

**Avaliação da autoestima de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira no período de 2008 a 2012: um estudo transversal.**

*Evaluation of self-esteem in patients submitted to bariatric surgery at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira from 2008 to 2012: a cross-sectional study.*

### **Autores**

Flávio José Teixeira Rocha Ataíde da Motta (responsável pela troca de correspondência)

Leonardo Vasconcelos Coelho

Ricardo Vasconcelos Coelho

Dr. Euclides Dias Martins Filho

Renata Lopes do Nascimento Santos

### **Fontes de auxílio**

Próprias

## RESUMO

**Objetivos:** Caracterizar a autoestima pós-operatória em pacientes submetidos à gastroplastia em Y-de-Roux. **Métodos:** O estudo foi transversal, retrospectivo e quantitativo. A população foi de pacientes submetidos à gastroplastia redutora de Julho/2008 a Dezembro/2012 e que estavam em acompanhamento ambulatorial no IMIP. Foram excluídos aqueles sem acompanhamento, hospitalizados e que não aceitaram participar. Foram entrevistados pacientes no pós-operatório tardio utilizando o BAROS. A obtenção de amostra foi de conveniência. **Resultados:** A epidemiologia da amostra foi sexo feminino (92,4%), raça parda (51,5%), idade entre 29 e 39 anos (37,9%), casados ou em união estável (42,4%), ensino superior/pós-graduação completo/incompleto (36,4%), zona urbana (98,5%), casa de alvenaria (100%), autônomos liberais (40,9%), renda de um a dois salários mínimos (59,1%) e católicos (56,1%). O IMC pré-operatório apresentou-se como 13,6% com obesidade grau II e 86,4% com grau III. No pós-operatório, o IMC mais prevalente foi o de sobrepeso (39,4%), seguido de obesidade grau II (36,4%). No BAROS, houve melhora ou muita melhora em 94% para o domínio físico, 71,2% para o social, 81,9% para o trabalho, 57,6% para o sexual e 100% para a autoestima. **Conclusões:** A melhora pós-operatória na autoestima implica rigoroso acompanhamento psicológico. Estas recomendações trazem benefícios relacionados às comorbidades e à prevenção de condições psiquiátricas que possam prejudicar o tratamento da obesidade.

**Palavras-chave:** OBESIDADE; CIRURGIA BARIÁTRICA; GASTROPLASTIA; AUTOIMAGEM; QUALIDADE DE VIDA.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To characterize postoperative self-esteem in patients submitted to Roux-en-Y gastroplasty. **Methods:** The study was cross-sectional, retrospective and quantitative. The population was composed by patients submitted to Roux-en-Y gastroplasty from July 2008 to December 2012 and in clinical follow-up at IMIP. Exclusion criteria were patients without follow-up, hospitalized and that disagreed on participating. An interview was performed with late postoperative patients, using BAROS. Sample achievement was classified as convenience. **Results:** Sample epidemiology was female (92,4%), pardo (51,5%), 29 to 39 years old (37,9%), married or stable union (42,4%), complete/incomplete graduation/postgraduation (36,4%), urban area (98,5%), masonry residence (100%), self-employed (40,9%), one to two minimum wage income (59,1%) and catholic (56,1%). Preoperative BMI presented itself as 13,6% for class II obesity and 86,4% for class III. On postoperative data, the most prevalent BMI was overweight (39,4%), followed by class II obesity (36,4%). On BAROS, there was improvement or much improvement on 94% for physical domain, 71,2% for social, 81,9% for work, 57,6% for sexual and 100% for self-esteem. **Conclusions:** Self-esteem postoperative improvement implies the rigorous psychological follow-up. These recommendations brings benefits regarding clinical comorbidities and preventing psychiatric conditions that may jeopardize obesity treatment.

**Key-words:** OBESITY; BARIATRIC SURGERY; GASTROPLASTY; SELF ESTEEM; QUALITY OF LIFE.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial, de etiologia genética e metabólica, que decorre do desequilíbrio entre ingestão calórica e gasto energético<sup>1,2,3</sup>. Classifica-se como uma doença crônica não transmissível (DCNT) por apresentar latência e evolução prolongados, além de poder levar a complicações irreversíveis<sup>4,5,6</sup>. Constitui um problema mundial de saúde pública de gravidade tal que se fala em uma epidemia global – a chamada “globesidade” –, poupando apenas a África Subsaariana<sup>7</sup>. No Brasil, a prevalência de obesidade é de 13%, principalmente na Região Sul<sup>1</sup>. Em Recife, cerca de 12% da população com 15 anos ou mais é obesa<sup>4</sup>.

A doença pode ser agravada por fatores sociodemográficos, psicológicos e sedentarismo, e associa-se a aumento da incidência de diversas comorbidades, as quais elevam bastante os riscos e a mortalidade: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, hiperlipidemia, colelitíase, artropatia degenerativa, apneia obstrutiva do sono e problemas psicossociais. A doença cardiovascular figura em primeiro lugar na mortalidade entre os obesos, principalmente em homens<sup>8,9,10</sup>, e seu risco pode ser avaliado pela medida da circunferência abdominal: valores acima de 102 e 88 centímetros, para homens e mulheres respectivamente, são considerados como de alto risco cardiovascular<sup>3</sup>.

Outra forma de avaliação pode ser feita pelo índice de massa corporal (IMC), medida que relaciona peso e altura com excelente correlação com a gordura corporal total, além de larga utilização em estudos epidemiológicos e clínicos. Possui três classificações: baixo peso, quando abaixo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>; peso adequado, entre 18,6 e 25 kg/m<sup>2</sup>; e pré-obesidade ou sobrepeso, se entre 25,1 e 29,9 kg/m<sup>2</sup><sup>4,10</sup>. A Organização Mundial de Saúde divide a obesidade em três graus: I ou leve, quando o IMC está entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>; II ou moderada, entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>; e III, grave ou mórbida, se acima de 40 kg/m<sup>2</sup><sup>10</sup>.

Como tratamento inicial, existem programas supervisionados de dieta, associados ou não à terapia farmacológica feita com sibutramina ou orlistate. Embora 95% dos pacientes recuperem seu peso inicial em dois anos, a conduta conservadora deve ser realizada em consideração ao sucesso em potencial<sup>1,2,3,8</sup>. A cirurgia bariátrica, por sua vez, é indicada quando o paciente: apresenta IMC maior do que 40 kg/m<sup>2</sup> ou, quando associado a comorbidades, 35 kg/m<sup>2</sup>; falha na terapia nutricional; é motivado e é psiquiatricamente estável; e está instruído sobre a operação e suas consequências<sup>13</sup>. A avaliação pré- e pós-operatória dos pacientes deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e serviço social<sup>14</sup>.

O procedimento produz perda de peso em razão de restrição da ingesta ou de má absorção do alimento. Entre as técnicas existentes, a mais utilizada é a derivação gástrica com Y de Roux, de características muito restritivas e discretamente malabsortivas<sup>13</sup>. As alterações colaterais positivas ao procedimento são redução de asma, apneia do sono, diabetes *mellitus*, ansiedade e depressão; e aumento de colesterol tipo *high density lipoprotein* (HDL) e da autoestima<sup>18</sup>. Nos efeitos negativos, a taxa de mortalidade no pós-operatório imediato é de até 1%, com complicações entre três e 20%; destas, a maioria ocorre no primeiro mês e inclui infecção da ferida operatória, estenose da gastrojejunostomia, fístulas gastrogástricas, colelitíase, síndrome de *dumping*, anemias carenciais e suicídio<sup>22</sup>.

Para avaliar os pacientes no período pós-operatório, foi desenvolvido o *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS), atualmente o instrumento mais utilizado para uniformizar os resultados das diferentes técnicas. Este se baseia em aspectos que se modificam na saúde e na qualidade de vida dos pacientes. Aplicando-o amplamente à técnica em Y de Roux, há diminuição ou alteração insuficiente em 5% dos

pacientes, em 57% melhorada e 38% tiveram a qualidade de vida muito melhorada<sup>9</sup>. Visto que este perfil é pouco conhecido no Recife, o presente trabalho se propôs a aplicar o questionário e comparar a autoestima dos pacientes antes e após a cirurgia em Y de Roux, auxiliando o preparo pré-cirúrgico e as condutas de suporte pós-operatórias.

## MÉTODOS

O estudo realizado caracteriza-se como descritivo tipo corte transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa. Compreendeu o período de Agosto de 2013 a Agosto de 2014 e teve ação no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

A população e amostra do estudo foi composta por todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em Y de Roux no período de Julho de 2008 a Dezembro de 2012 e que estavam em acompanhamento ambulatorial no IMIP. O estudo foi iniciado somente após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, tendo sido solicitada autorização prévia para participar através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O anonimato dos participantes foi mantido durante e após a pesquisa. A participação foi inteiramente voluntária e não existiu nenhuma taxa ou recompensa financeira para os participantes. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para os objetivos previstos neste artigo, cujos benefícios condicionados à sua divulgação podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre a questão. Os pesquisadores se comprometeram a seguir rigorosamente a todos os requisitos e os aspectos éticos existentes na legislação vigente no que se refere à pesquisa com seres humanos.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em Y de Roux no período de 2008 a 2012, que estavam em acompanhamento ambulatorial durante o período da coleta e que estavam em pós-operatório tardio (acima de 6 meses). Foram excluídos da pesquisa os pacientes que por algum motivo não estavam em

acompanhamento ambulatorial na Instituição, estavam hospitalizados por algum motivo e que durante o período da coleta não concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados feita mediante entrevista individual com os pacientes submetidos à abordagem cirúrgica, no período de seis meses após a operação (pós-operatório tardio). A princípio, os pesquisadores explicaram os objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações, e incluíram os sujeitos que desejaram participar do estudo através da assinatura do TCLE. A entrevista foi realizada em um ambiente privativo no ambulatório de regresso, sendo avaliada a autoestima e a qualidade de vida do paciente. Os dados foram coletados através da aplicação de dois questionários: um com dados epidemiológicos da amostra e descrição de algumas características clínicas, e outro para avaliar a qualidade de vida pós-operatória, isto é, o *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS). O processamento e a análise dos dados foram realizados através do Epi Info 6.0.

## RESULTADOS

Para análise dos dados foi construído um banco de dados na planilha eletrônica Microsoft Excel, a qual foi exportada para análise no SPSS. Para avaliar o perfil epidemiológico, o perfil clínico e a qualidade de vida dos pacientes participantes do estudo foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. Além disso, foram calculadas as prevalências das comorbidades durante ao pré-operatório e pós-operatório. Para comparação das proporções e distribuições encontradas foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção e de homogeneidade. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

Na tabela 1 temos a distribuição do perfil epidemiológico dos pacientes avaliados. Através dela verifica-se que a maioria dos pacientes é do sexo feminino (92,4%, 61 casos), são da raça parda (51,5%, 34 casos), possuem idade entre 29 e 39 anos (37,9%, 25 casos), são casados ou estão em união estável (42,4%, 28 casos), possuem ensino superior/pós-graduação completo/incompleto (36,4%, 24 casos), são da zona urbana (98,5%, 65 casos), moram em casa de alvenaria (100,0%, 66 casos), são autônomos liberais (40,9%, 27 casos), tem renda de um a dois salários mínimos (59,1%, 39 casos) e são católicos (56,1%, 37 casos). Além disso, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto no fator estado civil ( $p$ -valor = 0,094) indicando que o perfil apresentado acima é de fato o mais frequente entre os pacientes, porém, o estado civil aparece em mesma proporção.

Na tabela 2 temos a distribuição do índice de massa corporal dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no IMIP no período de 2008 a 2012, segundo a fase da análise. Através dela observa-se que, no pré-operatório, eram 13,6% com obesidade grau

II e 86,4% com grau III. Após a operação, a prevalência mais presente entre os pacientes foi de sobrepeso (39,4%) seguido de obesidade grau II (36,4%). O teste de homogeneidade foi significativo ( $p$ -valor  $< 0,001$ ) indicando que a distribuição do IMC no pré-operatório e no pós-operatório apresenta diferenças relevantes.

Na tabela 3 temos a distribuição do nível de qualidade de vida pós-cirurgia bariátrica realizada no IMIP segundo o BAROS, no período de 2008 a 2012. Através dela verifica-se que, em todos os domínios avaliados, mais de 50% dos pacientes afirmaram ter havido melhora ou muita melhora (94% para física, 71,2% para o social, 81,9% para o trabalho e 57,6% para o sexual). Quanto à autoestima, 100,0% (66 casos) dos pacientes afirmaram ter havido uma melhora ou muito melhora. Em todos os domínios avaliados o teste de comparação de proporção foi significativo indicando que de fato essa melhora ou muito melhora na qualidade de vida dos pacientes foi relevante.

## DISCUSSÃO

A amostra de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entrevistados neste estudo se caracteriza por sexo, raça, idade, estado civil, escolaridade, procedência, tipo de moradia, situação profissional, renda familiar e religião. Em relação ao sexo dos participantes, observou-se que há maior procura pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida entre as mulheres, corroborando com dados encontrados na literatura<sup>9,16,22,26,29</sup>. Sabe-se que a sociedade e a mídia impõe determinados padrões de beleza que estão em desacordo com a realidade, propiciando variados graus de desconforto em pacientes obesos, especialmente as mulheres. Ainda, estas tendem a buscar auxílio médico com maior frequência<sup>22,26,29</sup>. Os homens também sofrem este tipo de cobrança psicológica, embora seja menor<sup>27,28</sup>. Quanto à raça, observamos maior prevalência entre pacientes que se declararam pardos. Esta é a raça mais frequente no Estado de Pernambuco e na fração popular de baixa renda<sup>23,25</sup>, a quem o serviço onde foi realizada a pesquisa atende em caráter praticamente exclusivo.

A maior parte dos entrevistados situa-se na faixa etária entre 29 e 39 anos, correspondendo à uma população com uma média de idade equivalente a observada nas fontes de estudo<sup>9,16,22,29</sup>. Neste aspecto, cabe ressaltar que o serviço de cirurgia bariátrica do IMIP apenas realiza o procedimento em pacientes com mais de 18 anos e menos de 65. Ainda, deve-se levar em conta que o Sistema Único de Saúde (SUS) não custeia o tratamento cirúrgico da obesidade para pacientes em idade mais avançada, devido ao risco implicado<sup>4,6,22</sup>. No âmbito do estado civil, houve maior prevalência de participantes casados, dado confirmado pelas referências<sup>16,22,29</sup>. Isto sugere que o apoio oferecido pelos familiares é de fundamental importância na decisão de procura pelo tratamento, na adesão às consultas multidisciplinares e tratamentos clínicos, além de ajudar na recuperação pós-

operatória e prevenir recaídas<sup>22,30</sup>. A esfera da escolaridade evidenciou prevalência discretamente maior entre pacientes com ensino superior completo ou incompleto, divergindo das fontes nacionais, que evidenciam maior procura por parte dos pacientes com ensino fundamental completo ou incompleto<sup>16,22,29</sup>. Tal fato pode se dar devido ao maior esclarecimento sobre a obesidade e suas comorbidades e sobre a cirurgia e suas complicações, facilitando a indicação do procedimento pelo cirurgião e a adesão do paciente ao tratamento e acompanhamento.

A maioria absoluta dos entrevistados é procedente da zona urbana e toda a amostra possui moradia de alvenaria. Isto facilitou o cumprimento da metodologia à medida em que o paciente conseguia acessar o serviço de saúde onde foi realizada a coleta<sup>17,19</sup>. No que concerne à situação profissional, a maioria dos entrevistados é autônomo liberal com renda média de um a dois salários mínimos. Estudos nacionais relatam que os pacientes que buscam tratamento cirúrgico para a obesidade tendem a ter *status* socioeconômico mais baixo, convergindo com os dados desta pesquisa<sup>6,9,16,22,29</sup>. Neste sentido, cabe ressaltar que o hospital onde foi realizada a pesquisa é um centro de referência com atendimento gratuito. Quanto à crença religiosa, a maioria dos pacientes declarou possuí-la, estando os entrevistados católicos em maior número. Isto reflete o perfil populacional nacional<sup>16,23</sup>.

As características clínicas dos pacientes entrevistados incluem IMC pré-operatório e atual, comorbidades antes e após o procedimento e depressão e ansiedade autorreferidas pré- e pós-operatórias. O IMC pré-operatório mais encontrado nesta pesquisa corresponde à classificação de obesidade grau III (maior que 40 kg/m<sup>2</sup>), refletindo as indicações formais. No pós-operatório, prevalece o sobrepeso, evidenciando um resultado consistente com a literatura<sup>1,2,3,6,9,14,16,21,22,29</sup>. Curiosamente, um dos pacientes entrevistados evoluiu no pós-operatório com IMC abaixo de 17 kg/m<sup>2</sup>. Por outro

lado, oito participantes mantiveram-se com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, o que pode representar diminuição insuficiente de IMC ou novo ganho de peso, devido à adesão ausente ou insuficiente ao acompanhamento pós-operatório<sup>16,20,21,29</sup>.

O estado emocional pode ser significativamente afetado pela avaliação da imagem corporal por si ou por outros, de forma que transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão tornam-se comuns em pacientes obesos. Portanto, a perda de peso pós-operatória acompanha uma diminuição da insatisfação corporal<sup>15,20,21,27,28</sup>. Na prevalência pós-operatória da depressão, observamos redução importante. A ansiedade autorreferida foi a comorbidade mais prevalente tanto no pré- quanto no pós-operatório, o que parece ser resultado de insatisfação com a imagem corporal e representa grande fator motivador para a busca pelo tratamento<sup>15,20,27,28</sup>. Entretanto, foi a condição que proporcionalmente sofreu menor redução após a cirurgia. Possivelmente, os pacientes que se mantiveram ansiosos representam os que ainda não haviam atingido a perda de peso desejada e continuavam obesos no momento da entrevista<sup>15,20</sup>. Quanto aos hábitos intestinais, observamos melhora e correspondência com a literatura<sup>21</sup>. Em relação ao uso de laxantes, não houve melhora nos resultados pré- e pós-operatórios. Entretanto, a bibliografia carece de informações específicas.

O *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS) é uma escala que uniformiza a qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, independentemente da técnica, segundo cinco aspectos: físico, social, laboral, sexual e autoestima. Além disso, avalia a presença ou não de complicações e reoperações. A característica física apresentou melhora significativa, o que reflete aumento na disposição para realizar exercícios, reconhecendo seus benefícios e a necessidade de manutenção ponderal<sup>12</sup>. As relações sociais dos pacientes também obtiveram melhora. O obeso, ao não aceitar a própria imagem, vê-se prejudicado em afetividade e intimidade

interpessoais<sup>6</sup>. As atividades laborais sofreram melhora, o que reforça outros estudos nacionais. A perda de peso após a cirurgia bariátrica aumenta a capacidade de trabalho devido à maior mobilidade, resistência, autoestima e inserção social<sup>24</sup>. Por sua vez, o domínio sexual apresentou melhora menos pronunciada, indo de encontro com estudos de temáticas equivalentes. Tal achado é resultante de avanços orgânicos, como melhora da função hormonal e da libido, quanto psicológicos, como melhora importante da autoestima, associados a uma maior aceitação da imagem corporal<sup>6,11,12</sup>. Destacamos que uma pequena fração dos pacientes referiram piora neste aspecto. Pacientes com perda ponderal maior que 13 kg terminam por apresentar piora nos escores de sexualidade, tendo como causa primária um constrangimento devido a um excesso de pele<sup>9</sup>. A baixa autoestima traz insatisfação com a autoimagem, reduzindo a vida sexual, e a obesidade interfere na frequência e na prática sexual devido a cansaço e dificuldade de movimentação<sup>12,24</sup>. Além disso, questões relacionadas à vida sexual dos entrevistados podem sofrer influências culturais e a prática sexual pode variar ao longo do tempo, interferindo no resultado<sup>24</sup>.

Para o paciente obeso, a sensação de inadequação diante dos padrões sociais vigentes pode resultar em isolamento e redução da autoestima<sup>9,20,22,26,29</sup>. No primeiro ano após a cirurgia, a perda de peso resulta em uma melhora significativa em relação à autoestima. Neste período, há uma maior euforia com a rápida perda ponderal do paciente e as mudanças que ocorrem na sua autoestima, estimulando os demais domínios avaliados<sup>24</sup>. A nova identidade corporal influencia ainda nas interações sociais e profissionais, trazendo sensação de menor exposição a constrangimentos ao paciente e maior participação nas comunicações<sup>12,24</sup>. Desta forma, a melhora da autoestima relaciona-se diretamente com a atenuação das condições clínicas e com a perda de peso, sendo este o fator de maior impacto<sup>9,20,26</sup>. Em nossa pesquisa, os resultados foram

semelhantes, sendo este o domínio em que todos os pacientes referiram melhora ou muita melhora.

Dos cinco critérios do BAROS, a autoestima é o que mais influencia a qualidade de vida. Esta, por sua vez, é a etapa de maior significado para o resultado final da escala. Assim, a avaliação da autoestima de pacientes submetidos à gastroplastia redutora em Y de Roux no IMIP, no período de 2008 a 2012, conclui que a melhora pós-operatória na autoestima implica a manutenção de um rigoroso acompanhamento multidisciplinar, especialmente psicológico. A aplicação destas recomendações traz benefícios não apenas no seguimento das comorbidades destes pacientes, mas na prevenção de quadros psiquiátricos que possam prejudicar ou atrasar o tratamento da obesidade.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela força e discernimento.

À Faculdade Pernambucana de Saúde, ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, seu corpo docente, direção e administração, por nos abrirem novas portas.

Aos orientadores Dr. Euclides Martins e Renata Lopes, pelo suporte no pouco tempo que lhes coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos nossos pais, pelo amor e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte de nossa formação, o nosso muito obrigado.

## REFERÊNCIAS

- 1 Martins Filho ED, Kreimer F, Martins ACA, Leão CS. Clínica cirúrgica: serviço de cirurgia geral do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Rio de Janeiro: MedBook; 2011.
- 2 Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: tratado de cirurgia. 17 ed. São Paulo: Elsevier; 2004.
- 3 Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010. 3 ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
- 4 Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 5 Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 6 Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (12): 4767-4776.
- 7 Mattar R, Torloni MR, Betrán AP, Merialdi M. Obesidade e gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31 (3): 107-10.
- 8 Souza NPP. Evolução da obesidade da infância até a vida adulta entre mulheres da fila de espera para a cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista; 2007.
- 9 Nicareta, JR. Comparação de cinco técnicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com o BAROS – *bariatric analysis and reporting outcome system*. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná; 2005.

- 10 Oliveira IV. Cirurgia bariátrica no âmbito do sistema único de saúde: tendências, custos e complicações. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2007.
- 11 Araújo AA. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. Rev. Col. Bras. Cir. Rio de Janeiro. 2009; 36: 42-48.
- 12 Barros LM. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. Rev Enferm UFPE *on line*. Recife, 2013; 07: 1365-1375.
- 13 Pareja JC, Pilla VF, Neto BG. Mecanismos de funcionamento das cirurgias anti-obesidade. Einstein. 2006; Supl 1: S120-S124.
- 14 Ferraz EM, Martins Filho ED. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. Einstein. 2006; Supl 1: S71-S72.
- 15 Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. R. Psiquiatr. RS, jan./abr. 2004; 26(1): 47-51.
- 16 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. 2009; 06 (35): 275-279.
- 17 Cabral SOL, Oliveira CCC, Vargas MM, Neves ACS. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. Geriatria & Gerontologia. 2010; 4 (2): 76-84.
- 18 Ilias EJ. Conseqüências fisiológicas, psicológicas e metabólicas da cirurgia bariátrica. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53 (2): 95-107.
- 19 Ministério da Saúde. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

- 20 Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*. Janeiro-abril 2012; 17 (1): 153-160.
- 21 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*. Jul./set. 2009; v. 46, no. 3.
- 22 Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica*. 2008; 7 (2): 235-247.
- 23 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2013. IBGE: Rio de Janeiro; 2013.
- 24 Farias BV. Qualidade de vida: um processo avaliativo pós-cirúrgico. Meta: avaliação. Rio de Janeiro. 2012; 04: 78-90.
- 25 Osório RG. Classe, raça e acesso ao ensino superior no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*. Set./dez. 2009; v. 39, n. 138.
- 26 Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20 (3): 359-366.
- 27 Heinzelman FL, Von Muhlen BK, Schleiniger CS, Leie MDP, Strey MN. Corpos em revista: a construção de padrões de beleza na Vogue Brasil. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, dez. 2012; v. 18, n. 3, p. 470-488.
- 28 Freitas CMSM, Lima RBT, Costa AS, Lucena Filho A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. São Paulo, jul./set. 2010; v. 24, n. 3, p. 389-404.
- 29 Cavalcante RC. Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Recife: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco; 2009.

30 Marchesini SD. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2010; 23 (2): 108-113.

## ILUSTRAÇÕES

**Tabela 1.** Distribuição do perfil pessoal dos pacientes avaliados.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	5	7,6	< 0,001
Feminino	61	92,4	
<b>Raça</b>			
Branca	18	27,3	< 0,001
Negra	13	19,7	
Parda	34	51,5	
Indígena	1	1,5	
<b>Idade (em anos)</b>			
18 a 28	7	10,6	0,008
29 a 39	25	37,9	
40 a 50	21	31,8	
51 ou mais	13	19,7	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	24	36,4	0,094
Casado/união estável	28	42,4	
Viúvo/outros	14	21,2	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	2	3,0	< 0,001
Ensino fundamental comp./incomp.	18	27,3	
Ensino médio comp./incomp.	22	33,3	

Superior/Pós-graduado comp./incomp.	24	36,4	
<b>Procedência</b>			
Zona rural	1	1,5	< 0,001
Zona urbana	65	98,5	
<b>Tipo de moradia</b>			
Alvenaria	66	100,0	-
<b>Situação profissional</b>			
Empregado	23	34,9	< 0,001
Autônomo liberal	27	40,9	
Desempregado	7	10,6	
Outros	9	13,6	
<b>Renda familiar</b>			
Sem faixa fixa	16	24,2	< 0,001
Um a dois salários mínimos	39	59,1	
Três ou mais salários mínimos	11	16,7	
<b>Religião</b>			
Católico	37	56,1	< 0,001
Protestante	18	27,3	
Espírita	4	6,1	
Sem religião	3	4,4	
Outras	4	6,1	

<sup>1</sup>p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

**Tabela 2.** Distribuição do índice de massa corporal dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no IMIP no período de 2008 a 2012, segundo a fase da análise.

Características Clínicas	Fase da análise		p-valor <sup>2</sup>
	Pré-operatório	Pós-operatório	
<b>IMC</b>			
Abaixo de 17	0 (0,0%)	1 (1,5%)	
Normal (18,5 a 24,99)	0 (0,0%)	7 (10,6%)	
Sobrepeso (25 a 29,99)	0 (0,0%)	26 (39,4%)	< 0,001
Obesidade grau II (35 a 39,9)	9 (13,6%)	24 (36,4%)	
Obesidade grau III ( $\geq 40$ )	57 (86,4)	8 (12,1%)	

<sup>2</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade (se p-valor < 0,05 a distribuição pré- e pós-operatória difere significativamente)

**Tabela 3.** Distribuição do nível de qualidade de vida pós-cirurgia bariátrica realizada no IMIP segundo o BAROS, no período de 2008 a 2012.

<b>Domínios avaliados<sup>3</sup></b>	<b>Escala BAROS</b>				
	<b>Muito Diminuída</b>	<b>Diminuída</b>	<b>Mínima ou nenhuma alteração</b>	<b>Melhorada</b>	<b>Muito melhorada</b>
Física	0 (0,0%)	1 (1,5)	3 (4,5)	13 (19,7)	49 (74,3)
Social	0 (0,0%)	1 (1,5%)	18 (27,3%)	18 (27,3%)	29 (43,9%)
Trabalho	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (18,1%)	17 (25,8%)	37 (56,1%)
Sexual	1 (1,5%)	3 (4,5%)	24 (36,4%)	15 (22,7%)	23 (34,9%)
Autoestima	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (16,7%)	55 (83,3%)

<sup>3</sup>O p-valor do teste de comparação de proporção foi significativo em todos os domínios avaliados.