

ASPECTOS DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Lívia Moreira Barros¹

Rosa Aparecida Nogueira Moreira²

Natasha Marques Frota³

Thiago Moura de Araújo⁴

Joselany Áfio Caetano⁵

Introdução: Os avanços científicos promovidos na área da saúde proporcionam novos tratamentos para a obesidade mórbida, onde a cirurgia bariátrica está sendo considerado o método mais eficaz. Pacientes que são indicados para a realização da cirurgia bariátrica podem ter controle da obesidade, diminuição das comorbidades associadas e, principalmente, melhora da qualidade de vida após o procedimento cirúrgico⁽¹⁾. Com o objetivo de mensurar a QV, diversos instrumentos foram desenvolvidos nos últimos anos, dentre os quais pode-se destacar o Protocolo BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) elaborado por Oria e Moorehead⁽²⁾. O BAROS é um protocolo que apresenta três principais domínios: avaliação da perda de peso (com a utilização do percentual de redução do excesso de peso), avaliação clínica (através da identificação da melhora ou resolução das comorbidades como doença cardíaca, HAS, DM, osteoporose, infertilidade e apneia do sono) e avaliação da qualidade de vida (com o uso do questionário de Moorehead-Ardelt II). Para cada domínio, poderão ser concedidos no máximo três pontos. A ocorrência de complicações e de reoperações diminui os pontos totais. O questionário sobre a qualidade de vida é composto por seis questões referentes à auto-estima, à disposição para atividades físicas, ao desempenho no trabalho, à interação social, à prática de atividade sexual e ao comportamento alimentar⁽³⁾. **Objetivo:** comparar a qualidade de vida de pacientes do pré e do pós-operatório do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. **Metodologia:** Estudo transversal realizado no período de novembro de 2011 a junho de 2012 em um hospital referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará. A amostra do pré-operatório foi composta por 64 pacientes que estão na lista de espera para a realização da cirurgia bariátrica. Os critérios de inclusão do grupo do pré-operatório foram: a) idade superior a 18 anos; b) estar no pré-operatório da cirurgia bariátrica; c) estar fazendo o acompanhamento com a equipe multidisciplinar e d) ter comparecido para atendimento na instituição no período da coleta de dados. Já a amostra do pós-operatório foi composta por 92 pacientes bariátricos que estavam no pós-operatório tardio e compareceram ao ambulatório da instituição no período referido para a realização de consultas com a equipe multidisciplinar.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza, Ceará. E-mail: livia.moreirab@hotmail.com

² Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Fortaleza, Ceará.

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza, Ceará.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Assistente da Universidade Federal do Maranhão.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFC.

Os critérios de inclusão foram: a) idade superior a 18 anos; b) estar vivenciando o pós-operatório há, no mínimo, três meses. Este período foi estabelecido com o intuito de abordar os pacientes quando os mesmos começam a praticar atividade física e iniciam uma alimentação diferenciada, podendo relatar melhor a sua qualidade de vida. Os dados foram coletados diretamente com o cliente na consulta ambulatorial, a partir de um instrumento estruturado que continha informações sobre os dados sócio-demográficos e o questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Oria II (QoL-II). Para a análise dos dados, as informações foram tabuladas no Excel e exportadas para o *software* estatístico SPSS, para tratamento e geração dos resultados. Os dados relativos às variáveis sociodemográficas dos pacientes foram tratados a partir das frequências absolutas e relativas. Para avaliar a normalidade das médias das pontuações entre os grupos do pré e do pós-operatório, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Para comparar a melhora da qualidade de vida com a classificação da pontuação do protocolo BAROS de cada paciente do pós-operatório, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP538/2011). **Resultados:** Observou-se que houve um predomínio do sexo feminino em ambos os grupos em que a frequência de mulheres foi de 87,5% (56) no pré-operatório e 82,6% (76) no pós-operatório ($p=0,501$). Com relação à idade, também houve semelhança na faixa etária dos participantes, pois o maior percentual encontrava-se na faixa etária de 29 a 38 anos, sendo a frequência de 42,2% no pré e 33,7% no pós-operatório ($p=0,109$). A média de idade é de $35,47 \pm 9,51$ anos no grupo do pré-operatório e uma variância que abrange de 20 a 57 anos. Já no pós-operatório, a média de idade é de $40,53 \pm 10,03$ anos no grupo do pré-operatório e uma variância que abrange de 22 a 70 anos ($p=0,003$). Os dados obtidos por meio do Questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt II demonstraram que a maioria dos indivíduos do período do pré-operatório, 57,8% (37) classificaram sua qualidade de vida como mínima e apenas 10,9% (7) a consideraram como muito boa e 25% (16) como boa. No grupo do pós-operatório, observa-se uma mudança significativa no resultado dessa classificação em que 75% (69) dos participantes consideraram que sua qualidade de vida muito boa após a realização da cirurgia, 19,6% (18) sentem que a QV está boa e apenas cinco (5,4%) pacientes classificaram a QV como mínima, não havendo nesse grupo nenhuma classificação da QV como ruim ou muito ruim ($p<0,001$). **Conclusão:** As mudanças observadas na qualidade de vida foram referentes ao aumento da auto-estima com relação direta na melhora da vaidade e da autopercepção, à prática de atividade física como uma forma de contribuir para a perda de peso, ao melhor desempenho no trabalho, à sociabilidade com benefícios de uma vida social mais ativa devido ao bem-estar vivenciado pelos pacientes e à diminuição dos preconceitos vivenciados no pré-operatório, ao aumento do interesse sexual com contribuição para a melhora dos relacionamentos pessoais e da auto-estima e ao comportamento alimentar mais saudável em que, após a cirurgia bariátrica, os pacientes passam a escolher alimentos adequados e a saborear mais esses alimentos. **Contribuição para Enfermagem:** O uso de instrumentos, como o protocolo BAROS, pelos profissionais da Enfermagem no processo de cuidar favorece o planejamento das ações de enfermagem no cuidado ao cliente, com a implementação das intervenções e a avaliação do resultado das mesmas. Além disso, é importante que a Enfermagem amplie a sua participação nos cuidados direcionados ao paciente bariátrico durante todo o seu percurso em busca do peso desejado, sendo a avaliação da qualidade de vida e a orientação sobre como obter um estilo de vida mais saudável uma das formas de prestar o cuidado.

Descritores: Enfermagem. Cirurgia Bariátrica. Qualidade de Vida

Eixo:

O que e para que pesquisar: limites e possibilidades das linhas e grupos de pesquisa em enfermagem.

Área temática:

Saúde e Qualidade de Vida

Referências:

- 1 – Gordon PC, Kaio GH, Sallet PC. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. Rev psiquiatr clín. (São Paulo). 2011; 38(4): 148-54;
- 2 - Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg. 1998; 8(5):487-99;
- 3 – Oria HE, Moorehead MK. Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Surg obes relat dis. 2009; 5(1):60-6.