

## Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica

### RESUMO

**Tiago Grassano Lattari**

[Tiago.lattari@ufsc.br](mailto:Tiago.lattari@ufsc.br)

[orcid.org/0000-0001-9456-6037](https://orcid.org/0000-0001-9456-6037)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Santa Catarina, Brasil

**Tiago Rafael Onzi**

[Tiago.onzi@ufsc.br](mailto:Tiago.onzi@ufsc.br)

[orcid.org/0000-0001-9456-6037](https://orcid.org/0000-0001-9456-6037)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

**Leila John Marques Stedile**

[leila.stedile@ufsc.br](mailto:leila.stedile@ufsc.br)

[orcid.org/0000-0002-5435-8193](https://orcid.org/0000-0002-5435-8193)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

**Mariângela Pimentel Pincelli**

[mariangela.pimentel@ufsc.br](mailto:mariangela.pimentel@ufsc.br)

[orcid.org/0000-0002-5435-8193](https://orcid.org/0000-0002-5435-8193)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

**OBJETIVO:** Identificar fatores relacionados à percepção de baixa qualidade de vida nos pacientes atendidos em um serviço de cirurgia bariátrica.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, comparando três grupos distintos de pacientes, sendo o primeiro grupo composto por pacientes em pré-operatório; o segundo por pacientes um ano após a cirurgia; e, o terceiro por pacientes no quinto ano de pós-operatório. Foram analisados dados obtidos dos prontuários e obtidos a partir da aplicação do questionário SF-36 de qualidade de vida, da Escala Hospitalar de Autoestima e Depressão (HADS), da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e dos Questionário de Função Sexual nas versões feminina e masculina (QS-F e QS-M). A baixa qualidade de vida foi definida quando um paciente atingia escores inferiores a um desvio-padrão daquele observado na população, em pelo menos um dos componentes do instrumento SF-36.

**RESULTADOS:** Em todos os grupos houve associação entre a percepção de baixa qualidade de vida com a idade, a ausência de atividade física, os sintomas de ansiedade e de depressão e a baixa função sexual com percepção de baixa de autoestima. Após a cirurgia, a percepção de baixa qualidade de vida se associou com a piora de comorbidades relacionadas à obesidade. Ao se comparar pacientes não operados e operados, os últimos apresentaram maior prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão, melhores escores no componente físico e escores semelhantes no componente mental do SF-36.

**CONCLUSÕES:** A cirurgia bariátrica está relacionada com melhor qualidade de vida no componente físico do SF-36, entretanto o componente mental da qualidade de vida pode se dissociar da melhora física observada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cirurgia bariátrica. Obesidade. Qualidade de vida. Saúde mental.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial, relacionada a componentes genéticos, epigenéticos, hábitos de vida, condições sociais, culturais e econômicas, em que há sobrecarga crônica de calorias (MACIEL; MENDONÇA; SAAD, 2007; MANCINI, 2015). É estimado que, em 2015, havia 700 milhões de obesos no mundo. As comorbidades pertinentes à obesidade estão relacionadas a 2,5 milhões de mortes anuais, determinando significativo peso econômico e social (CHANG *et al.*, 2015; WANG *et al.*, 2016).

No Brasil, o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostra que 57,7% da população apresenta sobrepeso e 18,9% obesidade (BRASIL, 2017).

O tratamento clínico da obesidade é limitado, apresentando recidiva de até 95%. Por esta razão, a cirurgia bariátrica se tornou uma alternativa efetiva na redução do peso, da morbimortalidade em longo prazo e na melhora do perfil inflamatório e lipídico (JULIA *et al.*, 2013). A obesidade possui grande impacto psicológico e social, afetando a qualidade de vida, a imagem corporal, bem como as habilidades físicas, sociais e econômicas. Está relacionada a diversas comorbidades mentais como binge, distúrbios de imagem corporal, ansiedade e depressão (WANG *et al.*, 2016).

O presente estudo tem como objetivo identificar fatores relacionados com a percepção de baixa qualidade de vida nos pacientes atendidos em um serviço de cirurgia bariátrica.

## METODOLOGIA

Foram estudados três grupos distintos, cada um com 40 pacientes sucessivos, representando diferentes fases do acompanhamento pré e pós-operatório, no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HUPEST-UFSC).

O primeiro grupo foi composto de pacientes em pré-operatório, após avaliação da equipe multidisciplinar. O segundo grupo, por pacientes ao completar um ano de acompanhamento pós-operatório. O terceiro grupo, no quinto ano de acompanhamento pós-operatório.

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam questionário semiestruturado proposto pelos pesquisadores e questionários para avaliação de qualidade de vida, de ansiedade, de depressão e de função sexual. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, via Plataforma Brasil, com Parecer no 2346890.

Para avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, em sua segunda versão, que foi traduzida e validada para o português brasileiro (CICONELLI *et al.*, 1999; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016). Trata-se de um instrumento concebido para a população obesa e que permite rastrear a necessidade de intervenção psicológica (CALLEGARI *et al.*, 2005).

O instrumento é composto de 36 questões que geram escores em oito domínios de qualidade de vida: capacidade física; limitações por aspectos físicos; vitalidade; dor; estado geral de saúde; limitações por aspectos emocionais; limitações por aspectos sociais; e, saúde mental. Esta forma de apresentar os resultados tem a vantagem de evitar simplificação de um tema complexo em um único indicador, mas torna complexa a interpretação dos dados (CRUZ *et al.*, 2013).

Para superar esta dificuldade, foram desenvolvidos dois indicadores a partir destas oito dimensões: o componente físico (CoF) e o componente mental (CoM). Ambos os componentes são calculados em relação aos resultados de uma população padrão, gerando um escore padronizado em que a média da população padrão é 50, com o desvio padrão de  $\pm 10$ . Os dados da população padrão para comparação foram obtidos em uma amostra do sul do Brasil (MARCHESINI *et al.*, 2001). Foram considerados apresentando percepção de baixa qualidade de vida os pacientes no CoF ou no CoM com menos um desvio padrão, mesma estratégia utilizada nesta avaliação em trabalhos similares (CIONCOLONI *et al.*, 2014).

Os sintomas de ansiedade e de depressão foram avaliados com a Escala Hospitalar de Autoestima e Depressão (HADS). Este questionário foi desenvolvido para avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes internados e, posteriormente validado para aplicação em situações ambulatoriais, rastreamento populacional, pesquisas de comunidade e para a população brasileira (BJELLAND *et al.*, 2002; PAIS-RIBEIRO *et al.*, 2007).

O instrumento é composto por duas subescalas de sete questões, uma para ansiedade (HADS-A) e outra para depressão (HADS-D). No Brasil, a população saudável não apresenta sintomas compatíveis com depressão provável e 9,1% apresenta sintomas compatíveis com ansiedade provável. Em obesos, estes indicadores sobem, respectivamente, para 10,9% e 31,9% (PAIS-RIBEIRO *et al.*, 2007).

A autoestima foi avaliada pela EAR. O instrumento é composto por dez itens, gerando um espectro de respostas de 0 a 40. Considera-se a percepção de baixa autoestima quando a pontuação se encontra abaixo de 15 pontos, o que ocorre com uma frequência esperada de 35% na população brasileira (HUTZ; ZANON, 2011).

A função sexual foi avaliada pelos questionários de Quociente Sexual, versão feminina (QS-F) e masculina (QS-M), compostos por dez questões, gerando um escore entre 0 e 100. É considerado baixo escore de função sexual a pontuação abaixo de 41. Os estudos sobre disfunções sexuais na população brasileira estimam a sua prevalência em 35 a 45% da mesma (PEREIRA *et al.*, 2011).

As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e proporções. As variáveis numéricas, descritas em medidas de tendência central e dispersão: média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição normal ou não. As comparações entre variáveis categóricas foram testadas através do teste de  $Q^2$ , para as variáveis numéricas e o teste t Student ou Mann-Whitney, conforme a distribuição das variáveis fosse normal ou não. A comparação da amostra estudada com a população em geral utilizou o teste de t ou de Wilcoxon, conforme a distribuição das variáveis fosse normal ou não. O nível de significância foi de 0,05.

## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a comparação entre componentes físico e mental do SF-36, HADS, EAR e peso nos três grupos de pacientes. O SF-36 mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos apenas no componente físico, que é inferior no grupo pré-operatório. Os grupos de pacientes operados apresentaram maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos que o não operado, sendo todos compatíveis com o esperado para a população obesa.

A prevalência de percepção de baixa autoestima foi estatisticamente semelhante entre os grupos, mas superior ao esperado para a população em geral. Os resultados dos escores de função sexual mostraram resultados compatíveis com o esperado para a população nos três grupos.

Tabela 1 – Comparação dos grupos quanto ao IMC, ao SF-36, à EAR, à HADS, ao QS e ao peso

Variáveis	Grupo: Pré-operatório	Grupo: 1 ano	Grupo: 5 anos	p
SF-36 CoF <sup>1</sup>	37,12±9,33 <sup>4</sup>	51,53±9,45	46,95±11,54	0,00
SF-36 CoM <sup>1</sup>	46,66±9,51	46,01±10,78	43,56±10,44	0,36
HADS-Ansiedade (numérico) <sup>2</sup>	6 (4,25; 7)	6 (4; 10)	6 (4; 9,75)	0,46
Ansiedade possível	n=8 (20,0%) <sup>4</sup>	n=16 (40,0%)	n=22 (55,0%)	0,04
Ansiedade provável	n=4 (10,0%)	n=6 (15,0%)	n=4 (10,0%)	0,09
HADS-Depressão (numérico) <sup>2</sup>	5,50±3,02	5,85±3,71	6,95±3,96	0,17
Depressão possível	n=9 (22,0%) <sup>4</sup>	n=14 (35,0%)	n=16 (40,0%)	0,04
Depressão provável	n=2 (5,0%) <sup>4</sup>	n=6 (15,0%)	n=7 (17,5%)	0,00
EAR (numérico) <sup>2</sup>	14 (12; 16)	14 (12; 15,75)	14(12,25; 15)	0,67
Percepção de baixa autoestima	n=22 (55,0%)	n=22(5,05%)	n=23 (57,5%)	0,47
Quociente sexual <sup>2</sup>	66 (50; 82)	76 (57; 86)	68 (32; 82)	0,24
Função sexual nula a insatisfatória	n=11(27,6%)	n=12 (30,0%)	n=17 (42,5%)	0,39
IMC na entrevista <sup>1</sup>	47,63±5,91 <sup>4</sup>	33,93±6,9	32,44±5,27	0,00
Percentual de peso total perdido desde o primeiro atendimento <sup>2</sup>	0 <sup>4</sup> (-3,72; 3,54)	33,91 (29,12; 41,28)	30,39 (24; 36,14)	0,00
Obesidade controlada <sup>3</sup>	0 <sup>4</sup>	37(92,5%)	36 (90%)	0,00
Obesidade parcialmente controlada <sup>3</sup>	3 (7,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	0,16
Obesidade não controlada <sup>3</sup>	35 (87,5%) <sup>4</sup>	2 (5,0%)	2 (5%)	0,00

Fonte: Autoria própria (2018).

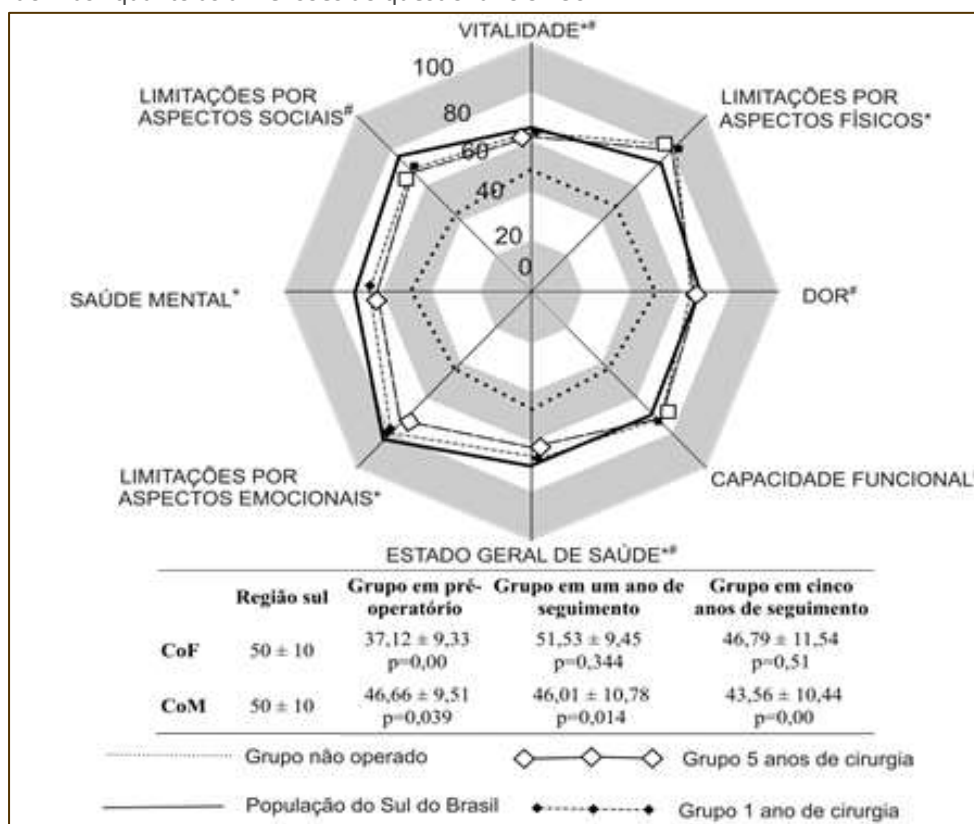
Nota: <sup>1</sup> Média e desvio padrão; <sup>2</sup> Mediana e intervalo interquartilico 25-75%; <sup>3</sup> Critérios de controle da obesidade conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica;

<sup>4</sup> Apenas este grupo apresentou diferença estatisticamente significativa com os demais no

dado destacado; SF-36 CoF: componente físico do instrumento *Short Form-36*; SF-36 CoM: componente mental do instrumento *Short Form-36*; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg; IMC: índice de massa corporal.

O grupo de pacientes não operados apresentou resultados inferiores em relação à população e aos grupos de pacientes operados em todos os domínios e nos escores físico e mental do SF-36. Os dois grupos de pacientes operados foram estatisticamente semelhantes entre si em todos indicadores. Em relação à população em geral, os pacientes operados apresentaram indicadores inferiores no domínio estado geral de saúde e no componente mental do SF-36, sendo estatisticamente semelhantes nos demais (Figura 1).

Figura 1 – Gráfico em rosácea, comparando os grupos analisados com a população do sul do Brasil quanto às dimensões do questionário SF-36



Fonte: Autoria própria (2018).

Nota: \* Domínios utilizados no cálculo do escore do componente mental (CoM); # Domínios utilizados no cálculo do escore do componente físico (CoF).

Cada grupo foi analisado individualmente. Buscou-se correlações entre os fatores analisados e a percepção de baixa qualidade de vida conforme os componentes físico e mental do SF-36. Definiu-se como percepção de baixa qualidade de vida quando um destes escores era menor que o observado na população do sul do Brasil menos um desvio padrão.

No grupo pré-operatório, 23 pacientes apresentaram percepção de baixa qualidade de vida no componente físico, o que se associou a maior idade, a falta de atividade física, a sintomas de depressão, a ansiedade e a disfunção sexual, sem diferenças entre os sexos (Tabela 2).

Baixos indicadores de qualidade de vida no componente mental não se associaram com nenhuma das variáveis analisadas para este grupo.

Tabela 2 – Fatores associados à percepção de baixa qualidade de vida no aspecto físico (CoF) em pacientes não operados

Variáveis	SF-36 CoF<40	SF-36 CoF≥40	p
Número de pacientes	n=23	n=17	
Sexo feminino	n=18	n=14	0,38
Idade na entrevista <sup>1</sup>	53,62±9,05	42,32±11,75	0,02
Escolaridade (anos) <sup>1</sup>	10,70±4,41	8,30±3,33	0,38
IMC (na entrevista) <sup>2</sup>	48,8(41,8; 63,1)	47(40; 50,1)	0,30
HADS-Ansiedade (pontuação) <sup>2</sup>	11(6; 13)	5 (3; 8)	0,00
Ansiedade possível	n=6	n=2	0,04
Ansiedade provável	n=4	n=0	0,00
HADS-Depressão (pontuação) <sup>2</sup>	10 (6; 13)	4 (3; 8)	0,00
Depressão possível	n=8	n=1	0,04
Depressão provável	n=2	n=0	0,00
EAR	12 (6; 30)	15 (7; 30)	0,38
Percepção de baixa autoestima	n=13	n=9	0,95
QS <sup>2</sup>	12 (0; 55)	38 (47; 57)	0,01
Função sexual nula a insatisfatória	n=8	n=1	0,00
Atividade física	n=2	n=11	0,03
PCR <sup>1</sup>	15,44±15,66	12,28±13,00	0,54
VHS <sup>1</sup>	16,48±130	12,00±10,00	0,87
Vitamina D <sup>1</sup>	20,92±7,50	20,87±9,63	0,98
Ferritina	210 (30; 300)	250(32; 370)	0,98
Albumina <sup>1</sup>	3,57±0,30	3,40±0,47	0,31
Ácido fólico <sup>1</sup>	11,88±4,59	11,87±4,59	0,67
B12 <sup>1</sup>	421,83±187,50	399,50±131,50	0,69
Colesterol total <sup>1</sup>	187,31±31,19	202,50±27,10	0,19
Colesterol HDL <sup>1</sup>	45,10±13,65	42,16±13,65	0,57
Colesterol LDL <sup>1</sup>	106,26±37,86	120,50±52,10	0,39
Triglicerídeos <sup>1</sup>	180 (50; 260)	150 (50; 270)	0,89
Percentual de peso total perdido desde o primeiro atendimento <sup>1</sup>	-1,44±11,20	3,55±14,34	0,23
IMC no primeiro atendimento <sup>2</sup>	46,6(43,0; 51,9)	42,6(40,0; 50,9)	0,12
IMC pré-operatório <sup>2</sup>	46,1 (43,6-51,1)	43,1 (41,6-49,1)	0,55
Número de pacientes	n=23	n=17	

Fonte: Autoria própria (2018).

Nota: <sup>1</sup> Média±desvio padrão; <sup>2</sup> Mediana e intervalo interquartilico 25-75%; SF-36 CoF: componente físico do instrumento *Short Form-36*; IMC: índice de massa corporal; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg;

QS: quociente sexual; PCR: proteína C reativa; VHS: velocidade de hemossedimentação; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade.

Tabela 3- Fatores associados à percepção de baixa qualidade de vida conforme o escore do componente físico do SF-36 (CoF) em pacientes operados, com um ou cinco anos de evolução (n=80)

Variáveis	CoF<40	CoF>40	p
Número de pacientes	n=14	n=66	
Sexo feminino	n=10	n=54	0,90
Escolaridade (anos) <sup>#</sup>	9 (3;13)	8 (4;14)	0,68
IMC <sup>1</sup>	36,66 (27,54; 37,81)	32,21 (27,6; 37,6)	0,47
Idade <sup>1</sup>	53,62±9,05	42,32±11,75	0,02
HADS-A (numérico)	6,00±4,10	5,50±3,20	0,19
Ansiedade provável	n=2	n=8	0,69
Ansiedade possível	n=6	n=32	0,70
HADS-D (numérico)	6,00±4,10	6,50±3,50	0,18
Depressão provável	n=6	n=7	0,02
Depressão possível	n=10	n=20	0,01
EAR (numérico) <sup>2</sup>	12 (6; 32)	14 (8; 30)	0,38
Percepção de baixa autoestima	n=4	n=41	0,77
QS (numérico) <sup>2</sup>	47 (44; 55)	85 (46; 100)	0,01
Função sexual nula/insatisfatória	n=13	n=16	0,00
Piorou ou desenvolveu pelo menos uma comorbidade	n=12	n=12	0,04
Atividade física	n=6	n=52	0,03
Atividade física (naqueles com atividade regular)	180 (120; 300) min/semana	240(120; 390) min/semana	0,02
PCR <sup>1</sup>	3,31±2,79	3,73±3,73	0,86
VHS <sup>1</sup>	12,89±24,75	6,64±17,17	0,60
Vitamina D <sup>2</sup>	29,0 (24,1; 36,9)	32 (21,4; 40,1)	0,36
Ferritina <sup>1</sup>	137,00±117,25	109,55±94,00	0,60
Albumina <sup>1</sup>	3,71±0,35	3,63±0,27	0,42
Ácido fólico <sup>1</sup>	21,08±5,23	20,96±5,55	0,94
B12 <sup>2</sup>	396 (302; 459)	525 (380; 679)	0,58
Colesterol Total <sup>2</sup>	182 (149; 202)	167 (136; 183)	0,63
Colesterol HDL <sup>2</sup>	56 (49; 66)	55 (41; 59)	0,83
Colesterol LDL <sup>2</sup>	112 (91,5; 112,5)	97 (84,0; 117)	0,86

Fonte: Autoria própria (2018).

Nota: <sup>1</sup> Média±desvio padrão; <sup>2</sup> Mediana e intervalo interquartilico 25-75%; IMC: índice de massa corporal; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg; QS: quociente sexual; PCR: proteína C reativa; VHS: velocidade de hemossedimentação; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade.

Ambos os grupos de pós-operatório (um e cinco anos) apresentaram as mesmas correlações entre as variáveis analisadas e a percepção de baixa qualidade de vida nos componentes físico e mental. Desta forma, ambos são apresentados como apenas um grupo de pacientes operados. Baixos escores de qualidade de vida no componente físico tiveram correlação com: idade, depressão, disfunção sexual e ausência de atividade física regular (Tabela 3). Baixos escores de qualidade de vida no componente mental do SF-36 se associam com ansiedade e com depressão, piores pontuações de função sexual e a piora de, pelo menos, uma comorbidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Fatores associados à percepção de baixa de qualidade de vida conforme o escore de componente mental (CoM) do SF-36, em pacientes operados, com 1 ou 5 anos de evolução (n=80)

Variáveis	CoM<40	CoM≥40	p
Número de pacientes	n=28	n=52	
Sexo feminino	n=19	n=47	0,90
Escolaridade (anos)#	9 (3;13)	8 (4;14)	0,68
IMC	32,81±5,69	33,81±6,46	0,74
Idade na entrevista <sup>1</sup>	43,00±8,72	44,79±13,51	0,48
HADS-A (pontuação)	10 (6; 13)	5 (4; 7)	0,00
Ansiedade provável	n=5	n=5	0,04
Ansiedade possível	n=20	n=18	0,01
HADS – D (pontuação)	11 (6; 13)	4 (4; 7)	0,00
Depressão provável	n=9	n=4	0,01
Depressão possível	n=14	n=16	0,03
EAR (pontuação)	66(50; 78)	78 (62; 90)	0,05
Percepção de baixa autoestima	n=16	n=29	0,07
QS (numérico) <sup>2</sup>	47 (44; 55)	85 (46; 100)	0,01
Função sexual nula a insatisfatória	n=20	n=9	0,00
Piorou ou desenvolveu pelo menos uma comorbidade	n=20	n=4	0,03
Atividade física regular	n=20	n=4	0,03
Atividade física (naqueles com atividade regular)	90 (20-160) min/semana	180 (120-405) min/semana	0,02
PCR <sup>1</sup>	3,0 (1,1; 8,00)	3,0 (1,1; 5,1)	0,26
VHS <sup>1</sup>	3,0 (1,95; 8,07)	2,85 (1,05; 4,8)	0,23
Vitamina D <sup>2</sup>	29 (26,3; 36,67)	30 (21; 36,25)	0,57
Ferritina <sup>1</sup>	77,5 (25,0; 172,5)	101(35,5; 229)	0,42
Albumina <sup>1</sup>	3,60±0,27	3,71±0,35	0,53
Ac Fólico <sup>1</sup>	20,90±5,50	21,00±5,30	0,94
B12 <sup>1</sup>	20,90±5,50	21,80±5,30	0,34
Colesterol Total <sup>2</sup>	167 (143; 282)	173 (133; 197)	0,72
Colesterol HDL <sup>2</sup>	45 (41; 59)	56 (42; 59)	0,46

Fonte: Autoria própria (2018).



Nota: <sup>1</sup> Média±Desvio padrão; <sup>2</sup> Mediana e intervalo interquartilico 25-75%; IMC: índice de massa corporal; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg; QS: quociente sexual; PCR: proteína C reativa; VHS: velocidade de hemossedimentação; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade.

Os 80 pacientes operados foram analisados retrospectivamente desde o primeiro atendimento até um ano de pós-operatório. Houve melhora do perfil lipídico, inflamatório e dosagens de vitaminas. A quantidade de pacientes necessitando de antidiabéticos orais, insulina e anti-hipertensivos diminuiu. Os resultados foram variados quanto à medicação psiquiátrica: houve pacientes que diminuíram o uso (3 de 15) e deixaram de necessitar (7 de 15), porém outros passaram a fazer uso destes medicamentos após a cirurgia (9 de 65). A cirurgia bariátrica mostra forte correlação com o controle total e parcial da obesidade.

Foi mantido controle total ou parcial da obesidade em 97,5% dos pacientes operados, conforme critérios da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2018), após seis meses de cirurgia, classifica a obesidade como:

- a) controlada: quando ocorre redução maior que 20% do peso total;
- b) parcialmente controlada: quando há queda entre 10 e 20% do peso;
- c) descontrolada: quando a perda ponderal é inferior a 10% do peso.

## DISCUSSÃO

A cirurgia bariátrica é efetiva na redução do peso, na melhora de comorbidades, principalmente diabetes e hipertensão, do perfil inflamatório e do risco cardiovascular (ADAMS *et al.*, 2010). Entretanto, ao contrário dos indicadores físicos, a literatura não é consensual sobre a evolução da melhora da saúde mental ou da qualidade de vida no componente mental do SF-36 (SÁENZ-HERRERO *et al.*, 2015; YEN; HUANG; TAI, 2014).

Em indivíduos obesos, a percepção de qualidade de vida medida pelo SF-36, tende a piorar com o aumento do IMC, tanto no aspecto físico quanto mental. O aumento do IMC também piora outros fatores associados à qualidade de vida, como diabetes, hipertensão, depressão e outras comorbidades, não podendo ser possível afirmar que o IMC tem efeito causal na qualidade de vida ou se está associado a um destes fatores (KALARCHIAN *et al.*, 2017). A literatura mostra, repetidamente, melhora do escore do componente físico do SF-36 após a cirurgia, mas os resultados em relação ao escore do componente mental são conflitantes (KUSHNER; FOSTER, 2000; ZWAAN *et al.*, 2002).

A cirurgia bariátrica apresenta melhores resultados em perda de peso que o tratamento clínico e está relacionada com a melhora do perfil lipídico, inflamatório, respiratório e escores de qualidade de vida. Os dados do Utah Obesity Statistics (ADAMS *et al.*, 2010) mostram melhora em ambos os componentes do SF-36 (CoF e CoM), mas em proporção bem menor para o componente mental.

Kolotkin *et al.* (2012) investigaram a evolução da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em comparação com pacientes que tinham indicação para a cirurgia mas que não operaram por razões de cobertura de seguro médico, encontrando melhora da qualidade de vida no componente físico mas não no componente mental. Dessa forma, pode haver dissociação entre a evolução física e mental destes pacientes.

Há alta prevalência de comorbidades psiquiátricas na população obesa. Os estudos relacionando cirurgia bariátrica e saúde mental podem fornecer subsídios para melhor entendimento da disparidade encontrada na literatura entre a evolução dos escores dos componentes físico e mental do SF-36 (YEN; HUANG; TAI, 2014; SÁENZ-HERRERO *et al.*, 2015). O *Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery* segue 199 pacientes submetidos ao *bypass* gástrico, com melhora significativa nos escores de ansiedade e de distúrbios alimentares, entretanto não houve queda nos escores de depressão ou no uso de medicação psiquiátrica (KALARCHIAN *et al.*, 2017). Outro estudo levanta a hipótese de que os benefícios psiquiátricos e psicológicos da cirurgia bariátrica podem ser fugazes, limitados aos primeiros anos de cirurgia e que possa haver piora da saúde mental nesses pacientes (BRANDÃO *et al.*, 2015)

Neste trabalho, observou-se resultados compatíveis com a literatura ao comparar pacientes operados e não operados: os primeiros possuem menor IMC, melhor escore de qualidade de vida no componente físico e maior percentual de pacientes com sintomas de ansiedade e de depressão. Os dois grupos de pacientes operados também apresentaram escores estatisticamente semelhantes entre si, mas inferiores aos da população no aspecto mental do SF-36, autoestima, ansiedade e depressão.

Em todos os grupos analisados houve, associação entre percepção de baixa qualidade de vida – avaliada pelo SF-36 – e idade mais avançada, sintomas de ansiedade ou de depressão, pior função sexual, ausência de atividade física e, naqueles já operados, com a piora em pelo menos uma das comorbidades relacionadas à obesidade analisadas nos dados do prontuário (diabetes, hipertensão e doença mental). Os grupos de pacientes operados apresentaram evolução do peso compatível com a observada na literatura.

Foi observada associação entre a realização de cirurgia bariátrica com piores pontuações nos escores de ansiedade e de depressão, com um número similar de pacientes que eliminou e que iniciou o uso de medicação psiquiátrica. Tal resultado sugere que a cirurgia bariátrica pode estar relacionada com a melhora da saúde mental de alguns pacientes e a piora em outros. Esta hipótese se alinha aos resultados do *STAMPEDE Trial* (KOLOTKIN *et al.*, 2012), em que foi observada melhora ou remissão da depressão para alguns pacientes, enquanto outros se tornaram portadores do distúrbio após a cirurgia.

A semelhança entre os fatores associados à percepção de baixa de qualidade de vida nos três grupos distintos de pacientes confere validade interna às conclusões deste trabalho. Este estudo apresenta deficiências como não ter analisado longitudinalmente evolução da qualidade de vida, ansiedade, depressão e função sexual dos pacientes da amostra e ter sido realizado apenas em um único centro.

Os pacientes operados, a despeito da melhora fisiológica, podem apresentar maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos. Este estudo levanta a hipótese que a evolução da saúde mental dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica é mais complexa que a evolução física, com alguns apresentando melhora e, outros, piora.

Foi identificada associação entre piores indicadores de qualidade de vida e idade mais avançada, sintomas de ansiedade e de depressão, pior função sexual, baixa autoestima e falta de atividade física. Nos pacientes operados, a percepção de baixa qualidade de vida também se relacionou com a piora em, pelo menos, uma das comorbidades investigadas (diabetes, hipertensão e doença mental).

## Evaluation of quality of life in patients undergoing bariatric surgery

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Identify factors related to quality of life in patients treated for obesity in a service of bariatric surgery.







**METHODS:** It is a cross-sectional study comparing clinical, quality of life, anxiety, depression, self-esteem and sexual function indicators in three groups of patients. The first group consists of patients before surgery; the second, one year after surgery and the third group is five years after surgery. Data obtained from medical records and obtained from the application of the SF-36 quality of life questionnaire, the Hospital Self-Esteem and Depression Scale (HADS), the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR) and the Sexual Function Questionnaire in the versions for Women and Men (QS-F and QS-M). Low quality of life was defined when a patient reached scores below a standard deviation from that observed in the population, in at least one of the components of the SF-36 instrument.

**RESULTS:** In all groups there was an association between the perception of low quality of life with age, absence of physical activity, symptoms of anxiety and depression, low sexual function and low perception of self-esteem. After surgery, the perception of low quality of life was associated with worsening obesity-related comorbidities. When comparing non-operated and operated patients, the latter had a higher prevalence of symptoms of anxiety and depression, better scores on the physical component and similar scores on the mental component of the SF-36.


**CONCLUSIONS:** Bariatric surgery is related to a better quality of life. However, the mental component of quality of life can be dissociated from this physical improvement.

**KEYWORDS:** Bariatric surgery. Obesity. Quality of life. Mental health.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, T. D. *et al.* Health outcomes of gastric bypass patients compared to nonsurgical, nonintervened severely obese. **Obesity**, Malden, v. 18, n. 1, p. 121-130, Jan. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864142/>. Acesso em: 9 ago. 2019. 
- BJELLAND, I. *et al.* The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 52, n. 2, p. 69-77, Feb. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832252>. Acesso em: 9 ago. 2019. 
- BRANDÃO, I. *et al.* A psychiatric perspective view of bariatric surgery patients. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 122-128, Oct. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832015000500122](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832015000500122). Acesso em: 9 ago. 2019. 
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2019.
- CALLEGARI, A. *et al.* Efficacy of the SF-36 Questionary in identifying obese patients with psychological discomfort. **Obesity Surgery**, Oxford, v. 15, n. 2, p. 254-260, Feb. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15802070>. Acesso em: 9 ago. 2019. 
- CHANG, S. *et al.* Lifetime health care costs of obesity-related comorbidities in the united states, 2007-2010. **Value in Health**, United States, v. 18, n. 3, p. A1, May 2015. Disponível em: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(15\)00059-5/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(15)00059-5/fulltext). Acesso em: 09 ago. 2019. 
- CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2019.
- CIONCOLONI, D. *et al.* Individual factors enhance poor health-related quality of life outcome in multiple sclerosis patients. Significance of predictive determinants. **Journal of the Neurological Sciences**, Amsterdam, v. 345, n. 1-2, p. 213-219, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2019. 

CRUZ, L. N. *et al.* Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1911-1921, jul. 2013. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700006). Acesso em: 9 ago. 2019. 

GORENSTEIN, C.; WANG, Y-P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, abr. 2011. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005). Acesso em: 9 ago. 2019.

JULIA, C. *et al.* Quality of life after Roux-en-Y gastric bypass and changes in body mass index and obesity-related comorbidities. **Diabetes & Metabolism**, Paris, v. 39, n. 2, p. 148-154, Apr. 2013. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23313223>. Acesso em: 9 ago. 2019.



KALARCHIAN, M. A. *et al.* Psychiatric disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: a 3-year follow-up. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 78, n. 3, p. 373-381, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041300/>. Acesso em: 9 ago.

2019. 

KOLOTKIN, R. L. *et al.* Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 8, n. 5, p. 625-633, Sep./Oct. 2012. Disponível em:

[https://www.soard.org/article/S1550-7289\(12\)00020-2/abstract](https://www.soard.org/article/S1550-7289(12)00020-2/abstract). Acesso em: 9 ago. 2019.




KUSHNER, R. F.; FOSTER, G. D. Obesity and quality of life. **Nutrition**, Burbank, v. 16, n. 10, p. 947-952, Oct. 2000. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11054600>. Acesso em: 9 ago. 2019.



MACIEL, R. M. B.; MENDONÇA, B. B.; SAAD, M. J. A. **Endocrinologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.


MANCINI, M. C. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MARCHESINI, G. *et al.* Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 120, n. 1, p. 170-178, Jan. 2001. Disponível em: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(01\)04421-3/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(01)04421-3/fulltext). Acesso em: 9 ago. 2019. 


PAIS-RIBEIRO, J. *et al.* Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 225-235, Mar. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365902>. Acesso em: 9 ago. 2019. 

PEREIRA, V. M. *et al.* Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro da Scale for Quality of Sexual Function (QSF). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 87-97, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 9 ago. 2019.




SÁENZ-HERRERO M. *et al.* The impact of bariatric surgery on the psychiatric morbidity of patients with morbid obesity. **Journal of Obesity & Eating Disorders**, United States, v. 1, n. 2-3, p. 1-6, 2015. Disponível em: <http://obesity.imedpub.com/the-impact-of-bariatric-surgery-on-the-psychiatric-morbidity-of-patients-with-morbid-obesity.php?aid=7454>. Acesso em: 9 ago. 2019. 

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. 2018. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467>. Acesso em: 9 ago. 2019.

WANG, X. *et al.* Effectiveness of laparoscopic sleeve gastrectomy for weight loss and obesity-associated co-morbidities: a 3-year outcome from Mainland Chinese patients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 12, n. 7, p. 1305-1311, Aug. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27297975>. Acesso em: 9 ago. 2019. 

YEN, Y. C.; HUANG, C. K.; TAI, C. M. Psychiatric aspects of bariatric surgery. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 27, n. 5, p. 374-379, Sept. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25036421>. Acesso em: 9 ago. 2019.



ZWAAN, M. de *et al.* Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. **Obesity Surgery**, Oxford, v. 12, n. 6, p. 773-780, Dec. 2002. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1381/096089202320995547>. Acesso em: 9 ago. 2019. 

**Recebido:** 09 ago. 2019.

**Aprovado:** 02 jan. 2020.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v12n1.10492>.

**Como citar:**

LATTARI, T. G. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 12, n. 1, e10492, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/10492>. Acesso em: XXX.

**Correspondência:**

Tiago Grassano Lattari

Rua Governador Jorge Lacerda, número 3201, Urussanguinha, Araranguá, Santa Catarina, Brasil.

**Direito autoral:**

Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

