

Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica

Patrícia de Oliveira Vasconcelos

Universidade Católica de Goiás

Sebastião Benício da Costa Neto

Universidade Federal de Goiás

RESUMO

A obesidade, doença crônica, multidimensional e com alto grau de comorbidades, tem aumentado nos últimos anos em muitos países. A perda de peso, por meio da cirurgia bariátrica, pode levar a uma melhoria na Qualidade de Vida (QV) das pessoas obesas. Esse estudo objetivou avaliar a percepção de QV de pessoas obesas, em condição pré-cirúrgica. Trinta obesos, grau III e II com comorbidades associadas, responderam o WHOQOL-100 e SF-36, em um hospital público. No WHOQOL-100, a área mais preservada foi a Espiritualidade, religião e valores (16,53) e as menos preservadas: Físico (11,27) e Nível de Independência (12,60). No SF-36, as áreas mais preservadas foram: Satisfação social (62,16%) e Saúde mental (60,03) e as menos preservadas: Capacidade funcional (41%), Dor (42%) e Aspectos Físicos (44%). Obesos apresentam perdas em várias dimensões da QV que podem ser compensadas por características de personalidade e pela ampliação monitorada da rede de suporte social.

Palavras-chave: Qualidade de vida; obesidade; cirurgia bariátrica; WHOQOL-100; SF-36.

ABSTRACT

Quality of life in obese patients on preparing for bariatric surgery

Obesity, a chronic multidimensional disease, with a high degree of comorbidities, has increased lately in many countries. Weight loss through bariatric surgery can lead obese patients to a better Quality of Life. This study aimed at evaluating the perception of Quality of Life in obese patients in pre-surgical condition. Thirty obese patients, degree III and II with associated comorbidities, answered the WHOQOL-100 and SF-36 in a public hospital. In WHOQOL-100, the most preserved area was that of Spirituality, religion and values (16,53) and the least preserved areas were Physical (11,27) and Level of Independence (12,60). In SF-36, the most preserved areas were Social Satisfaction (62,16%) and Mental Health (60,03%) the least preserved were Functional Capacity (41%), Pain (42%) and Physical Aspects (44%). Obese patients show loss in several dimensions of Quality of Life, which may be compensated by personality traits and by monitored amplification of social support.

Keywords: Quality of life; obesity; bariatric surgery; WHOQOL-100; SF-36.

INTRODUÇÃO

A obesidade tem se transformado em epidemia, e é considerada um entre os maiores problemas de saúde pública mundial (*World Health Organization*, 1998). É uma doença que vem sendo investigada por estudiosos, em diversas partes do mundo, que avaliam conceitos e formas de tratamento (Almeida, Loureiro e Santos, 2002; Carvalho, 2001; Fandiño, Benchimol, Coutinho e Appolinário, 2004; Francischi et al., 2000; Porto et al., 2002). A existência de vários fatores que se correlacionam com o aparecimento e manutenção

da obesidade indicam a presença de uma causa multidimensional para esta doença.

De acordo com Porto et al. (2002), um estudo da Organização Mundial de Saúde denominado WHO MONICA (*Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*), realizado entre 1983 e 1986, demonstrou que a incidência da população obesa européia estava estimada entre 15% e 25% nas mulheres e 10% e 20% nos homens. Ferraz e Albuquerque (2002) afirmam que alguns países industrializados, que apresentam dados epidemiológicos para obesidade, revelam uma prevalência de 7% a 30% para pesso-

as que variam entre 30 e 64 anos de idade, sendo maior a prevalência em mulheres do que em homens. No Brasil, estimava-se que 26,6% das mulheres e 22% dos homens tinham excesso de peso, 11,2% das mulheres e 4,7% dos homens tinham obesidade leve e moderada e que 0,5% das mulheres e 0,1% dos homens apresentavam obesidade grave. Portanto, cresce a incidência de obesidade na maioria dos países (Porto et al., 2002).

No Brasil, também, ocorreu um aumento na proporção de pessoas com excesso de peso de 21% para 31%, entre 1974 e 1989, sendo que a Região Sul apresentou maiores prevalências de obesidade (Gigante, Barros, Post e Olinto, 1997). Na Região Nordeste, Vasconcelos e Silva (2003) estudaram a prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos, entre 1980 e 2000, chegando à conclusão que a mesma é ascendente, porém, ainda em níveis menores que os dos países desenvolvidos. Monteiro, Conde e Castro (2003) realizaram um estudo nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil avaliando a relação entre obesidade e escolaridade, entre 1975 e 1997, obtendo como resultado que no período de 1975-1989, a obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade, já no período de 1989-1997, o aumento da obesidade foi maior nos indivíduos sem escolaridade. Assim, pode-se concluir que o índice de obesidade tem se elevado no Brasil.

Existem diversas maneiras de conceituar obesidade, sendo que a ênfase a determinado fator ocorrerá de acordo com o estudo e enfoque teórico de cada autor.

Para Betarello (1993, in Kaufman, 1997), Cambi e Marchesini (2002), Jordan et al. (1976, in Kaufman, 1997) e Pinheiro, Freitas e Corso (2004), a obesidade é uma doença que conjuga fatores diversos, sendo que hábitos alimentares errôneos, como alta ingestão calórica e baixo gasto energético, questões psicológicas, genéticas, demográficas, dentre outras, apresentam-se como causas para a incidência crescente desta doença. Seguindo este ponto de vista, Villela et al. (2004) afirmam que “A obesidade é um doença complexa e multifatorial surgindo do excessivo depósito de gordura que resulta da interação de fatores social, comportamental, cultural, psicológico, metabólico e genético” (p.369).

Numa perspectiva biomédica, Rodrigues, Suplicy e Radominski (2003), em um estudo sobre mutações nos genes de hormônios e neuropeptídeos, de seus receptores ou de elementos regulatórios, referem que, apesar destas mutações serem tidas como raras na espécie humana, os seus estudos têm possibilitado um avanço nos conhecimentos sobre a base genética e fisiopatológica da obesidade. Os excessos alimentares e o sedentarismo contribuem para a prevalência da

obesidade, porém já existem evidências de que a genética participa na regulação do peso corporal. Malheiros e Freitas Jr. (2002) corroboram esse ponto de vista, afirmando que obesidade é uma doença metabólica de origem genética, e que indivíduos com este fator predisponente, que permanecem em ambientes que estimulam a ingestão de calorias e o sedentarismo, tendem a tê-lo como o grande fator desencadeante da obesidade.

Já numa perspectiva sociocultural existem relatos sobre obesidade recebendo diferentes significados em cada época e em cada cultura, tais como: riqueza, beleza, saúde e doença (Bernardi, Cichelero e Vitolo, 2005). No mundo contemporâneo, a obesidade traz consigo o estigma, não apenas de uma doença limitante, mas também de um padrão estético indesejado, dentro de uma ordem cultural que estabelece o culto ao corpo perfeito como aspecto primordial nas relações tanto humanas, quanto profissionais. Segundo Bernardi et al. (2005), o padrão de beleza esbelto imposto, principalmente para as mulheres, é uma variável envolvida no processo de ganho de peso, sendo difícil a mensuração de sua força dentro deste contexto. Serra e Santos (2003) afirmam que “(...) a mídia desempenha papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares” (p.701). Ao mesmo tempo em que impõe uma imagem de corpo ideal, a mídia expõe os prazeres que a indústria alimentar oferece, em um paradoxo repleto de significados e sentidos contraditórios.

Neste contexto, a obesidade tem sido tratada como um aspecto do indivíduo que leva à preconceitos. Para Segal e Fandiño (2002), em países industrializados, a obesidade é alvo de preconceito e discriminação, que resultam em salários mais baixos e em outras limitações. A obesidade pode, também, levar ao isolamento social e à distorção da auto-imagem (Cash, 1993, in Almeida et al., 2002).

Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) afirmam que “a obesidade é considerada uma síndrome (...) na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades socioeconômicas” (p.39). Fatores psicológicos, como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, estão relacionados com a obesidade. Porém, não existem dados conclusivos na literatura sobre este assunto. Segal e Fandiño (2002) afirmam que, por muito tempo, a obesidade foi compreendida como sendo uma consequência de conflitos psicológicos, em decorrência de uma formação inadequada do ego, e que esta visão não é mais aceita por estudiosos do assunto, apesar de, ainda, ser difundida entre pessoas leigas e alguns profissionais de saúde. É certo que pessoas obe-

sas que procuram tratamento, em sua maioria, apresentam sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar, mas este fato não torna possível o estabelecimento de relação de causa-efeito.

Para Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002), os modelos que combinam aspectos biológicos e ambientais explicam melhor os comportamentos que levam à obesidade. No entanto, os estudos dos aspectos psicológicos da obesidade são muito importantes para o desenvolvimento de tratamentos clínicos desta doença.

Para Coutinho e Benchimol (2002), em função das comorbidades associadas à obesidade (hipertensão arterial, *diabete melitus*, doença coronariana, apnéia do sono, câncer, dentre outras), seu tratamento deveria incluir metas para uma reeducação alimentar, atividades físicas e agentes antiobesidade. Porém, em pessoas cuja obesidade atingiu um grau maior de severidade, uma abordagem clínica não apresenta bons resultados e, nestes casos, a cirurgia bariátrica surge como uma opção de tratamento.

De acordo com García-Caballero (2005), a cirurgia da obesidade não deve ser compreendida como uma cirurgia digestiva, mas como uma cirurgia do comportamento nutricional, cujo objetivo é a mudança dos hábitos alimentares de pacientes com obesidade mórbida, ou seja, aqueles que apresentam um alto grau de severidade desta doença, sendo esta compreensão importante para o sucesso nos resultados após a cirurgia. Para o autor, há uma necessidade de se procurar soluções psicológicas, sobretudo comportamentais, para a condição de obesidade, em vista das experiências com esta cirurgia que, freqüentemente, quando suscita conflitos psicológicos, pode levar a pessoa a ela submetida a repetidos episódios de vômitos, devido à ingestão excessiva de alimento, colocando o indivíduo em grande situação de vulnerabilidade e risco.

A obesidade, dentro de seu contexto multifatorial (Kolotkin, Meter e Williams, 2001), exerce um impacto significativo na saúde, na longevidade e na qualidade de vida (QV) de seus portadores. De acordo com os autores, as pessoas obesas podem melhorar a saúde e a QV com a ajuda e o suporte de profissionais da saúde, de membros da família e dos amigos. Muitos instrumentos de avaliação e de tratamento estão disponíveis para ajudá-las a administrar seu peso e a melhorar as condições de comorbidades relacionadas à obesidade, bem como elevar sua QV.

Desde os anos 1970, o interesse pela mensuração da QV tem aumentado no contexto da saúde. A QV baseia-se no princípio multidimensional e no caráter subjetivo, que se relaciona ao que o indivíduo relata a partir de sua própria experiência (Costa Neto, 2002; Costa Neto e Araújo, 2003; Tsai, Yang, Lin e Fang,

2004). Assim, Ferrans (1990, in Wahl, Hanestad, Wiklund e Moum, 1999) define QV global como “um bem-estar pessoal que vai da satisfação ou insatisfação com importantes áreas de sua vida” (p.428).

Villela et al. (2004), ao avaliarem a QV de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, antes e depois da mesma, sendo dois grupos distintos, um com pacientes em pré-cirúrgico e outro com pacientes em pós-cirúrgico, utilizaram o *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), traduzido e validado para a língua portuguesa, no Brasil (Ciconelli, 1997). Os autores (2004) observaram melhoria na habilidade funcional, vitalidade e saúde geral dos pacientes que já haviam feito cirurgia e, em contrapartida, significativa redução na QV de pessoas que ainda não haviam sido submetidas à cirurgia.

O trabalho clínico desenvolvido com uma população de indivíduos obesos que aguardam a realização da cirurgia bariátrica, nos ambientes de clínica privada e de hospital público, motivou o interesse no desenvolvimento desta investigação que tem por objetivo avaliar a percepção de obesos pré-cirúrgicos sobre diversas dimensões da própria QV relacionada à saúde.

MÉTODO

Participantes

30 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 20 e 60 anos, que aguardavam a cirurgia bariátrica em um hospital público, no centro-oeste brasileiro.

Instrumentos

1. *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL 100)*, validado por Fleck et al. (1999). Esse instrumento possui seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) e cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões cada. Assim, o instrumento é constituído por 24 facetas específicas organizadas hierarquicamente nos seis domínios. Além das 24 facetas específicas, o instrumento possui a 25ª faceta composta por perguntas gerais sobre QV.

2. *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, validado por Ciconelli (1997). O SF-36 apresenta uma escala de oito perfis incluindo componentes de saúde Física (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor e Estado Geral de Saúde) e Mental (Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspecto Emocional e Saúde Mental). Também, foi elaborado e utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimento

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado um estudo piloto, no período de junho a julho de 2005, com cinco participantes do Programa de Prevenção e Controle da Obesidade (PPCO), de um Hospital Público de Goiânia, com o objetivo de investigar o grau de compreensão dos participantes quanto aos instrumentos escolhidos. Posteriormente, foram abordadas pessoas obesas que estavam no momento pré-cirúrgico, apresentados os objetivos do estudo e solicitado sua adesão. Todos os participantes faziam parte do Protocolo de Acompanhamento Psicológico ao Obeso, preparatório à cirurgia, da referida instituição. Contudo, os dados foram colhidos antes da intervenção psicológica. Assim, aqueles que aceitaram participar da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciando, no mesmo encontro, os procedimentos de avaliação, respondendo, o WHOQOL-100. Em outro encontro, responderam o SF-36 e uma Entrevista Semi-Estruturada, gravada em áudio. O tempo médio de cada encontro foi de 40 minutos, sendo os dados colhidos entre os meses de julho e dezembro de 2005. Ao longo da aplicação dos instrumentos, não foram observadas ocorrências que interferissem no processo.

RESULTADOS

Utilizou-se da estatística descritiva de frequência para os dados sociodemográficos e clínico, estatística descritiva de média e desvio padrão para as dimensões de Qualidade de Vida obtidas pelo WHOQOL-100 e SF-36 e a estatística de correlação dos dados entre os dois instrumentos, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.

Como pode ser observado na Tabela 1, entre as características sociodemográficas predominantes, se destacam que: a maioria dos participantes foi do gênero feminino (83,3%); em relação à faixa etária, houve igualdade entre os de 31 a 40 anos e 41 a 50 anos de idade (36,7%, respectivamente); o estado civil prevalente foi de casados (50,0%); em sua maioria, os participantes tinham ensino fundamental incompleto (30,0%); procediam do interior de Goiás (56,7%); comungavam da religião protestante (46,7%); eram autônomos liberais (43,3%), com renda familiar entre 1,1 e 2,0 salários mínimos e não se encontravam afastados do trabalho em função da obesidade (70,0%).

Quanto ao índice de massa corporal (IMC), padrão internacional que classifica a obesidade, 93,3% dos participantes apresentavam obesidade grau III (IMC=40) e 6,7% obesidade grau II (IMC entre 35-39,9). Desta

forma, a maior parte dos participantes apresentava obesidade mórbida.

TABELA 1
Características sociodemográficas de obesos em preparação para cirurgia bariátrica.

Variável	Frequência	Percentual em relação a amostra (n=30)
SEXO		
Masculino	5	16,7
Feminino	25	83,3
IDADE		
20-30	5	16,7
31-40	11	36,7
41-50	11	36,7
51-60	3	10,0
ESTADO CIVIL		
Solteiro	10	33,3
Casado	15	50,0
Divorciado-Separado	1	3,3
Viúvo	4	13,3
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Ensino fundamental incompleto	9	30,0
Ensino fundamental completo	4	13,3
Ensino médio incompleto	5	16,7
Ensino médio completo	8	26,7
Ensino superior incompleto	2	6,7
Ensino superior completo	1	3,3
Não alfabetizado	1	3,3
PROCEDÊNCIA		
Grande Goiânia	13	43,3
Interior de Goiás	17	56,7
RELIGIÃO		
Católica	11	36,7
Protestante	14	46,7
Espírita	2	6,7
Sem religião	2	6,7
Outras	1	3,3
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Empregado	9	30,0
Empregador	1	3,3
Autônomo liberal	13	43,3
Prestador de serviço	1	3,3
Desempregado	3	10,0
Outros	3	10,0
RENDA FAMILIAR		
Menos de 1 SM	3	10,0
1,0 a 2,0 SM	13	43,3
2,1 a 4,0 SM	10	33,3
Mais de 4 SM	4	13,3
AFASTADO EM FUNÇÃO DA DOENÇA OU TRATAMENTO		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0

Segundo a *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental/Gru-

po Whoqol, 1998), quando se analisa o WHOQOL-100, pode ser considerado que escores baixos (maior perda ou condição de QV) encontram-se entre 4 e 8, escores médios (perdas médias de QV) entre 8 e 16 e escores altos (melhor condição de QV) entre 16 e 20. Portanto, entre os participantes (n=30), apenas no Domínio 6 (Espiritualidade, religião e crenças) apresentaram escores acima da média (16,53), sendo que em todos os demais Domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente) apresentaram escores médios, variando entre 11,27 a 14,03 (Tabela 2).

TABELA 2
Média e desvio padrão dos Domínios do WHOQOL-100.

<i>Domínios</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Dom 1 – Físico Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso	11,27	2,60
2. Dom 2 – Psicológico Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos positivos	13,05	2,25
3. Dom 3 – Nível de Independência Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho	12,60	3,09
4. Dom 4 – Relações Sociais Relações pessoais Suporte (Apoio) social Atividade sexual	14,03	3,23
5. Dom 5 – Meio Ambiente Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte	12,35	2,13
6. Dom 6 – Espiritualidade/Religião/Crenças	16,53	2,77

No que se refere ao SF-36, sua pontuação é dada em porcentagem (numa escala de 0% a 100%), sendo

que quanto maior o escore, melhor a percepção sobre a QV. Desta forma, os participantes (n=30) pontuaram as dimensões de Capacidade Funcional (41%), Aspectos Físicos (44%), Dor (42%) e Vitalidade (48%) abaixo da média, enquanto as dimensões de Estado de Saúde Geral e Aspecto Emocional tiveram escores um pouco acima da média (53,20% e 57,53%, respectivamente), já os Aspectos Sociais (62%) e Saúde Mental (60%) foram pontuados como acima da média, como demonstrado na Tabela 3.

TABELA 3
Média e desvio padrão das dimensões do SF-36

<i>Dimensões</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Capacidade Funcional	41,00	23,50
Aspectos Físicos	44,16	41,35
Dor	42,00	19,68
Estado Geral de Saúde	53,20	21,62
Vitalidade	48,16	22,34
Aspectos Sociais	62,16	24,27
Aspecto Emocional	57,53	38,09
Saúde Mental	60,03	25,48

Resultados da correlação realizada entre os dois instrumentos são demonstrados na Tabela 4. Observa-se que há uma correlação positiva entre o Domínio Físico com Dor ($r=0,52$, $p<0,01$), Vitalidade ($r=0,59$, $p<0,01$), Aspectos Sociais ($r=0,55$, $p<0,01$) e com Estado Geral de Saúde ($r=0,39$, $p<0,05$). Já o Domínio psicológico correlacionou-se fortemente com Vitalidade ($r=0,73$, $p<0,01$), Aspectos Sociais ($r=0,55$, $p<0,01$) e Saúde Mental ($r=0,56$, $p<0,01$) e moderadamente com Dor ($r=0,36$, $p<0,05$). O Domínio Nível de independência apresentou forte correlação com Capacidade Física ($r=0,67$, $p<0,01$), Dor ($r=0,67$, $p<0,01$), Estado Geral de Saúde ($r=0,67$, $p<0,01$), Aspectos Sociais ($r=0,65$, $p<0,01$) e Aspectos Emocionais ($r=0,48$, $p<0,01$) e moderada com Aspectos Físicos ($r=0,42$, $p<0,05$) e Saúde Mental ($r=0,36$, $p<0,05$). O Domínio de Relação Social correlacionou-se fortemente com Vitalidade ($r=0,51$, $p<0,01$) e Saúde Mental ($r=0,55$, $p<0,01$) e moderadamente com Aspectos Sociais ($r=0,42$, $p<0,05$). Já o Domínio Meio ambiente apresentou uma correlação moderada com Dor e Estado Geral da Saúde ($r=0,31$ e $0,37$, $p<0,05$, respectivamente) e forte com Vitalidade e Aspecto social ($r=0,56$ e $0,49$, $p<0,01$, respectivamente). O Domínio Espiritualidade/religião/crença do WHOQOL-100 não apresentou correlação significativa com nenhuma Dimensão do SF-36. As correlações não estabelecem relações de causa-efeito, mas indicam associação entre as variáveis estudadas.

TABELA 4
Correlação de Pearson entre os dados de SF-36 e Whoqol-100

SF-36	Whoqol																		
Dim																			
Dom																			
CF													1.00						
AF						0.43*							1.00						
D						0.73**				0.47**			1.00						
EGS						0.40*				0.77**			1.00						
V						0.16				0.48**	0.46*		1.00						
AS						0.49**	0.49*			0.69**	0.67**	0.55**	1.00						
AE						0.44*	0.73*			0.50**	0.52**	0.33	0.41*	1.00					
SM						0.20	0.23			0.59**	0.50**	0.61**	0.66**	0.32	1.00				
D1						0.33	0.26			0.52**	0.39*	0.59**	0.55**	0.28	0.28	1.00			
D3						0.67**	0.42*			0.67**	0.67**	0.50**	0.65**	0.48**	0.36*	0.64**	0.48**	1.00	
D4						-0.02	-0.01			0.15	0.18	0.51**	0.42*	0.17	0.55**	0.20	0.76**	0.17	1.00
D5						0.00	0,10												1.00
D6						0.26	0.88	0.31	0.24	0.28	0.28	0.04	0.15	0.15	0.65**	0.32	0.48**	0.36	1.00

CF=Capacidade funcional, AF=Aspectos Físicos, D=Dor, EGS=Estado de Saúde Geral, V=Vitalidade, AS=Aspectos Sociais, AE=Aspectos Emocionais, SM=Saúde Mental, D1=Físico, D2=Psicológico, D3=Nível de Independência, D4=Relações Sociais, D5=Meio Ambiente, D6=Espiritualidade/Religião/Crença.

* Correlação é significativa com nível de 0.05.

** Correlação é significativa com nível de 0.01.

DISCUSSÃO

Os estudos desenvolvidos no campo da obesidade, nos últimos anos, têm se preocupado com a valorização integral do paciente, despertando o interesse para a compreensão da QV relacionada à saúde (Guitierrez et al., 1998). De acordo com Sullivan, Sullivan e Kral (1987, in Guitierrez et al., 1998), há uma deterioração da QV relacionada à saúde, entre obesos, sobretudo, na capacidade física, no bem-estar psicológico e no funcionamento social.

Como pode ser observado nos dados apresentados neste estudo, tanto por meio do WHOQOL-100, quanto por meio do SF-36, a percepção da QV dos obesos participantes, antes da realização da cirurgia bariátrica, apresenta perda expressiva no grau de independência

e no bem-estar físico, o que vai ao encontro dos achados descritos por Guitierrez et al. (1998). Por outro lado, os dados indicam áreas de maior preservação da QV (Aspectos Sociais e Saúde mental) que contrariam os achados de Guitierrez et al. (1998). Possivelmente, isto ocorreu em função dos participantes desta investigação estar, acerca de 24 meses, sendo assistidos, por uma equipe multiprofissional de saúde do hospital, para controle de sintomas e preparo para a intervenção cirúrgica. Neste processo, a rede de suporte social é fortalecida, inclusive, por meio de encontros regulares em grupos de obesos. Inclusive, a maioria dos participantes, apesar de apresentarem obesidade grau III, ou grau II com comorbidades associadas, já havia emagrecido no decorrer dos meses que antecederam ao estudo.

Em função da condição homogênea das características sociodemográficas e clínica dos participantes, não foi possível estabelecer correlação entre os resultados dos instrumentos e os dados sociodemográficos, visto que o nível de significância foi baixo para uma comparação desse porte. Contudo, os dados sociodemográficos demonstram que a maioria dos participantes é do sexo feminino (83,3%), não se tendo uma clara idéia se a prevalência dessa doença recai sobre as mulheres ou se é uma doença que mobiliza mais o gênero feminino em busca de cuidados.

Poucos participantes apresentavam ensino superior completo ou incompleto (10%), o que condiz com as características da população atendida no Programa de Controle e Prevenção da Obesidade do hospital. Além disso, os participantes apresentam baixa condição socioeconômica e baixa renda familiar (entre 1 e 2 salários mínimos, 43,3%). As dificuldades de muitas pessoas aderirem a outros tratamentos de obesidade não-cirúrgicos podem, muitas vezes, estar relacionadas ao custo dos mesmos, o que levam a buscar a intervenção cirúrgica financiada pelo poder público.

A maioria dos participantes é formada por profissionais autônomos (43,3%) e 70% (n=30) refere não estar afastado do trabalho em função da doença ou tratamento, pois, mesmo com as dificuldades que encontram, em diversos setores da vida, precisam adotar estratégias de enfrentamento para lidar com aspectos muito objetivos da subsistência.

Segundo Stunkard e Wadden (1992, in Vilella et al., 2004), a piora do quadro clínico da pessoa obesa pode ser causada pelas limitações da mobilidade em decorrência das restrições físicas associadas ao peso excessivo, da deterioração psicológica e da depressão ou perda da auto-estima em decorrência de preconceito social. Assim, os resultados, tanto no WHOQOL-100 quanto no SF-36, ficaram próximos (para mais ou para menos) à pontuação média, podendo-se inferir que, apesar de não estarem satisfeitos com sua condição de saúde e de vida, perceberam sua QV com aspectos relativamente satisfatórios. Estudos anteriores, com enfermos crônicos, demonstraram que, mesmo estando várias dimensões da vida de uma pessoa comprometida, é ainda possível que a mesma a avalie como satisfatória. Neste sentido é que se projeta a dimensão subjetiva e de avaliação pessoal do constructo da QV (Costa Neto, 2002; Costa Neto e Araújo, 2003; Tsai et al., 2004; Wahl et al., 1999). Por outro lado, há de se considerar que a expectativa de um resultado positivo (por exemplo, de já estar sendo assistido por profissionais de saúde e estar numa fila de tratamento cirúrgico), pode exercer uma compensação nas áreas menos satisfatórias de vida.

A correlação entre os dados obtidos pelos dois instrumentos demonstra ser significativa, sendo que o Domínio Nível de Independência (do WHOQOL-100) foi o que mais se destacou se correlacionado significativamente com todos os aspectos do SF-36: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Disto, pode-se inferir que o nível de independência, apresentado pelos participantes, afeta diretamente o desenvolvimento de todas as atividades com as quais se envolvem. A condição de estar dependente funcionalmente é fator de grande desqualificação da vida.

Finalmente, é possível afirmar que, tanto o WHOQOL-100 quanto o SF-36, foram instrumentos capazes de avaliar a percepção de QV na população de obesos participantes desse estudo, apontando áreas de maior risco que podem ser tomadas pela equipe de saúde como prioridades de intervenção.

CONCLUSÃO

A percepção da QV na população de obesos que aguardam a realização da cirurgia bariátrica demonstrou que existe uma perda considerável em diversas dimensões da vida, mas que são compensadas pela satisfação encontrada em outras dimensões. Parte do processo de compensação pode se encontrar nas condições de personalidade pré-mórbida dos obesos, outra parte nas condições da rede de suporte social (incluindo a organização e o funcionamento da equipe de saúde), o que poderia ser objeto de novas investigações. Para o profissional com interesses em assistência voltada a uma clientela similar, seria adequado estar atento às características próprias de cada uma dessas condições, bem como à sua mútua influência. A evolução do estudo sobre a percepção da QV desta amostra é realizada por meio de *follow-up* clínico e investigação do momento pós-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 2, 283-292.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18, 1, 85-96.
- Cambi, M. P. C., & Marchesini, J. B. (2002). Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In A. B. Garrido Jr. *Cirurgia da Obesidade* (pp. 225-272). São Paulo: Editora Atheneu.
- Carvalho, A. M. P. (2001). Maturidade emocional, *locus* de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia*, 11, 20, 39-47.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional,

- auto-conceito, *lôcus* de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 1, 39-46.
- Ciconelli, R.M. (1997). *Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF36)"*. Tese de doutorado não publicada, São Paulo, Universidade Federal de São Paulo.
- Costa Neto, S. B. (2002). *Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e de pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver*. Tese de doutorado, Brasília: Universidade de Brasília.
- Costa Neto, S. B., & Araújo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. *Estudos*, 30 (1), 165-179.
- Coutinho, W. F., & Benchimol, A. K. (2002). Obesidade mórbida e afecções associadas. In A. B. Garrido Jr. *Cirurgia da Obesidade* (pp.13-17). São Paulo: Editora Atheneu.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, supl. 3, 63-67.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 1, 47-51.
- Ferraz, A. A. B., & Albuquerque, A. C. (2002). Farmacocinética no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In A. B. Garrido Jr. *Cirurgia da Obesidade* (pp.135-140). São Paulo: Editora Atheneu.
- Fleck, M. P. A., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português de instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1, 19-28.
- Francischi, R. P. P., et al. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13, 1, 17-28.
- García-Caballero, M. (2005). Surgery to modify nutritional behaviour. *Nutrición Hospitalaria*, 20, 1, 2-4.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A., & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 31, 3, 236-246.
- Gutiérrez et al. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primária. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 3, 221-231.
- Kaufman, A. (1997). Aspectos psicodinâmicos da obesidade. In R., Fráguas Jr., A. M. A. S. Meleiro, R. L. Marchetti, & S. G. Henriques Jr., *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades* (pp.101-111). São Paulo: Lemos.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life end obesity. *Obesity Reviews*, 2, 4, 219-229.
- Malheiros, C. A., & Freitas Jr. W. R. (2002). Obesidade no Brasil e no mundo. In A. B. Garrido Jr. *Cirurgia da obesidade* (pp.19-23). São Paulo: Editora Atheneu.
- Mathias, S. D., et al (1997). Assessing health-related quality-of-life and health state preference in persons with obesity: a validation study. *Quality of Life Research*, 6, 311-322.
- Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Castro, I. R. R. (2003). A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, 19, supl.1, 67-75.
- Noriega, J. A. V., Albuquerque, F. J. B., Alvarez, J. F., Oliveira, L. M. S., & Coronado, G. (2003). *Lôcus* de controle em uma população do nordeste brasileiro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 3, 211-220.
- Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental. Grupo Whoqol (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Retirado no dia 13/08/2004 do site: <http://www.ufrgs.Br.whoqol1.html>.
- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S. F. T., & Corso, A. C. T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17, 4, 523-533.
- Porto, M. C. V., et al. (2002). Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46, 6, 668-673.
- Rodrigues, A. M., Suplicy, H. L., & Radominski, R. B. (2003). Controle neuroendócrino do peso corporal: implicações na gênese da obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47, 4, 398-409.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, supl. 3, 68-72.
- Serra, G. M. A., & Santos, E. M. (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 3, 691-701.
- Tsai, W., Yang, C., Lin, S., & Fang, F. (2004). Impacto f obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. *American Journal of Epidemiology*, 160, 6, 557-565.
- Vasconcelos, V. L., & Silva, G. A. P. (2003). Prevalências de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 5, 1445-1451.
- Villela, N.B., et al. (2004). Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. *Nutrición Hospitalaria*, 19, 6, 367-371.
- Wahl, A., Hanestad, B. R., Wiklund, I., & Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of Life Research*, 8, 5, 427-433.
- World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneve.

Recebido em: set./2007. Aceito em: fev./2008.

Autores:

Patrícia de Oliveira Vasconcelos – Mestranda em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Psicóloga Hospitalar do Hospital Geral de Goiânia. E-mail: povasco@yahoo.com.br

Sebastião Benício da Costa Neto – Docente do Programa de Mestrado da Universidade Católica de Goiás. Psicólogo Hospitalar do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás.

Endereço para correspondência:

SEBASTIÃO BENÍCIO DA COSTA NETO
Rua Terezina, 419, apto. 1601 – Setor Alto da Glória
CEP 74815-320, Goiânia, GO, Brasil
E-mail: sbcneto@ih.com.br