidade de vida de candidatos à cirurgia bariátrica afetando não só componentes físicos, mas também psicológicos [26].

Analisando as contingências que envolvem os obesos mórbidos, observa-se que estes sofrem grandes conseqüências sociais devido ao preconceito e discriminação, além disso, devido ao seu estado de saúde física muitas vezes privam-se de relacionar-se socialmente e participar de eventos sociais e atividades corriqueiras, como as atividades físicas e de lazer [21,26]. Esse isolamento tende a ser mais expressivo, principalmente se estes vivem em países industrializados em que a mídia valoriza corpos magros e esguios [27,28,29,30].

Vale ressaltar também que os próprios obesos fazem, por muitas vezes, observações depreciativas a seu respeito, o que pode levá-los ao desenvolvimento de crises e desconforto psicológico [29].

Dessa maneira, pode-se perceber que obesos mórbidos têm problemas importantes e estes podem estar associados a diversas naturezas: econômica, quando relacionada aos altos gastos com tratamento para a obesidade; física na qual se enquadraria os problemas de locomoção e restrição de atividades; psicológica (sintomatologia depressiva, ansiosa, transtornos alimentares, entre outros); médica, quando existe as doenças associadas e, social, relacionada ao estigma, preconceito e discriminação [22,23,31].

Conclusão

Os procedimentos cirúrgicos visam reduzir as comorbidades associadas à obesidade com intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas vale ressaltar, que para se ter uma melhor qualidade de vida deve-se levar em consideração que além da redução do peso corporal, o tratamento também deve relacionar atividades que visem os aspectos emocionais de cada indivíduo para que ocorra não somente a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde física, mas também aquela relacionada à saúde mental.

A fisioterapia diante dos dados obtidos nesse estudo poderá atuar com ações de promoção e prevenção de saúde, principalmente nos aspectos sociais, capacidade funcional, saúde mental, aspecto emocional, dor e estado geral de saúde, os quais não foram verificados alta correlação. Conclui-se que pacientes obesos tendem a apresentar

prejuízo em sua percepção de qualidade de vida, decorrentes das alterações físicas e psicossociais

Referências

1. Anderi E, Araújo LGC, Fuhro FE, Godinho CA, Henriques AC. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da faculdade de medicina do ABC. *Arquivos médicos do ABC*, 2007; 32(1): 25-29.
2. Fandinão J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de psiquiatria, Rio Grande do Sul*, 2004; 26 (1): 47-51.
3. Sarmiento GJV. *Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas*. São Paulo: Manole; 2005.
4. D'Avila DCR, Santos PDS, Oliveira ACOB, Hubner PDCK, Martinez PDJE, Novo PN F. O Impacto da obesidade na qualidade de vida. *Ars cvrandi: A revista da clinica medica*, 2001; 34 (2): 14-24.
5. Silva MP, Jorge Z, Domingues A, Nobre EL, Chambel P, Castro JJ. Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med Port*, Lisboa, 2006; 19: 247-250.
6. Vendemiatto BC. Magro. E agora? História de obesos mórbidos que se submetem à cirurgia bariátrica. *Revista de psicologia da Vetor Editora*, 2005; 6 (2): 81-82.
7. Arasaki CH, Matos MIR. A “febre” da cirurgia para redução de estômago. *Revista hospitais Brasil*, 2005; 3(14): 24-25.
8. Tironi AM, Rodrigues AG, Costa MDL, Urbano MRD. Transtornos alimentares em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista do profissional de nutrição*, 2006; 14 (77): 11-14.
9. Segal A, Fandinão J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista brasileira de psiquiatria*, 2002; 24 (3): 68-72.
10. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)” [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1997.
11. Cattai GBP, Rocha FA, Junior NN, Pimentel GGA. Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – SF – 36. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2007; 6 (Suplem. 2): 460-467.
12. Brasil, Ministério da Saúde. *Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: protocolo*. Brasília, 2001.
13. Bouchard C. *Atividade física e obesidade*. São Paulo: Manole; 2003.
14. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. *Dados Epidemiológicos sobre Obesidade*. Disponível em <http://www.abeso.org.br>. Acesso em 15 nov 2008.
15. Cury Jr. AJ. *Obesidade: Uma Epidemia da Atualidade*. Disponível em: http://www.brasilmedicina.com/especial/clinican_aspTAS1. Acesso em: 20 nov 2008.
16. Wadden TA, Sarwer DB, Womble L G, Foster GD, MCGUCKIN BG, SCHIMMEL A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 2001; 81(5): 1001-1024.
17. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. Obesidade Mórbida em Mulheres – Estilos Alimentares e Qualidade de Vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. 2001; 4(51): 359-365.

18. Marchioli ACD, Marchioli PTO, Silva LBC. As conseqüências psicossociais da cirurgia de redução de estômago. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2005; 13(1): 175-214.
19. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG. Surgical treatment of obesity and its effects on diabetes:10-y follow-up. *Am.J. Clin. Nutr.* 1992, 55: 582S – 5S.
20. Dixon JB, Dixon EM, O’Brein PE. Quality of life after lap band placement: influence of time, weight- loss and comorbidities. *Obesity Research*. 2001; (9): 713-721.
21. Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract.* 1996; 43 (3): 265-270.
22. Pareja JC. Obesidade Mórbida. Disponível em: <http://www.sppc.med.br/mesas/pareja.html>, 2002. Acesso em 18 nov 2008.
23. Cezar C. O Tratamento da Obesidade Estruturado em Terapêutica Multiprofissional. *Pediatria Moderna*. 2000; 36(3): 140-146.
24. Fernandez AC, Mello MT, Tufik S, Castro PM, Fisberg M. Influência do treinamento aeróbio e anaeróbio na massa de gordura corporal de adolescentes obesos. *Revi Bras Med Esporte, Campo Grande, mai./jun 2004*; 10 (3): 152-158.
25. Barofsky I, Fontaine KR, Cheskin LJ. Pain in the obese: impact of health and related quality of life. *Ann Behav. Med.* 1998; 19 (4): 408-410.
26. Botega NJ, Furlanetto L, Fraguas Jr. R. Depressão no paciente clínico. Em: N. J. Botega. *Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed. 2002.
27. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: Realidades e Indagações. *Psicologia USP*. 2002; 13(1): 197-216.
28. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ. Motivos Básicos. Em: *Introdução a Psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995: 308- 317.
29. Brownell KD, O’neil PM. Obesidade. Em: Barlow, H. D. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed. 2. ed. 1999: 355- 403.
30. Segal A, Cardeal MV, Cordás TA. Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos da Obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2002; 29(2): 81-89.
31. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*. 2003; 27: 1300-1314.

Tabela. *Correlação entre as dimensões do SF- 36*

CORRELAÇÃO	r	P
Capacidade Funcional X Aspecto Físico	0,37**	0,006
Capacidade Funcional X Estado Geral de Saúde	0,37**	0,007
Capacidade Funcional X Vitalidade	0,32*	0,020
Capacidade Funcional X Aspecto Emocional	0,33*	0,017
Capacidade Funcional X Aspecto Social	0,27	0,052
Aspecto Físico X Dor	0,44**	0,001
Aspecto Físico X Vitalidade	0,53**	0,000
Aspecto Físico X Aspecto Emocional	0,40**	0,003
Aspecto Físico X Saúde Mental	0,32*	0,020
Dor X Vitalidade	0,34*	0,013
Dor X Aspecto Social	0,31*	0,024
Dor X Saúde Mental	0,35*	0,012
Dor X Estado Geral de Saúde	0,59**	0,000
Dor X Aspecto Emocional	0,11	0,424
Estado Geral de Saúde X Vitalidade	0,39**	0,004
Estado Geral de Saúde X Aspecto Social	0,39**	0,004
Estado Geral de Saúde X Saúde Mental	0,30*	0,028
Estado Geral de Saúde X Aspecto Físico	0,43**	0,002
Estado Geral de Saúde X Aspecto Emocional	0,26	0,064
Vitalidade X Aspecto Social	0,42**	0,002
Vitalidade X Aspecto Emocional	0,44**	0,001
Vitalidade X Saúde Mental	0,59**	0,000
Aspecto Social X Aspecto Emocional	0,35*	0,010
Aspecto Social X Saúde Mental	0,36**	0,008
Aspecto Social X Aspecto Físico	0,43**	0,001
Aspecto Emocional X Saúde Mental	0,46**	0,001
Saúde Mental X Capacidade Funcional	0,11	0,439

**Correlação é significativa quando $p < 0.01$.

*Correlação é significativa quando $p < 0.05$.