

**REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA NA QUALIDADE DE VIDA
 DE PACIENTES COM OBESIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Lucas Silva Franco de Oliveira¹, Mauro Lúcio Mazini Filho¹
 Gabriela Rezende de Oliveira Venturini², Juliana Brandão Pinto de Castro²
 Maria Elisa Caputo Ferreira¹

RESUMO

O presente artigo se propõe a realizar uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar o tipo de cirurgia bariátrica (CB) e os instrumentos avaliativos de qualidade de vida (QV) mais utilizados, bem como analisar os principais benefícios da CB. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), ScienceDirect e SciELO. Foram utilizados os descritores “obesity”, “bariatric surgery” e “quality of life”, indexados no sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Identificaram-se 393 artigos; porém, após a análise dos mesmos, foram selecionados 39 estudos, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. A maior parte destes estudos aponta que há uma melhora geral na QV percebida pelos pacientes no pós-operatório tardio. Conclui-se que uma das formas mais eficazes no tratamento da obesidade severa é a CB, que faz com que os indivíduos reduzam o peso e tratem as comorbidades provenientes da obesidade, além da mudança de estilo de vida promovida pelos novos hábitos pós-cirúrgicos.

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

ABSTRACT

Effects of bariatric surgery on quality of life of patients with obesity: an integrative review

The present article aims to perform an integrative review of the literature with the objective of identifying the type of bariatric surgery (BS) and quality of life (QoL) evaluation tools most used, and analyze the main benefits of BS. This review included bibliographic databases PubMed, Virtual Health Library (BVS), ScienceDirect and SciELO. We used the descriptors “obesity”, “bariatric surgery” and “quality of life”, which were drawn from the key terms at ‘Descritores em Ciências da Saúde’ (DeCS). It was identified 393 studies, of which 39 were selected after full reading and according to the established inclusion criteria. Most of these studies shows that there is a general improvement in QoL perceived by patients in the late postoperative period. We conclude that one of the most effective ways to treat severe obesity is BS, which causes individuals to lose weight and treat obesity co-morbidities, in addition to lifestyle changes promoted by the new post-surgical habits.

Key words: Obesity. Bariatric Surgery. Quality of life.

1-Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora-MG, Brasil.

2-Programa de Pós-graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mails dos autores:

lucasfranco06@yahoo.com.br

personalmau@hotmail.com

gabriela-venturini@hotmail.com

julianabrandaoflp@hotmail.com

caputoferreira@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A obesidade tem por definição o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal em forma de tecido adiposo, podendo trazer riscos à saúde (Silva e colaboradores, 2014).

É considerada um problema de saúde pública crescente, que tem se transformado em uma pandemia na sociedade ocidental (Lidar e colaboradores, 2012).

Em 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos no mundo (39%), com 18 anos ou mais, estavam acima do peso. Destes, mais de 600 milhões eram obesos (13%) (WHO, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2000), a obesidade é classificada de acordo com o cálculo do índice de massa corporal (IMC) ($\text{massa corporal/estatura}^2$), sendo obeso grau I os que apresentam IMC de 30,0 a 34,9 kg/m²; obeso grau II com IMC de 35,0 a 39,9 kg/m² e obeso grau III com IMC $\geq 40,0$ kg/m².

Estudos realizados sobre o tema apontam uma etiologia complexa e multifatorial, compreendendo fatores genéticos, comportamentais, metabólicos e ambientais, estando diretamente associada ao risco de desenvolver doenças severas como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, dislipidemias, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite e alguns tipos de neoplasias (Khawali e colaboradores, 2012; Silva e Maia, 2011; Woodman e colaboradores, 2012).

Por ser um fenômeno multifatorial, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar e minuciosa. Inicialmente, recomenda-se um acompanhamento nutricional visando a modificação dos padrões alimentares, a indicação de atividade física e o uso de medicamentos.

Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos (Segal e Fandiño, 2002).

Desta forma, a indicação da cirurgia bariátrica (CB) vem se tornando cada vez mais frequente (Vasconcelos e Costa Neto, 2008) e tem se mostrado eficiente na redução das comorbidades associadas (Schouten e colaboradores, 2011), na perda de peso (Schauer e colaboradores, 2014), além de

contribuir para a melhora na qualidade de vida (QV) (Silva e colaboradores, 2014).

As técnicas cirúrgicas diferenciam-se de acordo com o mecanismo de ação, podendo ser restritivas, disabsortivas ou mistas (Larsen e colaboradores, 2010; Martinez e colaboradores, 2010).

Na primeira ocorre a redução do tamanho do estômago levando à redução no consumo de alimentos. Dentre estes, destacam-se o balão gástrico (Tayem, Obondo e Ali, 2011), gastroplastia vertical (Scozzari e colaboradores, 2010) e as bandas gástricas ajustáveis (Sarwer e colaboradores, 2014).

A segunda técnica atua na limitação da absorção de nutrientes, provocando perda de peso. Um exemplo dessa técnica é a duodenal switch (Lidar e colaboradores, 2012; Søvik e colaboradores, 2011).

Por fim, a técnica mista promove uma redução gástrica associada à má absorção, com destaque para a operação bypass gástrico em Y de Roux (Azin e colaboradores, 2014), a qual reduz o volume estomacal para 30 ml (Kruseman e colaboradores, 2010).

A QV foi definida pela OMS como a percepção do indivíduo a respeito da posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores em que vive e em relação aos objetivos, padrões e preocupações que possui (The WHOQOL Group, 1995).

A QV é considerada de valor fundamental quando se deseja avaliar a eficácia de vários tratamentos. Abordagens modernas para análise de custo-efetividade de uma terapia não inclui apenas o custo gerado, mas também avaliações sobre o efeito destas intervenções na QV de um paciente (Livingston e Fink, 2003).

Dessa forma, o objetivo do presente artigo foi analisar a produção científica acerca de indivíduos obesos durante o período pós-operatório de CB e suas repercussões na QV, além de analisar os principais benefícios da CB.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo se configura como uma revisão integrativa da literatura científica, que oferece aos profissionais de diversas áreas da saúde o acesso rápido aos resultados de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão,

proporcionando um saber crítico (Mendes e colaboradores, 2008).

Com o objetivo de analisar o que abordam as produções científicas sobre obesidade, CB e QV, realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados: PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ScienceDirect e SciELO (Scientific Electronic Library Online), nos meses de dezembro a fevereiro de 2015.

Assim sendo, foi feita uma busca utilizando-se os seguintes termos em inglês: "obesity" AND "bariatric surgery" AND "quality of life", os quais estão indexados no sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Utilizou-se o cruzamento dos termos-chave apenas em inglês em todas as bases de dados, com limitação de data de divulgação dos seis últimos anos, publicadas em inglês, português e espanhol, e apenas textos disponíveis na íntegra.

A escolha pela base de dados PubMed justifica-se por esta ser considerada uma das mais relevantes fontes de pesquisa na área da saúde atualmente. Foram selecionados os seguintes filtros na busca avançada: "all fields" e, nos "articles type", apenas "journal article".

Devido à abrangência nacional, optou-se pelo site da BVS. Nele, realizou-se a busca selecionando-se "todos os índices", o "método integrado" e "todas as fontes". O filtro restringiu-se apenas ao "tipo de documento", pois foram selecionados apenas "artigos".

A ScienceDirect é uma plataforma online, que permite acesso a artigos completos escritos pelos mais renomados autores do cenário científico, nas principais áreas do conhecimento. Nela selecionou-se "content type", apenas "journal". Por fim, a SciELO é uma base de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde cooperativa do Sistema BIREME que compreende a literatura relativa às Ciências da

Saúde. Foi feita uma busca avançada e optou-se por: "all indexes".

Os artigos que atendiam aos critérios de inclusão foram inseridos na revisão. Desta forma, foi criado um documento de cada base de dados, com os resumos e títulos de todas as referências achadas.

Na primeira etapa foram excluídos os artigos que estavam repetidos nas bases de dados, ou seja, aqueles artigos em duplicata, fazendo com que nenhum artigo estivesse em mais de uma base de dados, formando assim, um documento único.

A próxima fase contou com a leitura dos títulos e/ou dos resumos e excluíram-se aquelas referências que não utilizaram metodologia empírica, que não abordaram a realização de CB, ou que não utilizaram instrumentos avaliativos da QV.

Por fim, foram excluídos os artigos cujas amostras eram compostas por crianças e adolescentes.

RESULTADOS

No total, foram encontradas 393 referências sobre obesidade, CB e QV nas bases de dados pesquisadas de acordo com as estratégias de busca traçadas.

A Tabela 1 apresenta o número de artigos identificados em cada base de dados a partir das combinações das palavras-chave.

Crerérios de exclusão foram criados com o objetivo de atender às necessidades desta revisão.

A Tabela 2 apresenta, de forma detalhada, a exclusão das publicações segundo esses critérios.

Dos artigos selecionados, foram destacados a autoria, o ano de publicação, o país de realização, o tipo de estudo (transversal ou longitudinal; quantitativo ou qualitativo), o número de sujeitos avaliados, o método cirúrgico empregado e os instrumentos utilizados para avaliar a QV (a seguir na Tabela 3).

Tabela 1 - Número de publicações encontradas em cada base de dados.

Conjuntos	PubMed	BVS	Science Direct	SciELO	Total
"obesity" AND "bariatric surgery" AND "quality of life"	75	228	57	33	393

Tabela 2 - Número de publicações excluídas no total.

Total de publicações		393
Critérios de exclusão		
Artigos em duplicata		101
Estudos não empíricos		64
Não abordaram a realização de cirúrgicas bariátricas		89
Não abordaram o tema qualidade de vida		81
Crianças e adolescentes		19
Total para análise		39

Tabela 3 - Estudos realizados sobre qualidade de vida em obesos pós-CB.

Autores/ (Ano)	País	Tipo de Estudo	Amostra	Método Cirúrgico	Instrumento
Azin e colaboradores (2014)	Canadá	Transversal e Quantitativo	58 pacientes de ambos os sexos	BGYR	SF-36
Sarwer e colaboradores (2014)	EUA	Longitudinal (1 e 2 anos) e quantitativo	106 mulheres	BGYR e BGA	SF-36
Schauer e colaboradores (2014)	EUA	Longitudinal (3 anos) e quantitativo	137 pacientes de ambos os sexos	GV e BGYR	RAND-36
Costa e colaboradores (2014)	Brasil	Transversal e Quantitativo	143 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS e SF-36
Silva e colaboradores (2014)	Brasil	Transversal e Quantitativo	70 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS
Duarte e colaboradores (2014)	Brasil	Longitudinal (entre 1 e 3 anos) e quantitativo	37 pacientes de ambos os sexos	BGYR e DS	SF-36 e BAROS
Tae e colaboradores (2014)	Brasil	Longitudinal (6 e 10 meses pós-operatório) e quantitativo	32 mulheres	Não foi apontado o tipo de cirurgia	WHOQOL
Date e colaboradores (2013)	Reino Unido	Longitudinal (1 ano) e quantitativo	51 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS
Ribaric e colaboradores (2013)	França	Longitudinal (1, 3, 6, 12, 18, 24 e 36 meses pós-operatório) e quantitativo	517 pacientes de ambos os sexos	BGA	BAROS e EQ-5D
Peterli e colaboradores (2013)	Suíça	Longitudinal (1, 2, e 3 anos) e quantitativo	217 pacientes de ambos os sexos	GV e BGYR	GIQLI
Faulconbridge e colaboradores (2013)	EUA	Longitudinal (2, 6 e 12 meses) e quantitativo	36 pacientes foram submetidos à cirurgia e 49 alteraram o estilo de vida	BGYR e BGA	SF-36
Laurino Neto e Herbella (2013)	Brasil	Transversal e Quantitativo	Três grupos com 50 pacientes cada	BGYR	SF-36
Díaz e colaboradores (2013)	Espanha	Longitudinal (6, 12, 18 e 24 meses) e quantitativo	42 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS
Karlsen e colaboradores (2013)	Noruega	Longitudinal (1 ano) e quantitativo	110 pacientes de ambos os sexos, sendo 62, intervenção cirúrgica e 48, apenas mudanças no estilo de vida	BGYR	SF-36, OWLQOL e WRSM
Julia e colaboradores (2013)	França	Longitudinal (3, 6 e 12 meses) e quantitativo	71 pacientes de ambos os sexos	BGYR	SF-36
Himpens e colaboradores (2012)	Bélgica	Transversal e Quantitativo	77 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS
Romy e colaboradores (2012)	Suíça	Longitudinal (6 anos) e quantitativo	442 pacientes de ambos os sexos	BGA e BGYR	MA-QoLQ
Khawali e colaboradores (2012)	Brasil	Transversal e Quantitativo	84 pacientes de ambos os sexos	BGYR	MA-QoLQII e SF-36
Grans e colaboradores (2012)	Brasil	Longitudinal (42 meses) e quantitativo	26 pacientes de ambos os sexos	Não foi apontado o tipo de cirurgia	SF-36

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Kolotkin e colaboradores (2012)	EUA	Longitudinal (6 anos) e quantitativo	230 pacientes de ambos os sexos; 386 indivíduos no grupo controle	BGYR	IWQOL-LITE e SF-36
Woodman e colaboradores (2012)	EUA	Longitudinal (2 anos) e quantitativo	122 pacientes de ambos os sexos	BGA	OWL-QOL-17
Lidar e colaboradores (2012)	Israel	Longitudinal (1 ano) e quantitativo	30 pacientes de ambos os sexos	BGA, GV, BGYR e DS	SF-36 e MA-QoLQ
Himpens e colaboradores (2011)	Bélgica	Longitudinal (12 anos) e quantitativo	82 pacientes de ambos os sexos	BGA	BAROS
Schouten e colaboradores (2011)	Holanda	Longitudinal (7 anos) e quantitativo	84 pacientes de ambos os sexos	BGA e GV	NHP e SIP-68
Díaz e Folgueras (2011)	Espanha	Longitudinal (média de 17 meses) e quantitativo	44 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS
Sovik e colaboradores (2011)	Noruega	Longitudinal (2 anos) e quantitativo	58 pacientes de ambos os sexos	BGYR e DS	SF-36
Lier e colaboradores (2011)	Noruega	Longitudinal (1 ano) e quantitativo	87 pacientes de ambos os sexos	BGYR	SF-36
Tayyem, Obondo e Ali (2011)	Reino Unido	Longitudinal (média de 14 meses) e quantitativo	47 pacientes de ambos os sexos	BG e BGA	SF-36
Kolotkin e colaboradores (2011)	EUA	Transversal e Quantitativo	326 pacientes de ambos os sexos	BGYR	SF-36 e IWQOL-LITE
Woodard e colaboradores (2011)	EUA	Longitudinal (1 ano) e quantitativo	35 pacientes de ambos os sexos	BGYR	SF-36
Scozzari e colaboradores (2010)	Itália	Longitudinal (10 anos) e quantitativo	133 pacientes de ambos os sexos	GVB	MA-QoLQ
Xavier e colaboradores (2010)	Brasil	Longitudinal (6 meses) e quantitativo	20 pacientes de ambos os sexos	BGYR	BAROS
White e colaboradores (2010)	EUA	Longitudinal (2 anos) e quantitativo	311 pacientes de ambos os sexos	BGYR	SF-36
Larsen e colaboradores (2010)	Holanda	Longitudinal (2 anos) e quantitativo	24 pacientes de ambos os sexos	BGA e BGYR	RAND – 36
Martínez e colaboradores (2010)	Espanha	Longitudinal (1 ano) e quantitativo	100 pacientes de ambos os sexos	Técnicas Mal Absortivas	NHP e BAROS
Kruseman e colaboradores (2010)	Suíça	Longitudinal (5 anos) e qualitativo	80 mulheres	BGYR	NHP (French version)
Steffen e colaboradores (2009)	Suíça	Longitudinal (7 anos) e quantitativo	388 pacientes de ambos os sexos	BGA	BAROS
Suter e colaboradores (2009)	Suíça	Longitudinal (2 anos) e quantitativo	625 pacientes de ambos os sexos	BGYR	M-A QoLQ
Leiva e colaboradores (2009)	Chile	Transversal e Quantitativo	33 mulheres	BGYR	SF-36 e BAROS

Legenda: BGYR - Bypass Gástrico em Y de Roux; EUA - Estados Unidos da América; SF-36 - Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey; BGA - Banda Gástrica Ajustável; GV - Gastrectomia Vertical; RAND-36 - RAND 36 item Health Survey; BAROS - Bariatric Analysis and Reporting Outcome System; DS - Duodenal Switch; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life; EQ-5D - EuroQoL 5-Dimensions; GIQLI - Gastrointestinal Quality of Life Index; OWLQOL - Obesity and Weight-Loss Quality of Life; WRSM - Weight Related Symptom Measure; M-A QoLQ - Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire; M-A QoLQII - Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II; IWQOL-LITE - Impact of Weight on Quality of Life - Lite; OWL-QOL-17 - Obesity and Weight-Loss Quality of Life Instrument; NHP - Nottingham Health Profile; SIP-68 - Sickness Impact Profile; BG - Balão Gástrico; GVB - Gastroplastia Vertical com Bandagem.

Os países que mais se destacaram obtendo um maior número de publicações foram os Estados Unidos (n=8) e Brasil (n=8), seguido da Suíça (n=5).

Com relação ao ano em que estes estudos foram publicados, encontramos 2011

(n=9) como o ano com maior número de artigos.

Por fim, a maioria das publicações (n=38) utilizou metodologia quantitativa. Quanto ao período de seguimento, a maioria (n=33) dos artigos realizou acompanhamento longitudinal.

O tipo de cirurgia mais utilizado foi o Bypass Gástrico em Y de Roux (n=29), seguido da Banda Gástrica Ajustável (n=11).

Quanto aos instrumentos utilizados para avaliação da QV, destaca-se o SF-36 (n=19) acompanhado do Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) (n=15).

DISCUSSÃO

Atualmente, uma das formas mais eficazes no tratamento da obesidade severa é a CB, porque, além de levar os indivíduos a perder peso e, possivelmente, tratar as comorbidades provenientes da obesidade (Romy e colaboradores, 2012), possibilita uma mudança de estilo de vida e promove novos hábitos pós-cirúrgicos (Karlsen e colaboradores, 2013).

Dessa forma, o objetivo do presente artigo foi analisar a produção científica sobre indivíduos obesos durante o período pós-operatório de CB e as repercussões na QV.

A partir desta revisão integrativa, foi verificada a predominância do sexo feminino na busca pela intervenção cirúrgica. Este fato pode estar relacionado à maior prevalência de obesidade entre as mulheres, conforme relata a literatura internacional (WHO, 2015).

Somado a isso, a interferência da obesidade nas condições psicológicas da mulher pode gerar rejeição à imagem corporal, comprometendo, assim, a relação com outros indivíduos, particularmente com aqueles com os quais mantêm ou pretende estabelecer um vínculo afetivo-sexual (Nascimento, Bezerra e Angelim, 2013).

Com relação ao tipo de cirurgia realizada, nenhuma das opções mostrou-se adequada a todos os pacientes. Entretanto, o método Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) tem sido considerado como o tratamento mais indicado para a obesidade grau III (Costa e colaboradores, 2014).

Isto se explica pela taxa aceitável de complicações, além de controle de longa duração de peso e redução eficiente de comorbidades (Peterli e colaboradores, 2013). Segundo Buchwald e colaboradores (2004), este método pode proporcionar perda de peso de até 68,2% e melhora concomitante das comorbidades quando comparada a outras técnicas.

No entanto, vale ressaltar que no estudo de Costa e colaboradores (2014), o

BGYR foi capaz de reduzir o peso em 81,7% após 1 ano da cirurgia, permanecendo estável, além de atuar no controle e resolução de comorbidade. Outros estudos que utilizaram do mesmo método cirúrgico relataram diversas melhoras, tais como: efetividade no controle do diabetes em 85,7% dos pacientes estudados (Himpens e colaboradores, 2012), resolução da dislipidemia, hipertensão e apneia do sono em 85,7%, 52,9% e 78,3% dos casos, respectivamente (Julia e colaboradores, 2013), redução dos sintomas depressivos (Díaz e colaboradores, 2013) e melhora da QV (Silva e colaboradores, 2014; Tae e colaboradores, 2014).

Em contrapartida, Scozzari e colaboradores (2010) demonstraram que a gastroplastia vertical com bandagem (GVB) representa um procedimento simples e seguro, o que pode conduzir a resultados sobre a perda de peso, comorbidades e QV comparáveis com outros procedimentos bariátricos mais complexos. Outros estudos concluíram que a intervenção cirúrgica com a banda gástrica ajustável (BGA) gerou uma redução do peso (Himpens e colaboradores, 2011), da incidência e da gravidade do refluxo gastroesofágico (Woodman e colaboradores, 2012), além de uma melhora na QV (Tayem, Obondo e Ali, 2011).

De acordo com o estudo de Sovik e colaboradores (2011), se a manutenção a longo prazo da perda de peso é diferente entre as técnicas BGYR e Duodenal Switch (DS), isso também pode influenciar na QV. Os estudos discutidos na presente pesquisa utilizaram técnicas cirúrgicas diversas e encontraram, na sua maioria, resultados positivos sobre a QV. Melhorar a QV dos indivíduos que serão submetidos à CB é uma importante meta de tratamento (Karlsen e colaboradores, 2013).

Sendo assim, uma das formas de avaliar a efetividade da cirurgia é mensurando a QV dos indivíduos submetidos aos procedimentos cirúrgicos.

Na presente revisão, os instrumentos mais empregados para se avaliar a QV foi o SF-36 (n=19) e o BAROS (n=15).

De acordo com Duarte e colaboradores (2014), o SF-36 foi desenvolvido para a realização de avaliações genéricas de QV e permite incorporar a opinião de pacientes na tomada de decisões relacionadas com a saúde em diversas

situações clínicas. O SF-36 é composto por 36 itens, subdivididos em 8 domínios: “capacidade funcional”, 10 itens - avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; “aspectos físicos”, 4 itens - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como as dificuldades de realização do trabalho e das atividades da vida diária; “dor”, 2 itens - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; “estado geral de saúde”, 5 itens - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; “vitalidade”, 4 itens - considera o nível de energia e de fadiga; “aspectos sociais”, 2 itens - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; “aspectos emocionais”, 3 itens - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo; e “saúde mental”, 5 itens - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Inclui ainda um item que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de 1 ano (Duarte e colaboradores, 2014; Ciconelli e colaboradores, 1999).

Nos estudos que utilizaram o SF-36, os indivíduos relataram melhora na QV em todos os componentes do instrumento, a saber: “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, atividades da vida diária, “dor”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais”, e “saúde mental” (Costa e colaboradores, 2014; Duarte e colaboradores, 2014; Faulconbridge e colaboradores, 2013; Karlsen e colaboradores, 2013; Khawali e colaboradores, 2012; Lier e colaboradores, 2011; Sarwer e colaboradores, 2014; Søvik e colaboradores, 2011; Tayyem, Obondo e Ali, 2011; Woodard e colaboradores, 2011).

Outras pesquisas destacaram resultados positivos apenas no componente físico (Kolotkin e colaboradores, 2011; Lidar e colaboradores, 2012) e/ou nos componentes físico e mental (Julia e colaboradores, 2014; White e colaboradores, 2010). Já o componente “Saúde Mental” não obteve bom resultado em algumas pesquisas (Azin e colaboradores, 2014; Grans e colaboradores, 2012; Leiva e colaboradores, 2009), assim como o aspecto “Vitalidade” (Grans e colaboradores, 2012) e “Emocional” (Kolotkin e colaboradores, 2012).

Nos resultados encontrados por Laurino Neto e Herbella (2013) apenas três aspectos relacionados à QV obtiveram melhora (“Dor”, “Estado Geral de Saúde” e “Vitalidade”). Carvalho e colaboradores (2013) apontam a importância do acompanhamento psicológico e psiquiátrico de pacientes candidatos às CB durante as fases pré e pós-operatória.

Outro instrumento específico para avaliar a QV foi utilizado em 15 estudos. O BAROS foi desenvolvido para determinar o resultado da CB. É autoadministrado, composto por 7 itens que se agrupam em 3 dimensões: perda de peso, condições médicas e QV.

A dimensão “qualidade de vida” é avaliada pelo The Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire, elaborado por Oria e Moorehead (1998), que está inserido no questionário BAROS. Este instrumento tem a vantagem de ser muito simples e rápido de administrar, embora permita apenas a sua aplicação após a perda do peso, pois os itens questionam em que medida a vida dos indivíduos se alterou após a perda do peso (Oria e Moorehead, 1998).

De acordo com os estudos que utilizaram o questionário BAROS, de forma geral, os resultados mostraram-se satisfatórios, porém com classificações de melhora divergentes, ou seja, resultados considerados desde “bons” a “excelentes” (Costa e colaboradores, 2014; Date e colaboradores, 2013; Díaz e colaboradores, 2013; Díaz e Folgueras, 2011; Duarte e colaboradores, 2014; Himpens e colaboradores, 2011, 2012; Khawali e colaboradores, 2012; Leiva e colaboradores, 2009; Lidar e colaboradores, 2012; Martinez e colaboradores, 2010; Ribaric e colaboradores, 2013; Romy e colaboradores, 2012; Scozzari e colaboradores, 2010; Silva e colaboradores, 2014; Steffen e colaboradores, 2009; Suter e colaboradores, 2009; Xavier e colaboradores, 2010).

Os instrumentos SF-36 e BAROS se mostraram importantes ferramentas para se avaliar a QV. O SF-36 por ser um questionário de caráter geral pode avaliar múltiplos aspectos que envolvem o paciente. Já o instrumento BAROS tem como indicação a sua aplicação no momento pós-cirúrgico, após a perda de peso, restringindo seu uso durante a fase pré-operatória de CB.

Os estudos encontrados na presente revisão analisaram a QV no pós-cirúrgico de CB em diversos momentos. Nas pesquisas com metodologia longitudinal, apenas no estudo de Xavier e colaboradores (2010), o tempo máximo de acompanhamento foi de 6 meses e, encontraram melhora geral na QV dos indivíduos em questão, corroborando com o estudo de Tae e colaboradores (2014), que após realizarem um acompanhamento de no máximo 10 meses pós-cirúrgico encontraram resultados semelhantes.

Estudos que obtiveram um tempo máximo de acompanhamento de 1 ano concluíram que a CB traz benefícios relacionados à QV (Date e colaboradores, 2013; Faulconbridge e colaboradores, 2013; Julia e colaboradores, 2013; Karlsen e colaboradores, 2013; Lidar e colaboradores, 2012; Lier e colaboradores, 2011; Martinez e colaboradores, 2010; Woodard e colaboradores, 2011). Pesquisas com máximo de 1 ano e 2 meses (Tayem, Obondo e Ali, 2011) e 1 ano e 5 meses (Díaz e Folgueras, 2011) de acompanhamento também relataram melhora na QV.

Em outras investigações com tempo máximo de 2 anos (Díaz e colaboradores, 2013; Larsen e colaboradores, 2010; Sarwer e colaboradores, 2014; Søvik e colaboradores, 2011; Suter e colaboradores, 2009; White e colaboradores, 2010; Woodman e colaboradores, 2012), 3 anos (Duarte e colaboradores, 2014; Peterli e colaboradores, 2013; Ribaric e colaboradores, 2013; Schauer e colaboradores, 2014), 3 anos e 6 meses (Grans e colaboradores, 2012), 6 anos (Kolotkin e colaboradores, 2012; Romy e colaboradores, 2012), 7 anos (Schouten e colaboradores, 2011; Steffen e colaboradores, 2009), 10 anos (Scozzari e colaboradores, 2010) e 12 anos (Himpens e colaboradores, 2011) também encontraram resultados positivos com relação a QV. Apenas no trabalho de Kruseman e colaboradores (2010), que realizaram um follow-up máximo de 5 anos, não houve nenhuma mudança na QV dos indivíduos.

Já nas pesquisas de cunho transversal, Azin e colaboradores (2014) destaca melhora na parte física do indivíduo pós-operado de 2 anos. Dos trabalhos que analisaram a QV após 1 ano de cirurgia apenas Leiva e colaboradores (2009) relataram que não houve melhora expressiva

na QV, divergindo dos demais (Khawali e colaboradores, 2012; Silva e colaboradores, 2014). Kolotkin e colaboradores (2011) citam apenas que realizaram avaliações em pacientes pós-CB e concluíram que sujeitos que apresentam maior nível de aptidão física tendem a uma melhor QV. Outras investigações que analisaram sujeitos após 4 anos (Costa e colaboradores, 2014), 7 anos (Laurino Neto e Herbella, 2013) e 9 anos (Himpens e colaboradores, 2012) de CB, registraram melhora geral em todos os aspectos abordados.

Conclui-se que uma das formas mais eficazes no tratamento da obesidade severa é a CB, que faz com que os indivíduos reduzam o peso corporal e tratem as comorbidades provenientes da obesidade, além da mudança de estilo de vida promovida pelos novos hábitos pós-cirúrgicos.

Sendo assim, uma das formas de avaliar a efetividade da cirurgia é mensurando a QV dos indivíduos submetidos aos procedimentos cirúrgicos. A QV não possui uma definição universal, porém o conceito mais aceito pela comunidade acadêmica é o de que a QV é um construto multidimensional que inclui vários domínios, englobando aspectos físicos, mentais e sociais.

CONCLUSÃO

Frente aos resultados encontrados, conclui-se que a CB promove a melhora da QV. Sugere-se estudos que objetivem verificar a melhora na QV em um tempo de follow-up mais curto.

REFERÊNCIAS

- 1-Azin, A.; Zhou, C.; Jackson, T.; Cassin, S.; Sockalingam, S.; Hawa, R. Body contouring surgery after bariatric surgery: a study of cost as a barrier and impact on psychological well-being. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 133. Num. 6. 2014. p. 776-782.
- 2-Buchwald, H.; Avidor, Y.; Braunwald, E.; Jensen, M. D.; Pories, W.; Fahrbach, K.; Schoelles, K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. Vol. 292. Num. 14. 2004. p. 1724-1737.
- 3-Carvalho, L. A.; Pires, R. C. C. P.; Rebelo, T. J.; Silva, L. Qualidade de vida de pacientes

submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. Vol. 11. Num. 1. 2013. p. 195-205.

4-Ciconelli, R. M.; Ferraz, M. B.; Santos, W.; Meinão, I.; Quaresma, M. R. Tradução para a língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. Vol. 39. Num. 3. 1999. p. 143-150.

5-Costa, R. C. N. C.; Yamaguchi, N.; Santo, M. A.; Riccioppo, D.; Pinto-Junior, P. E. Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after Roux-en-Y gastric bypass. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 51. Num. 3. 2014. p. 165-170.

6-Date, R. S.; Walton, S. J.; Ryan, N.; Rahman, S. N.; Henley, N. C. Is selection bias toward super obese patients in the rationing of metabolic surgery justified? A pilot study from the United Kingdom. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 9. Num. 6. 2013. p. 981-986.

7-Díaz, E. G.; Arzola, M. E. J.; Folgueras, T. M.; Herrera, L. M.; Sosa, A. J. Effect of binge eating disorder on the outcomes of laparoscopic gastric bypass in the treatment of morbid obesity. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 28. Num. 3. 2013. p. 618-622.

8-Díaz, E. G.; Folgueras, T. M. Preoperative determinants of outcomes of laparoscopic gastric bypass in the treatment of morbid obesity. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 26. Num. 4. 2011. p. 851-855.

9-Duarte, M. I. X. T.; Bassitt, D. P.; Azevedo, O. C.; Waisberg, J.; Yamaguchi, N.; Pinto-Junior, P. E. 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. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 51. Num. 4. 2014. p. 320-327.

10-Faulconbridge, L. F.; Wadden, T. A.; Thomas, J. G.; Jones-Corneille, L. R.; Sarwer, D. B.; Fabricatore, A. N. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric

surgery versus lifestyle modification. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 9. Num. 5. 2013. p. 790-796.

11-Grans, R.; Warth, C. F.; Farah, J. F. M.; Bassitt, D. P. Qualidade de vida e prevalência de dor osteoarticular em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Einstein*. Vol. 10. Num. 4. 2012. p. 415-421.

12-Himpens, J.; Cadière, G.; Bazi, M.; Vouche, M.; Cadière, B.; Dapri, G. Long-term outcomes of laparoscopic adjustable gastric banding. *Archives of Surgery*. Vol. 146. Num. 7. 2011. p. 802-807.

13-Himpens, J.; Verbrugghe, A.; Cadière, G. B.; Everaerts, W.; Greve, J. W. Long-term results of laparoscopic Roux-en-Y Gastric bypass: evaluation after 9 years. *Obesity Surgery*. Vol. 22. Num. 10. 2012. p. 1586-1593.

14-Julia, C.; Ciangura, C.; Capuron, L.; Bouillot, J. L.; Basdevant, A.; Poitou, C.; Oppert, J. M. Quality of life after Roux-en-Y gastric bypass and changes in body mass index and obesity-related comorbidities. *Diabetes & Metabolism*. Vol. 39. Num. 2. 2013. p. 148-154.

15-Karlsen, T. I.; Lund, R. S.; Røislien, J.; Tonstad, S.; Natvig, G. K.; Sandbu, R.; Hjelmæsæth, J. Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 11. Num. 1. 2013. p. 17.

16-Khawali, C.; Ferraz, M. B.; Zanella, M. T.; Ferreira, S. R. G. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Vol. 56. Num. 1. 2012. p. 33-38.

17-Kolotkin, R. L.; LaMonte, M. J.; Litwin, S.; Crosby, R. D.; Gress, R. E.; Yanowitz, F. G.; Hunt, S. C.; Adams, T. D. Cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in bariatric surgery patients. *Obesity Surgery*. Vol. 21. Num. 4. 2011. p. 457-464.

18-Kolotkin, R. L.; Davidson, L. E.; Crosby, R. D.; Hunt, S. C.; Adams, T. D. Six-year changes

in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 8. Num. 5. 2012. p. 625-633.

19-Kruseman, M.; Leimgruber, A.; Zumbach, F.; Golay, A. Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *Journal of the American Dietetic Association*. Vol. 110. Num. 4. 2010. p. 527-534.

20-Larsen, J. K.; Zijlstra, H.; Ramshort, B.; Geenen, R. Conversion to gastric bypass in patients with unsuccessful weight loss after gastric banding may depend on mental quality of life. *Obesity Facts*. Vol. 3. Num. 2. 2010. p. 127-130.

21-Laurino Neto, R. M.; Herbella, F. A. Changes in quality of life after short and long term follow-up of Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 50. Num. 3. 2013. p. 186-90.

22-Leiva, M. J.; Fuentealba, C.; Boggiano, C.; Gattás, V.; Barrera, G.; Leiva, L.; Bunout, D.; Hirsch, S.; Maza, M. P. Calidad de vida en pacientes operadas de bypass gástrico hace más de un año: Influencia del nivel socioeconómico. *Revista Médica de Chile*. Vol. 137. Num. 5. 2009. p. 625-633.

23-Lidar, Z.; Behrbalk, E.; Regev, G. J.; Salame, K.; Keynan, O.; Schweiger, C.; Appelbaum, L.; Levy, Y.; Keidar, A. Intervertebral disc height changes after weight reduction in morbidly obese patients and its effect on quality of life and radicular and low back pain. *Spine*. Vol. 37. Num. 23. 2012. p. 1947-1952.

24-Lier, H. O.; Biringer, E.; Hove, O.; Stubhaug, B.; Tangen, T. Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health: a 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 9. Num. 1. 2011. p.7 9.

25-Livingston, E. H.; Fink, A. S. Quality of life. *Archives of Surgery*. Vol. 138. Num. 4. 2003. p.383-388.

26-Martinez, Y.; Ruiz-López, M. D.; Giménez, R.; Cruz, A. J. P.; Orduña, R. Does bariatric surgery improve the patient's quality of life? *Nutricion Hospitalaria*. Vol. 25. Num. 2. 2010. p. 925-930.

27-Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. C. P.; Galvão, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*. Vol. 17. Num. 4. 2008. p. 758-764.

28-Nascimento, C. A. D.; Bezerra, S. M. M. S.; Angelim, E. M. S. Vivencia da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*. Vol. 18. Num. 2. 2013. p. 193-201.

29-Oria, H. E.; Moorehead, M. K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity Surgery*. Vol. 8. Num. 5. 1998. p. 487-499.

30-Peterli, R.; Borbély, Y.; Kern, B.; Gass, M.; Peters, T.; Thurnheer, M.; Schultes, B.; Laederach, K.; Bueter, M.; Schiesser, M. Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of Surgery*. Vol. 258. Num. 5. 2013. p. 690-694.

31-Ribaric, G.; Buchwald, J. N.; D'Orsay, G.; Daoud, F.; French Health Technology Assessment Body (Haute Autorité de Santé [HAS]) Swedish Adjustable Gastric Band (SAGB™) Study Group. 3-year real-world outcomes with the Swedish adjustable gastric band™ in France. *Obesity Surgery*. Vol. 23. Num. 2. 2013. p. 184-196.

32-Romy, S.; Donadini, A.; Giusti, V.; Suter, M. Roux-en-Y Gastric Bypass vs Gastric Banding for Morbid Obesity: a case-matched study of 442 patients. *Archives of Surgery*. Vol. 147. Num. 5. 2012. p. 460-406.

33-Sarwer, D. B.; Spitzer, J. C.; Wadden, T. A.; Mitchell, J. E.; Lancaster, K.; Courcoulas, A.; Gourash, W.; Rosen, R. C.; Christian, N. J. Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric

- surgery. *JAMA Surgery*. Vol. 149. Num. 1. 2014. p. 26-33.
- 34-Schauer, P. R.; Bhatt, D. L.; Kirwan, J. P.; Wolski, K.; Brethauer, S. A.; Navaneethan, S. D.; Aminian, A.; Pothier, C. E.; Kim, E. S. H.; Nissen, S. E.; Kashyap, S. R. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes: 3-year outcomes. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 370. Num. 21. 2014. p. 2002-2013.
- 35-Schouten, R.; Wiryasaputra, D. C.; van Dielen, F. M.; van Gemert, W. G.; Greve, J. W. Influence of reoperations on long-term quality of life after restrictive procedures: a prospective study. *Obesity Surgery*. Vol. 21. Num. 7. 2011. p. 871-879.
- 36-Scozzari, G. M. D.; Toppino, M.; Famiglietti, F.; Bonnet, G.; Morino, M. 10-year follow-up of laparoscopic vertical banded gastroplasty: good results in selected patients. *Annals of Surgery*. Vol. 252. Num. 5. 2010. p. 831-839.
- 37-Segal, A.; Fandiño, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24. Supl. III. 2002. p. 68-72.
- 38-Silva, P. R. B.; Souza, M. R.; Silva, E. M.; Silva, S. A. Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. Vol. 27. Supl. I. 2014. p. 35-38.
- 39-Silva, S. S. P.; Maia, A. C. Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 38. Num. 5. 2011. p. 194-200.
- 40-Søvik, T. T.; Aasheim, E. T.; Taha, O.; Engström, M.; Fagerland, M. W.; Björkman, S.; Kristinsson, J.; Birkeland, K. I.; Mala, T.; Olbers, T. Weight loss, cardiovascular risk factors, and quality of life after gastric bypass and duodenal switch: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 155. Num. 5. 2011. P. 281-291.
- 41-Steffen, R.; Potoczna, N.; Bieri, N.; Horber, F. F. Successful multi-intervention treatment of severe obesity: a 7-year prospective study with 96% follow-up. *Obesity Surgery*. Vol. 19. Num. 1. 2009. p. 3-12.
- 42-Suter, M.; Calmes, J. M.; Paroz, A.; Romy, S.; Giusti, V. Results of Roux-en-Y gastric bypass in morbidly obese vs superobese patients: similar body weight loss, correction of comorbidities, and improvement of quality of life. *Archives of Surgery*. Vol. 144. Num. 4. 2009. p. 312-318.
- 43-Tae, B.; Pelaggi, E. R.; Moreira, J. G.; Waisberg, J.; Matos, L. L.; D'Elia, G. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Vol. 41. Num. 3. 2014. p. 155-160.
- 44-Tayyem, R. M.; Obondo, C.; Ali, A. Short-term outcome and quality of life of endoscopically placed gastric balloon and laparoscopic adjustable gastric band. *Saudi Journal of Gastroenterology*. Vol. 17. Num. 6. 2011. p. 400-405.
- 45-The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. Vol. 41. Num. 10. 1995. p. 1403-1409.
- 46-Vasconcelos, P. O.; Costa Neto, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. Vol. 39. Num. 1. 2008. p. 58-65.
- 47-White, M. A.; Kalarchian, M. A.; Masheb, R. M.; Marcus, M. D.; Grilo, C. M. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery: a prospective 24-month follow-up study *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 71. Num. 2. 2010. p. 175-184.
- 48-Woodard, G. A.; Encarnacion, B.; Peraza, J.; Hernandez-Boussard, T.; Morton, J. Halo effect for bariatric surgery: collateral weight loss in patients' family members. *Archives of Surgery*. Vol. 146. Num. 10. 2011. p. 1185-1190.
- 49-Woodman, G.; Cywes, R.; Billy, H.; Montgomery, K.; Cornell, C.; Okerson, T.; APEX Study Group. Effect of adjustable gastric

banding on changes in gastroesophageal reflux disease (GERD) and quality of life. *Current Medical Research and Opinion*. Vol. 28. Num. 4. 2012. p. 581-589.

50-World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report on a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). WHO. 2000.

51-World Health Organization. Overweight and obesity. Fact sheet. Núm. 311. WHO. 2015.

52-Xavier, M. A. F.; Ceneviva, R.; Terra Filho, J.; Sankarankutty, A. K. Pulmonary function and quality of life in patients with morbid obesity six months after bariatric surgery. *Acta Cirúrgica Brasileira*. Vol. 25. Num. 5. 2010. p. 407-415.

Recebido para publicação em 18/06/2017
Aceito em 09/09/2017