



MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA
CHANGES IN QUALITY OF LIFE AFTER BARIATRIC SURGERY
CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Livia Moreira Barros¹, Rosa Aparecida Nogueira Moreira², Natasha Marques Frota³, Joselany Áfio Caetano⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida (QV) dos pacientes no pós-operatório tardio submetidos à cirurgia bariátrica. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital referência em cirurgia bariátrica em Fortaleza-CE/Brasil, com 57 pacientes bariátricos. Os dados coletados por meio do questionário de QV de Moorehead-Ardelt II do protocolo Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) foram tabulados no Excel e analisados de acordo com a estatística descritiva e dispostos em figuras. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob CAAE n. 0039.0041.000-11. **Resultados:** constatou-se que 79% dos pacientes afirmaram melhora significativa da QV, 15,8% observaram melhora e apenas 5,2% não tiveram nenhuma alteração na QV. **Conclusão:** houve um benefício efetivo dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, uma vez que estes obtiveram uma melhora da QV como consequência da perda de peso e da diminuição do IMC. **Descritores:** Obesidade Mórbida; Cirurgia Bariátrica; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: to assess quality of life (QOL) of patients in the late postoperative period after bariatric surgery. **Methods:** cross sectional study with quantitative approach, performed in a referral hospital in bariatric surgery in Fortaleza-CE/Brazil with 57 bariatric patients. The data collected through the questionnaire of QOL Moorehead-Ardelt II protocol Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) were tabulated in Excel and analyzed according to descriptive statistics and figures arranged. The study was approved by the Ethics Committee CAAE. 0039.0041.000-11. **Results:** it was found that 79% of patients reported significant improvement in QoL, 15.8% reported an improvement and only 5.2% had no change in QOL. **Conclusion:** there was an effective benefit of patients undergoing bariatric surgery, since they had an improvement of QOL as a result of weight loss and decrease in BMI. **Descriptors:** Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida (QOL) de los pacientes en el postoperatorio tardío después de la cirugía bariátrica. **Método:** ESTUDIO transversal con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital de referencia en cirugía bariátrica en Fortaleza-Ceará/Brasil con 57 pacientes bariátricos. Los datos recogidos a través del cuestionario de calidad de vida Moorehead-Ardelt II del protocolo Análisis Bariátrica y Reporting System Resultado (BAROS) fueron tabulados en Excel y analizados según la estadística descriptiva y las figuras dispuestas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética CAAE. 0039.0041.000-11. **Resultados:** se encontró que el 79% de los pacientes reportaron una mejoría significativa en la calidad de vida, el 15,8% reportó una mejoría y sólo el 5,2% no tenía el cambio en la calidad de vida. **Conclusión:** Se observó un beneficio efectivo de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, ya que tenían una mejora de la calidad de vida como resultado de la pérdida de peso y disminución en el IMC. **Descriptores:** Obesidad Mórbida; La Cirugía Bariátrica; La Calidad de Vida.

¹Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Bolsista de Iniciação Científica (CNPq). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: livinha_mh@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: nogueiramoreira@bol.com.br; ³Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: enfanatashafrota@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: joselany@ufc.br

INTRODUÇÃO

A obesidade tem significativo impacto na saúde, na longevidade e na qualidade de vida (QV), pois aumenta as chances de mortalidade e diminui os indicadores de qualidade de vida entre de indivíduos obesos e não obesos da mesma faixa etária. Interfere também na qualidade de vida do indivíduo devido sua associação à diminuição do bem-estar psíquico, com dificuldade de interação social e baixa auto-estima, o que favorece o isolamento social, a depressão e o aumento do estresse, além de diminuir a capacidade funcional, prejudicando na produtividade profissional.¹

A melhoria da QV é um benefício importante vivenciado pelos pacientes após a cirurgia bariátrica, pois abrange uma variedade de atividades e sentimentos. Os resultados referentes à qualidade de vida da não podem ser avaliados apenas na quantificação e no tipo das complicações associadas, no tempo cirúrgico, nos custos dos procedimentos e no índice de morbimortalidade, pois existe a necessidade de avaliar diversas outras variáveis que influenciam também no resultado do tratamento cirúrgico como a idade, o sexo, o peso antes da operação, a atividade física, o tipo de operação realizada, as condições clínicas gerais do indivíduo, o compromisso na manutenção das orientações dietéticas, motivação do paciente e a cooperação dos familiares e amigos.^{2,3}

Para a avaliação do impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida seja feita de forma eficaz e eficiente, é necessário fazer uso de métodos padronizados e respeitados⁽⁴⁾, pois a avaliação da QV permite a obtenção da eficácia do tratamento e da avaliação do impacto dessas terapêuticas sobre a vida diária dos obesos, além de permitir analisar holisticamente o indivíduo, considerando o seu contexto biopsicossocial.¹

O protocolo *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS) foi desenvolvido para avaliar e uniformizar os resultados da cirurgia bariátrica.⁵ A combinação da aplicação do questionário sobre a qualidade de vida com a análise de outros dados pertinentes para a avaliação do sucesso da cirurgia bariátrica permite que o BAROS seja o único instrumento atual capaz de disponibilizar uma avaliação global, com metodologia prática e eficiente dos resultados do tratamento cirúrgico para a obesidade.⁶

O questionário sobre a qualidade de vida é composto por seis questões referentes à auto-estima, à disposição para atividades físicas, ao

desempenho no trabalho, à interação social, à prática de atividade sexual e ao comportamento alimentar. As respostas para cada questão serão representadas em uma escala de Likert de 10 pontos e a pontuação para cada pergunta varia de menos 0,5 a mais 0,5. De acordo com a pontuação final, o resultado é classificado em cinco grupos: muito diminuída, diminuída, inalterada, melhorada e muito melhorada.⁷

O uso de instrumentos, como o protocolo BAROS, pelos profissionais da Enfermagem no processo de cuidar favorece o planejamento das ações de enfermagem no cuidado ao cliente, a implementação das intervenções e a avaliação do resultado das mesmas. Além disso, é importante que a Enfermagem amplie a sua participação nos cuidados direcionados ao paciente bariátrico durante todo o seu percurso em busca do peso desejado, sendo a avaliação da qualidade de vida e a orientação sobre como obter um estilo de vida mais saudável uma das formas de prestar o cuidado.

Diante do exposto, percebe-se a importância de avaliar a qualidade de vida desses pacientes de modo a verificar como está sendo a adaptação do mesmo ao seu novo estilo de vida. Vale ressaltar que construir uma vida mais saudável através do resultado esperado pela população que se submete a cirurgia é um processo muito complexo, pois envolve a interligação dos aspectos físicos, psíquicos e sociais e varia de indivíduo para indivíduo.⁸

Dessa forma, a partir do conceito de qualidade de vida e da sua relação com o paciente bariátrico no pós-operatório tardio, surgem os questionamentos: qual o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida desses pacientes? Quais as mudanças no hábito de vida após a realização da cirurgia bariátrica?

O interesse pela temática surgiu a partir da leitura de diversos artigos sobre a temática e da participação como bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na coleta de dados com pacientes submetidos à cirurgia através do projeto Diagnósticos de Enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em clientes submetidos à cirurgia bariátrica do *Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)* em que pude observar que a gastroplastia redutora impõe ao indivíduo uma adaptação do seu estilo de vida, modificando principalmente seus hábitos alimentares, mas também a prática de atividade física, a melhora do autocuidado, o

retorno da autoestima e o envolvimento social. A avaliação da situação do paciente bariátrico durante o pós-operatório tardio permite que seja identificado esse processo de adaptação.

OBJETIVO

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório tardio submetidos à cirurgia bariátrica.

MÉTODO

Estudo transversal, realizado no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012 em um hospital referência do estado do Ceará na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o período de coleta de dados, 70 pacientes foram atendidos no ambulatório da instituição com a equipe multidisciplinar para acompanhamento do pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Destes, apenas 57 pacientes bariátricos foram incluídos na amostra. Do total, três pacientes não aceitaram participar da pesquisa e o restante não atendeu aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão do estudo foram: a) idade superior a 16 anos; b) estar cadastrado no serviço de cirurgia bariátrica; c) estar vivenciando o pós-operatório há, no mínimo, três meses. Este período foi estabelecido com o intuito de abordar os pacientes quando os mesmos começam a praticar atividade física, iniciaram uma alimentação diferenciada, e poder vivenciar as mudanças na rotina diária.

Os dados foram coletados diretamente com o cliente na consulta ambulatorial a partir de uma entrevista utilizando um instrumento estruturado que foi dividido em três partes: a) dados sócio-demográficos; b) dados sobre os hábitos de vida e IMC no período pré e pós-operatório e c) questionário de qualidade de vida de Moorehead-Ardelt II do protocolo BAROS.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt II (QoL-II). O QoL-II contém seis itens que avaliam subjetivamente a qualidade de vida do paciente: 1) auto-estima, 2) atividade física, 3) relações sociais, 4) satisfação no trabalho, 5) prazer relacionado à sexualidade e 6) o comportamento alimentar. Todas as questões tem o mesmo peso e uma escala de Likert de 1 a 10 é utilizada para marcar as respostas.⁷

Cada questão vale 0,5 pontos, somando um total de 3 pontos para o domínio. Após a totalização dos escores, a qualidade de vida é classificada como muito diminuída (- 3 a -2,1),

diminuída (-2 a -1,1), inalterada (-1 a 1), melhorada (1,1 a 2) e muito melhorada (2,1 a 3).

Conforme o preenchimento do questionário que avalia a qualidade de vida, cada paciente recebeu uma pontuação. Os dados coletados por meio do preenchimento do Protocolo de Pesquisa BAROS foram tabulados no Excel e analisados de acordo com a estatística descritiva e dispostos em gráficos.

Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para o desenvolvimento da pesquisa, no qual constava a explicação de todas as etapas do estudo, a garantia do anonimato e o direito de retirar o seu consentimento no momento em que desejarem sem prejuízo ao tratamento realizado. Foi garantido que a participação no estudo não traria danos morais e físicos.

O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição (CEP 538/2011), CAAE 0039.0041.000-11.

RESULTADOS

O tipo de cirurgia prevalente foi a convencional ou aberta com uma frequência de 52,6% (30) enquanto que a cirurgia por videolaparoscopia foi de 47,4% (27). A média do tempo de pós-operatório foi de 32,3 meses com o mínimo de três meses e o máximo de 133 meses. Dezoito (31,6%) estavam com 1 a 2 anos de operados, nove (15,7%) na faixa de 2 a 3 anos, sete (12,3%) tinham até seis meses, sete (12,3%) possuíam acima de cinco anos de cirurgia, seis (10,5%) tinham entre 4 a 5 anos, cinco (8,8%) tinham entre 3 a 4 anos e cinco (8,8%) entre seis meses a um ano.

Dos 57 pacientes submetidos à cirurgia, 48 são do sexo feminino (84,2%). Com relação à idade, 11 (19,2%) estavam na faixa entre 21 a 30 anos, 21 (35,8%) entre 31 a 40, 17 (29,8%) entre 41 a 50 e oito (14%) entre 51 a 60. Verificou-se que o maior percentual encontra-se na faixa etária entre 31 a 40 anos sendo que a média de idade é de 41 anos e uma variância que abrange dos 22 aos 58 anos.

Quanto à procedência, 48 (84,2%) dos pacientes procedem da região metropolitana de Fortaleza, sete (12,3%) da zona rural do Ceará e dois (3,5%) de outros estados. Em relação ao grau de escolaridade, 28 (42,2%) completaram o ensino médio, 12 (21%) possuíam o ensino fundamental incompleto, seis (10,5%) o ensino fundamental completo, 10 (17,6%) tinha ensino superior e apenas um (1,7%) não completou o ensino médio.

Em relação à ocupação, 41 (72%) exerciam atividade remunerada e 16 (28%) não trabalhavam. Destes, 11 (68,7%) eram donas de casa, dois (12,5%) estavam desempregados, dois (12,5%) eram estudantes e um (6,3%) era aposentada. A renda familiar variou entre zero a 15 salários, tendo predominância da faixa entre 1 a 5 salários mínimos, presente em 26 (45,6%) dos participantes, sendo a média da renda mensal de 2,5 salários. Verificou-se que 16 (28%) apresentavam renda de até um salário mínimo, nove (15,8%) possuíam renda entre 6 a 10 salários, cinco (8,7%) não tinham renda e um (1,7%) possuía renda acima de 10 salários.

Quanto ao estado civil, 35 (61,4%) eram casados, 12 (21%) solteiros, cinco (8,8%) divorciados, três (5,3%) tinham uma união estável e dois (3,5%) eram viúvos. No que concerne a religião, a católica (73,7% - 42) correspondeu à maior proporção. A religião

também esteve presente com 25,6% (14) e um (1,7%) era umbandista.

A avaliação das mudanças nos hábitos de vida no cotidiano do paciente é válida para a verificação da adequação do estilo de vida do paciente no pós-operatório com as orientações recebidas durante o período transoperatório. Nesse estudo, foram avaliados como hábitos de vida: a atividade física, o tabagismo e o etilismo.

Quanto à atividade física, 68,4% dos participantes eram sedentários. Após a cirurgia, 54,7% praticam atividade física, sendo a média do início das atividades após 3,6 meses. A média da frequência de atividade física semanal é de 2,6 vezes com a variação de zero a seis vezes por semanas. Observou-se que 17,6% (10) dos participantes pararam de ingerir bebidas alcoólicas (Figura 1).

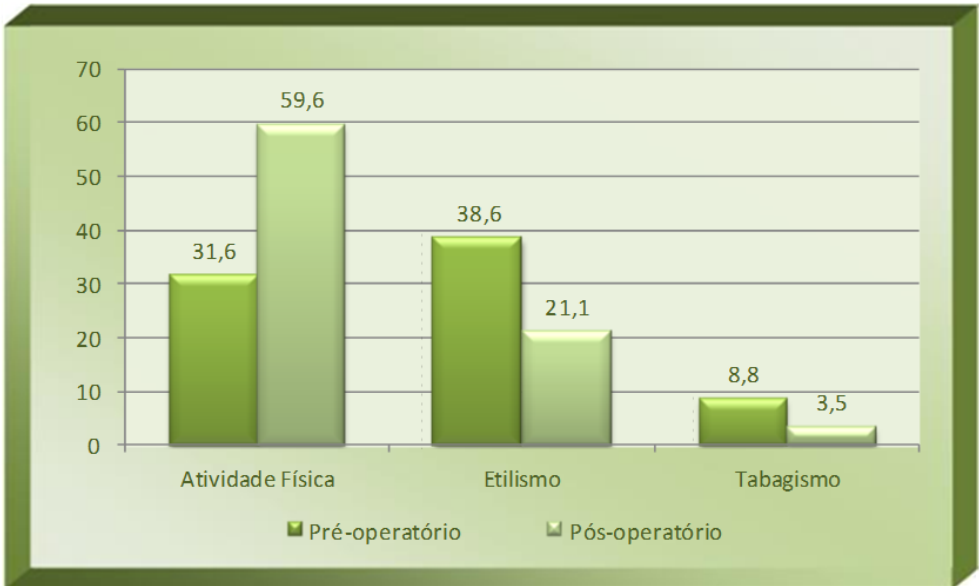


Figura 1. Distribuição dos hábitos de vida no período pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital referência de Fortaleza, CE. 2012.

No período pré-operatório, o IMC mínimo foi de 35,1 kg/m² e o máximo de 62,8 kg/m², sendo o IMC médio de 47,1 kg/m². Apenas quatro (7%) dos pacientes apresentavam obesidade grau II, enquanto que 53 (93%) dos participantes encontravam-se no estado de obesidade mórbida (obesidade grau III). Já no pós-operatório, 23 (40,4%) apresentavam sobrepeso (Figura 2). O IMC mínimo foi de 23,8 kg/m² e o máximo de 45,3 kg/m², sendo o IMC médio de 30,7 kg/m². Verificou-se uma

diferença de 16,4 kg/m² no IMC dos participantes entre os períodos de pré e pós-operatório. É válido ressaltar que a presença ainda de obesidade grau III no período do pós-operatório está relacionada ao fato de que indivíduos superobesos com IMC acima de 55 kg/m² conseguem perder peso e reduzir seu IMC para o nível de obesidade para outro grau menor, sendo importante essa conquista, pois o alcance desse nível é importante quando comparado ao estado de superobesidade.



Figura 2. Classificação do IMC no período pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital referência de Fortaleza, CE. 2012.

A média da pontuação do questionário foi de 2,3 pontos, sendo o mínimo de -0,5 e o máximo 3 pontos. Apenas oito (14%) participantes tiveram a pontuação máxima. Com relação aos domínios abordados no

questionário, a autoestima e a capacidade de trabalhar foram os domínios que tiveram a maior média na pontuação, enquanto que a atividade física e o interesse sexual tiveram a menor média (Figura 3).

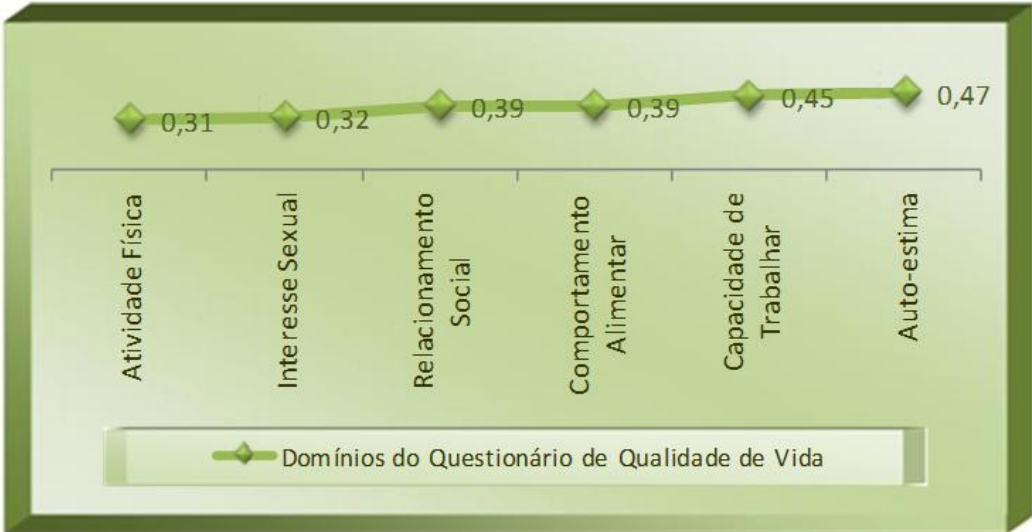


Figura 3. Média da pontuação dos domínios do questionário da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital referência de Fortaleza, CE. 2012.

Os dados obtidos por meio do questionário de avaliação da qualidade de vida BAROS demonstraram que 45 (79%) dos pacientes responderam que a sua qualidade de vida

melhorou muito após a realização da cirurgia, nove (15,8%) sentem que melhorou e apenas três (5,2%) não tiveram nenhuma alteração na qualidade de vida (Figura 4).



Figura 4. Classificação dos resultados do questionário da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital referência de Fortaleza, CE. 2012.

A partir da análise dos resultados, percebe-se que a cirurgia bariátrica é válida e proporcionou uma melhora da qualidade de vida dos pacientes, principalmente nos aspectos da autoestima e do desempenho no trabalho.

DISCUSSÃO

A técnica cirúrgica mais utilizada no Brasil é a de Fobi-Capella, é considerada como o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico e o procedimento mais efetivo para o controle da obesidade mórbida.^{9,10} É uma técnica mista, pois se baseia em dois princípios: o restritivo, quando um pequeno reservatório gástrico é criado com o objetivo de diminuir a ingestão de muitas calorias de uma vez, e o disabsortivo em que há um desvio do intestino delgado (bypass intestinal), objetivando a redução das calorias absorvidas.¹⁰

Na instituição em que foi realizada a pesquisa, a técnica cirúrgica utilizada é a de Fobi-Capella, sendo por laparoscopia ou aberta até o ano de 2010 e, atualmente, somente por via laparoscópica. Assim, justifica-se a predominância do tipo aberta nos nossos resultados.

O trauma cirúrgico, apesar de semelhante na cavidade peritoneal, é menor no procedimento laparoscópico. Entre os benefícios da via laparoscópica, destaca-se que o paciente tem menos dor, promovendo fácil deambulação e movimentação, a hospitalização é mais curta, a recuperação é mais rápida com retomo precoce às funções fisiológicas, sociais e laborativas e as

complicações tardias como aderências e hérnias também são menos frequentes, além de ser esteticamente melhor devido ao tamanho da cicatriz. Os resultados iniciais ao se comparar a derivação gástrica em Y de Roux por laparoscopia e por laparotomia mostram-se favoráveis ao laparoscópico, principalmente na redução das complicações cardiopulmonares e complicações relacionadas à ferida cirúrgica.¹¹

Ao analisar os resultados deste estudo, percebemos a predominância do sexo feminino com uma frequência de 84,2% em relação ao sexo oposto. Esses resultados corroboram com os achados de um estudo realizado na Califórnia o qual analisou as tendências de mortalidade após as cirurgias bariátricas realizadas no período de 2002 a 2009, sendo identificado que de um total de 105,287 pacientes operados em um período de oito anos, 80,4% eram mulheres.¹²

Um estudo ao avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos a derivação biliopancreática com preservação gástrica verificou que, dos 30 pacientes, a maioria eram mulheres jovens com idade entre 20 a 40 anos, estando esse fato relacionado com o estigma da sociedade que prioriza as mulheres “magrinhas”, o que afeta o visual físico de todas as mulheres que passam a valorizar mais a própria vaidade.²

Dessa forma, o predomínio de mulheres pode demonstrar que a epidemia de obesidade vem crescendo entre o sexo feminino, o que pode estar relacionado ao fato de as mesmas possuírem dupla jornada (trabalho e família),

estando expostas a uma maior carga de estresse e mais propensas a obesidade por terem uma tendência maior para ingestão alimentos inadequados e para depressão.¹³ Outra justificativa está fundamentada na questão social que envolve os padrões de beleza valorizados pela sociedade, pelas dificuldades de locomoção, mobilidade e de acesso aos diversos ambientes, além da realização de diversas atividades sociais, doméstica e econômica.¹⁴

A média da idade do presente estudo corrobora com os resultados de outros estudos, estando na faixa etária descrita na literatura. Em estudos nacionais, as médias variam entre 37 e 38,4 anos.^{13,15}

Pode-se verificar que a maioria dos pacientes era proveniente da capital do Estado, o que nos mostra que ainda há uma dificuldade de acesso das pessoas que vivem no interior em conseguir realizar a cirurgia, pois há uma maior dificuldade em vir periodicamente para a cidade para comparecer as consultas, realizarem os exames e participar do grupo de apoio para os obesos mórbidos no período pré-operatório. Um estudo realizado em Minas Gerais verificou a necessidade de capacitar novos grupos multidisciplinares e ampliar os locais de atendimento à demanda do estado de Minas Gerais para facilitar o acesso à cirurgia.¹⁶

Observou-se que 59,8% dos participantes do estudo tinham acima de 10 anos de estudo. A escolaridade elevada dos pacientes pode contribuir na persistência e busca por estratégias para conseguir alternativas terapêuticas para manter o peso.¹⁷ Além de contribuir para uma melhor compreensão das informações fornecidas durante as consultas e intervenções educativas.

A maioria dos pacientes era casada (61,4%), achado semelhante a outro estudo em que 54,5% dos participantes tinham o vínculo matrimonial.¹³ O fato de essas pessoas terem um parceiro pode dar-lhes alguma paz de espírito e até mesmo levar a alguma acomodação. Porém, observa-se que pessoas com um relacionamento estável sentem maior necessidade e/ou desejo de diminuir o tamanho do corpo. Isso talvez ocorra devido aos mesmos vivenciarem uma pressão de seu parceiro ou por outras demandas inerentes ao casamento que não podem ser facilmente satisfeitas por causa do excesso de peso.¹⁴

Identificamos uma redução na prática de tabagismo e etilismo, estando nossos resultados em consenso com outro estudo presente na literatura, o qual verificou também uma redução no número de fumantes

e de consumidores de bebidas alcoólicas após a realização da cirurgia.¹¹

A cessação do tabagismo é recomendada no período pré-operatório com o intuito de minimizar a ocorrência de complicações cirúrgicas. Além disso, sabe-se que o tabagismo está associado a um aumento da massa corporal, representando uma preocupação na tentativa de abandono do fumo.¹¹

Com relação às bebidas alcoólicas, elas podem representar risco de insucesso de perda de peso, por serem líquidos hipercalóricos e por diminuírem a biodisponibilidade de nutrientes, promovendo a desnutrição.¹⁸ Outro fator negativo do etilismo é que o paciente pode tentar satisfazer com a bebida alcoólica a vontade que ele tinha anteriormente em comer.

Um estudo observou um aumento de 28,6% da prática de atividade física no pós-operatório, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo que foi de 23,1%.¹⁹ Outro estudo também obteve relatos de melhor disposição para realização de tais atividades, devido à redução da massa corporal e melhora das comorbidades entre os pacientes do seu estudo.¹¹ Porém, apesar de termos percebido um maior número de pacientes realizando atividade física regularmente, 36,8% ainda são sedentários. Esse fato nos alerta para a necessidade de intervir junto a esses pacientes orientando-os sobre a importância da atividade física para a manutenção da perda de peso.

Outro estudo observou que, após a cirurgia bariátrica, a atividade física passa a ter importância para as mulheres em que a mesma é valorizada não apenas pelos benefícios relacionados a saúde, mas também para a manutenção do peso corporal.¹⁷

No nosso estudo, o IMC médio no período pré-operatório foi de 47,1 kg/m², estando de acordo com as recomendações nacionais e internacionais para realização da cirurgia bariátrica.¹³

As cirurgias bariátricas podem ser avaliadas pelas alterações no IMC, a melhora das comorbidades, as mudanças na qualidade de vida e o nível de satisfação dos pacientes com a cirurgia.²⁰ Podemos verificar uma diferença de 16,4 kg/m² no IMC dos participantes entre os períodos de pré e pós-operatório, o que indica um resultado satisfatório na melhora da obesidade.

Estudo recente também verificou uma redução significativa no IMC após a cirurgia bariátrica, com tendência de estabilidade

ponderal a partir do sexto mês após a realização do procedimento.¹¹

O questionário de qualidade de vida Moorehead-Ardelt II (QoL-II) é uma ferramenta padronizada projetada especificamente para avaliar os resultados psicossociais existentes após a cirurgia bariátrica e é aplicável nos pacientes antes ou depois da cirurgia bariátrica.²¹ Em nosso estudo, ele foi aplicado apenas no pós-operatório tendo um resultado positivo com relação à qualidade de vida dos nossos pacientes em que a maioria teve a sua qualidade de vida melhorada ou muito melhorada após a cirurgia.

O QoL-II é composto por seis domínios referentes à autoestima, à disposição para atividades físicas, ao desempenho no trabalho, à interação social, à prática de atividade sexual e ao comportamento alimentar.

Um estudo realizado na Áustria avaliou a qualidade de vida dos pacientes verificou que, ao se comparar com o período pré-operatório, os pacientes bariátricos apresentam uma redução de peso, com melhora das co-morbidades, e se sentem melhores com relação às dimensões físicas, psicológicas e sociais da qualidade de vida.²²

Esse estudo na Áustria também verificou que a maior perda de peso tem influência significativa na autoestima, atividade física, relações sociais, sexualidade e padrão alimentar. As mulheres com pontuação mais alta no QoL-II tem maior satisfação com a perda de peso, enquanto que os homens se mostram mais satisfeitos com as relações sociais, o padrão alimentar e a qualidade de vida.²¹ Um outro estudo feito em Natal-RN verificou que a percepção de melhora e as sensações de bem estar foram referidas na vida social, sexual e familiar, bem como a satisfação com relação à cirurgia, o que se apresenta como reforçador para atitudes de aderência ao tratamento da obesidade.²³

Em nosso estudo, a autoestima foi um dos domínios que obteve uma das maiores pontuações. Tal cirurgia é válida, pois eleva a autoestima da pessoa fazendo com que a mesma se sinta bem.² Isso nos mostra que os indivíduos que realizaram a cirurgia se encontram em estado de satisfação com sua imagem atual, indicando um retorno positivo.²⁴

Sabe-se que o obeso mórbido apresenta muitas dificuldades para desenvolver certas atividades sejam elas corriqueiras ou não. A prática de atividade física fica ainda mais comprometida quando as pessoas são obesas, fazendo com que elas deixem de praticar e

acabe obtendo um prejuízo na saúde.²⁵ A qualidade de vida de portadores de obesidade mórbida é comprometida devido a prejuízos psicossociais e às disfunções físicas, como dores nas articulações e na coluna, que impossibilitam atividades do dia a dia.²⁶

Apesar da melhora na qualidade de vida após a cirurgia, alguns pacientes ainda demonstram alguns obstáculos em praticar atividade física como falta de interesse, tempo e motivação.

Quando um indivíduo apresenta excesso de peso, ele possui uma grande dificuldade em participar de eventos sociais.² Após a cirurgia, a progressiva perda de peso gera uma nova identidade corporal, o que intensifica alguns processos psicológicos, como elevação da autoestima, proporcionando uma significativa melhora nos seus espaços sociais e psicológicos.²⁷ Esse fenômeno foi identificado em nosso estudo em que os pacientes pontuaram melhor esse domínio, revelando uma satisfação em se envolver em reuniões sociais e familiares, além de estarem mais comunicativos.

A capacidade de trabalhar também teve uma das melhores médias na pontuação. Em geral, uma pessoa que trabalha tem experiências de autoestima de forma mais positiva e se sente mais confiante. Para os pacientes que trabalham pode-se supor que eles tinham condições emocionais de fazê-lo, apesar das dificuldades físicas.¹⁵

A obesidade interfere na vivência da sexualidade e na função sexual, pois a perda da libido ocasiona danos significativos para a saúde dos obesos. Também afeta a frequência ou a realização da prática sexual devido ao cansaço, à falta de resistência física, à dificuldade de mobilidade do indivíduo obeso ou ao sentimento de baixa autoestima e vergonha do corpo.²⁸

O medo da não aceitação do outro, devido ao seu corpo, faz com que o obeso crie restrições nos relacionamentos afetivos e sexuais. A baixa autoestima, gerada pelo autopreconceito, é o principal desencadeador dos problemas relacionados à afetividade e à intimidade nos relacionamentos.⁸

Com relação ao interesse sexual, 45,6% dos pacientes classificaram o seu interesse com a pontuação máxima. Isso demonstra que a melhora da autoestima pode influenciar também na melhora da vida sexual. Quando a pessoa se sente bem com o seu corpo, se acha mais bonita e passa a ter mais segurança no relacionamento, perdendo a vergonha de se expor ao parceiro e deixando fluir cada vez mais a sua libido.²

Um estudo ao analisar a qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella em Pernambuco constatou a melhora da função erétil, da satisfação sexual, do orgasmo, do desejo sexual e da satisfação geral entre a maioria dos participantes.¹⁰ Tais modificações mostram o efeito benéfico da redução do peso corpóreo proporcionada pela cirurgia na função sexual.

Um estudo realizado em São Paulo com o objetivo de conhecer as repercussões da cirurgia bariátrica na sexualidade do obeso mórbido verificou que a maioria dos participantes do seu estudo obteve melhora na qualidade de vida sexual, tanto no aspecto físico quanto no emocional, com recuperação do prazer, do desejo e da realização sexual.²⁸

O comportamento alimentar foi o novo quesito a ser avaliado no QoL-II e em nosso estudo apenas 50,8% dos participantes tiveram a pontuação máxima nesse quesito. Um dos objetivos da cirurgia bariátrica é promover uma perda de peso satisfatória e permanente associada a uma melhor qualidade na alimentação. Os pacientes podem ter uma perda de peso adequado, mas podem se apresentar insatisfeitos com o impacto da operação na qualidade e na quantidade da sua alimentação no dia a dia.²⁹ Com a diminuição da capacidade do estômago, o indivíduo não consegue mais suportar a quantidade habitual de alimentos. Com isso, o estômago enche-se rapidamente e a mensagem de saciedade é transmitida ao cérebro fazendo com que a pessoa coma bem menos do que antes.⁸

O homem procura alimentos não só para as suas necessidades viscerais, como também para atender aos seus desejos de ingerir certas preparações, simplesmente pelo fato de serem agradáveis, saborosas, de aroma atraente ou porque são conhecidas como extremamente apetitosas. Este é um fator predisponente a obesidade, pois não se considera adequadamente os aspectos nutricionais.²⁵

Após a cirurgia, o ingerir alimentos passa a ser uma conduta racional, pincelada em emoções autênticas capazes de ser balizadas pelo desejo e saciedade.²⁴ A melhora na qualidade de vida, bem como a satisfação com os resultados alcançados através da operação, podem motivar os pacientes a aderir ao comportamento alimentar saudável a fim de manter a estável perda de peso.³⁰

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se concluir um benefício efetivo dos pacientes submetidos à

cirurgia bariátrica, uma vez que estes obtiveram uma melhora da qualidade de vida como consequência da perda de peso e da diminuição do IMC. A maioria dos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica era do sexo feminino e a média de 41 anos de idade.

A partir da análise dos domínios do questionário de qualidade de vida, observou-se que os pacientes ainda não se sentem muito motivados a participar de atividades físicas, apesar de ter havido mudança significativa no número de pacientes que praticam atividade física. É necessário que a equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro como educador, atue ativamente na orientação sobre a importância da prática de exercício físico para a manutenção do peso e das melhorias obtidas com a cirurgia bariátrica. Para isto, é fundamental que o enfermeiro amplie a sua participação nos cuidados direcionados ao paciente bariátrico durante todo o seu percurso em busca de uma vida mais saudável, sendo a avaliação da QV e a orientação sobre as mudanças no estilo de vida. Dessa forma, o enfermeiro estará promovendo saúde e prevenindo retorno do excesso de peso e das comorbidades, favorecendo a adesão à atividade física e alimentação saudável.

É de fundamental importância que a equipe multiprofissional acompanhe esses pacientes durante o pós-operatório tardio com intuito de analisar a melhora da qualidade de vida, além de reforçar as orientações sobre as mudanças nos hábitos de vida como alimentação saudável, prática de atividade física a fim de evitar o reganho de peso após alguns anos da realização da cirurgia.

Vale ressaltar que esse estudo é relevante e atual para a comunidade científica que procura atualizar-se sobre a obesidade mórbida e o impacto da cirurgia bariátrica na vida desses indivíduos como forma de possibilitar novos conhecimentos e favorecer o planejamento de intervenções que proporcionem uma qualidade de vida adequada com a escolha de hábitos de vida saudáveis no seu cotidiano. É importante a realização de mais estudos que contribuam para o fornecimento de dados e o embasamento das orientações destinadas a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2010 [cited 2012 May 10]; 20(3):359-66. Available from:

<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/276/260>

2. Guedes AC, Virgens AA, Nascimento CE, Vieira MPB. Qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica do tipo Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica (DBPPG). Rev Inst Ciênc Saúde [Internet]. 2009 [cited 2012 May 10]; 27(3):209-13. Available from: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/03_jul-set/V27_n3_2009_p209-213.pdf
3. Sauerland S, Weiner S, Hausler E, Dolezalova K, Angrisani L, Noguera CM, et al. Validity of the czech, german, italian, and spanish version of the Moorehead-Ardelt II Questionnaire in patients with morbid obesity. Obesity Facts [Internet]. 2009 [cited 2012 July 05];2(Suppl 1):57-62. Available from: <http://www.chirurgiaobesita.it/public/pubblizzazioni/633743640803328750.pdf>
4. 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 o método BAROS. Arq Gastroenterol [Internet]. 2009 [cited 2012 May 10];46(3):199-203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032009000300011>
5. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg [Internet]. 1998 Oct [cited 2012 May 10]; 8(5):487-99. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1381%2F096089298765554043?LI=true>
6. Diniz MTC, Sander MFH, Almeida SR. Critérios de Eficácia do Tratamento Cirúrgico e Avaliação da Qualidade de Vida. In: Garrido AB Jr, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2002. p.309-16.
7. Oria HE, Moorehead MK. Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Surg Obes Relat Dis [Internet]. 2009 [cited 2012 May 10]; 5(1):60-6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728908007739>
8. Marcelino LF, Patricio ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2012 May 10]; 16(12):4767-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>.
9. Araújo AA, Brito AM, Ferreira MNL, Petribu K, Mariano MHA. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos

- submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2009 [cited 2012 May 10]; 36(1): 42-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000100009>.
10. Peixoto JS, Ganem KMG. Prevalência de Transtornos Alimentares Pós-Cirurgia Bariátrica. SaudPesq [Internet]. 2010 Sept/Dec [cited 2012 May 10]; 3(3):353-358. Available from: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1617/1155>
11. Boscatto EC, Duarte MFS, Gomes MAG. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Rev Bras Ativ Fis Saúde [Internet]. 2011 [cited 2012 May 10]; 16(1): 43-7. Available from: http://www.sbaafs.org.br/_artigos/430.pdf
12. Nguyen NT, Nguyen B, Smith B, Reavis KM, Elliott C, Hohmann S. Proposal for a bariatric mortality risk classification system for patients undergoing bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis [Internet]. No prelo 2012 [cited 2012 May 10]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728911008513>
13. Oliveira APF, Malheiros CA, Santos AS, Jesus SR, Manuel J. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos em um hospital universitário do município de São Paulo. Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [cited 2012 May 10]; 6(35):275-79. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212201005.pdf>
14. Almeida GAN, Giampietro HB, Belarmino LB, Moretti LA, Marchini JS, Ceneviva R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. ABCD Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2011 [cited 2012 May 10]; 24(3):226-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202011000300009>
15. Martins JSS, Paganotto M. Hábitos de vida no pós-operatório de gastroplastia: correlação com peso. pós-operatório de gastroplastia. Cad Esc Saúde [Internet]. 2010 [cited 2012 Jul 05];1(4):30-45. Available from: <http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/485/407>
16. Diniz MFHS, Passos VMA, Barreto SM, Diniz MTC, Linares DB, Mendes LN. Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em “Y de Roux”, no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2008 [cited 2012 July 05];18(3):183-90. Available from:

<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/25/20>

17. Castro MR, Ferreira MEC, Carvalho RS, Ferreira VN, Pereira HAC. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. HU Rev [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 July 05]; 36(1): 29-36. Available from:

<http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/811/328>

18. Cambi MPC, Marchesini JB. Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: Garrido AB Jr, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 255-72.

19. Reis ACS, Santos AVD, Mendonça CN, Castro DSD, Hurtado JRE. Aspectos psicossociais pré e pós-cirúrgicos do paciente obeso mórbido submetido a gastroplastia redutora. Rev Horiz Cient [Internet]. 2005 [cited 2012 May 10]; 4(1):1-19. Available from:

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p195-198.pdf

20. Souto KE, Meinhardt NG, Stein AT. Evaluation of quality of life and metabolic improvement after jejunoileal bypass in a community of low socioeconomic status. Obes Surg [Internet]. 2004 [cited 2012 May 10]; 14(6):823-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1381%2F0960892041590872>

21. Campos GM, Rabl C, Roll GR, Peeva S, Prado K, Smith J, et al. Better Weight Loss, Resolution of Diabetes, and Quality of Life for Laparoscopic Gastric Bypass vs Banding. Arch Surg [Internet]. 2011 [cited 2012 July 05]; 146(2):149-55. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=406770#qundefined>

22. Kinzl JF, Schrattenecker M, Traweger C, Aigner F, Fiala M, Wilfried B. Quality of Life in Morbidly Obese Patients after Surgical Weight Loss. Obes Surg [Internet]. 2007 [cited 2012 July 05]; 17(1):229-35. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-007-9030-5>

23. Lucena MC, Hazboun AM, Martins RR, Alchieri JC. Aspectos da aderência após cirurgia bariátrica. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 April/June [cited 2012 July 05];4(2): 548-56. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/733>

24. Nozaki VT, Rossi NM. Imagem Corporal: Cirurgia Bariátrica. SaudPesq [Internet]. 2010 May/Aug [cited 2012 July 05];3(2):185-91. Available from:

<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/737/1101>

25. Lemos MCM. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. Arq Ciênc Saúde Unipar [Internet]. 2006 Sept/Dec [cited 2012 July 05]; 10(3):155-63. Available from: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/3705/2405>

26. Torres GV, Davim RMB, Nóbrega MML. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. Rev Latinoam Enferm. 1999 [cited 2012 May 10]; 7(2):47-53. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13461.pdf>

27. Garrido AB Jr. Obesidade em questão. São Paulo: Amil; 2006.

28. Mariano MLL, Paula MAB. Cirurgia Bariátrica: repercussões na sexualidade do obeso mórbido. In: Anais do Encontro de Iniciação Científica e Pós-Graduação da UNIVAP; 2011 [cited 2012 May 10]; São Paulo. Available from:

http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011_futuro/anais/arquivos/0046_0257_01.pdf

29. Ramón JM, González CG, Dorcaratto D, Goday A, Benaiges D, González S, et al. Calidad de la ingesta alimentaria tras la cirugía bariátrica: gastrectomía vertical vs bypass gástrico. Cir Esp [Internet]. 2012 [cited 2012 May 10];90(2):95-101. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90097424&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=36&ty=89&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v90n02a90097424pdf001.pdf

30. Van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FAM, Pelle AJM, Van Heck GL. Psychosocial functioning following bariatric surgery. Obes Surg [Internet]. 2006 [cited 2012 May 10];16:787-94. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-007-9030-5>

Submissão: 05/07/2012

Aceito: 07/04/2013

Publicado: 01/05/2013

Correspondência

Lívia Moreira Barros
Rua Padre Valdevino, 1515 / Ap. 1704
Bairro Aldeota
CEP: 60135-041 – Fortaleza (CE), Brasil