



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**

**ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL**  
**APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Recife**

**2019**

**ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL  
APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

**Área de Concentração:** Cirurgia Clínica e Experimental

Orientador: **Dr. Flávio Kreimer**

**Recife**

**2019**

Catalogação na Fonte  
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4 1790

V658a      Vieira, Ana Paula Pereira dos Santos.  
              Avaliação da qualidade de vida em mulheres com idade fértil após  
              cirurgia bariátrica / Ana Paula Pereira dos Santos Vieira. – 2019.  
              74 f.: il.; tab.

              Orientador: Flávio Kreimer.  
              Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,  
              CCS. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia. Recife, 2019.

              Inclui referências, apêndice e anexos.

              1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade. 3. Qualidade de vida. 4.  
              Mulheres. I. Kreimer, Flávio (Orientador). II. Título.

617.91                      CDD (23.ed.)                      UFPE (CCS2019-104)

**ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL  
APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Aprovada em: 25/02/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº Dr. Flávio Kreimer (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profº Dr. Álvaro Antônio Bandeira Ferraz (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profª Drª. Sheyla Costa de Oliveira (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Ao meu esposo Wagner Silva Vieira, por toda dedicação, apoio e amor.

A minha mãe, Ana Rosa Pereira dos Santos, companheira de todos os momentos sempre me incentivando e ajudando em tudo.

Ao meu pai, Paulo Barbosa dos Santos (in memoriam), exemplo homem integridade que sempre procurei me espelhar, que sempre me incentivo e despertou em mim o gosto pelos estudos.

Aos meus filhos Mateus e Vinícius Pereira, pela compreensão e amor de ambos, renovando minhas forças e me impulsionando a prosseguir.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** o autor da minha vida, fonte inesgotável de amor e que sempre me guia e abençoa em todas as etapas da vida, mesmo sem merecer.

Ao meu esposo **Wagner Silva Vieira**, que me auxiliou com a parte tecnológica.

Ao meu orientador **Professor Dr. Flávio Kreimer** pelo apoio e valiosas instruções acadêmicas

Ao Professor **Dr. Álvaro Ferraz** que me incentivou a iniciar o trabalho.

À estimada amiga e colega de trabalho **Giselle Belo**, pelo apoio e auxílio com o compartilhamento de sua experiência.

A todos que fazem a pós-graduação de cirurgia geral, em especial às queridas **Márcia e Mércia Virgínio** pelo apoio para o início desta pesquisa.

À cara estatística **Elaine Marques** pela valiosa ajuda na análise dos dados e aplicações dos testes estatísticos.

Às **pacientes**, razão maior para a realização deste trabalho.

À **equipe do Serviço de Cirurgia Geral** que direta ou indiretamente me ajudaram nessa etapa de crescimento profissional.

## RESUMO

Um dos grandes problemas de saúde pública enfrentada hoje pela sociedade no mundo, é a obesidade. Estima-se que em 2025 cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões com obesidade. A cirurgia bariátrica e metabólica ou gastroplastia está consolidada como um tratamento eficaz e uma alternativa segura e eficiente, não só contra a obesidade, mas também contra doenças como diabetes e hipertensão. Grande parte dos procedimentos bariátricos são realizados em mulheres com idade fértil onde a obesidade pode associar-se a distúrbios menstruais, hirsutismo, ovários policísticos, infertilidade, e outras complicações agravadas pelo excesso de peso. Tendo em vista que o estudo avaliou a qualidade de vida em mulheres com idade fértil após cirurgia bariátrica, acompanhadas no ambulatório de Cirurgia de Obesidade do Hospital das Clínicas – UFPE, foram identificadas dentre as comorbidades estudadas: Infertilidade, depressão, síndrome dos ovários policísticos e incontinência urinária de esforço, as mulheres que tiveram maior percentual de remissão no pós-operatório; traçou-se um perfil sócio demográfico e antropométrico, bem como a incidência das dificuldades físicas e emocionais relacionadas à vivência da sexualidade em mulheres que se submeteram à CB em idade fértil. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, tendo como amostra 49 mulheres em idade fértil, entre 18 a 49 anos e que foram submetidas à gastrectomia vertical ou Derivação Gástrica em Y de Roux de um a cinco anos após a cirurgia no Hospital das Clínicas (HC) – UFPE. Após identificação das participantes, foram preenchidos os protocolos com seus dados e aplicado o questionário validado para teste de Qualidade de Vida, *Whoqol-bref*, acrescido de perguntas sobre comorbidades e dificuldades físicas e emocionais com relação a vivência da sexualidade antes e após à cirurgia. O maior percentual (49%) das mulheres, que se submeteram ao estudo eram casadas, com média de idade 39,4 anos, com vida sexual (79,6%) e laboral (59,2%) ativas. A qualidade de vida dessas mulheres foi avaliada, em sua maioria, como boa (22,4%) ou muito boa (63,3%), após o procedimento. Dentre as comorbidades do estudo foi observado que todas tiveram diminuição ou até remissão após o procedimento, com ênfase para a síndrome dos ovários policísticos que foi a que mais apresentou diminuição de 63,3% para 2,0%. Com relação a vivência da

sexualidade, todas as dificuldades físicas e emocionais relatadas apresentaram melhora considerável do percentual após a cirurgia. Dessa forma o estudo tem como relevância apresentar os benefícios obtidos na qualidade de vida das mulheres em idade fértil, com destaque para remissão de comorbidades específicas dessa população, visando propor avanços no acompanhamento multidisciplinar. A cirurgia bariátrica proporcionou melhora na qualidade de vida das mulheres em idade fértil no que diz respeito aos domínios físicos, emocionais, sociais e ambientais. Apresentando como ênfase a remissão significativa da síndrome dos ovários policísticos.

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



## ABSTRACT

One of the major public health problems facing society today is obesity. It is estimated that by 2025 about 2.3 billion adults will be overweight; and over 700 million with obesity. Bariatric and metabolic surgery or gastroplasty is consolidated as an effective treatment and a safe and efficient alternative, not only against obesity, but also against diseases such as diabetes and hypertension. Much of the bariatric procedures are performed on women of childbearing age where obesity can be associated with menstrual disorders, hirsutism, polycystic ovaries, infertility, and other complications aggravated by overweight. Considering that the study evaluated the quality of life of women of childbearing age after bariatric surgery in the Obesity Surgery outpatient clinic of Hospital das Clínicas - UFPE, the following were identified among the comorbidities studied: infertility, depression, polycystic ovarian syndrome and stress urinary incontinence, women who had a higher percentage of remission in the postoperative period; a socio-demographic and anthropometric profile was drawn, as well as the incidence of physical and emotional difficulties related to the experience of sexuality in women who underwent BS at childbearing age. This is an observational, descriptive study with a cross-sectional design and a quantitative approach, with 49 women of childbearing age, aged between 18 and 49 years, who underwent vertical gastrectomy or Roux-en-Y gastric bypass for one to five years after surgery at Hospital das Clínicas (HC) - UFPE. After identification of the participants, the protocols with their data were filled out and the validated questionnaire was used for the Quality of Life test, Whoqol-bref, plus questions about comorbidities and physical and emotional difficulties regarding the experience of sexuality before and after surgery. The highest percentage (49%) of the women who underwent the study were married, with a mean age of 39.4 years, with a sexual life (79.6%) and a working life (59.2%). The quality of life of these women was evaluated as good (22.4%) or very good (63.3%) after the procedure. Among the comorbidities of the study, it was observed that all had a decrease or even remission after the procedure, with emphasis on polycystic ovary syndrome, which was the one that presented the most decrease from 63.3% to 2.0%. Regarding the experience of sexuality, all the physical and emotional difficulties reported showed a considerable improvement in the percentage after the surgery. Thus, the study has as its relevance to present the benefits obtained in the quality of

life of women of childbearing age, with special emphasis on remission of specific comorbidities of this population, aiming to propose advances in multidisciplinary follow-up. Bariatric surgery has improved the quality of life of women of childbearing age with regard to physical, emotional, social and environmental domains. Emphasizing the significant remission of polycystic ovarian syndrome.

**Keywords:** Bariatric surgery. Obesity. Quality of life. Woman.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 –</b>	Fluxograma de Revisão.....	18
<b>Figura 2 –</b>	<i>Bypass Gástrico</i> .....	22
<b>Figura 3 –</b>	Gastrectomia vertical ou Sleeve.....	22
<b>Quadro 1 –</b>	Classificação da Obesidade.....	20

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 -</b>	Perfil da Distribuição de frequência das idades por intervalo.....	30
<b>Gráfico 2 -</b>	Perfil da Distribuição de frequência das técnicas cirúrgicas.....	30
<b>Gráfico 3 -</b>	Perfil da Distribuição de frequência em relação ao estado civil das pacientes.....	32
<b>Gráfico 4 -</b>	Perfil da Distribuição de frequência em relação a vida sexual das pacientes.....	32
<b>Gráfico 5 -</b>	Perfil da Distribuição de frequência em relação a atividade laboral.....	33
<b>Gráfico 6 -</b>	Distribuição de frequência em relação ao tempo médio de cirurgia (Anos).....	33
<b>Gráfico 7 -</b>	Distribuição de frequência em relação as comorbidades.....	34
<b>Gráfico 8 -</b>	Distribuição de frequência em relação as dificuldades físicas.....	35
<b>Gráfico 9 -</b>	Distribuição de frequência em relação as dificuldades emocionais..	36

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Estatística descritiva da idade e dos pesos pré e pós cirúrgicos...	29
<b>Tabela 2 -</b>	Perfil da frequência dos pesos antes da cirurgia.....	31
<b>Tabela 3 -</b>	Perfil da frequência dos pesos após a cirurgia.....	31
<b>Tabela 4 -</b>	Análise das principais comorbidades identificadas.....	34
<b>Tabela 5 -</b>	Análise das principais dificuldades Físicas relacionadas a vivência na sexualidade.....	35
<b>Tabela 6 -</b>	Análise das principais dificuldades Emocionais relacionadas a vivência na sexualidade.....	36
<b>Tabela 7 -</b>	Avaliação da Qualidade de Vida e da satisfação com a saúde.....	37
<b>Tabela 8 -</b>	Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio físico do instrumento Whoqol-bref, de mulheres em idade fértil que realizaram cirurgia bariátrica.....	38
<b>Tabela 9 -</b>	Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Psicológico do instrumento Whoqol-bref de mulheres em idade fértil que realizaram cirurgia bariátrica.....	39
<b>Tabela 10 -</b>	Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio relações Sociais de mulheres em idade fértil que realizaram cirurgia bariátrica.....	40
<b>Tabela 11 -</b>	Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Meio Ambiente de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
CB	Cirurgia bariátrica.
CFM	Conselho Federal de Medicina
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
HC	Hospital das Clínicas
IIEF	<i>International Index ErectileFunction</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences (software)</i>
TRA	Tratamento de Reprodução Assistida
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
MS	Ministério da Saúde
DGYR	Derivação gástrica em Ypsilon de Roux
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	15
1.2	JUSTIFICATIVA.....	16
1.3	OBJETIVOS.....	17
1.3.1	Geral.....	17
1.3.2	Específicos.....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1	OBESIDADE.....	19
2.2	CIRURGIAS BARIÁTRICA E METABÓLICA.....	20
2.3	QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL.....	23
<b>3</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	26
3.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	26
3.3	INSTRUMENTOS.....	26
3.4	OPERACIONALIZAÇÃO.....	27
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	27
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

A alta prevalência da obesidade nos países desenvolvidos pode estar associada a combinação entre sedentarismo, maus hábitos alimentares e alta ingestão calórica <sup>(1)</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e estima-se que em 2025 cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões com obesidade <sup>(2)</sup>. No Brasil acima de 50% da população está com sobrepeso e 20% das pessoas adultas com obesidade. Informações extraídas do novo relatório da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e da organização Pan-americana de Saúde (OPAS) <sup>(3)</sup>.

Sabe-se que o tratamento conservador, com base no acompanhamento ambulatorial, apresenta-se ineficaz em pacientes com mais de dois anos de obesidade severa. Nesses casos a Cirurgia Bariátrica (CB) é considerada como alternativa mais indicada para uma perda de peso rápida, melhora da expectativa e qualidade de vida, além da diminuição ou até mesmo remissão das comorbidades <sup>(4)</sup>. Outra evidência é que a cirurgia bariátrica melhora diversas condições e ações biológicas (mudanças hormonais) que ajudam a reverter a progressão da obesidade <sup>(5)</sup>. Estudos revelam que mais de 90% dos pacientes bariátricos são capazes de manter a perda de peso em longo prazo, com eliminação de 50% ou mais do excesso de peso corporal <sup>(6)</sup>.

A maior parte de todos os procedimentos bariátricos são realizados em mulheres com idade fértil. Pelo menos uma em cada três destas mulheres tem disfunção menstrual na linha de base. Nesse sentido a cirurgia bariátrica também melhora os fatores subjacentes à fertilidade e gravidez <sup>(7)</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) idade fértil da mulher corresponde ao intervalo entre 10 e 49 anos. Segundo a avaliação do estado nutricional dessa população, os indicadores antropométricos apontaram riscos elevados de exposição à obesidade <sup>(8)</sup>.

Um estudo feito com cirurgias bariátricas nos revela que no pré-operatório são solicitadas consultas de nutrição, psiquiatria e psicologia para as pacientes do



sexo feminino em idade reprodutiva, no entanto poucos requerem uma consulta de ginecologia. Direções futuras deve incluir uma maior colaboração entre os prestadores de saúde das mulheres e cirurgiões bariátricos para aperfeiçoar a saúde reprodutiva das nossas mulheres<sup>(9)</sup>.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Em relação qualidade de vida (QV) dos pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, especificamente mulheres em idade fértil, observa-se melhora em seus diversos aspectos e para tanto faz-se também necessário o acompanhamento por uma equipe multiprofissional para que se obtenha o sucesso esperado<sup>(10)</sup>.

De acordo com a resolução nº 2.131/15 do Conselho Federal de Medicina (CFM) outras doenças associadas à obesidade foram acrescentadas ao rol de comorbidades para indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com índice de massa corporal entre 35kg/m<sup>2</sup> e 40kg/m<sup>2</sup>, tais como: incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, estigmatização social e depressão<sup>(11)</sup>.

Percebe-se neste contexto que o uso da cirurgia bariátrica para a correção da obesidade severa tem aumentado exponencialmente na última década<sup>(12)</sup>, especialmente entre as mulheres em idade reprodutiva, e as taxas de vários desfechos maternos e neonatais adversos são significativamente mais baixos em mulheres que engravidam após a cirurgia bariátrica <sup>(13)</sup>.

Por tanto, faz-se necessário que a equipe multiprofissional esteja preparada para atender de forma mais singular essa população, bem como proporcionar às mulheres em idade fértil o acolhimento e apoio necessários para melhor condução do tratamento proposto. No entanto, ainda são escassos os estudos que avaliam qualidade de vida após cirurgia bariátrica nesse grupo populacional.

Diante disso e por observarmos no serviço do ambulatório de cirurgia geral do Hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a grande quantidade de mulheres nessa faixa etária que procura o tratamento, surgiu o interesse pela pesquisa.

Dada às circunstâncias apresentadas foi realizado o presente estudo.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida em mulheres com idade fértil após cirurgia bariátrica, acompanhadas no ambulatório de Cirurgia de Obesidade do Hospital das Clínicas - UFPE.

#### 1.3.2 Específicos

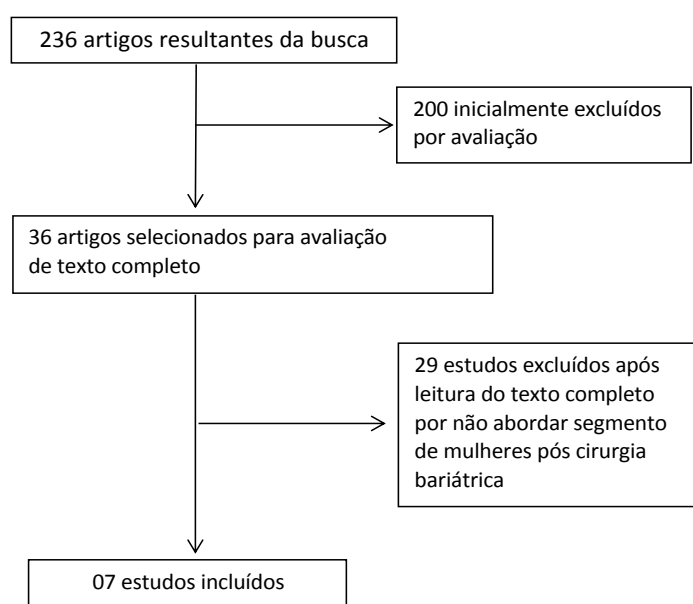
- ✓ Identificar, dentre as comorbidades estudadas: Infertilidade, depressão, incontinência urinária de esforço e Síndrome dos Ovários Policísticos, as que tiveram maior percentual de remissão no pós-operatório;
- ✓ Traçar um perfil sócio demográfico e antropométrico das pacientes estudadas;
- ✓ Analisar a incidência das dificuldades físicas e emocionais relacionadas à vivência da sexualidade em mulheres que se submeteram à CB em idade fértil.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Na construção da revisão da literatura foi realizada uma estratégia de busca para captar estudos relevantes no desenvolvimento da temática: Avaliação de qualidade de vida em mulheres com idade fértil, após cirurgia bariátrica.

Foi realizada pesquisa bibliográfica entre os meses de maio e junho de 2018, nas plataformas acadêmicas do *PubMed* e *Scielo* no período de publicação entre os anos de 2008 a 2018, com as seguintes palavras-chave, em diferentes combinações na: ("*Bariatric surgery*") and ("*quality of life*") and ("*fertility*") and ("*pregnancy*") and ("*sexuality*"). O objetivo foi identificar os estudos relevantes para a revisão literária da análise da qualidade de vida em mulheres com idade fértil após cirurgia bariátrica.

Inicialmente, foram avaliados títulos e resumos. Artigos originais foram considerados potencialmente elegíveis se incluíssem seguimento de mulheres após cirurgia bariátrica. Após essa triagem, foi realizada leitura completa dos artigos selecionados e em seguida foram excluíram-se os estudos que não estivessem em inglês, português ou espanhol ou que não tivessem texto completo disponível. Também foram excluídos artigos duplicados ou com séries de casos repetidas, editoriais e cartas aos editores. Ao final obtivemos 07 artigos para descrevermos no estudo, conforme o fluxograma a seguir:



**Figura 1 - Fluxograma de Revisão**

## 2.1 OBESIDADE

A organização mundial da saúde (OMS) vem demonstrando preocupação com o aumento da prevalência da obesidade no mundo <sup>(14)</sup>. A obesidade é considerada como a epidemia do século XXI, Conforme a Associação Internacional para Estudo da Obesidade (IASO/IOTF), a qual estima que 2,3 bilhões de adultos estejam com excesso de peso; destes, 700 milhões com obesidade<sup>(15) (16)</sup>.

A obesidade já é considerada a segunda doença nutricional mais prevalente no Brasil e causa 80 mil mortes por ano no país, de acordo com a pesquisa de Orçamentos Familiares realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde que também considerou as condições de obesidade, déficit e excesso de peso da população brasileira entre os anos de 2008 e 2009. A prevalência de déficit de peso encontrada foi de 2,7%. Em contrapartida 50% dos homens e 48% das mulheres apresentaram excesso de peso, sendo que desse percentual, 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres são portadores de obesidade <sup>(17)</sup>.

A obesidade é uma doença epidêmica de grande impacto mundial, recorrente em países desenvolvidos, como também, naqueles em desenvolvimento <sup>(18)</sup>. Tem como causas fatores genéticos, metabólicos, ambientais, sociais, culturais, econômicos, estilo de vida ou ainda estar relacionada a fatores demográficos. A OMS define a obesidade como a excessiva concentração de gordura que pode prejudicar a saúde do indivíduo <sup>(19)</sup>.

Mais da metade da população brasileira está com peso acima do recomendado e 18,9% dos brasileiros estão obesos <sup>(20)</sup>.

Para classificar a obesidade a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o IMC e o risco associado de doença <sup>(15)</sup>, podemos analisar esta classificação por meio do Quadro 1.

**Quadro 1** - Classificação da Obesidade

IMC (Kg/M2)	Classificação	Grau de Obesidade	Risco de doença
< 18,5	Magreza	0	Elevado
18,5 – 24,9	Normal	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	0	Pouco elevado
30 – 34,9	Obesidade leve	I	Elevado
35 – 39,9	Obesidade moderada	II	Muito elevado
> 40	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: World Health Organization.

Mudanças no estilo de vida como uma dieta mais adequada e prática regular de atividades físicas são recomendadas para o tratamento da obesidade. Deve-se também estimular os pacientes a adotarem uma dieta hipossódica, hipocalórica e pobre em gorduras saturadas <sup>(21)</sup>.

Caso haja resistência ao tratamento não-farmacológico, a indicação do uso de medicação anti-obesidade será prescrita <sup>(22)</sup>. Diante do insucesso da terapia conservadora, a CB se apresenta como único método eficaz na perda e manutenção do peso a longo prazo <sup>(23) (24)</sup>.

## 2.2 CIRURGIAS BARIÁTRICA E METABÓLICA

A CB fornece importante e duradoura perda de peso bem como melhora das comorbidades relacionadas à obesidade em percentual significativo dos pacientes. No entanto existem riscos associados ao procedimento e frequentemente é pouco acessível à população em geral devido aos custos, localização dos centros de tratamento e falta de recursos. Além disso a cirurgia bariátrica não é proposta para todos os graus de obesidade, por isso sua indicação é criteriosa <sup>(25)</sup>.

Após resultados cirúrgicos positivos da cirurgia bariátrica no controle dos distúrbios metabólicos associados à obesidade, considera-se uma nova aplicação para esse tipo de cirurgia, assim surge a cirurgia metabólica. Indivíduos com obesidade leve estão sendo submetidos à cirurgia metabólica, devido a eficácia desse método cirúrgico no controle do diabetes mellitus tipo II <sup>(26) (27) (28)</sup>.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) vem incluindo outras indicações ao procedimento através do rol de comorbidades associadas, as quais não se limitam apenas ao IMC. Mais recentemente, por meio da Resolução nº 2.172/2017, reconheceu a cirurgia metabólica como opção de tratamento para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que tenham índice de massa corpórea (IMC) entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, desde que a doença não tenha sido controlada com tratamento clínico. De acordo com os requisitos estabelecidos, além de ter IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, pacientes poderão ser indicados para se submeter a esse procedimento se apresentarem: idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos; diagnóstico definido de diabetes tipo II a menos de 10 anos; apresentar resistência comprovada ao tratamento clínico; e não ter contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto <sup>(29)</sup>.

As técnicas da cirurgia bariátrica foram evoluindo ao longo dos anos e os novos procedimentos disponíveis são realizadas por videolaparoscopia e são cada vez mais usados pelos cirurgiões com altos índices de sucesso <sup>(30)</sup>.

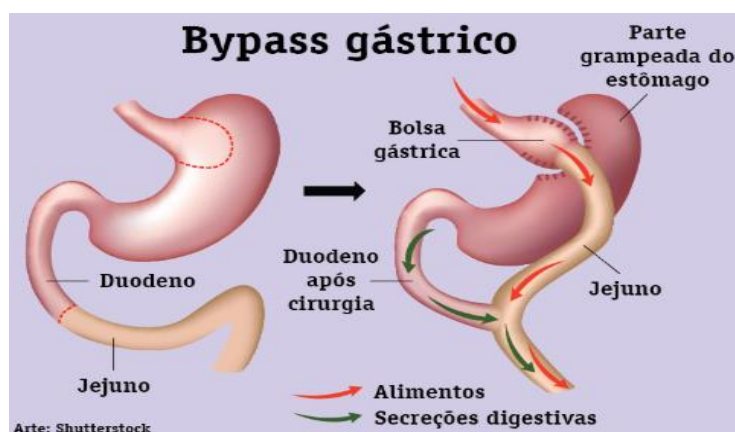
Uma das técnicas mais utilizadas é a Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) que consiste na formação de uma bolsa gástrica de no máximo 30 mL de capacidade a partir da secção do estômago e excluindo do trânsito de nutrientes todo o restante do estômago, duodeno e jejuno proximal. Uma alça jejunal isolada em “Y” é anastomosada à pequena bolsa; sendo o tamanho desta alça variável <sup>(31) (32)</sup>.

Dessa forma, na DGYR temos mecanismos de restrição mecânica, restrição funcional e disabsorção. Fobi e Capela acrescentaram um anel de silicone à saída da bolsa gástrica, aumentando o componente restritivo mecânico, tornando-se o método mais utilizado no Brasil <sup>(33)</sup>.

A gastrectomia vertical ou *Sleeve gastrectomy* que também é conhecida como gastrectomia em forma de “manga”, foi criada, inicialmente, como componente

restritivo da *duodenal switch*. Consiste na retirada da grande curvatura do estômago, de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, deixando o reservatório com formato tubular e alongado de 150 - 200 ml. A gastrectomia vertical atua por restrição mecânica, devido o estômago ter se transformado em um tubo estreito, e por retirar a região gástrica que mais produz grelina – conhecido como o hormônio da fome. Dessa forma o paciente irá diminuir o apetite sentindo-se saciado mais rapidamente e por mais tempo. <sup>(34)</sup>.

Observemos a seguir, uma ilustração representada pelas Figura 2 e Figura 3, respectivamente, que referenciam os procedimentos das técnicas descritas anteriormente. As técnicas cirúrgicas conhecidas como Bypass e Sleeve são as utilizadas na amostra do presente estudo. As informações da amostra foram coletadas no Hospital das Clínicas (HC) - UFPE. Onde se realiza as duas técnicas apresentadas.



**Figura 2.** Bypass gástrico



**Figura 3.** Gastrectomia Vertical ou Sleeve

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL

A cirurgia bariátrica traz muitas mudanças na vida dos obesos e em especial mulheres em idade fértil, por isso o acompanhamento interdisciplinar é importante para a adaptação e para adesão ao tratamento <sup>(35)</sup>. Estudos mostraram que, após a cirurgia bariátrica, há diminuição gradativa do Índice de Massa Corpórea, melhora no metabolismo, diminuição da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus* tipo II <sup>(36)</sup> <sup>(37)</sup> <sup>(38)</sup>.

A dor músculo esquelética nos membros inferiores e episódios de dor crônica tendem a diminuir após a cirurgia <sup>(39)</sup>.

A qualidade de vida, dentre outros termos utilizados para conceituar o bem-estar geral, é um termo subjetivo empregado pelas pessoas de forma equivalente para conceituar a boa vida. O estudo da qualidade de vida deve considerar o aspecto multifatorial deste conceito, reconhecendo esta, como uma variável baseada na percepção individual do sujeito, que muda com o tempo e que deve ser baseada em aspectos abstratos <sup>(40)</sup>.

A grande maioria dos pacientes que se submetem à CB são do sexo feminino, de acordo com resultados encontrados por diversos estudos nacionais e internacionais <sup>(41)</sup> <sup>(42)</sup> <sup>(43)</sup> <sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup>.

Pessoas obesas referem uma alta incidência de dificuldades sexuais relacionadas ao seu peso e que a qualidade de vida sexual é particularmente prejudicada para mulheres obesas <sup>(46)</sup>.

Além dos dados epidemiológicos, que comprovam um crescimento e prevalência da obesidade em mulheres, alguns estudos apontam também para outros fatores que poderiam explicar o maior número de mulheres, comparado aos homens, submetidas à cirurgia bariátrica, como por exemplo a motivação estética <sup>(47)</sup>.

Compreender os diferentes motivos que levam as mulheres a optarem por fazer a cirurgia bariátrica, é de suma importância, visto que podem ser trabalhados, tanto no pré como no pós-operatório, visando aproximar as expectativas das pacientes com os reais resultados passíveis de serem atingidos com o procedimento.



Nesse sentido torna-se importante esclarecer seus aspectos positivos (perda de peso, melhoria/remissão das comorbidades), como também aspectos negativos (excesso de pele, cicatrizes, necessidade de aderir a um novo estilo de vida e possíveis complicações) <sup>(48) (49) (50) (51)</sup>.

Nas mulheres, a sexualidade está intimamente ligada aos aspectos subjetivos relacionados às condições psíquicas, culturais e sociais e à percepção corporal que tem de si mesma <sup>(52)</sup>.

Além das repercussões negativas na sexualidade feminina, trazendo consequências também para a fertilidade, a qualidade dos óvulos também parece ser prejudicada pela obesidade, o que promove menores taxas de fecundação bem como menor número de embriões por ciclo <sup>(53)</sup>. O excesso de peso exerce um efeito prejudicial com relação ao resultado reprodutivo em pacientes com sobrepeso e obesidade <sup>(54)</sup>. Ademais, as mulheres obesas apresentam maiores percentuais de complicações obstétricas <sup>(55)</sup>.

Apesar de sabermos que o principal mecanismo de infertilidade em mulheres obesas é a anovulação crônica, que pode ser solucionada pelo uso de indutores da ovulação, medidas pré-concepcionais como mudanças no estilo de vida para redução de peso, prática de exercícios físicos e adoção de hábitos saudáveis devem sempre ser enfatizados <sup>(56)</sup>.

O tratamento cirúrgico da obesidade das pacientes portadoras de síndrome dos ovários policísticos (SOP), que é uma das causas de infertilidade, pode melhorar as respostas ao tratamento para fertilidade, incluindo as que se submetem à reprodução assistida <sup>(57)</sup>. Estudo realizado no hospital das Clínicas – UFPE em 2016, mostra que houve uma atenuação das disfunções endócrinas relacionadas com a síndrome dos ovários policísticos, após a perda de peso promovida pela cirurgia bariátrica <sup>(58)</sup>.

O impacto negativo que a obesidade traz na autoestima pode não ser superado apenas com os resultados positivos da cirurgia, dentre eles perda de peso e melhoria das condições de saúde. Isso demonstra a importância do acompanhamento multiprofissional objetivando a melhoria da autoestima, ressignificação desse novo corpo, trabalhando aspectos relacionados às alterações

na percepção da imagem corporal, trazendo como consequência melhorias nos relacionamentos sociais e no interesse sexual <sup>(48)</sup> <sup>(59)</sup>.

Foi verificado que o acompanhamento multiprofissional ainda é escasso, mesmo sendo apontado como de extrema importância em intervenções dessa natureza <sup>(60)</sup>.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Constitui um estudo de corte transversal, através da aplicação de um questionário de pesquisa com mulheres em idade fértil que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas (HC) – UFPE, com pós-operatório de 1 a 5 anos. O estudo apresenta característica descritiva com abordagem quantitativa <sup>(61)</sup>. Após identificação das pacientes, foram preenchidos os protocolos com seus dados.

#### 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta de 49 pacientes do sexo feminino em idade fértil, no período de 18 a 49 anos, que tenham se submetido à gastrectomia vertical (SLEEVE) ou Derivação Gástrica em Y de *Roux (Bypass)*, com pós-operatório de 1 a 5 anos no Hospital das Clínicas (HC) - UFPE. Foram excluídas as mulheres que apresentaram as seguintes características:

- ✓ Que apresentaram alcoolismo ou dependência química.
- ✓ Distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio;
- ✓ Possuir IMC  $\leq 34,9 \text{ kg/m}^2$  e  $\geq 61 \text{ kg/m}^2$ ; em pós-operatório  $\leq 1$  anos e  $\geq 5$  anos;
- ✓ Pacientes submetidos à cirurgia revisional.

#### 3.3 INSTRUMENTOS

A pesquisa utilizou um questionário contendo dados socioeconômicos, demográficos, antropométricos, presença ou não de comorbidades, sintomas relacionados aos aspectos físicos e emocionais no que diz respeito à vivência da sexualidade e um instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida, o *WHOQOL- Bref* versão em português <sup>(62)</sup>.

O *WHOQOL- Bref*, foi traduzido e adaptado para o Brasil pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (coordenador do Grupo WHOQOL no Brasil). O instrumento é composto por 26 questões, sendo a primeira referente a qualidade de vida de modo geral e a segunda, a satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente <sup>(63)</sup>.

### 3.4 OPERACIONALIZAÇÃO

Os dados foram coletados pela pesquisadora no primeiro semestre de 2018. As variáveis biológicas, socioeconômicas, antropométricas e clínico-cirúrgicas foram acessadas através de aplicação de um questionário e da consulta ao prontuário das pacientes. Após a autorização do Comitê de ética para a realização da pesquisa, foi realizado o convite às pacientes de participação e fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 01) em duas vias, de igual teor. Após a autorização, uma via ficou com a paciente e a outra com a pesquisadora. Em seguida, foi feita a aplicação do questionário e do teste de qualidade de vida, o *WHOQOL- Bref*, em consultório reservado e de forma individual. Para indicar a presença ou remissão das comorbidade estudadas: Infertilidade, depressão, SOP e incontinência urinária de esforço foram utilizados dados colhidos no prontuário, presença de exames diagnósticos e relato das pacientes associado ao uso contínuo de medicação específica para o tratamento das comorbidades, com prescrição médica.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados procedimentos estatísticos foram aplicados tais como, tratamento da base de dados, codificação e organização. Utilizou-se o *software* SPSS, para tornar quantitativa as questões abertas do questionário.

Após o pré-processamento das informações testes não paramétricos e estimadores foram aplicados às informações coletadas. A análise descritiva dos dados foi aplicada para cada uma das variáveis onde é possível observar características como média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Informações de significância e de fidedignidade foram apresentas a partir do teste de *McNemar* e *Alpha* de *Cronbach's* com nível de significância de 95%, sendo o P-valor = 0,05 que pode fornecer informações em relação as diferenças entre as variáveis do estudo <sup>(64)</sup>.

### 3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - CAAE: 69256217.4.0000.5208 (anexo B), criada pela resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº466/2012, seguindo os princípios da Declaração de Helsinque para Pesquisa em Humanos.

Todos os dados coletados foram armazenados em arquivos sobre responsabilidade da pesquisadora, que os manteve em sigilo. No que se refere à ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo apoiou-se nos cinco referenciais da bioética, quais sejam: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

## 4 RESULTADOS

Os resultados obtidos fazem referência as respostas de um questionário composto por uma amostra de 49 mulheres, com idade média de 39,4 anos. Através da análise descritiva dos dados é possível perceber com uma frequência de 22,4%, Gráfico 1, que a maioria das pacientes submetidas à cirurgia possuem entre 32 a 36 anos.

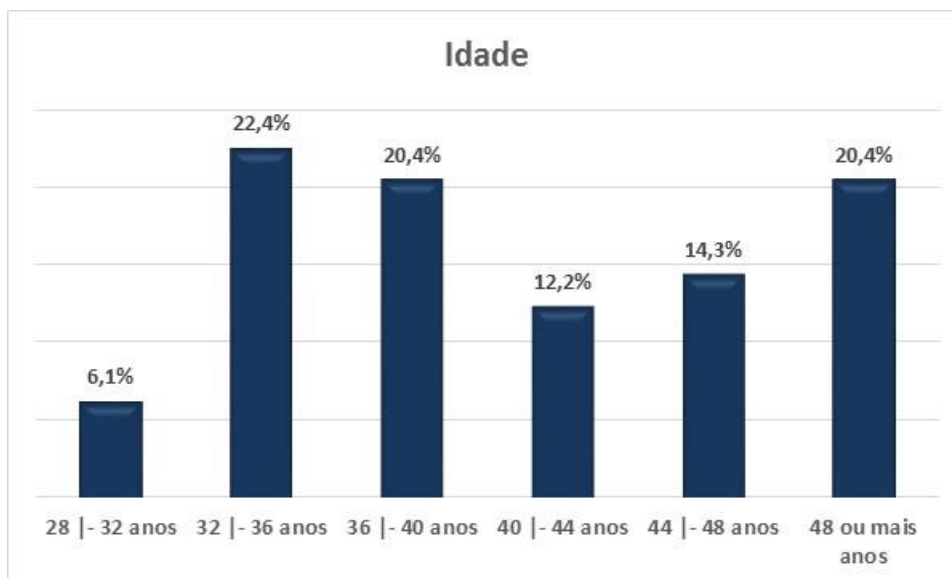
A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas da amostra em estudo, onde as mulheres pesavam em média 116,8 Kg antes do procedimento cirúrgico e após o procedimento cirúrgico a média dos pesos observados das mulheres é de 75,4 Kg, é comprovado estatisticamente pelo teste de *Wilcoxon* que existe diferença significativa entre os pesos, com P-valor < 0,001.

**Tabela 1** - Estatística descritiva da idade e dos pesos pré e pós cirúrgicos. Recife - 2019.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	P-valor
<b>Idade (anos)</b>	39,4	7,0	24	49	
<b>Peso Pré-Cirúrgico (Kg)</b>	116,8	14,7	89	147	
<b>Peso Atual (Kg)</b>	75,4	10,5	55	103	<0,001

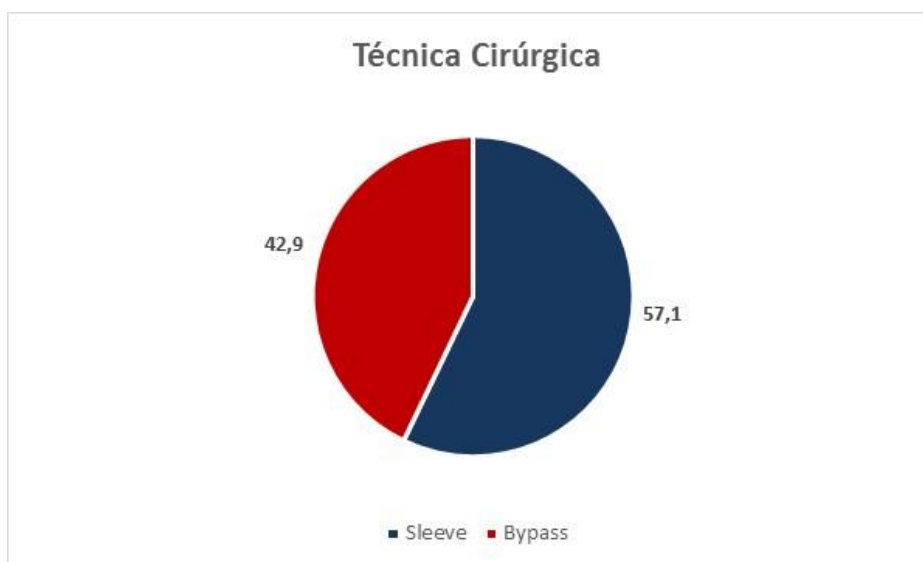
P-valor do teste de Wilcoxon (se p-valor ≤ 0,05) os pesos se diferem significativamente entre o momento pré e pós cirúrgico).

Pode-se observar no Gráfico 1, que a maior frequência de mulheres que realizaram a CB estão entre 32 a 36 anos.



**Gráfico 1** - Perfil da distribuição de frequência das idades por intervalo. Recife, 2019.

De acordo com o Gráfico 2 podemos observar que a técnica cirúrgica mais utilizada nas pacientes estudadas, foi a Sleeve ou gastrectomia vertical com 57,1% dos casos em detrimento da Bypass com 42,9%.



**Gráfico 2** - Perfil da distribuição de frequência das técnicas cirúrgicas. Recife, 2019.

As Tabelas 2 e 3, trazem as frequências e percentuais dos intervalos dos pesos antes e após a cirurgia, respectivamente, das pacientes entrevistadas.

**Tabela 2** - Perfil da frequência dos pesos antes da cirurgia – Recife 2019.

Peso pré-cirúrgico	Frequência	Percentual (%)
89  - 98 Kg	7	14,3
98  - 107 Kg	5	10,2
107  - 116 Kg	10	20,4
116  - 125 Kg	9	18,4
125  - 134 Kg	10	20,4
134  - 143 Kg	6	12,2
143  - 152 Kg	2	4,1

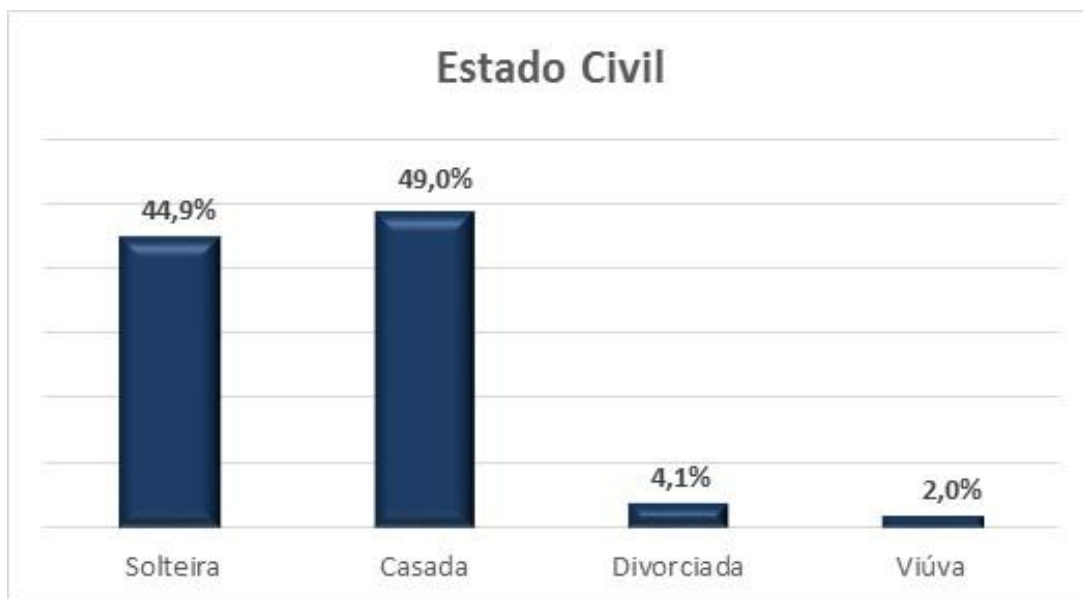
**Tabela 3** - Perfil da frequência dos pesos após a cirurgia – Recife 2019.

Peso atual	Frequência	Percentual (%)
55  - 62 Kg	5	10,2
62  - 69 Kg	7	14,3
69  - 76 Kg	16	32,7
76  - 83 Kg	8	16,3
83  - 90 Kg	8	16,3
90  - 97 Kg	3	6,1
97  - 104 Kg	2	4,1

De acordo com a Tabela 1 que representa as médias de peso antes e após a cirurgia, das pacientes estudadas, observamos uma média de peso antes de 116,8kg e após 75,4kg, obtendo assim uma diferença de 41,4kg de peso em média. Ao compararmos esses resultados com as Tabelas 2 e 3 percebemos essa queda nos intervalos de pesos apresentados após a cirurgia com relação aos apresentados antes.

Analisando o Gráfico 3, que representa os percentuais encontrados com relação ao estado civil, observamos que a maior parte das mulheres são casadas 49%, seguidas das solteiras 44,9%. As divorciadas e viúvas são representadas com 4,1% e 2% respectivamente.





**Gráfico 3** - Perfil da distribuição de frequência em relação ao estado civil das pacientes. Recife, 2019.

Sobre o Gráfico 4, observa-se que a grande maioria informa ter vida sexual ativa, 79,6% e apenas 20,4% não apresenta.



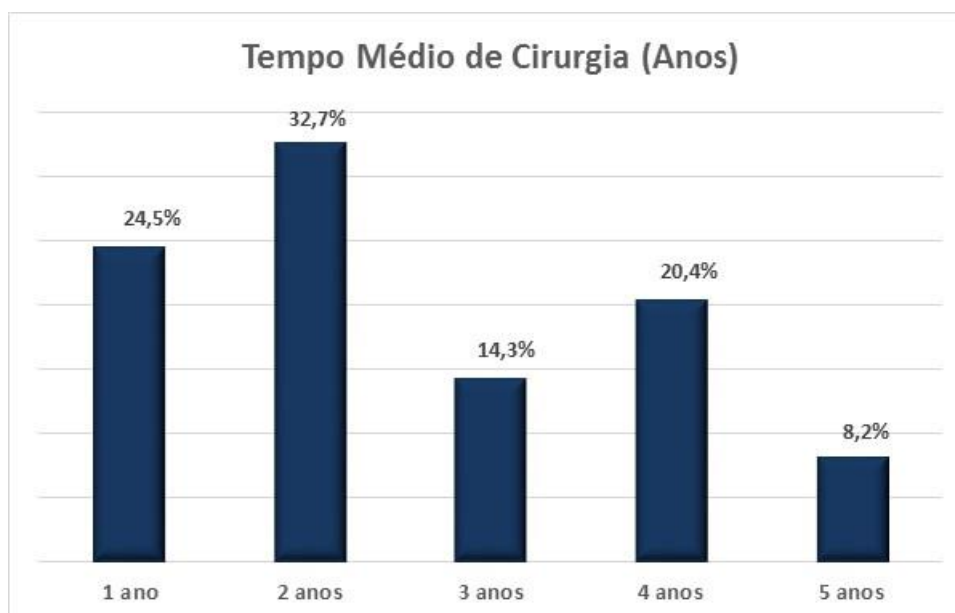
**Gráfico 4** - Perfil da distribuição de frequência em relação a vida sexual das pacientes. Recife, 2019.

Conforme o Gráfico 5, a atividade laboral está presente em 59,2% da amostra e 40,8% não refere.



**Gráfico 5** - Perfil da distribuição de frequência em relação a atividade laboral. Recife, 2019.

Observando o Gráfico 6, temos que de acordo com o tempo médio de cirurgia o maior percentual se encontra com 2 anos 32,7%, seguido de 1 ano 24,5% e com menor percentual as que têm 5 anos 8,2%.



**Gráfico 6** - Distribuição de frequência em relação ao tempo médio de cirurgia (Anos). Recife, 2019.

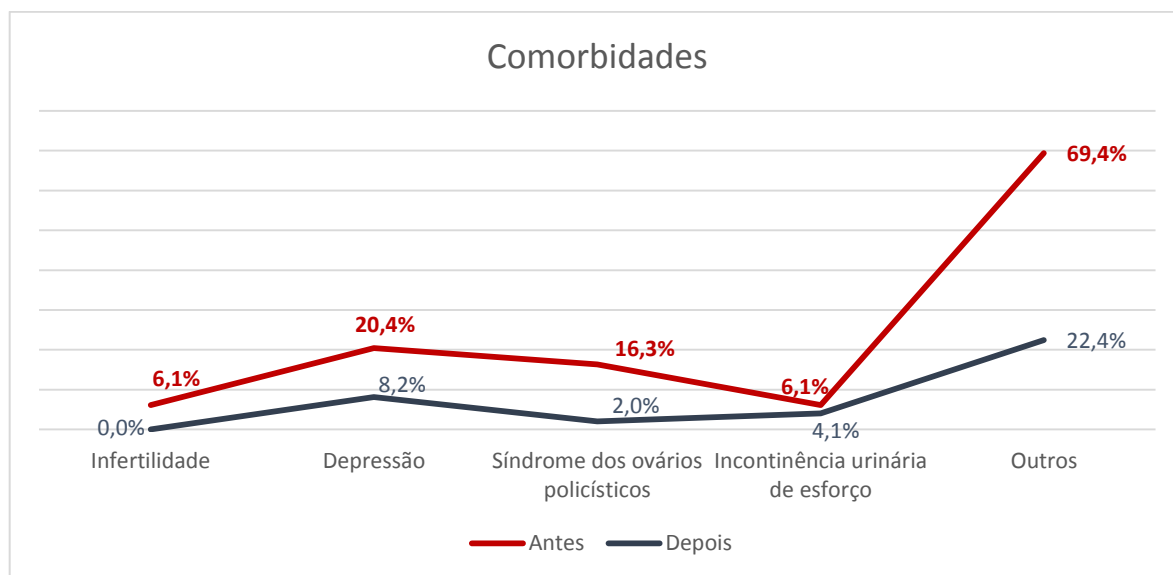
A Tabela 4 identifica a presença de comorbidades antes e após a cirurgia, houve diminuição significativa de todas estudadas, após o procedimento. A Síndrome

dos Ovários Policísticos foi identificada em 16,3% das mulheres antes do procedimento cirúrgico e depois da cirurgia o percentual foi de 2,0%, com P-valor de 0,016, sendo a comorbidade que mais apresentou remissão após a cirurgia.

**Tabela 4** - Análise das principais comorbidades identificadas – Recife 2019.

Comorbidades	Antes	Percentual (%)	Depois	Percentual (%)	P - valor
Infertilidade	3	6,1	0	0,0	0,250
Depressão	10	20,4	4	8,2	0,070
Síndrome dos ovários policísticos	8	16,3	1	2,0	0,016
Incontinência urinária de esforço	3	6,1	2	4,1	1,000
Outros	34	69,4	11	22,4	0,001

De acordo como está demonstrado no Gráfico 7, percebemos que com relação as comorbidades, houve uma diminuição em todas elas após a cirurgia, onde a linha vermelha representa o antes e a azul o depois. Podemos constatar que a Síndrome dos ovários policísticos foi a comorbidade que teve melhor nível de significância estatística, entre as comorbidades citadas, e a incontinência urinária não atingiu P-valor significativo seguida da infertilidade.



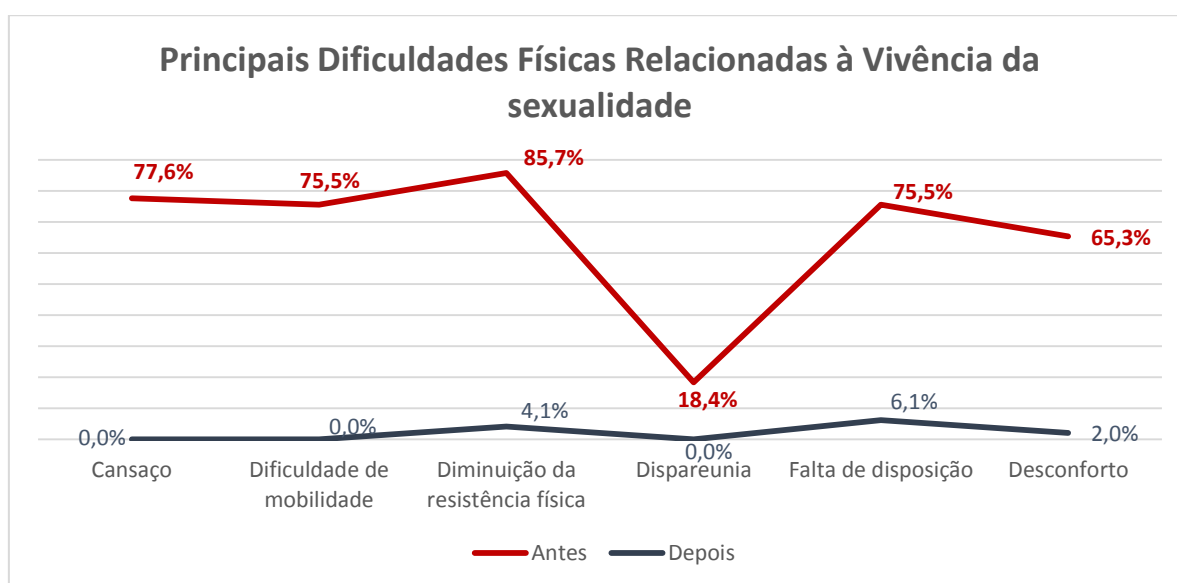
**Gráfico 7** - Distribuição de frequência em relação as comorbidades. Recife, 2019.

A Tabela 5, apresenta informações das principais dificuldades físicas relacionadas à vivência das pacientes na sexualidade. É possível perceber que após a CB houve diminuição estatisticamente significativa em todas as dificuldades citadas, com P-valores  $< 0,05$ . Em relação a diminuição da resistência física o percentual de foi de 85,7%, após o procedimento cirúrgico estas mesmas pacientes apresentaram apenas 4,1% deste problema.

**Tabela 5** - Análise das principais dificuldades físicas relacionadas a vivência na sexualidade - Recife 2019.

Principais Dificuldades Físicas Relacionadas à Vivência da sexualidade	Antes	Percentual (%)	Depois	Percentual (%)	P - valor
Cansaço	38	77,6	0	0,0	0,001
Dificuldade de mobilidade	37	75,5	0	0,0	0,001
Diminuição da resistência física	42	85,7	2	4,1	0,001
Dispareunia	9	18,4	0	0,0	0,004
Falta de disposição	37	75,5	3	6,1	0,001
Desconforto	32	65,3	1	2,0	0,001

Para ilustrar a Tabela 5, já descrita, observamos que através do Gráfico 8, representado por duas linhas, vermelha e azul, onde a vermelha expressa os percentuais antes da cirurgia e a azul depois, temos a visualização de forma mais consistente, através do traçado, da diferença de percentuais antes e após o tratamento cirúrgico.



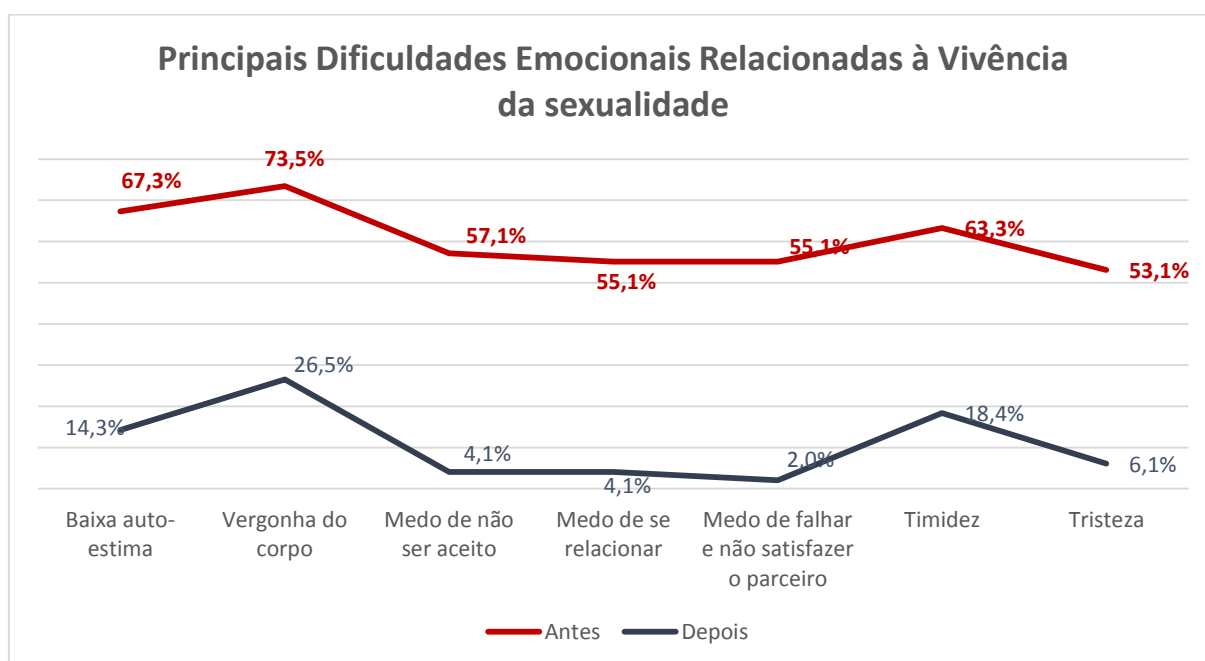
**Gráfico 8** - Distribuição de frequência em relação as dificuldades físicas. Recife, 2019.

A Tabela 6, junto com o gráfico ilustrativo, mostram a análise das principais dificuldades emocionais vivenciadas pelas pacientes, antes e após a cirurgia.

**Tabela 6** - Análise das principais dificuldades Emocionais relacionadas a vivência na sexualidade – Recife 2019.

Principais Dificuldades Emocionais Relacionadas à Vivência da sexualidade	Antes	Percentual (%)	Depois	Percentual (%)	p - valor
Baixa autoestima	33	67,3	7	14,3	0,001
Vergonha do corpo	36	73,5	13	26,5	0,001
Medo de não ser aceito	28	57,1	2	4,1	0,001
Medo de se relacionar	27	55,1	2	4,1	0,001
Medo de falhar e não satisfazer o parceiro	27	55,1	1	2,0	0,001
Timidez	31	63,3	9	18,4	0,001
Tristeza	26	53,1	3	6,1	0,001

De acordo com os dados apresentados foi observado que a obesidade afetava a vivência da prática sexual com sentimento de baixa autoestima, vergonha do corpo, medo de não ser aceito, entre outros sentimentos. Após a cirurgia nota-se uma melhora acentuada dessas dificuldades que diminuíram bastante em números percentuais, como pode ser visto no Gráfico 9.



**Gráfico 9** - Distribuição de frequência em relação as dificuldades emocionais. Recife, 2019.

A diferença percentual das dificuldades emocionais citadas pelas mulheres antes e após a cirurgia foi estatisticamente significativa com diminuição expressiva dos percentuais e evidenciada pelo  $p$ -valores = 0,001.

As tabelas a seguir fazem referência à distribuição de frequência, ou seja, à estatística descritiva dos resultados de cada uma das respondentes ao teste de qualidade de vida Whoqol-bref, divididos nos domínios: físico, psicológico, social e ambiental. A tabela 7, mostra que a grande maioria das mulheres avaliou sua qualidade de vida como boa ou muito boa sendo os percentuais de 22,4% e 63% respectivamente, bem como consideram sua saúde como boa 28,6% e muito boa 57,1%.

**Tabela 7.** Avaliação da Qualidade de Vida e da satisfação com a saúde. Recife, 2019.

Questão	Resposta	Freq.	Percentual (%)	Média	DP	N
<b>1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?</b>	2. Ruim	2	4,1	4,4	0,8	49
	3. Nem boa nem ruim	5	10,2			
	4. Boa	11	22,4			
	5. Muito Boa	31	63,3			
<b>2. Quão satisfeito você está com sua saúde?</b>	2. Ruim	1	2,0	4,4	0,7	49
	3. Nem boa nem ruim	6	12,2			
	4. Boa	14	28,6			
	5. Muito Boa	28	57,1			

A tabela 8 revela que com relação as respostas referentes ao domínio físico, a maioria das respostas foram consideradas boa ou muito boa, com exceção do quesito 3 e 4 onde as facetas nem boa nem ruim, ruim e muito ruim concentraram a maior quantidade de respostas. No entanto, esses quesitos encontram-se com valores das facetas invertidas, 1=5, 5=1, 3=3, 2=4 e 4=2. Dessa forma podemos considerar que todos os quesitos obtiveram respostas boa ou muito boa, em sua maioria.

**Tabela 8.** Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio físico do instrumento Whoqol-bref, de mulheres em idade fértil que realizaram cirurgia bariátrica. Recife, 2019.

Questão	Resposta	Freq.	Percentual (%)	Média	DP	N
<b>3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</b>	1. Muito Ruim	28	57,1	2,0	1,3	49
	2. Ruim	2	4,1			
	3. Nem boa nem ruim	11	22,5			
	4. Boa	5	10,2			
	5. Muito Boa	3	6,1			
<b>4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</b>	1. Muito Ruim	6	12,2	2,9	1,2	49
	2. Ruim	14	28,6			
	3. Nem boa nem ruim	15	30,6			
	4. Boa	7	14,3			
	5. Muito Boa	7	14,3			
<b>10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?</b>	2. Ruim	3	6,1	4,4	0,9	49
	3. Nem boa nem ruim	5	10,2			
	4. Boa	11	22,5			
	5. Muito Boa	30	60,2			
<b>15. Quão bem você é capaz de se locomover?</b>	3. Nem boa nem ruim	2	4,0	4,8	0,5	49
	4. Boa	5	10,0			
	5. Muito Boa	42	84,0			
<b>16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?</b>	1. Muito Ruim	4	8,2	3,8	1,3	49
	2. Ruim	4	8,2			
	3. Nem boa nem ruim	12	24,5			
	4. Boa	8	16,3			
	5. Muito Boa	21	42,8			
<b>17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?</b>	2. Ruim	2	4,1	4,4	0,9	49
	3. Nem boa nem ruim	6	12,2			
	4. Boa	10	20,4			
	5. Muito Boa	31	63,3			
<b>18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?</b>	2. Ruim	2	4,1	4,5	0,8	49
	3. Nem boa nem ruim	4	8,2			
	4. Boa	10	20,4			
	5. Muito Boa	33	67,3			

A tabela 9, também mostra a predominância das respostas, boa e muito boa em todos os quesitos do domínio psicológico, excetuando-se as respostas referentes ao quesito 26, onde também os valores das facetas estão invertidos e, portanto, concentram-se mais nas facetas, nem boa nem ruim, boa e muito boa.

**Tabela 9.** Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Psicológico do instrumento Whoqol-bref de mulheres em idade fértil que realizaram cirurgia bariátrica. Recife, 2019.

Questão	Resposta	Freq.	Percentual (%)	Média	DP	N
<b>5. O quanto você aproveita a vida?</b>	1. Muito Ruim	1	2,0	4,3	0,9	49
	2. Ruim	1	2,0			
	3. Nem boa nem ruim	7	14,3			
	4. Boa	15	30,6			
	5. Muito Boa	25	51,1			
<b>6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</b>	2. Ruim	2	4,1	4,5	0,8	49
	3. Nem boa nem ruim	4	8,2			
	4. Boa	9	18,4			
	5. Muito Boa	34	69,3			
<b>7. O quanto você consegue se concentrar?</b>	2. Ruim	3	6,1	4,2	0,9	49
	3. Nem boa nem ruim	7	14,3			
	4. Boa	18	36,7			
	5. Muito Boa	21	42,9			
<b>11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?</b>	1. Muito Ruim	1	2,0	4,2	0,9	49
	2. Ruim	2	4,1			
	3. Nem boa nem ruim	6	12,2			
	4. Boa	13	26,5			
	5. Muito Boa	27	55,1			
<b>19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?</b>	2. Ruim	5	10,2	4,2	1,0	49
	3. Nem boa nem ruim	4	8,2			
	4. Boa	12	24,6			
	5. Muito Boa	28	57,0			
<b>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b>	1. Muito Ruim	3	6,1	2,8	0,9	49
	2. Ruim	16	32,7			
	3. Nem boa nem ruim	20	40,8			
	4. Boa	8	16,3			
	5. Muito Boa	2	4,1			



Com relação as respostas referentes ao domínio das relações sociais, percebe-se que as participantes continuaram respondendo, como boa e muito boa às perguntas, em sua maior parte, como mostra a tabela 10. Vale salientar que no quesito 21 (Quão satisfeito você está com sua vida sexual?), a faceta nem boa nem ruim, superou a faceta boa.

**Tabela 10.** Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio relações Sociais de mulheres em idade fértil que realizaram cirurgia bariátrica -Recife, 2019.

Questão	Resposta	Freq.	Percentual (%)	Média	DP	N
<b>20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</b>	2. Ruim	1	2,0	4,2	0,8	49
	3. Nem boa nem ruim	8	16,3			
	4. Boa	18	36,7			
	5. Muito Boa	22	44,9			
<b>21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?</b>	1. Muito Ruim	6	12,2	3,7	1,4	49
	2. Ruim	3	6,1			
	3. Nem boa nem ruim	10	20,4			
	4. Boa	7	14,3			
<b>22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</b>	5. Muito Boa	23	46,9	4,3	0,9	49
	1. Muito Ruim	2	4,1			
	3. Nem boa nem ruim	6	12,2			
	4. Boa	10	20,4			
	5. Muito Boa	31	63,3			

A tabela 11, que trata do domínio do meio ambiente mostra que a maioria das respostas se referem às facetas boa ou muito boa, com exceção para o quesito 12 (você tem dinheiro para satisfazer suas necessidades?), onde a maioria das respostas contemplam as facetas nem boa nem ruim, ruim ou muito ruim.

**Tabela 11.** Distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Meio Ambiente de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica – Recife, 2019.

Questão	Resposta	Freq.	Percentual (%)	Média	DP	N
<b>8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?</b>	2. Ruim	2	4,1	4,2	0,8	49
	3. Nem boa nem ruim	7	14,3			
	4. Boa	18	36,7			
	5. Muito Boa	22	44,9			
<b>9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?</b>	2. Ruim	2	4,1	3,9	0,9	49
	3. Nem boa nem ruim	7	14,3			
	4. Boa	18	36,7			
	5. Muito Boa	22	44,9			
<b>12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</b>	1. Muito Ruim	2	4,1	3	0,9	49
	2. Ruim	11	22,4			
	3. Nem boa nem ruim	23	46,9			
	4. Boa	9	18,4			
	5. Muito Boa	4	8,2			
<b>13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?</b>	2. Ruim	2	4,1	4,3	0,8	49
	3. Nem boa nem ruim	7	14,0			
	4. Boa	10	20,4			
	5. Muito Boa	30	61,2			
<b>14. Em que medida você tem oportunidades de realizar atividades de lazer?</b>	1. Muito Ruim	1	2,0	3,9	1,1	49
	2. Ruim	5	10,2			
	3. Nem boa nem ruim	12	24,5			
	4. Boa	10	20,4			
	5. Muito Boa	21	42,9			
<b>23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?</b>	2. Ruim	4	8,2	4,2	3,7	49
	3. Nem boa nem ruim	7	14,3			
	4. Boa	10	20,4			
	5. Muito Boa	28	57,1			
<b>24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</b>	1. Muito Ruim	1	2,0	3,7	1,1	49
	2. Ruim	4	8,2			
	3. Nem boa nem ruim	16	32,7			
	4. Boa	12	24,5			
	5. Muito Boa	16	32,7			
<b>25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</b>	1. Muito Ruim	1	2,0	3,6	1,1	49
	2. Ruim	8	16,3			
	3. Nem boa nem ruim	13	26,5			
	4. Boa	14	28,6			
	5. Muito Boa	13	26,5			

## 5 DISCUSSÃO

A amostra analisada constou com 49 pacientes do sexo feminino incluídas na análise (100%). Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados ao desenho transversal. As aquisições das informações foram interpretadas através do questionário validado *WHOQOL-Bref* acrescidos de perguntas elaboradas pela autora com informações de cunho pessoal e coletas em prontuários médicos das pacientes selecionadas para este estudo. No contexto foram avaliadas 49 pacientes em idade fértil e submetidas a cirurgia bariátrica de 01 a no máximo 05 anos após o procedimento. Os resultados mostraram que as pesquisadas julgaram ter melhorado a QV e a saúde após a cirurgia. Pesquisas apontam que a CB promove diminuição de peso importante e auxilia no tratamento das comorbidades associadas à obesidade. Dentre elas diabetes, hipertensão, dores reumáticas/articulares, apneia do sono, refluxo gastresofágico, entre outras <sup>(65) (66)</sup>.

De acordo com os dados do questionário sócio demográfico, as participantes da pesquisa têm em média 39,4 anos, tal achado corrobora com outros estudos realizados onde a maioria dos pacientes obesos que procura tratamento se encontra nessa faixa etária <sup>(67) (68) (69)</sup>.

No presente estudo observamos uma maior taxa de cirurgias chamadas *Sleeve* com 57,1% em detrimento do *Bypass* 42,9%. O procedimento consiste no grampeamento de parte do estômago, o qual reduz o espaço para o alimento. É feito ainda um desvio do intestino inicial, que proporciona o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essas ações de menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade são o que leva ao emagrecimento, juntamente com o controle do diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial <sup>(70)</sup>.

A gastrectomia vertical é um procedimento considerado restritivo e metabólico e nele o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml) <sup>(70)</sup>. Essa técnica também promove uma considerável perda de peso, quando comparamos à do *Bypass* gástrico e ultrapassa a proporcionada pela banda gástrica ajustável. É uma intervenção que já vem sendo realizada há mais de 20 anos, com bons resultados sobre o controle da hipertensão e da dislipidemia (colesterol e triglicérides). Atualmente o número de cirurgiões que acreditam nos resultados deste

procedimento vem aumentando, inclusive para controle do diabetes. A perspectiva é que em pouco tempo seja a cirurgia mais realizada no Brasil e no mundo. Também conhecida como cirurgia de *Sleeve* ou gastrectomia em manga de camisa <sup>(70)</sup>.

Quanto ao estado civil, o predomínio de mulheres casadas também encontra respaldo na literatura <sup>(68)</sup> e deve-se, possivelmente, ao suporte que a família oferece apoiando a decisão de procurar esse recurso <sup>(69) (71)</sup>.

Podemos observar que um grande percentual da amostra se deu entre mulheres que realizaram a cirurgia até dois anos. Período considerado como “Lua de Mel”, essa fase corresponde aos primeiros 18 meses após a cirurgia, em que a pessoa, em geral, está muito motivada, cumprindo fielmente as orientações do nutricionista, com pouco apetite, sendo alvo de vários elogios sobre sua aparência e realizando atividade física com entusiasmo. No entanto, conforme o tempo vai passando, o apetite vai aumentando, ocorre uma estabilização no peso e as dificuldades emocionais podem retornar juntamente com os velhos hábitos <sup>(72)</sup>. Estudo comprovou que existe uma perda de seguimento progressiva dos pacientes nas consultas médico-cirúrgicas a partir do segundo ano pós-operatório <sup>(73)</sup>.

Percebe-se que, com relação as comorbidades, houve uma diminuição em todas elas após a cirurgia, com destaque para a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) que foi a que teve melhor nível de significância estatística (P-valor= 0,016) quando comparamos o grau de redução após o procedimento, entre as enfermidades citadas. Esse resultado vai em direção a associação da SOP com a obesidade, que está presente em até 2/3 das mulheres obesas e promove mais problemas endócrinos, controle do peso e quadro de infertilidade <sup>(74)</sup>.

Dessa forma, quando a mulher começa a perder peso a tendência de melhora ou até remissão do quadro são evidenciadas. Pesquisas que analisaram a fertilidade de mulheres após a cirurgia bariátrica comprovaram que a perda de peso melhora a fertilidade e a regularidade dos ciclos menstruais na maioria das pacientes estudadas <sup>(75)</sup>.

Observou-se que todos os aspectos físicos e emocionais relacionados com a vivência da sexualidade apresentaram melhora considerável após a cirurgia. Nesse sentido faz-se necessário promover algum método contraceptivo nos primeiros 12 a

18 meses após a cirurgia, esclarecendo os obstetras sobre o alto risco da gravidez nessas pacientes submetidas à cirurgia bariátrica <sup>(76)</sup>.

Corroborando com o resultado do presente trabalho, temos que a dispareunia é a dificuldade física que atinge menor percentual dentre as disfunções sexuais. A diminuição do desejo sexual e a disfunção do orgasmo comprometeram 100% das pacientes; a disfunção de excitação 75%, o vaginismo 50% e a dispareunia 25% <sup>(77)</sup>.

A autoimagem e a sexualidade integram de forma relevante a vida do sujeito, ocupando lugar de destaque para homens e mulheres contemporâneos, bem como nas suas relações. As alterações que possam haver nos aspectos da autoimagem e autoestima, interferem na qualidade de vida como um todo, em particular na sexual <sup>(78)</sup> <sup>(79)</sup>.

As pessoas obesas estão mais expostas ao preconceito e discriminação mesmo entre seus pares, o que pode levar a baixa autoestima, depressão e preconceito. Outra questão é a imposição pelos meios de comunicação social de um estereótipo de beleza que condiz com um corpo magro e saudável, aumentando o estigma e o sentimento de exclusão social no obeso severo, influenciando de forma negativa a vivência sexual desses indivíduos <sup>(80)</sup>.

Tais fatos podem explicar os percentuais mais elevados de dificuldades na vivência da sexualidade física e emocional antes da operação. Após o tratamento cirúrgico houve diminuição dessas dificuldades com consequente melhora na função sexual. Não obstante os resultados positivos após procedimento, todos com significância estatística, observa-se que sobre a pergunta vergonha do corpo foi a que mais obteve queixas 13 mulheres responderam que ainda sentem. Esse achado pode estar ligado a questão da dificuldade de aceitação da autoimagem devido ao excesso de pele que muitas pacientes apresentam ao perder peso.

A partir da análise dos dados obtidos do teste de qualidade de vida, o *WHOQOL-Bref*, foi possível constatar que as respostas aos quesitos gerais, de “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”, foram consideradas boa ou muito boa na maioria das respostas.

Todas as participantes responderam a essas perguntas classificando sua qualidade de vida e satisfação com a saúde como “muito boa/muito satisfeito” 63,3%

e “boa/satisfeito” 22,4% (Tabela 07), ou seja, as respostas foram positivas em 85,7% do total. Tal achado está em acordo com resultados de outro estudo que utilizou o mesmo instrumento, onde as respostas para essas duas questões foram positivas em sua totalidade <sup>(10)</sup>.

Todas as questões, com exceção das questões 3, 4 e 26, são colocadas na direção da qualidade de vida no *WHOQOL-Bref*. Vale ressaltar que no questionário *WHOQOL-Bref* essas questões: Q3, Q4 e Q26, são questões com valores das facetas invertidas, nos quais 1=5, 5=1, 3=3, 2=4 e 4=2. Em função disso, o valor destas três questões é invertido no momento em que se calcula o escore dos domínios ao qual pertencem. No entanto, nas Tabelas 08 e 09, que demonstram a distribuição de frequência das respostas às questões do domínio Físico e do domínio Psicológico, respectivamente, são expostas as respostas Q3, Q4 e Q26 das 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 08, os resultados foram positivos quanto à qualidade de vida dos pacientes, corroborando a hipótese de que as pessoas que sofriam de obesidade, e que passaram por procedimento cirúrgico há pelo menos um ano, apresentam melhora na qualidade de vida neste domínio. A maioria das pacientes classificaram a sua capacidade de locomoção como “muito boa” ou “boa”, confirmando uma das expectativas desses pacientes, que é a de aumentar sua mobilidade <sup>(81)</sup>.

Considerando o que foi esclarecido na questão 3, onde obtivemos a maioria das respostas como positiva, após inversão dos escores, podemos constatar que a dor física não impede as respondentes de fazer o que precisam. Existe uma relação direta entre dor e qualidade de vida <sup>(82)</sup>, que é a “queixa frequente nos relatos de indivíduos com obesidade severa” <sup>(83)</sup>.

Ainda de acordo com a Tabela 08, que apresenta as análises de frequência da opinião das obesas em relação a capacidade de realização após a cirurgia. Observou-se que a maioria se encontra satisfeita com a sua capacidade de desempenhar atividades do dia a dia, tendo considerado como boa 20,4% e muito boa 63,3%. Sendo assim, em relação a capacidade de realizar coisas, evidenciou-se no pós-operatório que a maioria se apresenta satisfeita.

Do mesmo modo, em relação ao trabalho, percebe-se que 20,4% estão satisfeitas e 67,3%, estão muito satisfeitas quanto a sua capacidade para tal atividade.

Possivelmente isto se justifica pela melhora em outros aspectos de sua vida, como o aumento da mobilidade, o aumento da energia para o dia a dia e da qualidade do sono. Diante disso a possibilidade de obter melhora da capacidade de desempenhar as atividades cotidianas e da capacidade para o trabalho tendem também a aumentar.

No que diz respeito ao domínio o psicológico Tabela 09, obtivemos resultados positivos com referência às facetas boa ou muito boa. No entanto na questão 26 que cita a frequência em que se tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, notou-se que a maioria das respostas foram direcionadas para as facetas neutra (nem boa nem ruim) e negativas (ruim ou muito ruim). Esse achado, referente a sentimentos negativos pode ser, entre outros fatores, causa para a falta de concentração <sup>(71)</sup>.

Dessa forma entendemos que o tratamento da obesidade necessita de um acompanhamento multidisciplinar onde a saúde mental deve ter destaque importante nessa ressignificação de um novo corpo e até mesmo de uma nova vida.

Os aspectos positivos foram àqueles relacionados a questão 11, onde traz a capacidade de aceitar sua aparência física, a questão 19 que aborda o grau de aceitação consigo mesmo e a do sentido da vida, a questão 6. Nesses quesitos tivemos que mais de 80% disseram estar satisfeitas ou muito satisfeitas. Esses aspectos podem provocar uma alteração positiva no sentido da valorização da auto-imagem, do autoconceito e, conseqüentemente, da autoestima do sujeito, corroborando com resultados de outros estudos <sup>(48) (49) (84)</sup>.

Com Relação ao domínio social encontramos que a maioria das entrevistadas consideraram suas relações sociais como boa ou muito boa Tabela 10, tal comportamento traduz um elevado grau de satisfação neste âmbito. A melhora da QV nessa área reforça o que encontramos na literatura, que a obesidade gera prejuízos nas relações sociais, pois os obesos enfrentam discriminação e pré-conceito em diversas áreas. 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 <sup>(81)</sup>.

Por fim segue-se a análise do domínio do Meio Ambiente Tabela 11, onde a tendência de resultado positivo para QV continua sendo percebida, porém vale ressaltar que no quesito 12, que fala de dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, observamos que houve um equilíbrio das respostas, com a quantidade dos resultados negativos (faceta 1 e 2) e positivos (facetas 4 e 5) praticamente equivalentes. A maioria das mulheres relataram estar satisfeitas com sua segurança na vida diária, com as condições do local onde moram, com o acesso aos serviços de saúde, com o meio de transporte que costumam utilizar e com as oportunidades de lazer. Foi possível constatar, portanto, que percentual relevante delas estão pouco satisfeitas no que se refere a ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, 4,1% responderam ruim e 22,4% muito ruim. Considerando que estamos tratando com população usuária do SUS, onde geralmente são atendidas as camadas menos favorecidas da sociedade, podemos inferir tal justificativa.

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 doenças associadas <sup>(85)</sup>.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar que, devido a demanda de mulheres que se submetem à cirurgia bariátrica ser maior que a dos homens, além da maior parte dessas mulheres se encontrar em faixa etária que corresponde à idade fértil, faz-se necessário um tratamento mais específico para esse público. Uma vez que, são pacientes que apresentam necessidades singulares por serem mulheres em idade fértil. Também foi possível identificar, dentre as comorbidades estudadas, a que teve maior grau de remissão após o tratamento cirúrgico, que foi a Síndrome dos Ovários Policísticos, seguida da depressão e da infertilidade.

Para tanto torna-se indispensável o acompanhamento multidisciplinar realizado por uma equipe treinada e capacitada para fazê-lo, com atenção para todos os aspectos envolvidos às necessidades do sujeito, tais como: físicas, emocionais, sociais e ambientais. Onde percebe-se que a equipe multidisciplinar é de extrema importância para o acompanhamento e tratamento dessas mulheres.

Nesse sentido observamos que, para esse grupo específico, a inserção do acompanhamento do profissional ginecologista pode estar indicada, para que junto com os demais profissionais, cirurgião, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, anestesista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, dentre outros, possa direcionar melhor o tratamento. Como exemplo podemos citar: a indicação da cirurgia através do diagnóstico das comorbidades ligadas à saúde da mulher, contracepção antes da cirurgia e após por pelo menos 1 ano e seguimento no pós-operatório com tratamento de eventuais disfunções sexuais. Embora tenha sido comprovado pelo estudo que houve melhora nas dificuldades relacionadas à vivência da sexualidade, tanto na área física quanto na emocional.

Também destaca-se a importância de se fomentar mais pesquisas sobre o tema, tendo em vista que, apesar de haver diversos trabalhos sobre QV após a cirurgia bariátrica, ainda são escassos os que abordam esse público de mulheres em idade fértil. Não sendo encontrado na busca realizada na literatura nacional e internacional nenhum que tivesse estudado o assunto específico.

As limitações do estudo consistem no tipo corte transversal e descritivo, bem como na quantidade da amostra que foi de 49 mulheres, onde enfrentamos

dificuldades para captar essas pacientes no seguimento do pós-operatório. Tal dificuldade pode ter se dado pela superação do período considerado “lua de mel”, bem como questões de cunho social e financeiro para se deslocar ao serviço, dado que constatamos como uma das dificuldades relatadas no questionário, não ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. O que sinaliza para a construção de políticas públicas que possam fornecer maior suporte social aos pacientes bariátricos.

A pesquisa pode contribuir para avaliar a QV das pacientes, mulheres em idade fértil, que se submetem à CB através do SUS no estado de Pernambuco. O estudo também pode estimular a realização de pesquisas mais complexas com o tema proposto.

Por fim, estes resultados também contribuem para o planejamento da assistência à saúde, e em particular de enfermagem, visto que é esse profissional que realiza o acolhimento inicial aos pacientes que procuram o serviço para ingressar no programa de cirurgia bariátrica do Hospital das Clínicas – UFPE, antes e após o procedimento. Também contribui para educação em saúde e para o enfrentamento das eventuais complicações.

## 7 CONCLUSÕES

A Qualidade de Vida das mulheres em idade fértil avaliadas pelo estudo após a cirurgia bariátrica, foi considerada boa ou muito boa pelo escore do questionário Whoqol-Bref em todos os domínios estudados, quais sejam: físico, emocional, social e ambiental. Podemos concluir que a cirurgia bariátrica promove uma boa qualidade de vida às mulheres em idade fértil, diminuindo as comorbidades que eram portadoras e trazendo benefícios para sexualidade nos âmbitos físicos e emocionais. Evidenciou-se a comorbidade que mais apresentou remissão significativa após o procedimento, que foi a Síndrome dos Ovários Policísticos. Também observou-se que a média da idade das mulheres foi de 39,4 anos, sendo a maioria: casada (49,0%), vida laboral (59,2%) e sexual (79,6%) ativas, com média de 2 anos após o procedimento (32,7%) e obtiveram perda de peso significativa após a cirurgia. Todas as dificuldades físicas e emocionais reladas pelas entrevistadas, antes da cirurgia, apresentaram melhora ou desapareceram após o tratamento cirúrgico com significância estatística.

## REFERENCIAS

1. Norman, R. J., Noakes, M., Wu, R., Davies, M. J., Moran, L., & Wang, J. X. Improving reproductive performance in overweight/obese women with effective weight management. *Human reproduction update*, 10(3), 2004: 267-280.
2. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. [ABESO]. [Acesso 23 Mai 2018]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.
3. Escritório Regional da FAO para a América Latina e o Caribe. Sobrepeso e obesidade aumentam no Brasil segundo relatório da FAO e OPAS | FAO [Internet]. [acesso 23 Mai 2018]. Disponível em: <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/pt/c/466066>.
4. Hörchner R, Schweitzer D. Evaluation of Weight Loss Failure, Medical Outcomes, and Personal Experiences after Roux-en-Y Gastric Bypass: A Critical Analysis. *ISRN obesit*.2013; 2013:1–6.
5. Farias G, Thieme RD, Teixeira LM, Heyde ME, Bettini S, Radominski R. Nutrición Hospitalaria Trabajo Original. *Nutr Hosp*. 2016;33(5):1108–15.
6. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. Entenda melhor como a Cirurgia Bariátrica funciona. [acesso 23 Mai 2018]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/entenda-melhor-como-a-cirurgia-bariatrica-funciona/>
7. Edison E, Whyte M, van Vlymen J, Jones S, Gatenby P, de Lusignan S, Shawe J. Bariatric Surgery in Obese Women of Reproductive Age Improves Conditions That

- Underlie Fertility and Pregnancy Outcomes: Retrospective Cohort Study of UK National Bariatric Surgery Registry (NBSR). *Obes Surg*. 2016; 26(12):2837–42.
8. Ministério da Saúde. [Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006] Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - Elaboração distribuição e informações: Ministério da Saúde. 2009. [acesso 23 Mai 2018]. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf).
9. Chor J, Chico P, Ayloo S, Roston A, Kominiarek MA. Reproductive health counseling and practices: A cross-sectional survey of bariatric surgeons. *Surg Obes Relat Dis*. 2015;11(1):187–92.
10. Sousa KO, & Johann RLVO. (2017). Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. *Psicologia Argumento*, 2017; 32(79) 155–64.
11. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. CFM aumenta rol de comorbidades para indicação de Cirurgia Bariátrica para pacientes com IMC entre 35kg/m<sup>2</sup> e 40kg/m<sup>2</sup> -]. [acesso em 04 jul 2018]. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/cfm-aumenta-rol-de-comorbidades-para-indicacao-de-cirurgia-bariatrica-para-pacientes-com-imc-entre-35kgm2-e-40kgm2/>.
12. Burns EM, Naseem H, Bottle A, Lazzarino AI, Aylin P, Darzi A, Faiz O. Introduction of laparoscopic bariatric surgery in England: Observational population cohort study. *BMJ*. 2010;341(7772):546.
13. Wu W, Anderson PJ, Rochon PA. Clinician ' S Corner. 2008;300(22):2647–62.
14. World Health Organization. Global strategy and diet, physical activity and health. Obesity and Overweight: WHA57. Geneva: WHO, 2004
15. World Health Organization. Obesity. Geneva: WHO, 2011.

16. Centers of Disease Control and Prevention. Overweight and obesity. 2013.  
Disponível em: <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html>
17. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: Síntese dos indicadores 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
18. Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15:278-84.
19. Souza SA, Silva AB, Cavalcante UMB, Lima CMBL, Souza TC (2018). Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34, e00161417.
20. VIGITEL BRASIL 2016.
21. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, McGuckin BG, Brill C, Mohammed BS, Szapary PO, Rader DJ, Edman JS, Klein S, A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity, *New Engl J Med* 348:2082, 2003.
22. Halpern A, Mancini MC. Treatment of obesity: an update on antiobesity medications. *Obes Rev*, 2003; 4:25-42
23. Colquitt JL, Picot J, Loveman. Surgery and Obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 15(2):CD003641.
24. Lundell L. Principles and results of bariatric surgery. *Dig Dis* 2012; 30(2):173-177.
25. Ginsberg GG, Chand B, Cote GA, Dallal RM, Edmundowicz SA, Nguyen NT, Thompson CC. A pathway to endoscopic bariatric therapies. ASGE/ASMBS Task Force on Endoscopic Bariatric Therapy. *Gastrointestinal endoscopy*, 2011; 74(5), 943-953.

26. Rubino F, Marescaux J. Effect of duodenal-jejunal exclusion in a non-obese animal model of type diabetes: a new perspective for an old disease. *Am Surg*, 2004; 239:1.
27. Rubino F, Gagner M. The early effect of the Roux-en-Y gastric bypass on hormones involved in body weight regulation and glucose metabolism. *Am Surg* 2004
28. Paula AL, Macedo ALV, Prudente AS. Laparoscopic treatment of type 2 diabetes mellitus for patients with a body mass index less 35. *Surg Endosc*, 2008; 22:706-16.
29. Conselho Federal de Medicina. [FCM]. CFM divulga critérios exigidos para a realização de cirurgia metabólica no País. Disponível em:  
[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27326:2017-12-07-18-00-22&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27326:2017-12-07-18-00-22&catid=3).
30. Elias AA, Oliveira MR, Campos JM, Sasake WT, Bandeira AA, Silva LB, Paiva LDS. Cirurgia bariátrica robótico-assistida: análise de série de casos e comparação com via laparoscópica. *Rev Col Bras Cir*, 45(3), 2018; e1806-e1806.
31. Campos JM, Galvão Neto MP, Ramos A, Dib, R. Endoscopia bariátrica terapêutica. Rio de Janeiro, 2014.
32. Fobi MAL, Fleming AW. Vertical banded gastroplasty vs gastric bypass in the treatment of obesity. *J Nat Med Assoc*. 1986; 78:1091-6
33. Capella RF, Capella J, Mandac H, Nath P. Vertical banded gastroplasty – gastric bypass. *Obes Surg*. 1991; 1:129.
34. Baltasar A, Serra C, Perez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg*. 2005; 15(8):1124-8
35. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, (2014); 27(2).

36. Pedrosa IV, Burgos MG, Souza NC, Morais CN. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(4):316-22
37. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PC. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164-74
38. Forcina DV, Almeida BO, Ribeiro-Júnior MA. Papel da cirurgia bariátrica no controle do Diabetes Mellito Tipo II. *ABCD Arq Bras Cir Digestiva.* 2008;21(3):130-2
39. Melo IT, São-Pedro M. Dor musculoesquelética em membros inferiores de pacientes obesos antes e depois da cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Digestiva.* 2012; 25(1):29-32.
40. Ribeiro JL. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Cruz JP, Jesus SN, Nunes C. *Bem-estar e qualidade de vida.* 2009; 31-49.
41. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Longterm health-related quality of life in bariatric surgery patients: a systematic review and meta-analysis.
42. Castanha CR. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Obesity [Silver Spring].* 2016 ;24(1):60-70.
43. Duarte MI, Bassitt DP, Azevedo OC, Waisberg J, Yamaguchi N, Pinto-Junior PE. Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded Roux-en-Y gastric bypass. *Arq Gastroenterol.* 2014;51(4):320-7.
44. Puzziferri N, Austrheim-Smith IT, Wolfe BM, Wilson SE, Nguyen NT. Three-year follow-up of a prospective randomized trial comparing laparoscopic versus open gastric bypass. *Ann Surg.* 2006; 243(2):181-8.



45. Schauer PR, Ikramuddin S, Gourash W, Ramanathan R, Luketich J. Outcomes after laparoscopic Rouxen- Y gastric bypass for morbid obesity. *Ann Surg.* 2000; 232(4):515-29.
46. Kolotkin RL, Binksv M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 2006; 14(3), 472-479.
47. Prevedello, C. F., Colpo, E., Mayer, E. T., & Copetti, H. (2009). Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. *Arq gastroenterol.* *Obesity*, 2006; 46(3), 199-203.
48. Hachem A, Brennan L. Quality of life outcomes of bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg.* 2016;26(2):395-409.
49. Costa RC, Yamaguchi N, Santo MA, Riccioppo D, Pinto-Junior PE. Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after Roux-en-Y gastric bypass. *Arq Gastroenterol.* 2014;51(3):165-70.
50. Carvalho LA, Pires RCCP, Rebelo TJ, Silva L. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG. *Rev Univ Val do Rio Verde.* 2013;11(1):195-205.
51. Barros LM, Frota NM, Moreira RAN, Araújo TM, Caetano JA. Assessment of bariatric surgery results. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(1):21-7.
52. Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roehr WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev latino-amenferm.* 2000;8(3):84-90.
53. van Swieten EC, van der Leeuw-Harmsen, L Badings EA, van der Linden PJ. Obesity and clomiphene challenge test as predictors of outcome of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Gynecologic and obstetric investigation*, 59(4), 2005; 220-224.

54. Bellver J, Melo MA, Bosch E, Serra V, Remohí J, Pellicer A. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium. *Fertility and sterility*, 88(2), 2007; 446-451.
55. Obesity and reproduction: A committee opinion, [ASRM]. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril*. 2015; 104:1116-26
56. Santana LF, Ferriani RA, Sá MFSD, Reis RMD. Tratamento da infertilidade em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. *Ver. Bras. Ginec. Obstet.*, 30(4), 2008; 201-209.
57. Costello MF, Ledge WL. Evidence-based management of infertility in women with polycystic ovary syndrome using surgery or assisted reproductive technology. *Womens Health (Lond)*. 2012 May;8(3):291-300.
58. MACHADO JUNIOR, A. D. S. Efeito da cirurgia bariátrica no perfil hormonal das portadoras da síndrome de ovários policísticos. 2016.
59. Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhans B, Ditzen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):61-8.
60. Hintze LJ, Bevilacqua CA, Pimentel EB, Junior NN. Cirurgia bariátrica no Brasil. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 20(3/4), 2012; 87-98.
61. Almeida FN, Barreto ML. Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações. MOTA, E; KERR, L. RF Medidas de Ocorrência de Doenças, Agravos e Óbitos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013; 95-111.
62. Organização Mundial de Saúde. Whoqol- Abreviado - versão em Português. (M. P. de A. Fleck, Trad.) 1998.

63. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. de Saúde Públ., 34(2), 2000; 178-83.
64. Vieira S. Introdução à bioestatística. Elsevier Brasil, 2015.
65. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, Sullivan M. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. Engl J Med., 2004; 351(26), 268-393.
66. Geloneze B, Pareja, JC. Cirurgia bariátrica cura a síndrome metabólica?. Arq Bras de Endocrinol & Metab 2006; 50(2); 400-7.
67. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. Obesidade mórbida em mulheres: Estilos alimentares e qualidade de vida. Archivos Latino americanos de Nutrición, 2001; 4(51), 359-365.
68. Oliveira JHA, Yoshida EMP. Avaliação psicológica de obesos graus III antes e depois de cirurgia bariátrica. Psicologia Reflexão e Crítica, 2009; 22(1), 12-19.
69. 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.
70. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 05 Out 2017]. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/tecnicas-cirurgicas/>
71. Vasconcelos PO, Neto, SBC. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. Psico, 2008;39(1), 58-65.
72. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. [ABESO]. REGANHO DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA, O QUE FAZER?

[acesso em 20 Jun 2016]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.

73. Belo, G. D. Q. M. B., SIQUEIRA, L. T. D., MELO FILHO, D. A. A., KREIMER, F., RAMOS, V. P., & FERRAZ, Á. A. B. (2018). Predictors of poor follow-up after bariatric surgery. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2018; 45(2).
74. Franks S. Polycystic ovary syndrome. *Engl J Med*, 1995; 333(13), 853-861.
75. Nelson SM, Fleming R. Obesity and reproduction: impact and interventions. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2007; 19(4), 384-389.
76. Beard JH, Bell RL, Duffy AJ. Reproductive considerations and pregnancy after bariatric surgery: current evidence and recommendations. *Obesity surgery*, 2008; 18(8), 1023-1027.
77. Bedone RMV. Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres obesas (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo) Faculdade de Medicina; 2013 [acesso 29-01-2019]. doi: 10.11606/D.5.2014.tde-31032014-160420.
78. Barroqueiro RSB. Sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica [dissertação]. São Luis: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde 2009.
79. Costa RFD, Machado SDC, Cordás TA. (2010). Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiquiatria Clínica*, 2010; 37(1), 27-31.
80. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2010; 20, 443-457.
81. Moliner, J. Rabuske MM. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2008; 10(2), 44-60.

82. Barofsky I, Fontaine KR, Cheskin LJ. Qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas obesas em busca de tratamento. *Journ. of Family Pract.* 43,3 (Set. 1996): p265 +.
83. Lucena, AA. 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, 2008;16.
84. Barros LM, Moreira RAN, Frota NM, Caetano JÁ. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. *Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963*, 2013; 7(5), 1365-1375.
85. Devlin MJ, Yanovski SZ, Wilson GT. Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157(6), 854-866.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.***\*Obrigatório***1. IDADE?**

---

**2. ESTADO CIVIL?**

---

**3. VIDA SEXUAL ATIVA?***Marcar apenas uma oval.*☐

SIM

☐

NÃO

**4. ATIVIDADE LABORAL?***Marcar apenas uma oval.*☐

SIM

☐

NÃO

**5. PESO PRÉ-CIRÚRGICO?**

---

**6. PESO ATUAL?**

---

**7. TEMPO MÉDIO DE CIRURGIA (ANOS)?**

---

**8. TÉCNICA CIRÚRGICA?**

---

**9. COMORBIDADES ANTES DA CIRURGIA?***Marque todas que se aplicam.*☐

DEPRESSÃO

☐

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

☐

INFERTILIDADE

☐

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

☐

OUTROS:

**10. COMORBIDADES APÓS A CIRURGIA?**

Marque todas que se aplicam.

- ☐ DEPRESSÃO
- ☐ SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS
- ☐ INFERTILIDADE
- ☐ INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO
- ☐ OUTROS:

**11. PRINCIPAIS DIFICULDADES FÍSICAS E EMOCIONAIS RELACIONADAS À VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE. Físicas:**

Marque todas que se aplicam.

	ANTES	DEPOIS
CANSAÇO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULDADE DE MOBILIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA FÍSICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPAREUNIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FALTA DE DISPOSIÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESCONFORTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. PRINCIPAIS DIFICULDADES FÍSICAS E EMOCIONAIS RELACIONADAS À VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE. Emocionais:**

Marque todas que se aplicam.

	ANTES	DEPOIS
BAIXA AUTO-ESTIMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERGONHA DO CORPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDO DE NÃO SER ACEITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDO DE SE RELACIONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDO DE FALHAR E NÃO SATISFAZER O PARCEIRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIMIDEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRISTEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "muito ruim"; 2 para "ruim"; 3 para "nem boa nem ruim"; 4 para "boa" ou 5 para "muito boa"**

Marque todas que se aplicam.

	1	2	3	4	5
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "muito insatisfeito"; 2 para "insatisfeito"; 3 para "nem satisfeito nem insatisfeito"; 4 para "satisfeito" ou 5 para "muito satisfeito" \***

Marque todas que se aplicam.

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As perguntas a seguir são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

15. **Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "nada"; 2 para "muito pouco"; 3 para "mais ou menos"; 4 para "bastante" ou 5 para "extremamente" \***

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O quanto você aproveita a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O quanto você consegue se concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As questões seguintes perguntam sobre o quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.**

---

16. **Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "nada"; 2 para "muito pouco"; 3 para "médio"; 4 para "muito" ou 5 para "completamente" \***

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As questões seguintes perguntam sobre o quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

---

17. **Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "muito ruim"; 2 para "ruim"; 3 para "nem ruim nem bom"; 4 para "bom" ou 5 para "muito bom" \***

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5
Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. **Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "muito insatisfeito"; 2 para "insatisfeito"; 3 para "nem satisfeito nem insatisfeito"; 4 para "satisfeito" ou 5 para "muito satisfeito" \***

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.**

---

19. **Você deve marcar 1 caso sua resposta seja "nunca"; 2 para "algumas vezes"; 3 para "frequentemente"; 4 para "muito frequentemente" ou 5 para "sempre" \***

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO



*UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE*

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**

### ANEXO I

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL, APÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ana Paula Pereira dos Santos Vieira, Avenida Moraes Rego, s/n, Hospital das Clínicas – Bloco A –térreo – Cidade Universitária – CEP. 50.670-420 – Recife - PE – Telefone: (81) 21263510 - E-mail para contato do pesquisador responsável : [anapaula\\_psv@hotmail.com](mailto:anapaula_psv@hotmail.com) e está sob a orientação de Flávio Kreimer, Telefone: (81) 2126 3510, e-mail: [flaviokreimer@gmail.com](mailto:flaviokreimer@gmail.com).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos foram dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

O **objetivo principal** do estudo é avaliar a qualidade de vida em mulheres com idade fértil após-cirurgia bariátrica, acompanhadas no ambulatório de Cirurgia de Obesidade do Hospital das Clínicas-UFPE.

Buscando com isso identificar a prevalência das principais comorbidades, tais como: incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade, síndrome dos ovários policísticos e depressão, apresentadas pelas mulheres e que foram controladas ou desapareceram após a cirurgia, associando-as com a melhoria na Qualidade de Vida delas; o índice de fertilidade e diminuição de agravos com relação aos aspectos reprodutivos, emocionais, sociais, bem como fatores associados à Qualidade de Vida, a saber: dor pélvica, dispareunia, endometriose, abstinência sexual e isolamento social. Por fim, Propor ações para aperfeiçoar o acompanhamento dessas pacientes após a cirurgia em questão.

**Riscos:** Por se tratar de pesquisa com aplicação de questionário e consulta de prontuário o risco oferecido será causado por possível constrangimento às pacientes entrevistadas devido ao conteúdo pessoal das perguntas. Tal constrangimento será minimizado com o zelo na formulação das questões e na forma de aplicação do questionário, os quais primam pelo respeito ao ser humano em sua individualidade.

**Benefícios:** Fornecer dados que respaldam os benefícios da cirurgia bariátrica em mulheres obesas em idade fértil, no sentido de oferecê-las uma assistência à saúde cada vez mais integral, a partir dos resultados obtidos. Nesse sentido, esperamos propor ações de acompanhamento à saúde dessas mulheres após a cirurgia em questão, através das possíveis análises e inferências dos dados.

**Período da pesquisa:** início em setembro de 2017 e se encerrará em setembro de 2018. Só será iniciada mediante autorização do comitê de ética em humanos, CCS-UFPE.

### **ATENÇÃO:**

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa mediante entrevista ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e orientadores, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do **ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL, APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Impressão digital

(opcional)

Recife, \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário e/ou responsável em participar.**

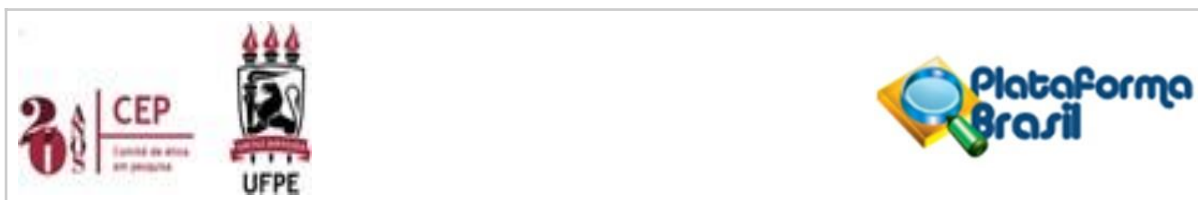
(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome:

**Assinatura:**

Nome:

**Assinatura:**



## **ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL, APÓS- CIRURGIA BARIÁTRICA

**Pesquisador:** ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69256217.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.224.171

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma dissertação da mestranda Ana Paula Pereira dos Santos Vieira, do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Prof. Dr. Flávio Kreimer. O estudo será realizado no ambulatório de cirurgia geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. O presente estudo será do tipo corte transversal, retrospectivo entre 2012 a 2015, descritivo com abordagem quantitativa. Serão analisadas 100 pacientes em pós-operatório de gastrectomia vertical e Derivação Gástrica em Y de Roux quando, após identificação do paciente, será preenchido o protocolo com seus dados. Como critérios de inclusão, o estudo elencou os pacientes entre 18 e 49 anos, do sexo feminino, e que tenham realizado o procedimento cirúrgico há dois e cinco anos. Entre os critérios de exclusão, estariam as pacientes que apresentarem alcoolismo ou dependência química a outras drogas; distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio; Possuir IMC 34,9kg/m<sup>2</sup> e 61kg/m<sup>2</sup>; em pós-operatório 2 anos e a 5 anos; pacientes submetidos à cirurgia revisional. A coleta de dados será feita através de entrevista dirigida e por meio da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas e abordando os aspectos físicos, psicológicos e sociais envolvidos. Para análise dos dados será criado um banco de dados no programa EPI INFO, versão 3.5.2, o qual será exportado para o software SPSS, versão 18. O estudo adotará um índice de confiança de 95%.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Os pesquisadores descrevem como objetivo primário: Avaliar a qualidade de vida em mulheres com idade fértil após-cirurgia bariátrica, acompanhadas no ambulatório de Cirurgia de Obesidade do Hospital das Clínicas-UFPE.

E, no projeto detalhado e TCLE, colocam como objetivos secundários:

Identificar a prevalência das principais comorbidades, tais como: incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade, síndrome dos ovários policísticos e depressão, apresentadas pelas mulheres e e que foram controladas ou desapareceram após a cirurgia, associando-as com a melhoria na QV delas.



Identificar o índice de fertilidade, e diminuição de agravos com relação aos aspectos reprodutivos, emocionais, sociais, bem como fatores associados à QV, a saber: Dor pélvica, dispaurenia, endometriose, abstinência sexual e isolamento social.

Propor ações para otimizar o acompanhamento dessas pacientes após a cirurgia em questão.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os autores elencam como benefícios fornecer dados que respaldem os benefícios da cirurgia bariátrica em mulheres obesas em idade fértil no sentido de oferecê-las uma assistência à saúde cada vez mais integral, a partir dos resultados obtidos. Nesse sentido, os autores esperam propor ações de acompanhamento à saúde dessas mulheres após a cirurgia em questão, através das possíveis análises e inferências dos dados. E consideram como risco, por se tratar de pesquisa com aplicação de questionário e consulta de prontuário, o constrangimento às pacientes entrevistadas, devido ao conteúdo pessoal das perguntas. Tal constrangimento será minimizado com o zelo na formulação das questões e na forma de aplicação do questionário, os quais primarão pelo respeito ao ser humano em sua individualidade.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo revela-se importante em virtude do aumento do escopo de estudos que avaliem QV das mulheres em idade fértil, pós-cirurgia bariátrica, assim como das comorbidades ginecológicas associadas à obesidade como critérios para a cirurgia bariátrica, e sua relação com a qualidade de vida entre mulheres em idade fértil. O estudo alertará profissionais para que estejam preparados para diagnosticar e reconhecer, respectivamente, a necessidade de encaminhar essas pacientes ao serviço de cirurgia bariátrica, consolidando a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de Rosto - Adequada. 2. Carta de Anuência - Adequada.

TCLE - Adequado.

Currículos dos pesquisadores - Adequados.

Projeto Detalhado - Adequado.

O termo de Confidencialidade - Adequado.

Cronograma - Adequado.

Orçamento - adequado

Declaração de Autorização de Uso de Dados - Adequado.

**Recomendações:**

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo foi avaliado como APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas Do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO PROJETO 821000.pdf	14/08/2017 11:27:59	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_PENDENCIAS.docx	14/08/2017 11:24:49	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Autorizacao_de_uso_de dados.pdf	14/08/2017 11:24:00	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_SAME.pdf	14/08/2017 11:23:42	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/08/2017 11:23:29	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_COR RIGIDO.pdf	14/08/2017 11:23:13	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
---	----------------------------------	---------------------	-------------------------------------	--------

Outros	confidencialidade.pdf	02/06/2017 10:39:00	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Outros	declaracaodevinculo.pdf	02/06/2017 09:44:57	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Outros	cartaanuenciadoservico.pdf	02/06/2017 09:44:21	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Outros	lattespesquisadorprincipal.pdf	02/06/2017 09:43:51	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/06/2017 09:42:52	ANA PAULA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

RECIFE, 17 de agosto de 2017

---

Assinado por:

**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO (Coordenador)**