

ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery

Paulo Roberto Bezerra da SILVA, Marcela Ramos de SOUZA, Evane Moises da SILVA, Sílvia Alves da SILVA

Trabalho realizado no Curso de Nutrição do Centro Universitário do Vale do Ipojuca, Caruaru, PE, Brasil.

RESUMO - Racional- A obesidade obteve aumento assustador nos últimos anos, levando essa doença à condição de epidemia global. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional, bem como a qualidade de vida de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Método:** Estudo transversal realizado em obesos adultos de ambos os sexos que se submeteram à cirurgia bariátrica por técnica de Fobi-Capella há pelo menos 30 dias. Foram avaliados: idade, sexo, estado civil, profissão, peso anterior à operação, peso atual, altura, índice de massa corpórea pré-operatório e atual, porcentagem de perda ponderal e porcentagem de perda do excesso de peso, manifestações clínicas e presença de intolerâncias alimentares. **Resultados:** A amostra foi constituída de 70 pacientes, sendo 81,4% do sexo feminino, 37,1% na faixa etária entre 30 a 39 anos, 58,6% casados, 41,4% com >12 meses de cirurgia bariátrica. Observou-se redução do índice de massa corpórea de 37,2 kg/m² (um a três meses) para 28,9 kg/m² (>12 meses) e consequente aumento da porcentagem de perda ponderal e da perda do excesso de peso. A manifestação clínica mais frequente foi alopecia (62,9%). A intolerância alimentar mais relatada foi em relação à carne vermelha (24%). De acordo com o questionário Baros, 50% dos pacientes foram classificados como tendo boa qualidade de vida. **Conclusão:** A operação de Fobi-Capella mostrou-se efetiva em promover perda ponderal gradual. A qualidade de vida foi considerada boa na maior parte dos pacientes, indicando que a operação tem impacto positivo na vida desses pacientes.

DESCRIPTORES - Obesidade. Cirurgia bariátrica. Adultos.

Correspondência:

Paulo Roberto Bezerra da Silva
E-mail: robertogto@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 22/04/2014

Aceito para publicação: 12/08/2014

HEADINGS - Obesity. Bariatric surgery. Adults.

ABSTRACT – Background: The obesity has achieved an alarming increase in recent years, which led this disease to global epidemic condition. **Aim:** To evaluate the nutritional status as well as the quality of life of obese patients undergoing bariatric surgery. **Methods:** A transversal study was conducted with obese adults of both genders who underwent bariatric surgery by Fobi-Capella technique for at least 30 days. It was evaluated: age, gender, marital status, occupation, weight before surgery, current weight, height, preoperative and current BMI, weight loss and loss of excess weight percentages, presence of clinical manifestations and food intolerances. **Results:** The sample consisted of 70 patients, being 81.4% female, 37.1% aged 30 to 39 years, 58.6% were married, 41.4% have undergone the bariatric surgery in the last 12 months. It was observed a reduction in BMI from 37.2 kg/m² (one to three months) to 28.9 kg/m² (>12 months) and consequent increase in weight loss and loss of excess weight percentages. The most frequent clinical manifestation was alopecia (62.9%). The most reported food intolerance was on the red meat (24%). According to the Baros questionnaire, 50% of patients were classified as having good quality of life. **Conclusion:** The operation of Fobi-Capella proved to be effective in promoting gradual and lasting weight loss. Quality of life was considered good in most patients, indicating that the operation had a positive impact on their lives.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde²⁷, a obesidade é doença crônica não transmissível caracterizada pelo excesso de gordura corporal, podendo provocar prejuízos à saúde. Com seu aumento nos últimos anos levou essa doença à condição de epidemia global⁵.

Estudos realizados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico¹³ mostrou que a obesidade apresenta prevalência em torno de 15,5% para mulheres e 14,4% para homens. Dessa forma, o cenário atual de obesidade no Brasil é de 30 milhões de pessoas e no mundo é de 600 milhões de obesos, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica²².

Um dos critérios para diagnosticar a obesidade é o índice de massa corporal (IMC), sendo ele calculado pelo peso corporal em quilogramas e quadrado da altura em metros²⁵, sendo considerado como obeso o indivíduo com IMC igual ou superior a 30 kg/m² e obesidade mórbida aquele com IMC igual ou superior a 40 kg/m². Nesse estágio, pode-se desencadear co-morbidades como o diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia e aterosclerose, contribuindo para o aumento de mortalidade por doenças cardiovasculares e outras complicações patológicas, reduzindo a qualidade de vida do indivíduo^{17,18,29}.

A causa da obesidade é multifatorial; pode decorrer por alterações endócrinas, metabólicas, genéticas, ambientais e psicológicas¹⁸. Para redução do peso, a orientação dietética, programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade têm sucesso em curto prazo⁹. A cirurgia bariátrica é opção para

pessoas com obesidade mórbida que não conseguem perder peso por métodos tradicionais¹².

Devido às falhas dos métodos citados, a literatura destaca vários procedimentos cirúrgicos para redução do peso e seus resultados têm demonstrado eficiência em longo prazo¹².

A cirurgia bariátrica é procedimento cirúrgico com várias técnicas sendo bem utilizada a redução do tamanho do estômago que limita a ingestão de alimentos, seja por restrição da capacidade do estômago ou por sua divisão e anastomose ao jejuno proximal¹⁰. A indicação deve basear-se em vários aspectos clínicos, avaliados por equipe multidisciplinar; o critério nutricional é apresentar IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC superior a 35 kg/m² associado com comorbidades, de acordo com o Conselho Federal de Medicina³. Segundo a resolução N° 1.766/05 CFM³ a cirurgia é contraindicada em indivíduos com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão do miocárdio e cirrose hepática.

Para o tratamento cirúrgico da obesidade, podem ser utilizadas técnicas restritivas, disabsortivas ou mistas. As técnicas puramente restritivas atuam sobre o estômago, diminuindo o seu tamanho e causam a redução no consumo de alimentos. Estão inclusas a gastroplastia vertical, as bandas elásticas ajustáveis e o balão intragástrico¹. As disabsortivas atuam apenas no intestino, com a técnica denominada derivação biliopancreática e transposição duodenal, implicando em perda de peso pela limitação na absorção de nutrientes⁶. As operações mistas promovem saciedade precoce em decorrência da redução gástrica e má absorção; encontra-se neste grupo a operação de Fobi-Capella, onde a gastroplastia está associada à derivação gastrojejunal em Y-de-Roux, diminuindo o volume do estômago para 30 ml⁷.

Algumas complicações nutricionais pós-operatórias como desnutrição proteica e deficiência de vitaminas e minerais ocorrem devido à redução do consumo alimentar e menor absorção dos nutrientes.²³ Estudos clínicos revelam que, após a operação, há perda de peso rápida que se estende de 18 a 24 meses após o procedimento, podendo manter 50-60% da perda do excesso de peso em até 10 a 14 anos²¹. Além da perda ponderal, os indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica apresentaram mudanças no estilo de vida e melhora na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relação social¹¹.

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional, bem como a qualidade de vida de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade do Vale do Ipojuca, protocolo 00080/2012. Todos os participantes autorizaram a pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal em clínica particular do município de Caruaru, PE, Brasil. Foram incluídos obesos de ambos os sexos com idade entre 18 a 59 anos que se submeteram à operação de Fobi-Capella. Foram excluídos os portadores de distúrbios psiquiátricos e gestantes.

A coleta foi realizada no período de agosto a setembro de 2012, através de entrevista individual com aplicação de um questionário elaborado para a pesquisa contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, profissão, tempo de operado, peso anterior à operação, peso atual, altura, IMC pré-operatório e atual, percentual de perda ponderal e de perda do excesso de peso, manifestações clínicas e presença de intolerâncias alimentares.

Para a avaliação antropométrica (peso e altura) os pacientes foram pesados em pé, em balança com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g, no modo tradicional de aferição. O IMC foi calculado como estipulado pela Organização Mundial de Saúde²⁶, através da seguinte equação: peso corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Para a classificação do grau de obesidade foram utilizados os pontos de corte propostos por ela²⁶.

Para a determinação da perda ponderal seguiu-se a orientação da OMS 2007²⁸ para os cálculos do percentual de perda de peso (PP%) e para perda do excesso de peso.

Para a avaliação da qualidade de vida após a operação foi aplicado um questionário elaborado por Oria e Moorehead¹⁷ (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System - Baros), que contempla questões sobre a auto-estima, estado físico, convívio social, capacidade de trabalho e/ou estudo, desempenho sexual, percentagem de perda do excesso de peso e descontentamento com efeitos colaterais e complicações da operação. De acordo com as respostas obtidas, a qualidade de vida foi classificada em: insuficiente (<1 ponto), aceitável (1 a 3 pontos), boa (>3 até 5 pontos), muito boa (>5 até 7 pontos) e excelente (>7 até 9 pontos).

Os dados obtidos foram processados e analisados pelo software Microsoft Excel®, versão 2007. As variáveis contínuas foram demonstradas em média e desvio-padrão e as categóricas em frequência numérica e percentual.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 70 pacientes. A Tabela 1 mostra as características gerais dos pacientes, onde houve predomínio do sexo feminino, faixa etária entre 30 a 39 anos de idade, casados e, suas atividades eram, na maioria, profissional liberal. Os entrevistados tinham em maior proporção período pós-operatório superior a 12 meses.

TABELA 1- Caracterização dos obesos submetidos à operação de Fobi-Capella

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	13	18,6
Feminino	57	81,4
Faixa etária (ano)		
19 a 29	16	22,9
30 a 39	26	37,1
40 a 49	22	31,4
≥ 50	06	8,6
Estado civil		
Solteiros	25	35,7
Casados	41	58,6
Divorciados/ Viúvos	04	5,7
Atividade profissional		
Estudante	02	2,9
Profissional Liberal	35	50,0
Profissional Formal	33	47,1
Tempo de cirurgia (meses)		
1 a 6	26	37,2
7 a 12	15	21,4
>12	29	41,4

A Tabela 2 apresenta os parâmetros antropométricos segundo os períodos de pós-operatório. Pode-se observar redução significativa no IMC, bem como elevação gradual no percentual de perda de peso e percentual da perda do excesso de peso ao longo do tempo.

Em relação à presença de manifestações clínicas, após a realização da operação, os pacientes apresentaram com mais frequência alopecia e vômitos (Figura 1).

TABELA 2- Distribuição em média e desvio-padrão das variáveis IMC, PP e PEP de acordo com os períodos de pós-operatório dos obesos submetidos à operação de Fobi-Capella

VARIÁVEIS	PERÍODOS PÓS-OPERATÓRIOS				p*
	1 a 3m (n) M ± DP	4 a 6m (n) M ± DP	7 a 12m (n) M ± DP	>12m (n) M ± DP	
IMC (kg/m ²)	37,2±5,1 (19)	35,7±9,9 (7)	30,2±4,6 (15)	28,9±4,4 (29)	0,000
PP%	13,8±3,4 (19)	26,6±4,9 (7)	33,6±3,6 (15)	36,3±9,2 (29)	0,000
PEP%	31,9±12,2 (19)	59,7±18,8 (7)	77,6±14,2 (15)	81,1±20,6 (29)	0,000

*ANOVA; IMC=índice de massa corporal; PP%=porcentual de perda de peso; PEP% porcentual de perda do excesso de peso

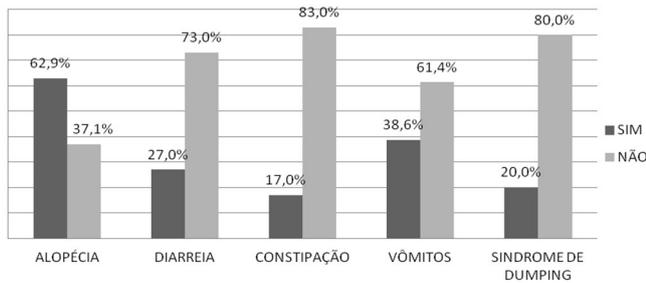


FIGURA 1 - Frequência de manifestações clínicas no período pós-operatório, dos obesos submetidos à operação de Fobi-Capella

Após a operação as intolerâncias alimentares mais relatadas foram a carnes, doces e frituras (Figura 2).

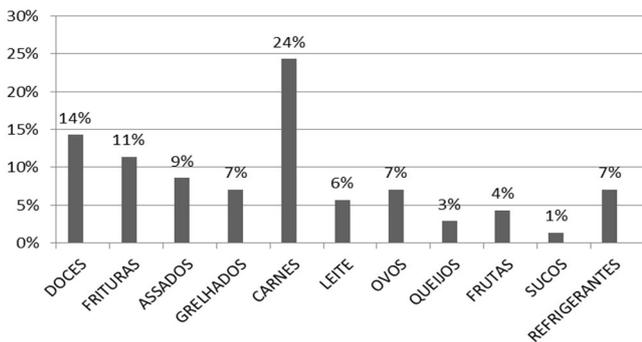


FIGURA 2 - Frequência de intolerância a alimentos específicos nos submetidos à operação de Fobi-Capella

A avaliação da qualidade de vida através da aplicação do questionário Baros identificou que a maior proporção dos pacientes apresenta qualidade classificada como boa. Observa-se que poucos apresentaram-na insuficiente e não foram registrados pacientes com qualidade de vida excelente (Figura 3).

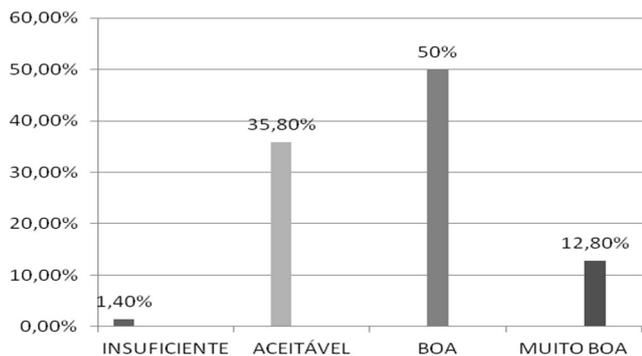


FIGURA 3 - Distribuição da qualidade de vida segundo o Baros nos obesos submetidos à operação de Fobi-Capella

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, as mulheres são as que mais realizaram operações para tratamento da obesidade. Estes resultados são semelhantes ao encontrados por Ferraz et al⁸, onde foi identificada maior prevalência nas mulheres e essa procura pode ser justificada pelos padrões de beleza impostos pela sociedade atual.

A faixa etária entre 30 e 39 anos foi maioria concordando com os resultados encontrados por Santos et al²⁰, que avaliou 48 adultos submetidos a Fobi-Capella.

Os pacientes atingiram perda de peso satisfatória, com IMC médio após 12 meses compatível com sobrepeso e não mais com obesidade. No estudo realizado por Santos et al²⁰ observou-se também elevação gradativa do porcentual de perda de peso e porcentual da perda do excesso de peso, mostrando a eficácia da operação nesses parâmetros.

A alopecia foi a manifestação clínica mais frequente, seguida de vômitos e diarreia. De acordo com Mafra e Cozzolino¹⁴, a alopecia pode ser atribuída à deficiência de zinco, proteínas ou ácidos graxos essenciais. Segundo Mottin¹⁵, o vômito é decorrente da ingestão de alimentos gordurosos, doces concentrados, mastigação insuficiente, ingestão demasiada ou alimentação realizada em curto espaço de tempo. Já a diarreia, pode ser explicada devido ao consumo excessivo de carboidratos simples (resultado da síndrome de dumping) e alimentos gordurosos, devido à exclusão do duodeno e maior parte do jejuno proximal, podendo ser amenizada pelo controle dietético e reeducação alimentar no pós-operatório^{18,19}.

A intolerância a alimentos específicos pode desenvolver-se após operações de redução de estômago. A intolerância a carne vermelha foi a mais relatada, seguida da de doces, como em outros estudos¹. A da carne é esperada devido à gastrectomia parcial com consequente alteração na produção de pepsina principal responsável pela digestão das proteínas². Dentre os sintomas clínicos, a síndrome de dumping é muito característica no pós-cirúrgico da técnica Fobi-Capella, surgida devido ao rápido esvaziamento gástrico ocorrendo principalmente após a ingestão de carboidratos simples^{7,30}.

Nesta pesquisa, a maior parte dos pacientes foram classificados como tendo qualidade de vida boa e nenhum apresentou qualidade de vida excelente demonstrando-se eficaz na melhora da qualidade de vida. Em estudo realizado por Faria et al⁴, quanto à avaliação do sucesso cirúrgico pelo Baros, 89% dos pacientes obtiveram resultado favorável com a intervenção cirúrgica, visto que houve melhora quanto à auto-estima, sociabilidade, condições físicas, disposição ao trabalho, libido, perda considerável de peso, principal comorbidade resolvida e as outras melhoradas.

CONCLUSÃO

A operação de Fobi-Capella mostrou-se efetiva em promover perda ponderal gradual e duradoura nos pacientes avaliados. A qualidade de vida foi considerada boa na maior parte dos operados indicando que o procedimento tem impacto positivo na vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Bregon NO, Silva AS, Salvo VLMA. Estado nutricional e condição de saúde de pacientes nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. RBCS 2007 out /dez; 3(14):33-42.
2. Kenler HA, Brolin RE, Cody RP. Changes in eat behavior after horizontal gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. Am J Clin Nutr. 1990;52(1):87-92.

3. CFM. 2005. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm. Acesso em 15 de abril de 2012 às, 22:40h.
4. Faria O, Pereira VA, Gangoni CMC, Lins RD, Leite S, Rassi V, et al. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com bypass gástrico em y de roux: análise de 160 pacientes. *Brasília Méd* 2002;39:26-34.
5. Francisci RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nut* 2000 jan/abr;13(1):17-28.
6. Faintuch J, Oliveira CPMS, Rascovski A, Matsuda M, Bresciani CJC; Cruz MELF, et al. Considerações nutricionais sobre a cirurgia bariátrica. *Rev Bras Nutr Clin* 2003; 18(3):07-09.
7. Fandiño J, Benchiomol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *R. psiquiatr* 2004 jan/abr; 26(1): 47-51.
8. Ferraz AA, Albuquerque AC. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev Col Bras* 2003; 30(2):98-105.
9. GelonezeB, ParejaJC. Cirurgiabariátrica curaasíndromemetabólica? *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006 abr; 50(2): 400-407.
10. Garrido júnior AB. cirurgia em obesos mórbidos- experiência pessoa. *Arq. Bras. Endocrinol Metab* 2000; 44(1):106-113.
11. Lemos MCM. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de cascavel. *Arq Ciên Saúde* 2006;10:155-163.
12. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2011;16: (12):4767-4776.
13. Ministério da saúde (Brasil). Vigilância de Fatores de risco para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico. Brasília: ministério da saúde; 2011; 153 p.
14. Mafra D, Cozzolino SMF. Importância do zinco na nutrição humana. *RNC* 2004; jan./mar 17(1):79-87.
15. Mottin CC, et al. Tolerância alimentar no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica: um estudo de 149 pacientes obesos mórbidos. *Bol Cirurgia da Obes* 2002; 3(3):45.
16. Nassif PAN, Malafaia O, Ribas CAPM, Pachnicki JPA, Kume MH, MacedoLM, RikimaruTA. Estudo da correlação do imc e comprimento do intestino delgado em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2009;22(3):153-7.
17. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg* 1998;8 (5): 487-499.
18. Prevedello CF, Colpo E, Mayer ET, Copetti H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando método BAROS; *Arq gastroenterol*.2009; 46(3): 199-203.
19. Quadros MRR, Savaris AL, Ferreira MV, Branco-Filho AJ. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Bras Nutr Clin*. 2007; 22:15-9.
20. Santos EMC, Burgus MGP, Silva SA. Perda ponderal após cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro *Rev Bras Nutr Clin* ; 2006; 21(3):188-92.
21. Segal A, Fandino J. Indicação e contra-indicação para realização das operações bariátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002; 24: 68-71.
22. Sociedade Brasileira De Cirurgia Bariátrica (SBCB) [periódicos na internet]. 2012 abril [Acesso em 15 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.sbc.org.br>
23. Silva AS, Burgos MGPA, Santos EMC, Batista JEM, Bion FM. Consumo alimentar de obesos em períodos pré e pós-operatórios de cirurgia bariátrica. *An. Fac. Med. Univ. Fed.Pernamb*.2005; 50(1):15-18.
24. World Health Organization (WHO). Obesity in Europe. 2012;[acesso em de maio de 2012 às, 23:30h] Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>.
25. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing hand managing the global epidemic: report of a WHO consultation.2000; Geneva, Switzerland.
26. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing hand managing the global epidemic: report of a WHO consultation.1997; Geneva, Switzerland.
27. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing hand managing the global epidemic: report of a WHO consultation.2006; Geneva, Switzerland.
28. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing hand managing the global epidemic: report of a WHO consultation.2007; Geneva, Switzerland.
29. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. WHO Technical Report Series, 916.
30. Loss AB, Souza AAPS, Pitombo CA, Milcent M, Madureira FAV. Avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypassgástrico com reconstrução em Y de Roux. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009; 36(5): 413-419.