



Cirurgia bariátrica e qualidade de vida

Bariatric surgery and quality of life

Kelyane Oliveira de Sousa^[a], Rejane Lucia Veiga Oliveira Johann^[b]

Resumo

^[a] Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE - Brasil, e-mail: kely.olliveira@hotmail.com

^[b] Professora adjunta da Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE - Brasil, e-mail: rejanejohann@ufs.br

realizou-se um estudo sobre a qualidade de vida de indivíduos com obesidade grave que se submeteram à cirurgia bariátrica. Participaram dele dezesseis pessoas com idades entre 22 e 63 anos com tempo de realização da cirurgia entre 12 e 48 meses e que se encontram em acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. O instrumento utilizado para a avaliação de qualidade de vida foi o WHOQOL-bref, versão em português. Foi feita análise de frequência das respostas por meio do programa SPSS 17.0. Os resultados obtidos indicaram melhora nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica. Qualidade de vida. Obesidade.

Recebido: 31/10/2011
Received: 10/31/2011

Aprovado: 05/06/2012
Approved: 06/05/2012

Abstract

In this paper it was made a research about the quality of life of individuals with severe obesity who underwent a bariatric surgery. The research included sixteen people aged between 22 and 63 years old 12 to 48 months and who are receiving outpatient treatment at University Hospital of the Sergipe Federal University. The instrument used to assess their quality of life was the Portuguese version of the WHOQOL-bref. The analysis of the frequency of responses analysis was performed using the SPSS 17.0 program. The results indicated improvements in the physical, psychological, of the social relations and environmental domains of the quality of life of the patients.

Keywords: Bariatric surgery. Quality of life. Obesity.

Introdução

Atualmente a cirurgia bariátrica é um recurso bastante utilizado no tratamento da obesidade grave. Devido aos índices de sucesso com relação à perda e manutenção de peso, esse tipo de procedimento vem sendo cada vez mais divulgado entre a população em geral e discutido em diversas áreas como a medicina, a nutrição e a psicologia.

Pessoas com esse tipo de problema sofrem de diversas morbidades físicas e psicológicas associadas à obesidade que podem ameaçar a vida e proporcionar perdas importantes na qualidade desta, tais como a diabetes de mellitus, dislipidemias, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, alterações da coagulação, doenças articulares degenerativas, apneia do sono, depressão, baixa autoestima, discriminação e rejeição social (Magdaleno Junior, 2009). As comorbidades são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (2005) como doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando ela é tratada de forma eficaz.

De acordo com Waidergorn, Lopes e Evangelista (1999), a obesidade é uma doença multifatorial, ou seja, resultante de diversos fatores, incluindo os sociais, familiares e psicológicos, que levam a uma busca por diferentes tipos de tratamentos na tentativa de resolver os problemas relativos à obesidade. Considerada pelos autores um dos maiores problemas de saúde contemporâneos, a obesidade vêm se tornando cada vez mais frequente entre as pessoas sem distinção de sexo ou idade. Relacionado ao aumento dos índices de pessoas com esse tipo de problema, existe um fato que, de acordo com Damiani (2000), tem se repetido nas últimas décadas, que é a mobilização dos pacientes obesos à procura de uma “solução mágica” quando se alardeia uma possível solução final para esse problema, a partir de descobertas de novos fatores envolvidos na obesidade.

São várias as tentativas de emagrecimento anteriores à tomada de decisão pela cirurgia, como dietas alimentares e farmacológicas. Segundo Fandiño, Benchimol, Coutinho e Appolinário (2004), o tratamento da obesidade envolve várias abordagens, como a nutricional, uso de medicamentos e a prática de exercícios físicos, “entretanto, vários pacientes não respondem a essas manobras terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz” (p.47). Algumas vezes, os pacientes aumentam seu peso após algum tipo de procedimento se frustrando

cada vez mais na busca pelo emagrecimento e pela melhora na qualidade de vida. Nesse contexto, Waidergorn et al. (1999) ressaltam a necessidade de um tratamento mais radical, tendo em vista os riscos de morte que esses pacientes enfrentam em sua realidade.

Vários aspectos, além da saúde geral, como o bem estar mental, desordens de humor, interação social e comportamento social e alimentar são afetados pela obesidade e, conseqüentemente, serão afetados por um emagrecimento repentino e radical. As conseqüências da cirurgia bariátrica não estão restritas apenas à óbvia mudança na aparência física do paciente, mas também a todos os outros aspectos que se fazem parte da sua vida. Assim, o acompanhamento psicológico se faz necessário em todas as fases do procedimento, se prolongando até a fase pós-cirúrgica, o que pode perdurar por alguns anos. As mudanças em todos os contextos requerem uma melhor análise, entre outros fatores, da qualidade de vida que os pacientes têm após a realização da cirurgia bariátrica.

Dessa forma, esta pesquisa visa fazer um estudo dos aspectos gerais da qualidade de vida dos pacientes que, há pelo menos um ano, realizaram cirurgia bariátrica no estado de Sergipe e que são assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo é verificar se os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica percebem melhoras relacionadas à sua qualidade de vida após um período mínimo de um ano da cirurgia.

Método

Participaram deste estudo dezesseis pessoas, sendo cinco homens e onze mulheres, com idade entre 22 e 63 anos ($X = 40,13$ e $DP = 11,448$), que realizaram cirurgia bariátrica através do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Sergipe, há pelo menos um ano, e que se encontram em tratamento ambulatorial. Destes, oito são solteiros, sete são casados e uma pessoa é divorciada. A escolaridade variou do nível fundamental incompleto até o nível superior.

Para a avaliação dos quesitos necessários à pesquisa foi utilizado um questionário sócio demográfico e um instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-bref versão em português (OMS, 1998). O questionário sociodemográfico teve

como objetivo levantar dados dos entrevistados acerca da idade, do sexo, da escolaridade, da renda familiar *per capita*, há quanto tempo o paciente foi submetido à cirurgia, se existe outra pessoa obesa na família e, em caso afirmativo, indicar quem seria essa pessoa e qual o tratamento utilizado.

O WHOQOL-bref, de autoria da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) foi traduzido e adaptado para o Brasil pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (coordenador do Grupo WHOQOL no Brasil). Esse instrumento é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e o restante, questões que representam cada uma das vinte e quatro facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. As facetas são avaliadas a partir de quatro domínios principais que são o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais e o domínio do meio ambiente (Fleck et al., 2000).

Dessa forma, as facetas avaliadas no domínio físico são a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a mobilidade, as atividades da vida cotidiana, a dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho. No domínio psicológico são avaliadas as facetas dos sentimentos positivos, do pensar, do aprender, da memória e da concentração, a faceta da autoestima, da imagem corporal e da aparência, dos sentimentos negativos e a faceta da espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais. Quanto às relações sociais são avaliadas as relações pessoais, o suporte (apoio) social e a atividade sexual. No domínio do meio ambiente as facetas avaliadas são a segurança física e proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, os cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades em atividades de recreação/lazer, assim como a participação destas, o ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e o transporte (Fleck et al., 2000).

A partir de uma pergunta sobre cada uma das 24 facetas e das duas questões gerais sobre qualidade de vida, os 26 itens do WHOQOL-bref foram desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida dos indivíduos nas últimas duas semanas de suas vidas, considerando o conceito da Organização Mundial de Saúde que define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores com quais

ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck et al., 2000, p. 179).

Após a autorização para a realização da pesquisa, foi feito um convite de participação aos pacientes e distribuído Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) em duas vias, de igual teor, para que pudessem assinar a autorização, ficando uma via em seu poder. Após esses procedimentos, foi feita a aplicação do questionário sociodemográfico e do teste de qualidade de vida, o WHOQOL-bref, em sala reservada, individualmente, em uma única sessão.

Apresentação e discussão dos resultados

Após a aplicação do teste, os dados obtidos foram lançados no programa estatístico SPSS 17.0 e foi realizada a análise de frequência. Quanto aos cálculos dos escores do WHOQOL-bref, utilizou-se a sintaxe disponibilizada pelo WHOQOL Group, que calcula os escores de qualidade de vida geral e por domínio, não havendo um escore único total da avaliação, mas escores que devem ser avaliados separadamente, devido à multidimensionalidade do constructo de qualidade de vida (Fleck et al., 2000).

Pode-se verificar que houve uma discrepância com relação à variável sexo, uma vez que mais da metade foi do sexo feminino, o que pode ser relacionado ao fato de que são as mulheres que mais procuram tratamentos para a perda de peso (Almeida citado por Lucena, 2008) e também as que mais sofrem com pressões sociais devido aos padrões de beleza impostos (Larsson, Karlsson & Sullivan citados por Baptista et al., 2008).

De acordo com os dados do questionário sociodemográfico, os participantes da pesquisa têm em média 40,13 anos, o que confirma a referência de que a maioria dos pacientes obesos que procura tratamento se encontra nessa faixa etária (Almeida, Loureiro & Santos; Gentry, Halverson & Heisler; Zwann et al. citados por Baptista et al., 2008).

Com exceção de uma pessoa, todos os outros entrevistados moram com, no mínimo, um familiar, entre estes, marido, esposa, filhos e pais. O apoio familiar é essencial na procura por tratamento e, principalmente, na tomada de decisão da cirurgia. Esses sujeitos encontram na família o suporte necessário para se submeterem a tal procedimento (Souza et al.; Herpertz et al., citados por Baptista et al., 2008).

Mais da metade dos entrevistados (56,3%) disseram ter alguma pessoa obesa na família. Os parentes citados foram irmãos, tios e filhos, o que confirma a referência da OMS de que a decorrência da obesidade é da interação entre fatores dietéticos e ambientais juntamente a uma predisposição genética (Francischi et al., 2000). De acordo com Vasques (citado por Baptista et al., 2008), a prevalência de obesidade é duplicada em famílias com indivíduos obesos e os riscos e comprometimentos são aumentados de forma exorbitante em famílias com obesos graves.

O dado mais alarmante é que, dentre os familiares obesos, 81,3% não fazem qualquer tipo de tratamento ou as pessoas entrevistadas não souberam informar. Esse fato pode ser relacionado à afirmação de Kolotkin, Head e Hamilton (citado por Lucena, 2008) de que a opção do indivíduo de procurar ou não tratamento é condicionada a diferenças na qualidade de vida desses sujeitos. “Obesos que optam por realizar a cirurgia bariátrica apresentam maior comprometimento na qualidade de vida” (Petrozzo et al., citados por Lucena, 2008, p. 17).

A partir da análise dos dados obtidos do teste de qualidade de vida, o WHOQOL-bref, foi possível constatar que as respostas às duas questões gerais, que são, “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”, foram, em sua totalidade, positivas. Todos os participantes responderam a essas perguntas classificando sua qualidade de vida e satisfação com a saúde como “muito boa/ muito satisfeito” (56,3%) e “boa/ satisfeito” (43,7%).

No estudo de Terra (2007) sobre qualidade de vida de pacientes renais crônicos, o autor refere que a avaliação da qualidade de vida feita por esses pacientes depende de três categorias: “ter satisfação com a sua vida em geral; capacidade mental para avaliar sua própria vida como satisfatória ou não: ter um estado aceitável de saúde física, mental e emocional de acordo com as necessidades da pessoa” (Schwartzmann citado por Terra, 2007). Apesar dos quesitos serem aplicados a pacientes que sofrem de insuficiência renal crônica, seu significado generalista pode abarcar também os pacientes que sofriam de obesidade grave e que se submeteram a um tratamento radical como a cirurgia bariátrica. Esses quesitos, entretanto, de acordo com Terra (2007), indicam uma questão muito particular de concepção de qualidade de vida de cada pessoa, então, este conceito depende das expectativas e do plano de vida de cada sujeito.

A qualidade de vida, o bem estar subjetivo, a satisfação com a vida, entre outros, são termos geralmente utilizados pelas pessoas de forma equivalente para conceituar a boa vida em geral. O estudo da qualidade de vida deve considerar o aspecto multifatorial deste constructo, considerando esta uma variável baseada na percepção pessoal, que varia com o tempo e que deve ser baseada em aspectos imateriais (Ribeiro, 2009).

Os dados obtidos quanto aos domínios do WHOQOL-bref tiveram números tanto positivos quanto negativos. Considerando que o instrumento tem uma variação de respostas que vai de um a cinco, quanto mais alta a pontuação, melhor é a qualidade de vida (Terra, 2007).

Todas as questões, com exceção das questões 3, 4 e 26, são colocadas na direção da qualidade de vida no WHOQOL-bref. Em função disso, o valor destas três questões é invertido no momento em que se calcula o escore dos domínios ao qual pertencem. Cabe ressaltar que nas Tabelas 2 e 3, que demonstram a distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Físico e do domínio Psicológico, respectivamente, são expostas as respostas dos participantes com o escore original informado para estas questões, isto é, neste momento eles não estão invertidos.

Com relação às facetas do domínio físico (Tabela 1), os resultados foram positivos quanto à qualidade de vida dos pacientes, confirmando a hipótese de que as pessoas que sofriam de obesidade grave, e que passaram por procedimento cirúrgico há pelo menos um ano, apresentam melhora na qualidade de vida neste domínio. Todas as pessoas classificaram a sua capacidade de locomoção como “muito boa” ou “boa”, confirmando uma das expectativas desses pacientes, que é a de aumentar sua mobilidade (Moliner & Rabuske, 2008).

A energia para o dia a dia e a qualidade do sono são quesitos colocados como satisfatórios pelos entrevistados. Esse fato pode ser justificado pela diminuição do peso corporal e conseqüente diminuição das comorbidades, como a síndrome da apneia obstrutiva do sono. Dessa forma, com o aumento da qualidade do sono e da mobilidade, é esperado que essas pessoas também tenham energia suficiente para os afazeres cotidianos.

A resposta à questão 4 “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?” reflete a consciência que estas pessoas têm de que terão que manter-se em tratamento pelo resto de suas vidas, uma vez que ninguém

Tabela 1: Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio físico de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica

Questão	Resposta	Freq.	%	\bar{X}	DP	N
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1. Nada	4	25,0	3,44	1,365	16
	2. Muito Pouco	6	37,5			
	4. Bastante	5	31,3			
	5. Extremamente	1	6,3			
	3. Mais ou Menos	3	18,8			
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	4. Bastante	8	50,0	2,69	1,448	16
	5. Extremamente	5	31,3			
	3. Muito Pouco	2	12,5			
10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	3. Médio	5	31,3	3,75	1,065	16
	4. Muito	4	25,0			
	5. Completamente	5	31,3			
	Bem	9	56,3			
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito bem	7	43,8	4,44	0,512	16
	1. Muito Insatisfeito	1	6,3			
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	2. Insatisfeito	1	6,3	3,81	1,167	16
	3. Nem Insatisfeito nem Satisfeito	3	18,8			
	4. Satisfeito	6	37,5			
	5. Muito Satisfeito	5	31,3			
	2. Insatisfeito	1	6,3			
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	3. Nem Insatisfeito nem Satisfeito	1	6,3	4,19	0,834	16
	4. Satisfeito	8	50,0			
	5. Muito Satisfeito	6	37,5			
	2. Insatisfeito	3	18,8			
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3. Nem Insatisfeito nem Satisfeito	2	12,5	3,75	1,065	16
	4. Satisfeito	7	43,8			
	5. Muito Satisfeito	4	25,0			
	2. Insatisfeito	3	18,8			
	3. Nem Insatisfeito nem Satisfeito	2	12,5			

respondeu “nada” nem “muito pouco”. Esse tipo de pensamento pode ter sido fortalecido pelos efeitos da cirurgia, já que todas essas pessoas passaram por anos de tratamentos frustrados e, finalmente, encontraram uma forma de combater a obesidade.

Outro dado importante foi aquele relacionado à dor e desconforto, em que apenas 25% dos participantes referiram que a dor física não os impede de fazer o que precisam. Desse modo, pode-se afirmar que 75% das pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, há no mínimo um ano, se sentem impedidos de realizar suas atividades em função da dor física que sentem. Existe uma relação direta entre dor e qualidade de vida (Barofsky, Fontaine & Cheskin citados por Silva et al., 2006) que é a “queixa

frequente nos relatos de indivíduos com obesidade severa” (Lucena, 2008, p.16).

No entanto, o fato de apenas 25% dos participantes desta pesquisa terem referido que a dor não os impede de realizar aquilo que precisam contrasta com o nível de satisfação com a capacidade de desempenhar atividades do seu dia a dia, uma vez que 50% estão “satisfeitos” e 37,5% estão “muito satisfeitos”, perfazendo um total de 87,5% de pessoas satisfeitas. Do mesmo modo, em relação ao trabalho, percebe que 68,8% destas pessoas estão satisfeitas quanto a sua capacidade para tal atividade. Possivelmente, isto se justifica pela melhora em outros aspectos de sua vida, consequentes à perda de peso, que fazem com que, apesar da dor física sentida, essas pessoas tenham ganhos em

outros aspectos como o aumento da mobilidade, o aumento da energia para o dia a dia e da qualidade do sono. Assim, há também a possibilidade de obter um aumento da capacidade de desempenhar as atividades cotidianas, da capacidade para o trabalho, da socialização (esta última é medida pelo domínio das relações sociais, cujos resultados serão apresentados adiante).

No domínio psicológico (Tabela 2), os resultados obtidos apresentaram duas facetas com índices negativos quanto à qualidade de vida que são aquelas relacionadas à concentração e aos sentimentos negativos. O fato de metade das pessoas entrevistadas terem sentimentos negativos “frequentemente”, pode ser, entre outros fatores, causa para a falta de concentração. Para Almeida, Loureiro e Santos (citado por Baptista et al., 2008), os tratamentos da obesidade devem ser voltados não só para a saúde física, mas também para a saúde mental. Dessa forma, é importante investigar quais os significados da

drástica perda de peso e das mudanças de hábitos alimentares e comportamentais para esses indivíduos, para que a saúde psicológica também acompanhe essa evolução e obtenha benefícios com todas essas mudanças.

Os aspectos positivos foram aqueles relacionados ao grau de satisfação pessoal, em que praticamente todas as pessoas disseram estar “satisfeitas” ou “muito satisfeitas”, relacionados ao quanto a vida faz sentido para elas e relacionados à aceitação de sua aparência física. A partir desses dados, pode-se relacionar a boa aceitação da aparência física, o grau de satisfação consigo mesmo e o sentido da vida, já que a alteração da imagem corporal pode provocar uma alteração também na valorização da auto imagem, do autoconceito e, conseqüentemente, da autoestima do sujeito (Browne citado por Silva et al., 2006).

Assim, as respostas dadas a cada faceta foram, em sua maioria, positivas, confirmando a hipótese

Tabela 2: Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Psicológico do WHOQOL-bref de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica

Questão	Respostas	Freq.	%	\bar{X}	DP	N
5. O quanto você aproveita a vida?	Nada	3	18,8	2,69	1,448	16
	Muito Pouco	1	6,3			
	Mais ou Menos	4	25,0			
	Bastante	4	25,0			
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Extremamente	4	25,0	4,63	0,619	16
	Mais ou Menos	1	6,3			
	Bastante	4	25,0			
7. O quanto você consegue se concentrar?	Extremamente	11	68,8	3,31	0,793	16
	Muito Pouco	2	12,5			
	Mais ou Menos	8	50,0			
	Muito	5	31,3			
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Completamente	1	6,3	3,88	0,957	16
	Muito Pouco	5	31,3			
	Médio	5	31,3			
	Muito	5	31,3			
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	Completamente	5	31,3	4,38	0,619	16
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	1	6,3			
	Satisfeito	8	50,0			
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Muito Satisfeito	7	43,8	3,63	1,204	16
	Nunca	3	18,8			
	Frequentemente	8	50,0			
	Muito Frequentemente	3	18,8			
	Sempre	2	12,5			

de que pessoas com obesidade grave que se submeteram à cirurgia bariátrica há no mínimo 12 meses apresentam elevada melhora de sua qualidade de vida, considerando os aspectos do domínio psicológico.

Quanto ao domínio das relações sociais (Tabela 3), os pacientes entrevistados apresentaram um elevado grau de satisfação nestes aspectos. Todos se referiram às relações pessoais como “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”. Baseados no apoio dos amigos, novamente todas as pessoas disseram estar “satisfeitas” ou “muito satisfeitas”. Esse grau de satisfação confirma a hipótese de que houve considerável melhora nos aspectos das relações sociais e, conseqüentemente, na qualidade de vida, pois a obesidade tem como consequência prejuízo nas relações sociais, já que os obesos sofrem com a discriminação em diversos contextos, o que gera ansiedade, raiva e dúvidas em relação a si mesmos (Azevedo & Spadotto, 2004). Também vão ao encontro dos resultados da pesquisa de Moliner e Rabuske (2008), que apontam que entre as expectativas dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica estão a de se sentirem incluídos socialmente e a de melhorar os relacionamentos sociais, familiares e de trabalho.

Entretanto, quanto à satisfação da vida sexual, as respostas “muito insatisfeito”, “insatisfeito” ou “nem satisfeito nem insatisfeito” totalizaram mais da metade das respostas, fato que contraria a literatura que afirma haver uma melhora dos relacionamentos sexuais desses sujeitos, em consequência de uma vida social mais ativa e de uma melhora na satisfação da imagem corporal (Stunkard & Wadden

citados por Baptista et al., 2008). Esse grau de insatisfação pode ser relacionado ao excesso de pele que essas pessoas têm após o grande e drástico emagrecimento, pois apesar da assistência prestada para os obesos graves através do SUS no estado de Sergipe, ainda não está incluso no tratamento a cirurgia plástica redutora do excesso de pele que é necessária após o emagrecimento conseqüente da cirurgia. Dessa forma, existe a possibilidade de que a imagem corporal dessas pessoas ainda seja a de um obeso.

No que diz respeito ao domínio meio ambiente (Tabela 4), as pessoas relataram estar satisfeitas com sua segurança na vida diária, com as condições do local onde moram, com o acesso aos serviços de saúde e com o meio de transporte que costumam utilizar. Foi possível constatar, contudo, que as oportunidades de lazer são muito escassas e que eles estão pouco satisfeitos no que se refere a ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. Considerando que em média essas pessoas sobrevivem com uma renda familiar de 2,36 salários mínimos, e que 3,5 pessoas, em média, dependem desta renda, justifica-se o seu descontentamento.

Há ainda o fato de que, para alguns autores, a obesidade é inversamente proporcional à classe social, sendo a população mais carente a que mais sofre com a obesidade e suas enfermidades (Devlin, Yanovski & Wilso; Ferreira & Magalhães, citados por Pinto, 2009).

A satisfação com o acesso aos serviços de saúde é consequência da vinculação dessas pessoas com o serviço com os profissionais que os assistem, entretanto, os sujeitos entrevistados ficaram divididos quanto à satisfação da disponibilidade

Tabela 3: Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica

Questão	Resposta	Freq.	%	\bar{X}	DP	N
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	1	6,3	4,38	0,619	16
	Satisfeito	8	50,0			
	Muito Satisfeito	7	43,8			
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito Insatisfeito	2	12,5	3,13	1,147	16
	Insatisfeito	2	12,5			
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	5	31,3			
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Satisfeito	6	37,7	4,50	0,516	16
	Muito Satisfeito	1	6,3			
	Satisfeito	8	50,0			
	Muito Satisfeito	8	50,0			

Tabela 4: Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio meio ambiente do WHOQOL-bref de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica

Questão	Resposta	Freq.	%	\bar{X}	DP	N
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	2. Muito Pouco	1	6,3	3,94	0,854	16
	3. Mais ou Menos	3	18,8			
	4. Bastante	8	50,0			
	5. Extremamente	4	25,0			
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1. Nada	2	12,5	3,38	1,204	16
	3. Mais ou Menos	7	43,8			
	4. Bastante	4	25,0			
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2. Muito Pouco	4	25,0	2,75	0,447	16
	3. Médio	12	75,0			
	4. Bastante	0	0,0			
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	2. Muito Pouco	1	6,3	3,81	1,047	16
	3. Médio	7	43,8			
	4. Muito	2	12,5			
	5. Completamente	6	37,5			
14. Em que medida você tem oportunidades de realizar atividades de lazer?	1. Nada	1	6,3	3,31	1,195	16
	2. Muito Pouco	3	18,8			
	3. Médio	5	31,3			
	4. Muito	4	25,0			
	5. Completamente	3	18,8			
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1. Muito Insatisfeito	1	6,3	3,88	1,258	16
	2. Insatisfeito	2	12,5			
	3. Nem Satisfeito nem Insatisfeito	1	6,3			
	4. Satisfeito	6	37,5			
	5. Muito Satisfeito	6	37,5			
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1. Muito Insatisfeito	1	6,3	3,50	1,095	16
	2. Insatisfeito	2	12,5			
	3. Nem Satisfeito nem Insatisfeito	3	18,8			
	4. Satisfeito	8	43,8			
	5. Muito Satisfeito	3	18,8			
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1. Muito Insatisfeito	1	6,3	3,63	1,088	16
	2. Insatisfeito	1	6,3			
	3. Nem Satisfeito nem Insatisfeito	4	25,0			
	4. Satisfeito	7	43,8			
	5. Muito Satisfeito	3	18,8			

das informações de que precisam no dia a dia que, para essas pessoas, são aquelas dadas pelos profissionais de saúde relacionadas ao seu acompanhamento. Dessa forma, vale ressaltar a importância do acompanhamento profissional, no sentido de fornecer informações educativas, que auxiliem na consequente mudança do estilo de vida que esses pacientes terão.

Assim, foi possível constatar que pessoas com obesidade grave que se submeteram à cirurgia bariátrica há no mínimo 12 meses apresentam grande

melhora de sua qualidade de vida considerando os aspectos do meio ambiente.

Considerações finais

Esta pesquisa fez um estudo de análise de frequência de respostas obtidas através do teste de qualidade de vida do WHOQOL-bref. Por meio deste estudo foi possível confirmar que a qualidade de vida das pessoas, em seus diversos domínios, melhorou após

a perda de peso obtida por tratamento cirúrgico da obesidade, bem como pelo tratamento posterior.

É importante que se faça uma análise sobre o significado da perda de peso para essas pessoas. Não se trata de uma questão estética, mas sim de recuperar funções corriqueiras da vida e até mesmo de recuperar a própria dignidade, já que muitos obesos graves não conseguem nem mesmo fazer suas necessidades fisiológicas sozinhos. As expectativas que esses pacientes têm ao entrar para um programa de cirurgia bariátrica não se restringem à perda de peso, elas são muito mais amplas e incluem, além dos aspectos físicos, a recuperação de uma vida social. Para essas pessoas, somente a perda de peso não significa necessariamente uma melhora na qualidade de vida.

Para tanto, é imprescindível o acompanhamento dos diversos profissionais da equipe para que a cirurgia não seja vista como algo milagroso e solucionador de todos os problemas da vida do sujeito. São pessoas que lutam há anos contra a obesidade e que experimentaram vários tratamentos frustrados, e é preciso que haja um trabalho de educação desses pacientes para que estejam preparados para as mudanças que ocorrerão conseqüentes à perda de peso e, também, para que sejam apresentadas as reais mudanças, condizentes com os benefícios que a cirurgia bariátrica pode proporcionar. Como resalta Oliveira et al. (2004), deve haver uma maior preocupação com o período mais imediato após a cirurgia, pois este é o período em que o paciente se torna mais inseguro e ansioso em relação às modificações do seu corpo e da sua vida.

É importante também que a equipe do serviço que oferece a cirurgia bariátrica como tratamento para a obesidade seja capaz de manter o paciente vinculado ao serviço. Não foram encontrados dados na literatura sobre o tempo necessário, após a cirurgia, de acompanhamento desses pacientes, contudo, pode-se verificar que tal acompanhamento é feito ainda por vários anos após o procedimento.

A pesquisa apresentou algumas limitações, como, por exemplo, o número de pessoas entrevistadas. Trata-se, entretanto, de um serviço relativamente novo no estado de Sergipe, com apenas 26 cirurgias desse tipo realizadas. Das 26 pessoas, duas faleceram pouco mais de um ano após a cirurgia. Há ainda a dificuldade que algumas pessoas que moram em cidades do interior têm para chegarem até o hospital, já que muitas delas dependem de carros cedidos pelas prefeituras, dificuldade que acaba

fazendo com que algumas pessoas percam totalmente o contato com o serviço. Devido ao número de pessoas entrevistadas, não foi possível realizar uma análise das possíveis diferenças que existem entre homens e mulheres que passaram pela cirurgia bariátrica quanto à qualidade de vida. Acredita-se que seria muito interessante a realização de uma pesquisa que avaliasse as diferenças entre os sexos.

Apesar das limitações, o estudo tem a função de meio avaliador da situação atual dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica através do SUS no estado de Sergipe. A pesquisa pode ser fonte de estímulos para estudos mais complexos nos quais as conseqüências da cirurgia bariátrica a médio e longo prazo sejam melhor analisadas e para que toda pessoa que se submeta à esta intervenção cirúrgica tenha o devido apoio e assistência psicológica da qual necessitam.

Referências

- Azevedo, M. A. S. B. de & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(2), 127-144.
- Baptista, M. N., Vargas, J. F., & Baptista, A. S. D. (2008). Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica* 7(2), 235-247.
- Damiani, D. (2000). Obesidade na infância e na adolescência – um desafio extraordinário. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 44(5), 363-365.
- Conselho Federal de Medicina (2005). Resolução CFM nº 1.766 de 11 de julho de 2005. Publicada no Diário Oficial da União, Seção I, p. 114. Brasília – DF. Recuperado em 30 de maio de 2010 de <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jspdata=11/07/2005&jornal=1&pagina=114&totalArquivos=120>.
- 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.
- Fleck, M. P. de A. (Coord.) (s/d). WHOQOL-Bref quality of life. Projeto desenvolvido para OMS no Brasil pelo grupo de estudos em qualidade de vida Psicologia. Recuperado em 28 de agosto de 2010, de www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html. (Trabalho original publicado em 1998).

- Fleck, M. P. A., Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública, 34*(2), 178-83.
- Francischi R. P. P., Pereira L. O., Freitas C. S., Klopfer M., Santos R. C., Vieira P. & Lancha, A. H. Jr. (2000) Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição de Campinas, 13*(1),17-28.
- Lucena, A. A. de. (2008). *Análise da qualidade de vida dos obesos mórbidos no pré e pós operatórios de cirurgia bariátrica*. Monografia de graduação em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju - SE, Brasil.
- Magdaleno Júnior, R. (2009). *Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no hospital de clínicas da Unicamp: um estudo clínico-qualitativo*. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, Brasil.
- Magdaleno Júnior, R., Chaim, E. A. & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31* (1), 73-78.
- Moliner, J. de. & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática, 10*(2), 44-60.
- Oliveira, V. M. de, Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. de. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(4), 199-201.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Whoqol-Abreviado - versão em Português*. (M. P. de A. Fleck, Trad.) Recuperado em 08/06/2010 de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>.
- Ribeiro, J. L. P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coord.), *Bem estar e qualidade de vida*. (pp. 31-49) Alcochete: Textiverso.
- Pinto, M. A. (2009). *Avaliação da memória recente e da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília - DF, Brasil.
- Segal, A. & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra indicações para a realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 68-72.
- Silva, M. P. da, Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E. L., Chambel, P. & Castro, J. de. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Acta Médica Portuguesa, 19*(2), 247-250.
- Terra, F. de S. (2007). *Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário*. Dissertação de mestrado, Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas - BH, Brasil.
- Waidergorn, L., Lopes C. & Evangelista, R. (1999). O acompanhamento psicológico do obeso mórbido. *Psikhê - Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU, 4*(2), 74-82.