

JULIANA PEREZ RODRIGUES HUIJSMANS

**SHORT FORM-36 E BODY SHAPE
QUESTIONNAIRE EM MULHERES EM PRÉ-
OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA PÓS-
BARIÁTRICA**

**Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.**

SÃO PAULO

2009

JULIANA PEREZ RODRIGUES HUIJSMANS

**SHORT FORM-36 E BODY SHAPE
QUESTIONNAIRE EM MULHERES EM PRÉ-
OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA PÓS-
BARIÁTRICA**

**Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.**

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. LYDIA MASAKO FERREIRA

CO-ORIENTADORES: Prof. ELVIO BUENO GARCIA

Dr. IVAN RENE VIANA OMONTE

SÃO PAULO

2009

Huijsmans, Juliana Perez Rodrigues.

Short Form-36 e Body Shape Questionnaire em mulheres em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica. / Juliana Perez Rodrigues

Huijsmans. - - São Paulo, 2009.

XV, 102f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Short Form-36, Body Shape Questionnaire of women in post-bariatric abdominoplasty preoperative.

1.Qualidade de vida. 2.Imagem corporal. 3.Cirurgia Plástica.
4.Abdomen/Cirurgia. 5.Cirurgia Bariátrica. 6. Morbidade. 7. Obesidade Mórbida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA PLÁSTICA**

COORDENADOR: Profº. Drº. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo REINALDO IOACHIM HUIJSMANS, que, com seu exemplar companheirismo, amor e generosidade me apoiou e incentivou na busca de um sonho, de uma realização profissional.

Aos meus pais JOSÉ e MARIA SIRLENE e minhas irmãs ADRIANA, FABIANA e MARIANA que marcaram minha vida com muita sabedoria me ensinando a buscar em Deus a força para suportar e superar as dificuldades no caminho de minha qualificação profissional e pessoal, sempre com ética, moral e respeito acima de tudo.

Ao meu sogro CORNELIS e minha sogra JEANETTE, que acreditaram na minha capacidade e esforço, e nos momentos difíceis me incentivaram a perseverar.

Ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, amigos, alunos, professores e coordenadores pela oportunidade de obter ensino de tão alto grau de excelência.

A todos que de certa forma carinhosamente estiveram ao meu lado e que ficarão sempre em minha memória

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **LYDIA MSAKO FERREIRA**, CHEFE DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UNIFESP, VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, que me contemplou com sua orientação, de forma honrosa e com sabedoria imensurável, pelos valiosos exemplos de liderança, empreendedorismo e docência, pelo incentivo, apoio e confiança a mim dispensados que de tão longe vim buscar.

Ao Professor **ELVIO BUENO GARCIA**, COORDENADOR DO SETOR DE CIRURGIA PLÁSTICA PÓS-BARIÁTRICA DA UNIFESP, pela presença marcante no desenvolvimento desse trabalho, pelo inestimável acolhimento, colaboração e exaustivas correções realizadas. Por permitir-me fazer parte de um grupo tão coeso e competente em atividades ambulatoriais e cirúrgicas da Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP.

Ao Professor Doutor **MIGUEL SABINO NETO**, COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, pela disponibilidade e brilhante desempenho acadêmico. Por ter acreditado em mim nesse trabalho científico e de forma incondicional contribuído para a finalização desta conquista acadêmica.

Ao Professor **BERNARDO HOCHMAM**, COORDENADOR DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA E

ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, pela contribuição em suas sugestões cordiais no desenvolvimento desse projeto.

À Professora **JANE MARI PAIM**, PROFESSORA NA ÁREA DE LÍNGUA PORTUGUESA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL, pela gentil colaboração na correção ortográfica e gramatical desse estudo.

Ao amigo **IVAN RENE VIANA OMONTE**, ALUNO DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, pela co-orientação, colaboração, apoio e incentivo em todos os momentos da realização desse estudo.

Ao amigo **RODOLPHO ALBERTO BUSSOLARO**, ALUNO DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, pela colaboração na formação da casuística deste estudo, disponibilidade para esclarecimentos e sugestões na sua elaboração e artigos para publicação.

À amiga **MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA**, ALUNA DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, pela disponibilidade para esclarecimentos e sugestões sobre qualidade de vida e pela honrosa e valiosa participação na banca de pré-defesa que contribuiu para a conclusão deste estudo.

Ao amigo **LUIS ANTONIO ROSSETO DE OLIVEIRA**, ALUNO DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

CIRURGIA PLÁSTICA, pela colaboração e empenho na participação na banca de pré-defesa que contribuiu para a conclusão deste estudo.

À amiga **ANGELA FERREIRA**, ALUNA DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, pelo companheirismo e sugestões para a conclusão deste estudo.

Às amigas **MARTA REJANE, SANDRA DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS**, SECRETÁRIAS DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA, pela cordialidade, competência e profissionalismo no atendimento e serviços prestados.

À **COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (CAPES/MEC)**, pelo período de apoio financeiro sob a forma de Bolsa Mestrado.

“Ainda que eu tivesse o dom da profecia, o conhecimento de todos os mistérios e de toda a ciência, ainda que tivesse toda a fé a ponto de transportar montanhas, se não tivesse amor eu nada seria...”

(1Cor 13,2)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE FIGURAS.....	X
LISTA DE TABELAS.....	XI
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	XIII
RESUMO.....	XV
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	6
3. LITERATURA.....	8
4. MÉTODOS.....	29
5. RESULTADOS.....	36
6. DISCUSSÃO.....	46
7. CONCLUSÃO.....	61
8. REFERÊNCIAS.....	63
NORMAS ADOTADAS.....	71
ABSTRACT.....	73
APÊNDICES.....	74
ANEXOS.....	86
FONTES CONSULTADAS.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupos Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio capacidade funcional e aspectos físicos (SF-36).....	40
Figura 2	Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupos Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio dor corporal e estado geral de saúde (SF-36).....	41
Figura 3	Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupos Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio vitalidade e aspectos sociais (SF-36).....	42
Figura 4	Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupos Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio aspecto emocional e saúde mental (SF-36).....	43
Figura 5	Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupos Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) da soma total de pontos (BSQ).....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Casuística segundo idade, altura e peso corporal de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo).....	32
Tabela 2	Casuística segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo).....	32
Tabela 3	Casuística segundo a variável comorbidades de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo).....	33
Tabela 4	Distribuição de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo os domínios do SF-36.....	39
Tabela 5	Distribuição de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a pontuação do BSQ em níveis de preocupação com a imagem Corporal.....	45
Tabela 6	Distribuição de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo as dimensões do BSQ.....	46

Tabela 7	Casuística de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a escolaridade (anos estudados).....	75
Tabela 8	Casuística de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a variável estado Civil.....	75
Tabela 9	Casuística de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a variável Tabagismo.....	75
Tabela 10	Valores individuais do SF-36 – Mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle).....	76
Tabela 11	Valores individuais do SF-36 – Mulheres ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo).....	78
Tabela 12	Valores individuais do BSQ – Mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle).....	80
Tabela 13	Valores individuais do BSQ – Mulheres ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo).....	81
Tabela 14	Valores individuais das dimensões do BSQ – Mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle).....	82
Tabela 15	Valores individuais das dimensões do BSQ – Mulheres ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo).....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APGAR-Familiar	Apgar Family Function Questionnaire
AODS	Adaptative Operationalized Diagnostic Scale
BAROS	Bariatric Analysis and Report Outcomes System
BES	Binge Eating Scale
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BQL	Bariatric Quality of Life
BSQ	Body Shape Questionnaire
BUT	Body Uneasiness Test
CED44-B	Daily Stress Questionnaire
CFM	Conselho Federal de Medicina
EDEQ Version-4	Eating Disorders Examination Questionnaire
EPQ-R	Eysenck Personality Questionnaire Revised
EUA	Estados Unidos da América
FCQ-T	Food Craving Questionnaire Trait
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HMQ	Health Measurement Questionnaire Self-Report
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IWQOL-Lite	Impact on Quality of Life-Lite
Kg	Quilogramas
kg/m ²	Quilograma por Metro Quadrado
MINI/DSM-IV	Mini International Neuropsychiatry Interview
MS	Ministério da Saúde

NHP	Nottingham Health Profile
OMS	Organização Mundial da Saúde
PGWB	Psychological General Well Being
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SF-36	Medical Outcomes Study Short Form health Survey 36-Item
SPSS	Sattistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: A obesidade mórbida é uma doença que ameaça a vida e prejudica a qualidade de vida dos pacientes, por isso os obesos mórbidos possuem elevada incidência de alterações psico-emocionais. O emagrecimento, devido à cirurgia bariátrica, produz deformidades graves do contorno corporal, tornando-os candidatos a múltiplas cirurgias plásticas, como a abdominoplastia pós-bariátrica. A avaliação da qualidade de vida, é uma prática crescente na área da cirurgia plástica, a fim de avaliar a percepção individual do paciente, suas expectativas e motivações e o impacto das intervenções nos diversos aspectos da qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e imagem corporal de mulheres ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica. **Métodos:** Participaram do estudo 60 mulheres, 30 em pré-operatório de cirurgia plástica pós-bariátrica (Estudo) e 30 em pré-operatório de cirurgia bariátrica (Controle) do Ambulatório da cirurgia plástica e da endocrinologia da Universidade Federal de São Paulo. Foram utilizados os questionários Short Form-36 (SF-36) e Body Shape Questionnaire (BSQ), instrumentos genérico e específico respectivamente. Para análise estatística utilizou-se o Teste de Mann-Whitney e um nível de rejeição de 0,05. **Resultados:** Os dois grupos apresentaram no SF-36, em seus oito domínios, diferença significativa ($p < 0,001$), no domínio saúde mental o valor de p foi 0,011. A imagem Corporal avaliada pelo BSQ, e considerando a soma total dos pontos obtidos, os dois grupos apresentaram diferença significativa ($p < 0,001$). **Conclusão:** A qualidade de vida e a imagem corporal das mulheres ex-obesas mórbidas em pré-operatório de Abdominoplastia pós-bariátrica é superior à das obesas mórbidas de acordo com o SF-36 e BSQ.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo e de acentuada morbidade e sua prevalência crescente tem adquirido proporções epidêmicas (ALMEIDA *et. al.*, 2005).

Os fatores demográficos, socioculturais, biológicos, comportamentais e ambientais classificam a obesidade mórbida como multifatorial. Na prática clínica é diagnosticada e classificada de acordo como Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso corporal em quilogramas (Kg), pelo quadrado da altura em metros quadrados (m^2). Valores superiores a $24,99Kg/m^2$ são considerados sobrepeso; acima de $30Kg/m^2$, obesidade grau I; acima de $35Kg/m^2$, obesidade grau II, e acima de $40Kg/m^2$, obesidade grau III (obesidade mórbida) (SEGAL & FANDINO, 2002; OLIVEIRA, LINARDI, AZEVEDO, 2004).

Tendo em vista a condição multifatorial da obesidade mórbida, seu tratamento mais eficaz é a cirurgia bariátrica, já que os tratamentos convencionais (nutricional, gasto energético - exercícios físicos - e o uso de fármacos associado à terapia comportamental), apresentam-se insatisfatórios em 95% dos casos (SEGAL & FANDINO, 2002).

A cirurgia bariátrica apresenta diversas técnicas de acordo com seus princípios de funcionamento: restritiva (limita a capacidade gástrica), disabsortiva (interfere na digestão e absorção) ou mista (restritiva e disabsortiva). Contudo, sua técnica mais utilizada pelos melhores e duradouros resultados, é a derivação gastrojejunal em formato de Y de Roux, chamada de cirurgia de Capella. Essa técnica consiste na restrição gástrica associada à colocação de um anel de contenção (OLIVEIRA, LINARDI, AZEVEDO, 2004; GELONEZE & PAREJA, 2006; CUNNEEN, 2008).

Desta forma possuem indicação para a cirurgia Bariátrica, pacientes com IMC maior ou igual a 40Kg/m², ou superior a 35Kg/m², com comorbidades graves associadas à obesidade mórbida e passíveis de reversão com o emagrecimento induzido pela cirurgia (GELONEZE & PAREJA, 2006).

A obesidade mórbida é uma doença que ameaça a vida e prejudica a qualidade de vida dos pacientes, por isso os obesos mórbidos possuem elevada incidência de alterações psico-emocionais (ABILÉS *et al.*, 2008). O emagrecimento, devido à cirurgia bariátrica, produz deformidades graves do contorno corporal, tornando-os candidatos a múltiplas cirurgias plásticas, como a abdominoplastia pós-bariátrica (SONG *et al.*, 2005; SARWER *et al.*, 2008).

A cirurgia plástica pós-bariátrica traz uma nova perspectiva para a abordagem de grandes perdas ponderais, podendo contribuir para a melhora funcional, estética e conseqüentemente psicológica, possibilitando uma

melhora da qualidade de vida do paciente ex-obeso mórbido (PITANGUY, GONTIJO, RADWANSKI, 2000; STRAUCH *et al.*, 2006; TANG *et al.*, 2007).

A abdominoplastia pós-bariátrica na maioria dos casos (90%), é a primeira cirurgia realizada após o emagrecimento acentuado e apresenta particularidades diferentes da abdominoplastia clássica. Assim, a técnica mais adequada é a Abdominoplastia em âncora também chamada de mista e multifuncional (FRACCALVIERI *et al.*, 2007; BUSSOLARO *et al.*, 2008; VICO, DE VOOGHT, NOKERMAN, 2009).

A qualidade de vida segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é definida como: “percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações”, ou seja, o indivíduo avalia sua condição de saúde ou doença (SEIDL & ZANNON, 2004).

A qualidade de vida envolve aspectos específicos como a imagem corporal caracterizada pela representação do corpo de um indivíduo em sua mente e pela imagem subjetiva de si mesmo (SLADE, 1988; SONG *et al.*, 2006; SARWER *et al.*, 2008; JORGE *et al.*, 2008).

Avaliar aspectos genéricos e específicos da qualidade de vida na medicina é importante, pois aprimora procedimentos técnicos e a comunicação entre pacientes e profissionais da saúde. A utilização de instrumentos padronizados de avaliação de qualidade de vida, validados, e adaptados culturalmente ao Brasil é uma prática crescente principalmente

na área da cirurgia plástica, a fim de avaliar a percepção individual do paciente, suas expectativas e motivações e o impacto das intervenções nos diversos aspectos da qualidade de vida (DINI *et al.*, 2004; FREIRE *et al.*, 2004; SABINO NETO *et al.*, 2007; KOKUBA *et al.*, 2008; SARWER *et al.*, 2008; NICODEMO, PEREIRA, FERREIRA, 2008a; NICODEMO, PERREIRA, FERREIRA, 2008b; SABINO NETO *et al.*, 2008; JORGE *et al.*, 2008; DAVANÇO *et al.*, 2009).

A cirurgia bariátrica no Brasil teve um crescimento de 500%, desde sua regulamentação em 1990, isso faz com que a busca pela cirurgia plástica pós-bariátrica tenha igualmente aumentado. Os pacientes obesos mórbidos vivem o drama do estigma e da exclusão social. Possuem graves alterações na imagem corporal que influenciam de forma negativa a qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. A cirurgia plástica é, portanto, a alternativa de resgate do corpo e da saúde mental.

O conhecimento destes aspectos amplia e contribui na melhora dos procedimentos e indicação da cirurgia plástica pós-bariátrica pelo cirurgião plástico, além de identificar as motivações e expectativas destes pacientes, podendo até revelar a diferença dos que chegam à cirurgia plástica e dos que não têm essa perspectiva no período pós-bariátrico (GOMES, PACHECO, MARTINS, 2007; SANTOS *et al.*, 2008; SARWER *et al.*, 2008).

OBJETIVO**2. OBJETIVO**

Avaliar a qualidade de vida e a imagem corporal de mulheres ex-obesas mórbidas em pré-operatório de Abdominoplastia pós-bariátrica.

LITERATURA

3. LITERATURA

3.1 Qualidade de vida e tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

ZILBERSTEIN, NETO, RAMOS (2002) pesquisaram sobre o papel da cirurgia no tratamento da obesidade, analisando as estratégias básicas empregadas nos tratamentos cirúrgicos que levam a perda de peso comprovada e duradoura. Tais cirurgias promovem má absorção intestinal global, combinando a restrição gástrica com a má absorção, ou associam má digestão com má absorção e restrição gástrica. Segundo a literatura, o resultado mais efetivo é a que combina restrição gástrica com má absorção, conhecida como a técnica cirúrgica *Bypass* gastrointestinal com Y de Roux distal, também chamada de Cirurgia de Capella. O resultado mostrou baixa taxa de mortalidade 1% e complicações 10%. Concluiu-se que a cirurgia bariátrica é capaz de oferecer uma nova perspectiva para os pacientes com obesidade mórbida.

SEGAL & FANDINO (2002) analisaram a interface dos aspectos de indicação e contraindicação da cirurgia bariátrica, com base na literatura e experiência clínica. Observaram que na maior parte dos estudos, as indicações para a cirurgia Bariátrica tinham como critério, a classificação para obesidade mórbida feita pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), embasada no IMC maior ou igual a 40 Kg/m², e maior ou igual a 35 Kg/m², associado a comorbidades, tais como a apnéia do sono,

diabetes, hipertensão, entre outras. A seleção do paciente para a cirurgia bariátrica também deve requerer no mínimo cinco anos de evolução com insucesso de tratamentos clínicos, compreendendo avaliação laboratorial e psiquiátrica. Como contraindicações, assinalaram alterações clínicas e laboratoriais (comorbidades descompensadas), além de distúrbios psicológicos e psiquiátricos sendo esses as contraindicações mais relevantes, já que 80% dos pacientes obesos apresentam sintomas psicológicos como ansiedade e alterações de comportamento alimentar, entre outros. Concluíram que os estudos acerca destes pacientes estão em fase inicial e reforçaram a necessidade de um tratamento multidisciplinar no tratamento, tendo em vista principalmente, os aspectos psicológicos e psiquiátricos que muitas vezes são subestimados pela ausência de instrumentos adequados de avaliação.

OLIVEIRA, LINARDI, AZEVEDO (2004) estudaram o papel da avaliação psicológica na indicação da cirurgia bariátrica, pela revisão de estudos da literatura. Observaram que é frequente e comum, a presença de Transtornos do Humor e de Ansiedade em pacientes obesos mórbidos. Contudo, de forma geral tem se utilizado um bom senso para selecionar pacientes para a cirurgia, sendo necessário que o paciente esteja estabilizado, ou pelo menos, iniciado um tratamento específico. A cirurgia bariátrica deve ser contraindicada em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo, ou seja, incapaz de manter as mudanças que ocorrerão no pós-operatório.

FANDINO, BENCHIMOL, COUTINHO (2004) realizaram um estudo de revisão, com o objetivo de apresentar uma atualização quanto aos

aspectos físicos e psiquiátricos relacionados à cirurgia bariátrica. Selecionaram em torno de 20 artigos, e relataram que o paciente obeso mórbido, após apresentar complicações clínicas, fica mais suscetível a psicopatologias, sendo os transtornos mais comuns os de humor e comportamento alimentar, presentes em 63% dos casos. Concluíram que a avaliação psiquiátrica deve ser obrigatoriamente, realizada no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, considerando que alguns estudos mostraram que esses transtornos podem permanecer no pós-operatório em até 53% dos pacientes. Incentivaram também o uso de instrumentos estruturados para tais identificações.

BUCHWALD *et al.* (2004) realizaram uma revisão sistemática com meta-análise para determinar a efetividade das cirurgias bariátricas na perda de peso e na melhora, ou cura de quatro principais comorbidades encontradas nesses pacientes (diabetes, hipertensão, hiperlipidemia e apnéia do sono). A busca foi realizada em dois bancos de dados (MEDLINE e Cochrane Library) de artigos publicados na língua inglesa, entre os anos de 1990 e 2003. Foram incluídos 136 estudos que totalizavam 22.094 pacientes obesos mórbidos, dos quais 19%, eram homens, 72,6%, mulheres, e 8,5% não tiveram gênero especificado. A média de idade foi de 39 anos (16 – 64 anos), e a média do IMC, de 46,9 Kg/m². Observaram que a média da perda de peso excessivo foi de 61,2%, e que essa média foi maior nos procedimentos que associaram restrição e disabsorção gástrica. Além disso, a diabetes estava resolvida em 76,8%, a hipertensão em 61,7%, a hiperlipidemia em 70%, e a apnéia do sono em 85,7%. Observaram que a perda de peso e a cura das comorbidades de pacientes obesos mórbidos é efetiva após cirurgia bariátrica.

ARTERBURN, MACIEJEWSKI, TSEVAT (2005) examinaram o impacto da obesidade mórbida nos gastos dos cuidados com saúde do sistema de saúde dos Estados Unidos (EUA). Analisaram uma casuística representativa de 16.262 adultos da população civil não institucionalizada, no ano de 2000; calcularam os gastos com os cuidados médicos dividindo a população por categorias de idade, gênero e IMC; e observaram que os gastos públicos com obesos mórbidos foram de 81%, seguido de adultos com peso normal de 65%, e adultos com sobrepeso de 47%. Os maiores gastos com os obesos mórbidos foram atribuídos às idas mais frequentes aos consultórios, devido às doenças associadas e a maior prescrição de drogas. Concluíram que a obesidade mórbida onera gastos públicos, e que, intervenções para o tratamento e diminuição da incidência da obesidade mórbida podem melhorar tanto o sistema de saúde quanto a economia do país.

PAES DA SILVA *et al.* (2006) realizaram um estudo de revisão, com 13 artigos de epidemiologia e qualidade de vida relacionada à saúde, para avaliar o impacto da obesidade na qualidade de vida de seus pacientes. Observaram que a maioria dos estudos identifica a influência negativa da obesidade e do excesso de peso no estado de saúde e funcionamento psicossocial, devido à morbidade e mortalidade da doença, que causa assim, alterações psicológicas e dificuldades de adaptação social. Em todos os artigos, os pacientes obesos mórbidos, quando comparados a pacientes de outras doenças crônicas ou pessoas saudáveis com peso corporal normal, apresentaram diminuição do bom-humor, menor sensação de bem-estar, maior nível de dor corporal, e pior autoestima. Os instrumentos utilizados

nesses artigos foram Nottingham Health Profile (NHP), Psychological General Well-Being (PGWB) e Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36). Contudo, observaram que para ser possível esclarecer uma relação linear entre a obesidade e a diminuição da qualidade de vida, é preciso novos estudos.

PETRIBU *et al.* (2006) avaliaram a frequência do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), e dos transtornos psiquiátricos associados à obesidade mórbida em indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica. Entrevistaram 67 pacientes de um Hospital Universitário, que apresentaram média de idade de 42,1 anos, de IMC de 48,5 Kg/m², e com predomínio do gênero feminino (73,1%). Para avaliar a qualidade de vida foi aplicado o instrumento Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36), a TCAP o Binge Eating Escala (BES), e para os transtornos psiquiátricos, o Mini International Neuropsychiatry Interview – (MINI/DSM-IV). Observaram em 47,8%, ansiedade generalizada, em 29,9%, depressão e o TCAP foi encontrado em 56,7% dos pacientes, sendo estes os que apresentaram piores escores em todos os domínios do SF-36. Constatou-se elevada presença do TCAP e outros transtornos psiquiátricos nos pacientes, que aumentam a probabilidade de comprometimento nos resultados da cirurgia bariátrica. Estas identificações possibilitam um tratamento pré-operatório mais adequado.

VAN NUNEM *et al.* (2007) examinaram através de uma meta análise as diferenças entre a qualidade de vida relacionada à saúde em obesos que buscam tratamento cirúrgico e não cirúrgico. Utilizaram para tal análise os instrumentos de avaliação, Impact of Weight on Quality of Life-

Lite (IWQOL-Lite) e Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36). A busca foi realizada no PubMed e PsycINFO, entre 1980 e 2006. Foram incluídos artigos que estudaram pacientes adultos com sobrepeso, obesos e obesos mórbidos, e excluídos artigos com pacientes idosos. Seleccionaram 54 artigos, nos quais 44, utilizaram o questionário SF-36, 8, o IWQOL-Lite e 2, ambos os questionários. Os artigos contabilizaram 100.000 pacientes, divididos em cinco grupos: pessoas com peso corporal normal, pacientes com sobrepeso, obesos sem tratamento, obesos em tratamento conservador e obesos em tratamento cirúrgico. As variáveis avaliadas foram IMC, idade, gênero e os resultados dos domínios dos questionários. Ambos os instrumentos apresentavam seus escores menores (pior qualidade de vida) no grupo de obesos em tratamento cirúrgico, podendo os domínios estarem relacionados com a alteração de peso corporal. Ambos os instrumentos apresentaram validade e sensibilidade para aplicação nessa população mesmo um sendo específico (IWQOL-Lite) e o outro genérico. O instrumento IWQOL-Lite refletiu predominantemente o peso relacionado à qualidade de vida, enquanto o SF-36 refletiu aspectos genéricos da qualidade de vida que são determinados tanto pelo peso como por outros fatores.

CUNNEEN (2008) realizou uma revisão sistemática com meta-análise sobre as cirurgias bariátricas incluindo outras três revisões já publicadas (JAMA 2004;292:1724-37; Ann Intern Med 2005;142:547-59; Surgery 2007;142:621-32). Apesar de haver algumas divergências com relação à padronização de dados, foi possível observar uma maior eficácia nas cirurgias com estratégias de má absorção e restrição gástrica (operações mistas), entre elas, *Bypass* gastrointestinal com Y de Roux distal,

chamada também de Cirurgia de Capella ou Fobi-Capella. Em média notou-se uma queda em 85% das comorbidades existentes e uma taxa de mortalidade de 1% para os procedimentos cirúrgicos. Sendo assim, concluiu-se que a cirurgia bariátrica é altamente eficaz no tratamento da obesidade mórbida.

SANTOS *et al.* (2008) estudaram prevalência da obesidade mórbida e da cirurgia bariátrica realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foram feitas três buscas da prevalência da obesidade mórbida e do número de cirurgias bariátricas realizadas no período de 1974 e 2006, no sistema de informação online do Ministério da Saúde do país. A prevalência foi calculada com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e de acordo com os critérios internacionais de diagnóstico da obesidade mórbida. Observou-se um crescimento de 155% de pacientes obesos mórbidos no período analisado. A região que apresentou maior crescimento foi a região sudeste, seguida da região sul, nas quais o número das cirurgias bariátricas também foi maior. Entre os gêneros, observou-se um maior número de obesos mórbidos masculinos, mas que se estabilizou. A regulamentação da cirurgia bariátrica no Brasil, pelo SUS, ocorreu no ano de 1990, e no mesmo ano foram realizadas 63 cirurgias. Após quatro anos, esse número cresceu para 1.008, e em 2006, para 2.528 cirurgias. Considerando tal histórico e a enorme demanda das cirurgias bariátricas torna-se urgentes medidas preventivas da obesidade mórbida no país.

3.2 Qualidade de vida e paciente pós-bariátrico.

SABBIONI *et al.* (2002) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de um grupo de 82 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com predomínio de 82.9% de mulheres e idade média de 40,8 anos. Todos os pacientes responderam a um inventário estruturado alemão: Symptom Check List-90-R, que avaliava de forma subjetiva aspectos físicos (bem estar e desempenho), aspectos emocionais, sociais e de saúde geral, no pré-operatório e no pós-operatório, de 6, 12 e 24 meses. Observou-se grande melhora na qualidade de vida nos seis primeiros meses de pós-operatório, seguida de estabilização entre os 12 e 24 meses pós-operatórios. Da mesma forma ocorreu com a perda de peso corporal que estabilizou no mesmo período. Conclui-se que a qualidade de vida e o peso corporal melhoraram de forma significativa no pós-operatório, principalmente nos primeiros seis meses, e que não é possível fazer uma avaliação dos resultados da cirurgia Bariátrica somente pela perda de peso. A perda de peso por si só pode não ser suficiente para a melhora da qualidade de vida.

CAMBI, MICHELS, MARCHESINI (2003) avaliaram o estado nutricional, a qualidade de vida e o uso correto da suplementação nutricional, antes e após a cirurgia bariátrica. Foram selecionados 30 pacientes obesos mórbidos (9 homens e 21 mulheres), com a idade variando de 20-55 anos submetidos à cirurgia bariátrica. Foram utilizados métodos de avaliação antropométrica, impedância bioelétrica, avaliações laboratoriais (hemograma, sódio, potássio, ferro sérico, cálcio, zinco,

magnésio, transferrina, glicemia, uréia, creatinina, ácido úrico, colesterol triglicéridos, hormônios tireoidianos, proteínas, vitaminas A, B1, B12 e ácido fólico) e um questionário não especificado de qualidade de vida que abrangia quatro dimensões (físico, social, afetiva, profissional). Observou-se que os pacientes que não usaram suplementação apresentaram deficiências nutricionais, diminuição ponderal do IMC e da massa gordurosa. A qualidade de vida melhorou pela mobilidade para as atividades físicas e atividades de vida diária. Concluiu-se que a cirurgia bariátrica reduz as comorbidades, promove redução do IMC e da massa adiposa e melhora a qualidade de vida.

HADDAD *et al.* (2003) realizaram um estudo com o objetivo de descrever as mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, destacando a autoestima, a reintegração social, bem como os preconceitos com o obeso mórbido. O estudo foi realizado com cinco pacientes (3 homens e 2 mulheres) que responderam a um questionário subjetivo, com perguntas abertas, construído pelos autores. Os resultados foram descritivos e mostraram uma grande melhora na qualidade de vida e diminuição do preconceito desses pacientes no pós-operatório.

BARRETO *et al.* (2004) avaliaram a qualidade de vida em pacientes antes e após a cirurgia Bariátrica, aplicando o questionário Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) em 95 pacientes, destes, 66 (grupo1) possuíam obesidade mórbida e obesidade moderada, associada a comorbidades em pré-operatório de cirurgia bariátrica, e 29, em pós-operatório, de 6 e 12 meses (grupos 2 e 3 respectivamente). Esses pacientes formaram então três grupos que foram avaliados e comparados

entre si. Os resultados mostraram uma melhora significativa da qualidade de vida entre os grupos 1 e 2, o mesmo aconteceu entre os grupos 1 e 3, porém, entre os grupos 2 e 3 não houve diferença significativa. Concluiu-se então que a cirurgia bariátrica promove uma melhora da qualidade de vida principalmente nos aspectos físicos, saúde geral e vitalidade e uma ligeira queda dessa melhora ocorre ao longo do tempo de pós-operatório (12 meses), principalmente no aspecto emocional.

WEINER *et al.* (2005) validaram na Alemanha um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, chamado de Bariatric Quality of Life (BQL), aplicando-o em um grupo de 133 pacientes, submetidos a quatro tipos diferentes de procedimento, com idade média de 38,8 anos, e IMC de 47,2 Kg/m². A validade de construção foi testada pela aplicação de outros três instrumentos mais utilizados nessa população, sendo eles: Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36), Gastrointestinal Quality of Life Index e Bariatric Analysis and Reporting Outcome System. A consistência interna foi calculada pelo coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,71 e 0,86. O questionário foi, portanto, validado e testado com sucesso para o uso clínico. Concluíram a necessidade da aplicação desse tipo de instrumento nessa população, a fim de melhorar os cuidados de saúde prestados aos mesmos.

SILVA *et al.* (2005) avaliaram o consumo alimentar de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica do tipo Fobi-Capella, tendo como método o recordatório alimentar de 24 horas, realizado no pré e pós-operatório (6, 11 e 24 meses). A casuística foi constituída de 48 pacientes,

sendo 36, do sexo feminino, com idade entre 20-44 anos. A dieta no pré-operatório era caracterizada como hipercalórica, hiperproteica e hiperlipídica, no pós-operatório houve uma redução drástica no consumo calórico como previsto, de macronutrientes e micronutrientes, principalmente no período inferior aos seis meses (primeiro período estudado) com aumento progressivo nos dois próximos períodos estudados. Observou-se então consumo desequilibrado de macro e micronutrientes no pré e pós-operatório, com potenciais riscos nutricionais. O acompanhamento nutricional de acordo com o estudo deve ser prioritário para efetivas mudanças nos hábitos de vida e alimentares

OCÓN *et al.* (2005) analisaram aspectos antropométricos, nutricionais, cardiovasculares e a qualidade de vida de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica. Foram avaliados retrospectivamente 70 pacientes (45 submetidos à *Bypass* biliopancreático e 25 *Bypass* gastrointestinal), sendo 56 mulheres e 14 homens, com uma média de idade de 36 anos. Para obtenção dos dados antropométricos foi aferido peso, altura e calculado IMC; para os aspectos cardiovasculares, a pressão sanguínea arterial, perfis lipídico, glicêmico e ácido úrico sérico; para os nutricionais, a albumina sérica, hemograma completo, concentrações de fósforo e cálcio, realizados no pré e pós-operatórios de um e dois anos. A qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento Bariatric Analysis and Reporting Outcomes System (BAROS) somente no pós-operatório. Em relação ao IMC, houve uma queda significativa após os dois anos, com uma perda média de peso de 47.7 Kg (36.5% de redução do excesso de peso); nos aspectos cardiovasculares, houve melhora: 90% dos pacientes deixaram de ser diabéticos e 72% normalizaram a pressão

sanguínea arterial. Já os parâmetros nutricionais apresentaram deficiências previstas, e 64,2% dos pacientes relataram através do questionário, uma melhora na qualidade de vida e grande satisfação com o resultado da cirurgia.

SILVA *et al.* (2006) publicaram um estudo de caso com o objetivo de apresentar recursos fisioterápicos para a recuperação de pós-cirúrgico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Investigou-se uma paciente do gênero feminino, com 44 anos de idade, que foi submetida a duas sessões semanais de hidroterapia e três sessões semanais de fisioterapia em solo, com duração de 50 minutos cada sessão, durante 4 meses. Como método de avaliação de resultados foi utilizado o teste de caminhada de 6 minutos, e o questionário de qualidade de vida Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36). Os resultados mostraram um aumento de 90 metros na distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos, e no questionário SF-36, uma melhora em 6 dos 8 domínios. A saúde mental e aspectos emocionais não apresentaram mudanças. Concluiu-se portanto, que os recursos fisioterápicos empregados melhoraram a qualidade de vida e capacidade funcional da paciente estudada.

ABILÉS *et al.* (2008) analisaram as características psicopatológicas dos pacientes obesos mórbidos em pré-operatório de cirurgia bariátrica, e as diferenças e semelhanças entre pacientes com obesidade grau II e indivíduos com peso corporal normal. O estudo incluiu 50 pacientes, sendo 26 com obesidade grau II, e 24 com obesidade grau III (obesidade mórbida), além de 25 voluntários com peso corporal normal. Foram

avaliados os seguintes aspectos com os respectivos instrumentos: estresse (Daily stress questionnaire - CED44-B); ansiedade e depressão (General Health Questionnaire - GHQ); aspecto familiar (Apgar Family Function Questionnaire -APGAR-Familiar); qualidade de vida (Quality of Life Index -QLI-Sp); autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSE); personalidade (Eysenck Personality Questionnaire-Revised - EPQ-R); desejo por comida (Food Craving Questionnaire-Trait - FCQ-T) e compulsão alimentar (Eating Disorders Examination–Questionnaire - EDE- Q Version-4). Os pacientes obesos (grau II e III) apresentaram alto nível de estresse, ansiedade, sintomas de depressão, desejo por comida e compulsão alimentar, baixo nível de autoestima e de qualidade de vida quando comparados ao grupo controle com peso normal. Entre os obesos (grau II e III) não houve diferença significativa no aspecto ansiedade e personalidade. Embora haja desordens psicológicas nos pacientes obesos mórbidos (grau III), essas não devem ser critério de exclusão absoluta para a cirurgia bariátrica, mas devem servir para intervenções em cuidados mais apropriados.

ALGER-MAYER *et al.* (2009) realizaram um estudo para avaliar o estado de compulsão alimentar, qualidade de vida e sintomas de depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica, com seguimento pós-operatório de 6 anos. Foram aplicados três instrumentos: o Binge Eating Scale (BES), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36), em 157 pacientes de um hospital universitário, sendo 135 do gênero feminino, com média de idade de 45 anos e IMC de 50,7Kg/m². Apresentaram compulsão alimentar severa, 25% dos pacientes na última avaliação, seis anos após a cirurgia,

sendo que os mesmos também tiveram sintomas de depressão e piora na qualidade de vida, porém, quando comparada a perda de peso desses pacientes com o restante do grupo, não houve diferença significativa. Sendo assim, concluíram que com o passar dos anos, os benefícios quanto à qualidade de vida e aspectos psicológicos tendem a diminuir e atribuem a isso, a dificuldade de manter as mudanças do estilo de vida a longo prazo.

3.3 Qualidade de vida, imagem corporal e abdominoplastia pós-bariátrica

ZOOK (1975) descreveu um grupo de pacientes ex-obesos mórbidos com grande perda de peso corporal no pós-operatório de cirurgia bariátrica, com o objetivo de citar todas as deformidades do contorno corporal e de propor técnicas cirúrgicas para o tratamento das sequelas do perfil corporal. Observou-se a necessidade de esperar um período de, no mínimo doze meses de peso estável, aguardando um grau de retração cutânea espontânea para a realização da primeira cirurgia plástica de forma mais efetiva.

COLE *et al.* (1994) publicaram um estudo, com o objetivo de determinar a efetividade de instrumentos de qualidade de vida, como medida de resultados em cirurgia plástica. A casuística foi formada por 292 pacientes, sendo 200 mulheres e 92 homens, com idade média de 30 anos, e IMC considerado normal, que buscaram alguma cirurgia plástica no período de junho a dezembro de 1991. Foi aplicado o instrumento Health Measurement Questionnaire Self-report Instrument (HMQ) no pré-operatório, e 6 meses de pós-operatório. Observou-se melhora da qualidade de vida em 73% dos pacientes. Dessa forma, concluíram que a utilização de

instrumentos de qualidade de vida para avaliar os benefícios dos resultados das cirurgias plásticas é efetivo.

FITZPATRICK *et al.* (1999) realizaram um estudo de 37 artigos da literatura a fim de evidenciar a utilização de instrumentos de qualidade de vida relacionada a saúde, como método efetivo para medir serviços de saúde em cirurgia plástica. Observaram-se em estudos primários, que utilizaram tais instrumentos, a presença de alterações dos aspectos sociais e emocionais dos pacientes que buscam a cirurgia plástica, permitindo um maior conhecimento da expectativa do paciente no pré e pós-operatório, para o serviço de saúde cada vez mais adequado. Buscar um instrumento estruturado, validado e sensível é fundamental diante da grande oferta de instrumentos na comunidade científica. Medidas de resultados de cirurgia plástica, com base na subjetividade do paciente, são, portanto, uma importante fonte de evidência para os cirurgiões.

SEGUNG-JUN O, THALLER (2002) realizaram estudo de revisão da literatura determinando detalhes técnicos específicos para Abdominoplastias em diversos tipos de pacientes, nos quais estava o paciente pós-bariátrica. Foram determinados como conceitos importantes para o paciente pós-bariátrico o tempo de espera para as cirurgias plásticas de, no mínimo 12 meses, retração cutânea espontânea insatisfatória e limitações do resultado de uma Abdominoplastia transversa nos ex-obesos mórbidos, além de evidenciar a Abdominoplastia do tipo mista como mais efetiva para o ex-obeso mórbido.

FURTADO, NOGUEIRA, LIMA JR. (2004) realizaram estudo retrospectivo com o objetivo de apresentar rotinas para um melhor acompanhamento das cirurgias plásticas pós-bariátricas e diminuir complicações. Foi realizado o levantamento de 26 pacientes operados entre novembro de 1999 a janeiro de 2003. A média de idade desses pacientes foi de 36 anos, sendo 75% mulheres. Encontraram casos de reintervenções com áreas de deiscência e necrose de retalho em quatro pacientes, com nova operação pós-seroma. As complicações mais frequentes foram: 30% seroma em abdome, 10% hematomas, 4% necrose e 7% esteatonecrose. Preconizou-se a partir desses dados, exames laboratoriais extras, como ultrassom abdominal, avaliação clínica cautelosa, anestesia geral em pacientes com peso superior a 100 Kg, entre outros. Determinaram dessa forma, que procedimentos realizados com grande cautela permitem melhores condições de vida (locomoção, higienização e autoestima) para os pacientes.

PECORI *et al.* (2007) avaliaram em seu estudo, as atitudes com relação à imagem corporal das mulheres ex-obesas mórbidas pós-bariátrica, que desejavam submeter-se a operações do contorno corporal. A casuística foi formada por quatro grupos, totalizando 60 pacientes com idade média de 41 anos. No primeiro grupo estavam mulheres em pré-operatório de cirurgia bariátrica; no segundo, mulheres pós-bariátrica com mais de dois anos de pós-operatório; no terceiro, mulheres com mais de 2 anos de pós-bariátrica e 1 ano de pós-operatório da primeira cirurgia plástica pós-bariátrica; e no quarto, grupo mulheres com mais de 2 anos de pós-bariátrica e 1 ano de pós-operatório da segunda cirurgia plástica pós-bariátrica. Como método de avaliação foi utilizado o instrumento Body

Uneasiness Test (BUT), que abrange dimensões de atitude em relação à imagem corporal, fobia ao ganho de peso, preocupações com a imagem corporal e angústia com relação à imagem corporal. Observaram-se melhores escores em todas as dimensões do BUT no segundo grupo de mulheres pós-bariátrica sem nenhuma cirurgia plástica, seguido do quarto grupo de mulheres pós-bariátrica com duas cirurgias plásticas. O primeiro grupo, considerado o controle, foi comparado com os demais apresentando significância somente entre o segundo e o quarto grupo ($p < 0,022$ e $p < 0,004$). Apesar da perda de peso satisfatória nos três grupos pós-bariátrica, o grupo com uma cirurgia plástica apresentou grande grau de depreciação da imagem corporal, mas que pode ser melhorada em uma segunda cirurgia plástica como notado no grupo quatro.

LARSEN *et al.* (2007) realizaram um estudo retrospectivo dos pacientes de abdominoplastia pós-bariátrica, no período de 1995 a 2004. Foram avaliados prontuários e um questionário criado pelos autores enviado pelo correio, e preenchido pelos pacientes. As variáveis analisadas nesse questionário foram: complicações secundárias, satisfação com a imagem corporal e capacidade funcional. Participaram do estudo, os pacientes que completaram todo o questionário a eles enviado, totalizando 25. A complicação mais frequente foi o seroma, em 25%, seguido de infecções de ferida com uso de antibióticos, em 13%. A higiene, mobilidade e capacidade funcional melhoraram em 68%, 72% e 80%, respectivamente. A satisfação com o corpo e o IMC não apresentaram mudança aparente, já a autoestima melhorou, evidentemente após a abdominoplastia pós-bariátrica. A abdominoplastia é um método seguro e eficaz para a correção do contorno corporal em pacientes com grande perda

de peso, entretanto, o IMC próximo ao normal no pré-operatório é ideal para diminuir os riscos de complicações. Observou-se também nesse estudo, que os pacientes não foram bem informados quanto às diferenças nas mudanças da imagem corporal no pós-operatório de cirurgia bariátrica e no pós-operatório da abdominoplastia pós-bariátrica.

CINTRA *et al.* (2008) com o objetivo de documentar a longo prazo a qualidade de vida de mulheres que tiveram grande perda de peso corporal após cirurgia bariátrica e a efetividade da abdominoplastia pós-bariátrica, realizaram um estudo com 16 mulheres com idade média de 40,1 anos, com tempo de pós-operatório de cirurgia Bariátrica entre 24 e 48 meses, e com peso estabilizado nos últimos 12 meses. Responderam a uma entrevista semiestruturada Adaptive Operationalized Diagnostic Scale (AODS) que compreende as relações afetivas, produtividade, desempenho social-cultural e saúde física. A abdominoplastia pós-bariátrica foi seguida de poucas complicações, sendo essas, seromas em 18,8%, e anemia em 6,3%. A melhor resposta a AODS correspondeu ao domínio sócio-cultural onde 81,3% dos pacientes tiveram excelente adaptação. Nos outros três domínios, houve uma semelhança com 62,5%. A cirurgia plástica pós-bariátrica nesse estudo, correspondeu às expectativas das pacientes com poucas complicações e bom resultado no contorno corporal. Além disso, as pacientes apresentaram excelente desempenho sócio-cultural com encorajamento para as relações afetivas e interpessoais, produtividade e saúde geral.

STUERZ *et al.* (2008) com o objetivo de determinar o impacto da abdominoplastia pós-bariátrica nos aspectos psicológicos dos pacientes

realizaram um estudo com 30 mulheres, com idade média de 37,1 anos, e 4 homens, com idade média de 39,9, submetidos à abdominoplastia pós-bariátrica. Responderam a cinco questionários de qualidade de vida, abrangendo conceitos genéricos e específicos, sendo eles Strauss and Appelts Questionnaire for assessing one's own body; Subscale "Emphasis on attractiveness" of the Body Perception Questionnaire by Paulus; The Life Satisfaction Questionnaire; The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), e um questionário criado pelos autores com o intuito de avaliar as expectativas dos pacientes com relação à cirurgia plástica. Os parâmetros clínicos também foram investigados: o grupo controle foi formado com pacientes que não realizaram a cirurgia plástica. Os questionários foram aplicados um dia antes da cirurgia, e 3 e 12 meses depois da cirurgia. Os dados foram comparados antes e depois da cirurgia entre e intragrupos. Os pacientes que realizaram a cirurgia apresentaram elevados níveis de autoconfiança e de sentirem-se mais atraentes ($p < 0,001$), 75% desses pacientes consideraram, no questionário dos autores, suas expectativas alcançadas pela cirurgia. Sendo assim, a Abdominoplastia pós-bariátrica melhorou a qualidade de vida de forma genérica e específica e estes resultados também permitem, segundo os autores, uma influência de 61% na indicação de novas cirurgias plásticas pós-bariátrica.

SARWER *et al.* (2008) com o intuito de discutir as considerações psicológicas do paciente pós-bariátrico que busca a cirurgia de contorno corporal, realizaram um estudo de revisão de 172 artigos, sobre características físicas e psicológicas que os indivíduos com obesidade mórbida sofrem e que podem manter ou ser alteradas no momento da cirurgia de contorno corporal. A relação da insatisfação com a imagem

corporal na cirurgia bariátrica e na cirurgia plástica foi discutido. A maioria dos artigos serve como guias de sugestões para pesquisas futuras. Entretanto, são categóricos quanto às recomendações preliminares das alterações psicológicas na avaliação do paciente e na indicação e preparação para a cirurgia de contorno corporal. Visto a popularidade atual desta área, torna-se necessário uma maior especificação na avaliação destes aspectos, considerando que uma avaliação apropriada faz papel importante nos resultados efetivos pós-operatórios de contorno corporal.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1 Desenho da Pesquisa

A presente pesquisa é caracterizada como primária, clínica, transversal, observacional, analítica e comparativa. Feita de forma não aleatória (consecutiva) sem mascaramento (aberto) e em centro único, na Disciplina de cirurgia plástica, que tem como Titular Professora Dra. Lydia Masako Ferreira da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica.

Este estudo devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, segundo o parecer nº 1566/07, em 9 de Novembro de 2007 (**Anexo 1**).

4.2 Casuística

A casuística foi composta de 60 pacientes do gênero feminino, sendo 30 pacientes provenientes do Ambulatório da Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, candidatas a realização da abdominoplastia pós- bariátrica (**Grupo Estudo**) e 30 provenientes do Ambulatório de Obesidade Mórbida (Cirurgia bariátrica) da Disciplina de Endocrinologia da UNIFESP, candidatas a realização da cirurgia bariátrica (**Grupo Controle**), entre novembro de 2007 e novembro de 2008.

Os critérios de inclusão para as pacientes do Grupo Estudo foram idade entre 18 e 65 anos; Índice de massa corporal (IMC) menor ou igual a

30Kg/m²; estabilização da perda de peso ponderal há, no mínimo, um ano; cirurgia bariátrica prévia (tipo Capella), e estarem em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica. Já para o Grupo Controle os critérios de inclusão foram idade entre 18 e 65 anos; IMC maior ou igual a 40Kg/m²; insucesso em tratamentos convencionais de obesidade; presença de comorbidades associadas à obesidade e serem candidatas à cirurgia bariátrica do tipo Capella.

Os Critérios de Exclusão para as pacientes do Grupo Estudo foram: presença de doenças sistêmicas não controladas que contra-indicassem o procedimento cirúrgico; pacientes com IMC maior que 30Kg/m², e para ambos os grupos, pacientes analfabetos. Dessa forma, os grupos mostraram-se semelhantes nas variáveis Idade, Altura (Tabela 1) e Escolaridade (**Apêndice 1**); diferentes no Peso, IMC (Tabela 2); e nas variáveis Estado Civil, Tabagismo (**Apêndice 1**) e Comorbidades (Tabela 3).

Tabela 1. Casuística segundo idade, altura e peso corporal de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo).

Características		Grupo	Grupo
Demográficas		Controle	Estudo
Idade	Máximo	63,00 anos	64,00 anos
	Mínimo	28,00 anos	28,00 anos
	Mediana	45,50 anos	46,00 anos
Altura	Máximo	1,73 m	1,78 m
	Mínimo	1,50 m	1,42 m
	Mediana	1,62 m	1,60 m
Peso*	Máximo	208,00 Kg	90,00 Kg
	Mínimo	95,00 Kg	57,00 Kg
	Mediana	151,50 Kg	73,50 Kg

* Teste de Mann-Whitney; *Diferença significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 2. Casuística segundo o IMC de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo).

Grupos	IMC*	
Grupo Controle	Máximo	72,00 Kg/m ²
	Mínimo	40,00 Kg/m ²
	Mediana	56,00 Kg/m ²
Grupo Estudo	Máximo	30,00 Kg/m ²
	Mínimo	22,30 Kg/m ²
	Mediana	26,15 Kg/m ²

* Teste de Mann-Whitney; *Diferença significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 3. Casuística segundo a variável comorbidades de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo)

Grupos	Presença	Ausência
Grupo Controle	n** = 27	n** = 3

Grupo Estudo	n** = 0	n** = 30
* Teste Exato de Fisher; ** número de pacientes		
*Diferença significativa($p = 0,0001$).		

4.3 Procedimentos

As pacientes foram selecionadas e posteriormente convidadas a participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 2**); todas responderam a uma ficha clínica (**Anexo 3**).

No pré-operatório (cirurgia plástica e bariátrica), as pacientes responderam a dois questionários, no Ambulatório da Disciplina de Cirurgia Plástica e no Ambulatório da Disciplina de Endocrinologia da UNIFESP. Foram utilizados como instrumentos de avaliação, ambos validados culturalmente: Short Form-36 (SF-36), (**Anexo 4**) e o Body Shape Questionnaire (BSQ), (**Anexo 5**). A aplicação dos questionários foi realizada de forma autoadministrada assistida, na qual o pesquisador manteve-se à disposição em sala adjacente para eventuais esclarecimentos.

O **SF-36** avalia a qualidade de vida de forma genérica, inclui 36 itens, distribuídos em oito dimensões (domínios): capacidade funcional, aspectos físicos, dor corporal, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Um item medindo a mudança de saúde comparada com o ano anterior está incluído, e sua pontuação se dá de acordo com uma escala que diferencia os domínios (Ciconelli *et al.*; 1997). O **BSQ** é um questionário específico, que avalia a imagem corporal com 34 itens e 6 opções para cada resposta. O total de pontos obtidos (somado) reflete o nível individual de preocupação com a imagem corporal: pontuações menores ou iguais a 110 pontos, classificam ausência

de preocupação com a imagem corporal; maiores que 110 e menores ou iguais a 138 pontos, leve preocupação; maiores que 138 e menores ou iguais a 167, preocupação moderada; e se os valores forem maiores que 167 pontos, preocupação grave e insatisfação com a imagem corporal. Há uma análise fatorial da estrutura das questões do questionário que resulta em uma solução de quatro dimensões ou subescalas: Autopercepção da forma corporal; Percepção comparativa da imagem corporal; Atitude em relação à alteração da imagem corporal e Alterações intensas da percepção corporal (Cooper *et al.*, 1987; Di Pietro & Silveira, 2009).

4.4 Análise Estatística:

Para a análise estatística dos resultados foram utilizados testes não-paramétricos, levando-se em consideração a natureza categórica das variáveis estudadas.

Foram utilizados os seguintes testes, de acordo com o tipo de análise: Teste Exato de Fischer para a descrição da casuística quanto às variáveis qualitativas (Estado Civil, Tabagismo e Comorbidades); Teste de Mann-Whitney para avaliar dois grupos distintos e independentes quanto à descrição das variáveis quantitativas (Idade, Altura, Peso, IMC e Escolaridade), e para análise das diferenças quanto às percepções dos grupos.

O nível de rejeição da hipótese de nulidade foi fixado em 5%, considerando-se significativo valor de $p \leq 0,05$. Os *softwares* empregados foram o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e o Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Resultados segundo o Short Form-36 (SF-36):

Os dois grupos (Estudo e Controle) apresentaram diferença significativa com valor de $p < 0,001$ em sete dos oito domínios do SF-36, sendo que no domínio saúde mental mesmo sendo significativo o valor foi de $p < 0,011$. Na pontuação deste instrumento, cabe lembrar que quanto maior o valor obtido nos resultados dos domínios, melhor a qualidade de vida, e os valores variam de 0 a 100.

Tabela 4. Distribuição de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo os domínios do SF-36.

Domínios	Grupo Controle	Grupo Estudo	Comparação entre os Grupos*
Capacidade Funcional	Máxima = 95	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 5	Mínima = 0	
	Mediana = 34	Mediana = 90	
Aspectos Físicos	Máxima = 100	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 0	Mínima = 25	
	Mediana = 25	Mediana = 99	
Dor Corporal	Máxima = 90	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 0	Mínima = 41	
	Mediana = 36	Mediana = 86	
Estado Geral de Saúde	Máxima = 97	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 0	Mínima = 20	
	Mediana = 39	Mediana = 88	
Vitalidade	Máxima = 85	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 0	Mínima = 20	
	Mediana = 48	Mediana = 78	
Aspectos Sociais	Máxima = 100	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 0	Mínima = 25	
	Mediana = 45	Mediana = 96	
Aspecto Emocional	Máxima = 100	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,001
	Mínima = 0	Mínima = 0	
	Mediana = 36	Mediana = 97	
Saúde Mental	Máxima = 100	Máxima = 100	<i>p</i> < 0,011
	Mínima = 4	Mínima = 8	
	Mediana = 64	Mediana = 81	

* Teste de Mann-Whitney.

As diferenças entre os grupos podem ser observadas por domínios também nas Figuras 1, 2, 3 e 4.

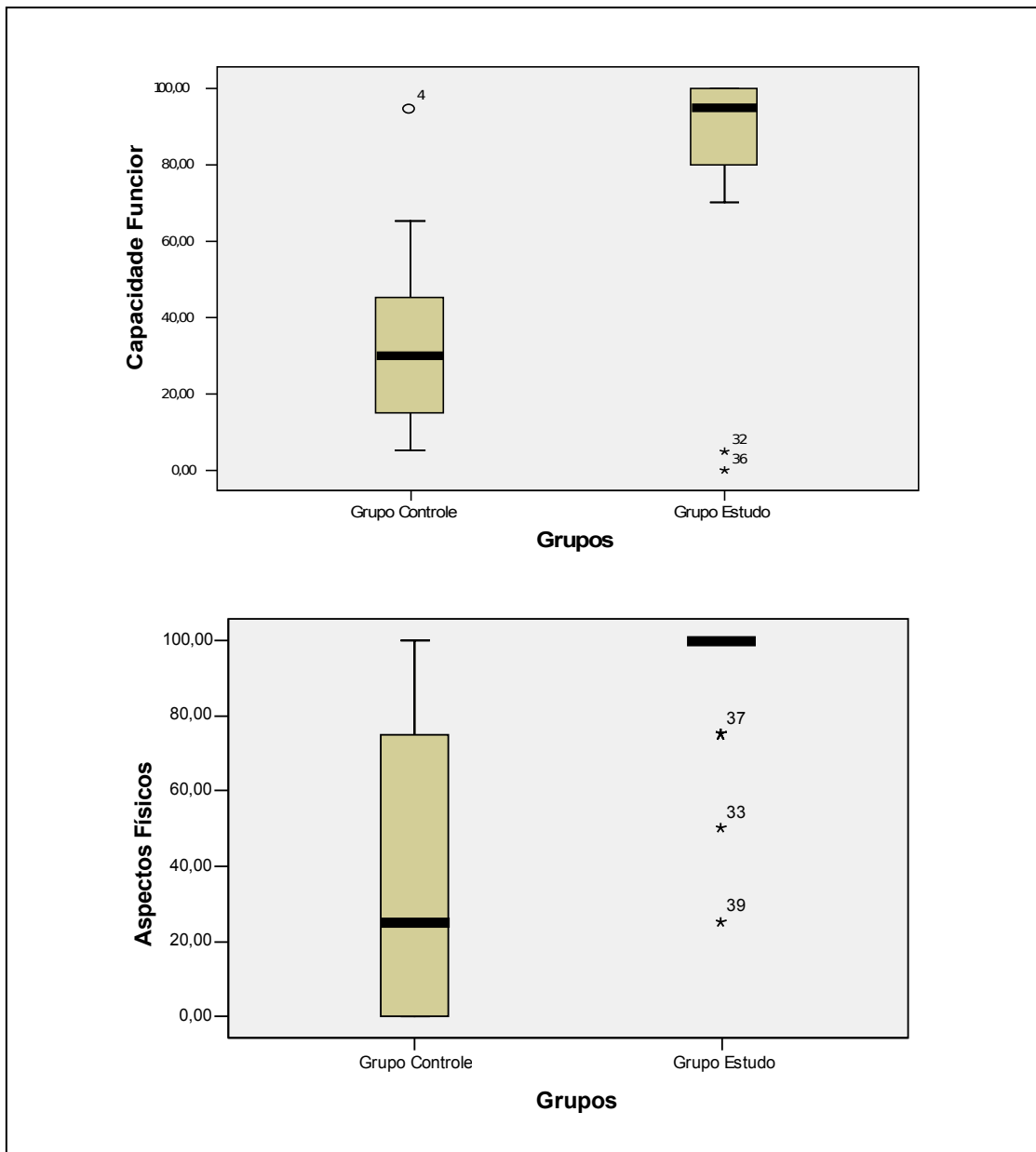


Figura 1. Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio capacidade funcional e aspectos físicos (SF-36).

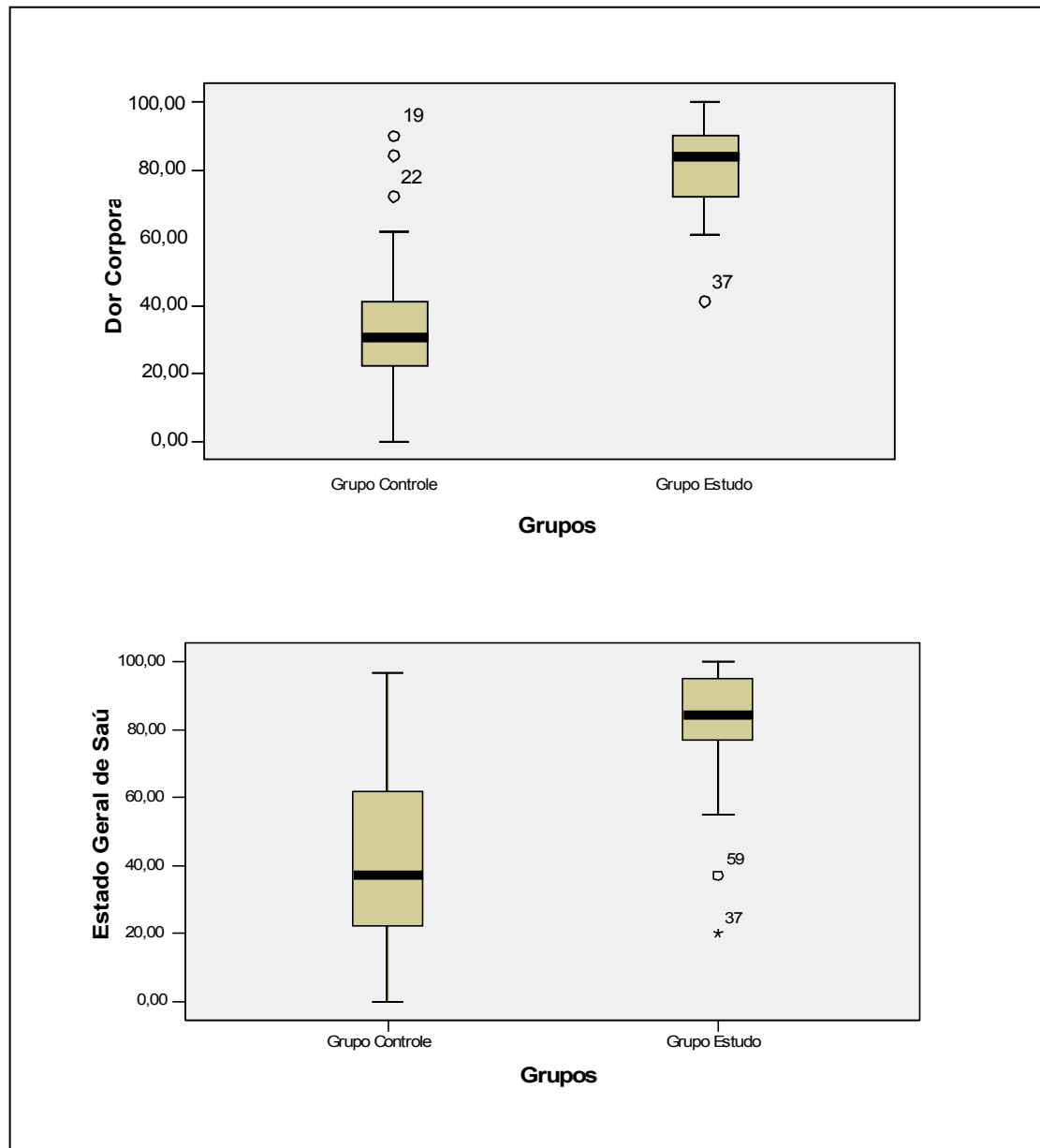


Figura 2. Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio dor corporal e estado geral de saúde (SF-36).

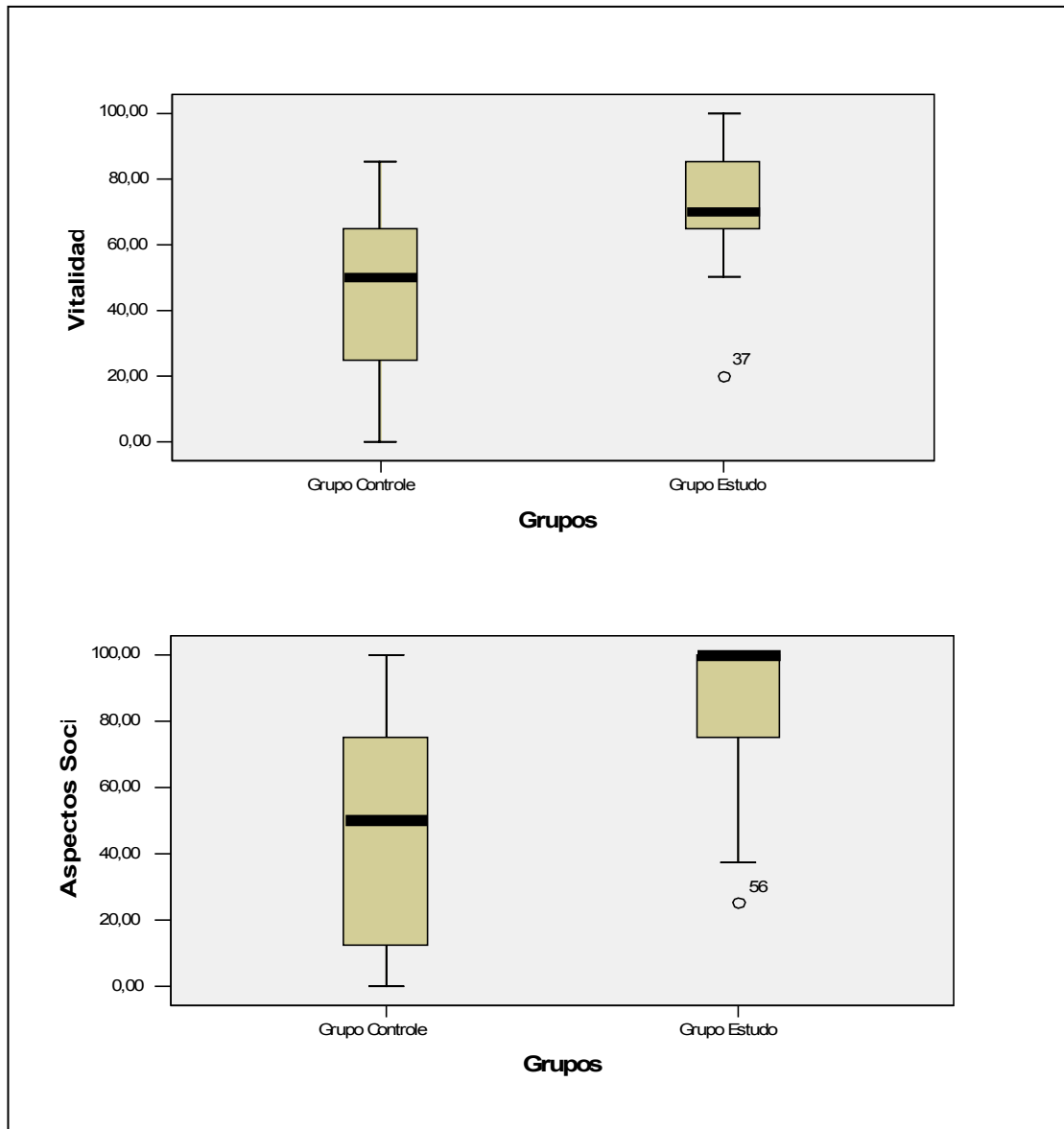


Figura 3. Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudio) do domínio vitalidade e aspectos sociais (SF-36)

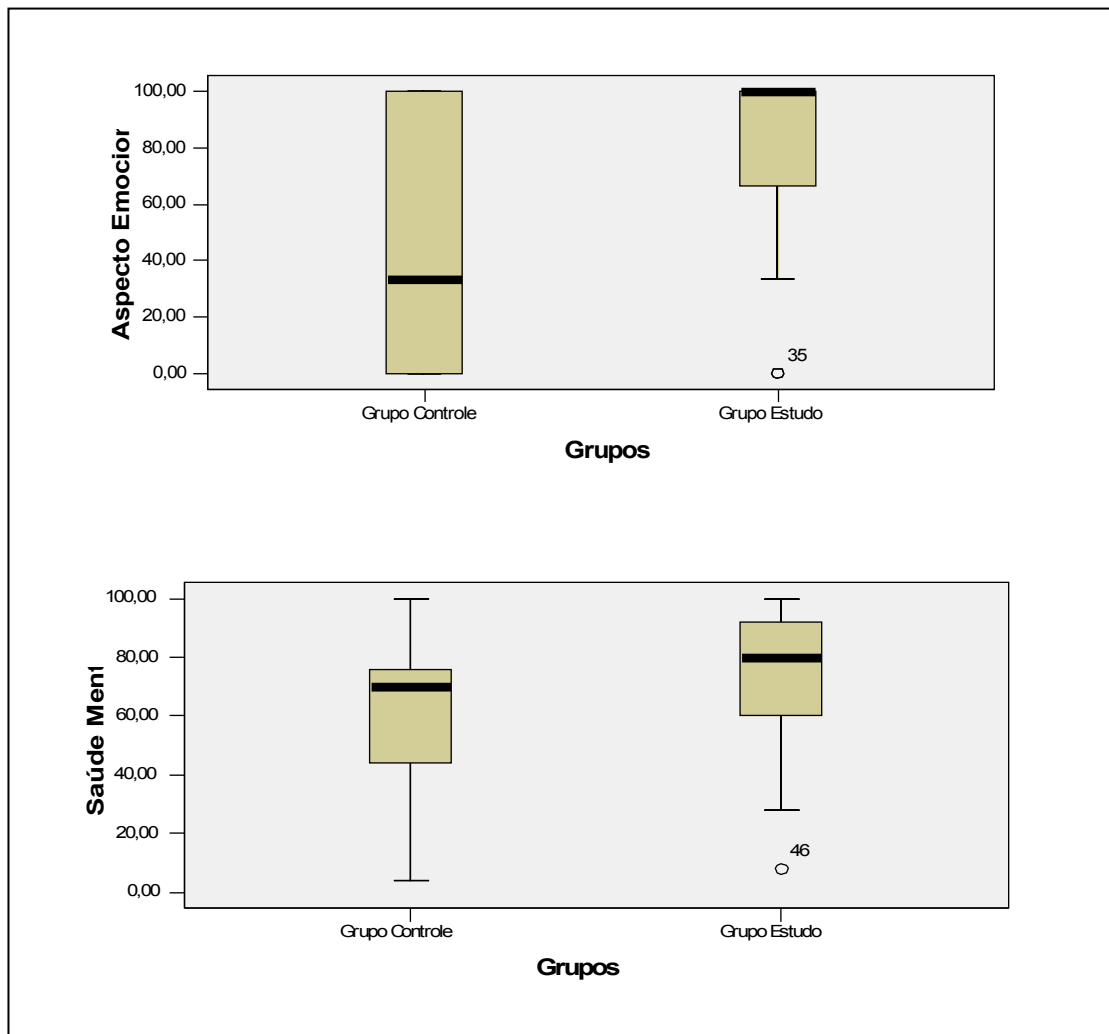


Figura 4. Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) do domínio aspecto emocional e saúde mental (SF-36).

5.2 Resultados segundo o Body Shape Questionnaire (BSQ):

A imagem Corporal foi avaliada através do Body Shape Questionnaire (BSQ) e considerando a soma total dos pontos obtidos, os dois grupos, ao serem comparados, apresentaram diferença significativa ($p < 0,001$). O valor máximo da soma dos pontos obtidos no grupo controle foi de 202, e o mínimo de 56. A mediana do grupo foi de aproximadamente 150 pontos. No grupo estudo, o valor máximo foi de 192, o mínimo de 42, e a mediana foi de aproximadamente 108 pontos (Figura 5). A soma desses pontos permite uma classificação que reflete o nível individual de preocupação com a imagem corporal e que poderá ser observada na Tabela 8. O BSQ, ao contrário do SF-36, apresenta escores inversos, ou seja, quanto menor o valor obtido, melhor é a imagem corporal.

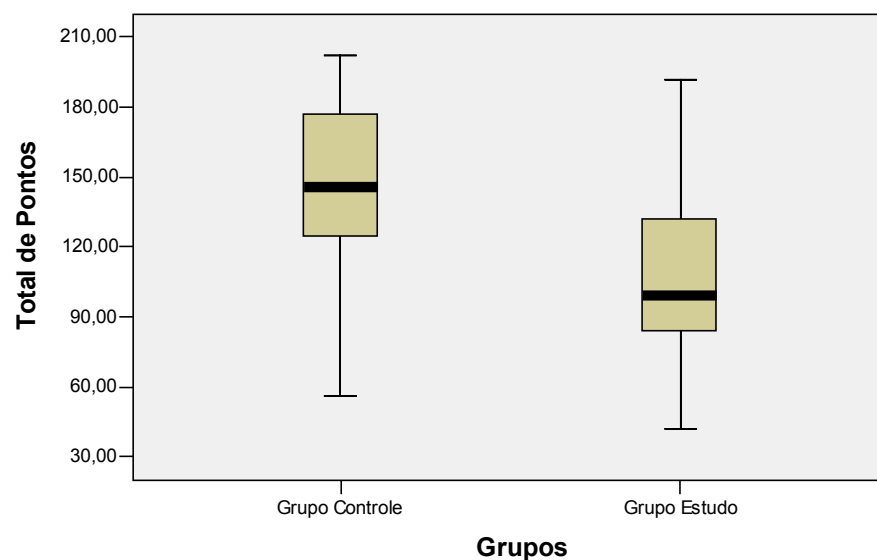


Figura 5. Comparação das diferenças de mulheres obesas mórbidas (Grupos Controle) e ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo) da soma total de pontos (BSQ).

Tabela 5. Distribuição de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a pontuação do BSQ em níveis de preocupação com a imagem Corporal.

Preocupação com a Imagem	Grupo Controle	Grupo Estudo
Corporal	(n / %)	(n / %)
Ausência (< 110 pontos)	2 / 6,66	16 / 53,34
Leve (>110 ≤ 138 pontos)	10 / 31,50	8 / 26,67
Moderada (>138 ≤ 167 pontos)	9 / 30,34	4 / 13,33
Grave (> 167 pontos)	10 / 31,50	2 / 6,66

O BSQ permite uma avaliação categorizada pela análise fatorial da estrutura de suas questões em quatro dimensões. Os dois grupos (Estudo e Controle) apresentaram diferença significativa (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo as dimensões do BSQ.

Dimensões do BSQ	Grupo Controle	Grupo Estudo	Comparação entre os Grupos*
Autopercepção da forma corporal	Máximo = 132 Mínimo = 39 Mediana = 105	Máximo = 127 Mínimo = 30 Mediana = 75	<i>p</i> < 0,001
Percepção comparativa da imagem corporal	Máximo = 30 Mínimo = 9 Mediana = 23	Máximo = 28 Mínimo = 5 Mediana = 16	<i>p</i> < 0,001
Atitude em relação à alteração da imagem corporal	Máximo = 30 Mínimo = 5 Mediana = 15	Máximo = 29 Mínimo = 5 Mediana = 11	<i>p</i> < 0,019
Alterações Intensas da Percepção Corporal	Máximo = 12 Mínimo = 2 Mediana = 9	Máximo = 12 Mínimo = 2 Mediana = 6	<i>p</i> < 0,019

* Teste de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A obesidade mórbida vem crescendo em uma proporção epidêmica no mundo todo, tornando-se uma grande preocupação para os profissionais de saúde. Segundo uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2008), no Brasil existem 3.739.000 obesos mórbidos. O seu tratamento no país é normatizado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS, 2000) e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM, 2005). O tratamento convencional para 95% desses pacientes apresenta-se insatisfatório, pelo grau de recidiva do ganho de peso, em menos de dois anos (SEGAL & FANDINO, 2002). Desta forma, a intervenção mais eficaz tem sido a cirurgia bariátrica, regulamentada e realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1990. A partir daí, entre 2001 e 2006, o número de cirurgias no Brasil cresceu 500% (SANTOS *et al.*, 2008).

A obesidade mórbida é uma doença que ameaça a vida, prejudica a capacidade funcional e a imagem corporal dos pacientes, podendo gerar uma elevada incidência de alterações psico-emocionais (PAES DA SILVA *et al.*, 2006; SARWER *et al.*, 2008). Considerando o estigma que o paciente obeso mórbido carrega, pode-se imaginar o seu reflexo na qualidade de vida, principalmente das mulheres consideradas pela sociedade como o ser humano mais sensível e vulnerável às alterações emocionais. As mulheres apresentaram uma maior prevalência da doença nos últimos anos. Mesmo os homens sendo a maioria dos obesos mórbidos, os estudos mostram que 72,6% dos pacientes que realizam a cirurgia

bariátrica são do gênero feminino (BUCHWALD *et at.*, 2004; CUNNEEN, 2008).

A cirurgia bariátrica tem entre seus critérios, os estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), sendo o Índice de Massa Corporal (IMC) e as comorbidades associadas, os principais para a indicação cirúrgica (FERNANDES, PUCCA, MATOS, 2001; SEGAL & FANDINO, 2002; GELONEZE & PAREJA, 2006). Na casuística que compôs esta pesquisa, o grupo Controle formado por mulheres obesas mórbidas candidatas à cirurgia bariátrica, apresentavam um IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com mediana de 56 Kg/m², e destas, 90% possuíam alguma comorbidade, sendo as mais frequentes hipertensão arterial, diabetes, depressão, dor crônica corporal e apnéia do sono, caracterizando assim a indicação cirúrgica (ALMEIDA *et at.*, 2005).

Objetivando a cura desta doença, a cirurgia bariátrica e suas diversas técnicas, são as alternativas que têm apresentado resultados mais efetivos. Dentre essas técnicas uma tem se destacado por ser abrangente na melhora ou cura das comorbidades, e mostrar maiores perdas ponderais, podendo atingir 50% do peso corporal: a técnica por desvio gástrico em Y de Roux, também chamada de Capella. Essa cirurgia combina restrição gástrica e má absorção intestinal (cirurgia mista), e é considerada até o momento “Padrão Ouro” no tratamento da obesidade mórbida, sendo, portanto, a técnica eleita pelo Grupo de Cirurgia Bariátrica do Hospital São Paulo – UNIFESP. Desta forma, todas as pacientes que formaram o grupo Estudo tinham realizado cirurgia do tipo Capella há no mínimo dois anos

(ZILBERSTEIN, NETO, RAMOS 2002; BUCHWALD *et al.*, 2004; CUNNEEN, 2008).

Toda a casuística deste estudo foi do gênero feminino considerando sua predominância no serviço ambulatorial analisado. Além disso, a mediana da idade das pacientes foi de 45,5 anos no grupo Controle, e 46 anos no grupo Estudo, condizente com a literatura científica (SABBIONI *et al.*, 2002; BUCHWALD *et al.*, 2004; WEINER *et al.*, 2005; PETRIBU *et al.*, 2006; PECORI *et al.*, 2007; CINTRA *et al.*, 2008; ALGER-MAYER *et al.*, 2009).

Considerando o crescimento do número de cirurgias bariátricas no Brasil e uma vez que o paciente após essa cirurgia tem grande perda ponderal, passa a sofrer de graves deformidades do contorno corporal, torna-se candidato a múltiplas cirurgias plásticas como a abdominoplastia. A cirurgia plástica pós-bariátrica apresenta uma nova perspectiva para a melhora funcional, estética e psicológica deste paciente ex-obeso mórbido (ZOOK, 1975; OLIVEIRA, LINARDI, AZEVEDO, 2004; PAES DA SILVA *et al.*, 2006; FRACCALVIERI *et al.*, 2007; SARWER *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2008; VICO, DE VOOGHT, NOKERMAN, 2009).

Focando as deformidades físicas do paciente ex-obeso mórbido após a cirurgia bariátrica, denominado atualmente como “pós-bariátrico”, a cirurgia plástica neste tipo de paciente apresenta peculiaridades distintas de uma cirurgia convencional (STRAUCH *et al.*, 2006; TANG *et al.*, 2007). A principal queixa do paciente pós-bariátrico é a deformidade abdominal, em 90% dos casos (PITANGUY, GONTIJO de AMARAL, RADWANSKI,

2000), sendo a abdominoplastia a primeira das múltiplas cirurgias plásticas a que este paciente é candidato. O grupo Estudo desta pesquisa foi construído de acordo com estas referências, e tendo a deformidade abdominal também como principal queixa.

A cirurgia do contorno corporal eleita pelo serviço de cirurgia plástica pós-bariátrica do Hospital São Paulo – UNIFESP é a abdominoplastia em âncora, por ser a mais indicada para o paciente pós-bariátrico devido ao seu grau de funcionalidade no reparo abdominal, menor risco de complicações e maior integridade da sensibilidade da pele do abdome, ressaltando o não descolamento do retalho (FRACCALVIERI *et al.*, 2007; BUSSOLARO *et al.*, 2008; VICO, DE VOOGHT, NOKERMAN, 2009). Todo o grupo Estudo encontrava-se em pré-operatório de Abdominoplastia em âncora.

Muitas evidências na literatura científica mostram que a obesidade mórbida produz inúmeras conseqüências negativas nos aspectos psicoemocionais de seus pacientes, prejudicando a qualidade de vida de uma forma geral e a imagem corporal de forma mais específica. Muitos estudos também comprovaram que a cirurgia bariátrica contribui para a melhora destes aspectos devido à redução do peso corporal, diminuição do IMC e cura de comorbidades (PAES DA SILVA *et al.*, 2006; SARWER *et al.*, 2008). Esta melhora também evidenciada neste estudo, tende a diminuir ao longo do tempo e alterações psicoemocionais podem ressurgir nesse momento, o que em alguns casos, pode até comprometer os resultados dos pacientes que buscam a cirurgia plástica pós-bariátrica (SABBIONI *et al.*, 2002; ABILÉS *et al.*, 2008; ALGER-MAYER *et al.*, 2009). Contudo,

poucos estudos referem para a identificação fácil e rápida destas alterações no pré-operatório da primeira cirurgia plástica pós-bariátrica, como realizado neste estudo.

O grupo Estudo foi categorizado como pacientes em pré-operatório de Abdominoplastia pós-bariátrica e não simplesmente como pacientes pós-bariátrica, já que não há evidência suficiente capaz de afirmar que ex-obesas mórbidas sem perspectivas de fazer as necessárias cirurgias plásticas apresentem a mesma qualidade de vida e imagem corporal que mulheres com a mesma condição clínica e em preparação para cirurgia plástica pós-bariátrica (PECORI *et al.*, 2007). Sendo assim, um grupo como referência ou como controle foi necessário, a fim de permitir uma maior consistência e confiabilidade aos resultados da pesquisa, formado, portanto, por mulheres obesas mórbidas candidatas à cirurgia bariátrica (STUERZ *et al.*, 2008; CINTRA *et al.*, 2008;). A falta dessa evidência observada na realização deste estudo gerou a perspectiva para um novo trabalho, que permita diferenciar paciente pós-bariátrica que não chegam a realizar a cirurgia plástica pós-bariátrica das que conseguem chegar a este resultado.

De acordo com a seleção das pacientes para essa casuística formada por dois grupos distintos e independentes, o estudo comparou os grupos de forma transversal, objetiva, quantitativa e com fácil compreensão, devido ao uso de instrumentos como o Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) e o Body Shape Questionnaire (BSQ) capazes de detectar diferenças na qualidade de vida geral e específica (CICONELLI, *et al.*, 1999; DINI *et al.*, 2004; SABINO NETO *et al.*, 2007; KOKUBA *et*

al., 2008; NICODEMO, PEREIRA, FERREIRA, 2008a; NICODEMO, PERREIRA, FERREIRA, 2008b; SABINO NETO *et al.*, 2008; JORGE *et al.*, 2008; DAVANÇO *et al.*, 2009; DI PIETRO & SILVEIRA, 2009).

A forma de aplicação de instrumentos de qualidade de vida genéricos ou específicos é também muito importante. Existem três principais formas de aplicação: entrevista, autoadministrado e por uma terceira pessoa, que não o pesquisador (SEIDL & ZANNON, 2004). A forma de entrevista que pode ser pessoalmente, pelo telefone, ou correio, requer um treinamento do pesquisador para padronizar os modelos de abordagens. As características do entrevistador como a empatia também podem interferir de forma negativa. Por telefone ou correio os resultados também podem ser mascarados pela falta de compreensão de algumas questões. Na aplicação por uma terceira pessoa, que não o pesquisador, geralmente uma pessoa próxima como um familiar, cuidador ou outros, pode ocorrer uma percepção diferente que enviesará o estudo. Na forma autoadministrada, a maior desvantagem é a exclusão dos pacientes analfabetos e muitas questões incompletas pela ausência do pesquisador (GUYATT & FEENY, 1993; FERRAZ, 1998).

Entretanto, nesta pesquisa foi feita a aplicação dos instrumentos de forma consagrada, utilizando-se a autoadministração, adaptada pela assistência do pesquisador, que se manteve em sala adjacente, para eventuais esclarecimentos e checagem das questões preenchidas, tendo como vantagem menor influência de diferentes percepções de terceiros, e maior privacidade do paciente.

Avaliar a qualidade de vida e seus aspectos específicos como a imagem corporal em cirurgia plástica é uma forma objetiva de saber a percepção do paciente, considerando seu contexto cultural e valores nos quais ele vive, avaliando assim seu estado de saúde, ou doença, frente às expectativas quanto aos resultados e benefícios (SLADE, 1988; SARWER *et al.*, 2002; SEIDL & ZANNON, 2004). Essa avaliação pré-operatória proporciona subsídios, tende a melhor comunicação entre profissionais de saúde e paciente, contribuindo não só para o conhecimento do impacto da cirurgia no pós-operatório, mas também identificar as expectativas do paciente quanto à cirurgia.

O instrumento de qualidade de vida SF-36 é um questionário genérico, formado por oito domínios, que abrange a saúde física e mental e mostrou-se bastante efetivo para a população de obesos mórbidos e ex-obesos mórbidos, mesmo quando comparado a um instrumento específico de qualidade de vida nessa mesma população, como por exemplo, o Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) (VAN NUNEM *et al.*, 2007). Nesta casuística, os dois grupos responderam ao SF-36 e seus resultados demonstraram diferença significativa nos oito domínios do instrumento.

Nos domínios Capacidade Funcional e Aspectos Físicos os grupos apresentaram diferença significativa ($p < 0,001$). O grupo Estudo mostrou ter uma saúde física superior à do grupo Controle, houve uma menor dispersão dos escores mostrando o grupo mais homogêneo apesar de duas pacientes apresentarem valores discrepantes (outliers) na Capacidade Funcional e três nos Aspectos Físicos (Figura 1). A obesidade mórbida

causa grandes prejuízos à saúde física de seus pacientes e um dos principais benefícios da cirurgia bariátrica que se mantêm a longo prazo, como pode ser visto nesta pesquisa, é a saúde física, considerando que, no grupo Estudo, 66,66% das pacientes tinham mais de dois anos de pós-operatório de cirurgia bariátrica e as demais, no mínimo dois anos. Assim, as pacientes pós-bariátrica não apresentam limitações físicas no seu dia-a-dia (BARRETO *et at.*, 2004; SILVA *et at.*, 2006).

Verificou-se que os grupos também tiveram diferença significativa quanto às percepções de Dor corporal e de Estado Geral de Saúde ($p < 0,001$), indicando que houve melhora nestes domínios. Os grupos apresentaram-se mais coesos, mesmo com presença de valores discrepantes (Figura 2). No grupo Controle, a presença das comorbidades e as limitações físicas comprometem a saúde geral e a sensibilidade dolorosa mesmo quando analisados pelas perspectivas do próprio paciente (BUCHWALD *et at.*, 2004; ALMEIDA *et at.*, 2005). No grupo Estudo, apesar de já terem realizado a cirurgia bariátrica, e serem ex-obesas mórbidas o momento de pré-operatório as estimula a buscar um melhor bem-estar geral, comprovado na estabilização do peso há no mínimo doze meses, exames laboratoriais com resultados dentro dos limites e IMC próximo do normal (FURTADO, NOGUEIRA, LIMA JR., 2004; LARSEN *et at.*, 2007).

No domínio Vitalidade, mensurada pelo grau de energia e disposição para a realização das atividades diárias e nos Aspectos Sociais, afetados tanto pelas alterações físicas quanto emocionais os grupos também tiveram níveis adequados considerando os domínios anteriores e diferenças significantes ($p < 0,001$). Valores discrepantes ocorreram no grupo Estudo,

porém o grupo apresentou-se coeso em sua maioria, principalmente quando comparado ao Controle que apresentou valores mais dispersos (Figura 3). A melhora do grupo Estudo é condizente com a literatura científica. A presença de comorbidades associadas à obesidade mórbida (90%) no grupo Controle, compromete a disposição para realização das atividades diárias e promove alterações psicoemocionais neste tipo de paciente (BUCHWALD *et al.*, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2005). Segundo CINTRA *et al.* (2008), os aspectos sociais e culturais são os que apresentam melhora mais significativa no pós-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica, sugerindo que o grupo Estudo tende a melhorar ainda mais nestes domínios com a cirurgia plástica pós-bariátrica.

Nos domínios, Aspecto Emocional e Saúde Mental verificam-se igualmente uma diferença significativa entre os grupos. Porém, cabe ressaltar que a Saúde Mental avaliada pelo sentimento de ansiedade, depressão e prazer ao cotidiano, a diferença não foi a mesma ($p < 0,011$), quando comparada ao Aspecto Emocional ($p < 0,001$) e os demais domínios. Estudos mostram que alterações psicoemocionais tendem a ressurgir nesse momento pós-bariátrico e a determinação do perfil psicológico deste paciente é uma informação que contribui para critérios de seleção e indicação de cirurgias plásticas pós-bariátrica, por ser capaz de informar sobre a adequação do paciente à mesma e sobre suas expectativas ao resultado. Assim, instrumentos específicos de qualidade de vida que abrangem tais alterações, tornam-se necessários para uma identificação precoce e primária (SARWER *et al.*, 2008; ALGER-MAYER *et al.*, 2009). Com base nessa pequena diferença do domínio Saúde Mental em relação aos demais, surge uma nova perspectiva de estudo com outro instrumento

específico, capaz de determinar melhor o perfil psicológico ou possíveis alterações da saúde mental desta população.

O SF-36 foi sensível às diferenças dos grupos avaliados, entretanto observou-se que no grupo Estudo, os escores dos domínios que medem a saúde física tiveram valores ligeiramente menos dispersos, ou seja, mais homogêneos. É importante lembrar, que a aparência e a imagem corporal encontra-se comprometida nesses pacientes devido, às deformidades corporais decorrentes da perda excessiva de peso. Esta é a principal motivação desse paciente para realizar a abdominoplastia pós-bariátrica. Contudo, valores discrepantes como os da paciente 37 do grupo Estudo, em quatro domínios são preocupantes visto que possíveis alterações psicoemocionais são capazes de comprometer os resultados de uma cirurgia plástica pós-bariátrica.

A imagem corporal representa a percepção de um indivíduo acerca de si mesmo, além de ser parte importante do desenvolvimento psicossocial, abrange percepções e atitudes relacionadas ao corpo. Avaliar a imagem corporal, item específico da qualidade de vida, permite descobrir preocupações e insatisfações dos pacientes com relação à sua autoimagem. Assim, instrumentos estruturados surgiram na literatura científica a fim de atender essa necessidade. O Body Shape Questionnaire (BSQ) é um instrumento formado por 34 questões, que avaliam em uma soma total, níveis de preocupação com a imagem corporal. A análise fatorial desse questionário, realizada somente em um estudo primário, permite a seleção de itens, denominada dimensões, capazes de elucidar de forma mais

sensível o que o instrumento se propõe a medir (SLADE, 1988; CORDAS & CASTILHO, 1994).

Na casuística desta pesquisa, a aplicação do BSQ apresentou diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,001$). Entretanto, o valor máximo obtido no grupo Controle de 202 pontos apresentou-se muito próximo ao valor máximo do grupo Estudo 192 pontos (Figura 5). Isto permite observar a presença de preocupações dos níveis moderado e grave, com relação à imagem corporal no grupo Estudo, de aproximadamente 20% (Tabela 8). Isso é relevante, pois alterações da imagem corporal provocam desvalorização do autoconceito e diminuem a autoestima, e em consequência sintomas de depressão, diminuição do bem-estar e aumento da sensação de inadequação social podem surgir e comprometer o resultado da cirurgia plástica (PAES DA SILVA *et al.*, 2006). A aparência é influenciada por alterações sociais. A cirurgia plástica ao melhorar a aparência, imagem corporal, permite uma maior adequação social e melhora da qualidade de vida geral (DINI *et al.*, 2004; SONG *et al.*, 2006;).

Nesta casuística, 80% do grupo Estudo mostrou não ter preocupações com a imagem corporal ou ter uma preocupação leve de forma geral, contra 38% do grupo Controle com relação aos mesmos níveis. Considerando que a imagem corporal faz parte do desenvolvimento psicossocial e que este está diretamente relacionado às valorizações ou desvalorizações do autoconceito e assim da autoestima, é totalmente evidente e comprovado nessa pesquisa, que os níveis de preocupações das pacientes obesas mórbidas sejam superiores (ABILÉS *et al.*, 2008), mesmo havendo 20% com preocupações de nível moderado e grave como discutido anteriormente.

Além disso, cabe ressaltar que as mulheres são as mais afetadas por todas essas alterações, devido à pressão social e à sensação de inadequação dos padrões vigentes da atual sociedade, segundo estudo de PAES DA SILVA *et al.* (2006).

Na avaliação das quatro dimensões do instrumento BSQ, todas tiveram diferença significativa na comparação entre os grupos (Tabela 9). A dimensão Autopercepção da forma corporal, indica a percepção do corpo e o grau de insatisfação na avaliação da própria aparência. O grupo Controle apresentou uma mediana de aproximadamente 105 pontos e o grupo Estudo 74,96 pontos ($p < 0,001$). Apesar da diferença significativa entre os grupos, é importante lembrar que a paciente pós-bariátrica, decorridos dois anos de pós-operatório, encontra-se em um platô de estabilidade ponderal, o que se assemelha a esse grupo Estudo. As deformidades corporais decorrentes do aspecto da flacidez de pele, a autoestima e o bem estar social geram uma sensação de êxito parcial do tratamento da cirurgia bariátrica (GOMES, PACHECO, MARTINS, 2007).

Na dimensão Percepção comparativa da imagem corporal, que avalia o nível de constrangimento na exposição do corpo, os grupos também tiveram diferenças significantes ($p < 0,001$) (Tabela 9). Essa dimensão tem relação com a sexualidade, já que compreende características como vergonha, constrangimento a exposição do corpo e diminuição da feminilidade. A cirurgia bariátrica por promover uma grande melhora na saúde física e mental conforme SF-36, permite uma melhora psicossocial de seus pacientes no pós-operatório, comprovado pelo grupo Estudo. Contudo, houve uma dispersão dos valores neste mesmo grupo mostrando

uma heterogeneidade que pode condicionar o sucesso da abdominoplastia pós-bariátrica. A avaliação precoce pelo cirurgião de tais aspectos e o adequado planejamento pode refletir a medida do sucesso (GOMES, PACHECO, MARTINS, 2007). A sexualidade está diretamente relacionada ao grau de satisfação do paciente em termos de resultados de sua imagem corporal (SARWER *et al.*, 2008). Segundo STUERZ *et al.* (2008), a Abdominoplastia pós-bariátrica é capaz de elevar os níveis, no pós-operatório, de autoconfiança e de sentimento de maior atratividade, contribuindo assim com o sucesso do aspecto da sexualidade na cirurgia.

A imagem corporal também é expressa por pensamentos e comportamentos relacionados à forma corporal. A terceira dimensão do BSQ é justamente a Atitude em relação à alteração da imagem corporal, que apresentou diferença significativa quando comparada entre os grupos ($p < 0,019$) (Tabela 9). Este resultado corrobora com PECORI *et al.* (2007): a depreciação da imagem corporal nas mulheres ex-obesas mórbidas em pós-operatório da primeira cirurgia plástica pós-bariátrica, o que ressalta a importância de avaliar as atitudes relacionadas à imagem corporal para um efetivo resultado, em todas as cirurgias de contorno corporal nestas pacientes (cirurgias plásticas pós-bariátricas), visto que a diferença entre os grupos não foi tão grande, como nas demais dimensões do BSQ. Além disso, observou que a satisfação com a imagem do corpo está relacionada também ao IMC. Cabe considerar que pensamentos e comportamentos relacionados à forma corporal servem como motivação para a busca da cirurgia plástica pós-bariátrica.

A quarta e última dimensão avaliada pelo BSQ é Alterações intensas da percepção corporal, que mensura a dismorfia da imagem corporal. A comparação entre os grupos nessa dimensão foi significativa ($p < 0,019$) (Tabela 9). Entretanto, observou-se que no grupo Estudo, os valores mantiveram-se muito próximos ao grupo Controle e não se pode descartar a presença de dismorfias no mesmo. É relevante considerar o descontentamento com a imagem corporal do grupo Estudo em pré-operatório de Abdominoplastia pós-bariátrica, mesmo sendo em um nível pequeno, como já mencionado nesta pesquisa. Estas pacientes apresentam deformidades decorrentes do emagrecimento acentuado, o que tende a motivá-las na busca pela cirurgia plástica pós-bariátrica. Porém, estudos afirmam que alterações psicoemocionais resultantes da obesidade mórbida podem ressurgir nesse momento, também já discutido nessa pesquisa (BARRETO *et al.*, 2004; SONG *et al.*, 2006; ABILÉS *et al.*, 2008). Com o aumento da cirurgia plástica pós-bariátrica é fundamental uma maior especialização dos cirurgiões na identificação destas alterações, a fim de proporcionar ao paciente um resultado mais satisfatório e efetivo, capaz de atender às expectativas e percepções quanto às alterações da imagem corporal, e permitir efeitos positivos na qualidade de vida (FITZPATRICK *et al.*, 1999; PECORI *et al.*, 2007; LARSEN *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2008; STUERZ *et al.*, 2008; SARWER *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A qualidade de vida e a imagem corporal das mulheres ex-obesas mórbidas em pré-operatório de Abdominoplastia pós-bariátrica é superior à das mulheres obesas mórbidas de acordo com os instrumentos Short Form-36 e Body Shape Questionnaire.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Almeida, GAN. Santos, JE. Pasian. Loureiro, SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. Maringá 2005; 10(1): 27-35.
2. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de La Cruz A, Fernández-Santanella MC. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2008; Oct29 [Epub ahead of print]
3. Alger-Mayer S, Rosati C, Polimeni JM, Malone M. Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery: a long-term outcome study. *Obes Surg*. 2009; 19(2):139-45.
4. Arterburn DE, Maciejewski ML, Tsevat J.. Impact of morbid obesity on medical expenditures in adults. *Int J Obes*. 2005; 29(3): 334-9.
5. Barreto NV, Braghrolli Neto O, Lima Curvello K, Eduarda Paneili B, Seal C, Santos D, Cruz T. Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. *Nutr Hosp*. 2004; 19(6): 367-71.
6. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric Surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292(14): 1724-37.
7. Bussolaro RA, Garcia EB, Barbosa MV, Omonte IR, Huijsmans JP, Bariani RL, Ferreira LM. Post-bariatric abdominoplasty: skin sensation evaluation. *Obes Surg*. 2008 Nov 4 [Epub ahead of print].
8. Cambi, MPC. Michels, G. Marchesini, JB. Aspectos nutricionais e de qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Bras Nutr Clin*. 2003; 18(1): 8-15.

9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3): 143-50.
10. Cintra W Jr, Modolin ML, Gemperli R, Gobbi CL, Faintuch J, Ferreira MC.. Quality of life after abdominoplasty in women after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2008; 18(6):728-32.
11. Cole RP, Shakespeare V, Shakespeare P, Hobby JA. Measuring outcome in low-priority plastic surgery patients using quality of life indices. *BR J Plasti Surg.* 1994; 47(2): 117-121.
12. Cordas TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Instrumento de avaliação: “Body Shape Questionnaire”. *Psiquiat Biol* 1994; 2(1): 17-21.
13. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987; 6(4):485-94.
14. Cunneen SA. Review of meta-analysis comparisons of bariatric surgery with a focus on laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Obes Relat Dis.* 2008; 4(3 Supl.):547-55.
15. Davanço RA, Sabino Neto M, Garcia EB, Matsuoka PK, Huijsmans JPR, Ferreira LM. Quality of life in the surgical treatment of gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg.* 2009; 33(4):514-7.
16. Di Pietro M, Silveira DX. International validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(1):1516-46.

17. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação de versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg/EPM. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004; 19(1):41-52.
18. Fandino J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr.* 2004; 26(1): 47-51.

19. Ferraz MB. Qualidade de vida – conceito e breve histórico. *Jovem med.* 1998; 4:219-22.

20. Fitzpatrick R, Jenkinson C, Klassen A, Goodacre T. Methods of assessing health-related quality of life and outcome for plastic surgery. *Br J Plast Surg.* 1999; 52(4):251-55.

21. Fracalvieri M, Datta G, Bogetti P, Verna G, Pedrale R, Bocchiotti MA, Boriani F, Obralero FD. Abdominoplasty after weight loss in morbidly obese patients: a 4-year clinical experience. *Obes Surg.* 2007; 17(10):1319-24.

22. Freira M, Sabino Neto M, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life reduction mammoplasty. *Scand J Plast Rescontr Surg Hand Surg.* 2004; 38:335-9.

23. Furtado IR, Nogueira CH, Lima Jr EM. Plastic surgery after gastroplasty: surgery planning and techniques. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(2):29-34.

24. Geloneze B, Pareja JC. Cirurgia Bariátrica: Cura ou Síndrome metabólica? *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2006; 50(2):400-405.

25. Gomes SM, Pacheco DT, Martins PDE. Abdominoplastia após emagrecimento. *Acta Med.* 2007; 28: 13-24.

26. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann. Intern Med.* 1993; 118(8):622-29.

27. Haddad, MCL *et.al.* Qualidade de vida após Gastroplastia. Rev. Cuidado e Saúde. 2003; 2(1): 37-43.
28. Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Ferreira LM. Brazilian version of the Body Dysmorphic Disorder Examination. Sao Paulo Medical Journal. 2008, 126: 87-95.
29. Kokuba EM, Sabino Neto M, Garcia EB, Bastos EM, Aihara AY, Ferreira LM. Functional capacity after pedicled TRAM flap delayed breast reconstrction. J Plast Reconstr and Aesthetic Surg. 2008; 61(11): 1394-6.
30. Larsen M, Polat F, Stook FP, Oostenbroek RJ, Plaisier PW, Hesp WL. Satisfaction and complications in post-bariatric surgery abdominoplasty patients. Acta Chir. Plast. 2007; 49(4): 95-8.
31. Nicodemo D, Perreira MD, Ferreira LM. Seef-esteem and depression in patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognatic surgery. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008a; 13(1):48-51.
32. Nicodemo D, Perreira MD, Ferreira LM. Effect of orthognatic surgery for class III corretion on quality of life as measured by SF-36. Int J Oral Maxilofac Surg. 2008b; 37(2):131-4.
33. Ocón BJ, Pérez NS, Gimeno LS, Benito RP, Garcia HR. Effectiveness and complications of bariatric surgery in the treatment of morbid obesity. Nutr Hosp. 2005; 20(6): 409-14.
34. Oliveira VM, Linardi RC, Azevedo AP, Cirurgia Bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. Rev Psiquiatr Clín. 2004; 31(4):199-201.
35. Paes da Silva M, Jorge Z, Domingues A, Lacerda Nobre E, Chambel P, Jacome de Castro J. Obesidade e Qualidade de vida. Acta Med. Port. 2006; 19(3):247-50.

36. Pecori L, Serra CS, Marinari GM, Migliori F, Adami GF. Attitudes of morbidly Obese patients to weight loss and body image following bariatric surgery and body contouring. *Obes Surg.* 2007; 17(1): 68-73.
37. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF, Braz CIA, Gomes MLM, Araujo DE, Almeida NCN, Albuquerque PC, Ferreira MNL. Transtorno da Compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz em Recife. *Rev Arq Endocrinol Metab* 2006; 50(5): 901-8.
38. Pitanguy I, Gontijo de Amorim NF, Radwanski HN. Contour surgery in the patient with great weight loss. *Aesthetic Plast Surg.* 2000; 24(6):406-11.
39. Sabino Neto M, Demattê MF, Freire M, Garcia EB, Quaresma M, Ferreira LM. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesth Surg J.* 2008; 28(4):417-20.
40. Sabino Neto M, Da Silva AL, Garcia EB, Freire M, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem after breast asymmetry surgery. *Aesth Surg J* 2007; 27(6):616-21.
41. Sabbioni ME, Dickson MH, Eychmüller S, Franke D, Goetz S, Hürny C, Naef M, Balsiger B, de Marco D, Bürg U, Buchler MW.. Intermediate Results of health related quality of life after vertical banded gastroplasty. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(2):277-80.
42. Santos LM, Oliveira IV, Peters LR, Conde WL. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the brazilian public health system. *Obes Surg.* 2008 Jun 7. [Epub ahead of print]
43. Sarwe DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121(6): 423-434.

44. Seidl, EMF; Zannon, CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2): 580-88.
45. Segal A, Fandino J. Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24 (3 Supl.): 68-72.
46. Seung-Jun O, Thaller SR. Refinements in abdominoplasty. *Clin Plast Surg*. 2002;29(1):95-109.
47. Silva AS, Burgos MGPA, Santos EMC, Batista JEM, Bion FM. Consumo alimentar de obesos em período pré e pós-operatórios de cirurgia Bariátrica. *An. Fac. Med. Fed. Pernamb*. 2005; 50(1):15-8.
48. Silva TJPV, Telles GCQ, Gimenes RO, Renata T. Hidroterapia e reabilitação cardiovascular: uma nova abordagem no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Rev O mundo da Saúde São Paulo*. 2006; 30(1):179-84.
49. Slade PD. Body image in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry Suppl*. 1988; (2):20-2.
50. Song AY, Rubin JP, Thomas V, Dudas JR, Marra KG, Fernstrom MH. Body Image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity (Silver Print)*. 2006; 14(9): 1626-36.
51. Strauch B, Herman C, Robde C, Baum T. Mid-body contouring in the post-bariatric surgery patient. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 117(7): 2200-11.
52. Stuerz K, Piza H, Niermann K, Kinzl JF. Psychosocial impact of abdominoplasty. *Obes Surg* 2008; 18: 34-38.

53. Tang L, Song AY, Choi S, Fernstrom M, Rubin JP. Completing the metamorphosis – building a center of excellence in postbariatric plastic surgery. *Ann Plast Surg.* 2007;58(1):54-6.
54. Van Nunen MA, Wouters EJ, Vingerhoets AJ, Hox JJ, Geenen R. The health-related quality of life of obese persons seeking or not seeking surgical or non-surgical treatment: a meta-analysis. *Obes Surg.* 2007; 17(10): 1357-1366.
55. Vico PG, De Vooght A, Norkerman B. Circunferential body contouring in bariatric and no-bariatric patient. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009 Mar [Epub Ahead of print].
56. Weiner S, Sauerland S, Fein M, Blanco R, Pomhoff I, Weiner RA. The bariatric quality of life index: a measure of well-being in obesity surgery patients. *Obes Surg.* 2005; 15(4):538-45.
57. Zilberstein B, Neto MG, Ramos AC. O papel da cirurgia no tratamento da Obesidade. *Rev Bras Med.* 2002, 59(4): 258-264.
58. Zook EG. The massive weight loss patient. *Clin Plast Surg.* 1975;2(3):457-66.

NORMAS ADOTADAS

8. NORMAS ADOTADAS

1. Ferreira LM, coordenação. *Elaboração e Apresentação de Teses: Guia Prático*. 1ª Ed. Goldenberg S et. al. organização. Blanes L, Bretos JLG. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2008. 84p.
2. Houaiss A. *Dicionário da língua Portuguesa* 3ª Ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2008. 917p.
3. Siegel S, Catellan NJ.. *Non-parametric statistics*. 2th. New York: MacGraw-Hiel, 1988.

ABSTRACT

Introduction: The bariatric surgery. is the most effective treatment for the corporal weight reduction and maintenance of this loss of weight what lead to the cure of the comorbidities associated to the morbid obesity in the most of the cases. The morbid obese patients present more incidences of psycho-emotional alterations and lose quality of life due to they are carry an illness that threat their life, compromises its functional capacity and modifies its corporal image. The post-bariatric plastic surgery brings a new perspective, due to its contribution with the functional, aesthetic, psychosocial improvement and quality of life.

Objective: To evaluate the quality of life and corporal image of women in preoperative of Abdominoplasty post-bariatric surgery. **Methods:** 60 women, 30 from the group in preoperative of plastic post-bariatric surgery (Study) and 30 from group in preoperative of bariatric surgery. (Control) from the Clinic of the Federal University of São Paulo had participated on the study. To make the collection of the data was used the questionnaires Short Form-36 (SF-36) and Body Shape generic and specific Questionnaire (BSQ) respectively generic and specific instruments. For statistics analysis, the Test of Mann-Whitney was used and a level of rejection of 0,05. **Results:** The two groups presented in the SF-36 in eight dominions significant difference with a rejection level of the nullity hypothesis (p) less that 0.001 in seven dominions. In the eighth (Mental Health) this value was not so small being less that 0,011. The Corporal image was evaluated by the BSQ considerate the total addition of the gotten points the two groups had presented significant difference with a level of rejection of the nullity hypothesis (p) less than 0,001. **Conclusion:** The quality of life in a general form and the corporal image of the former-morbid obese women in preoperative of Abdominoplasty post-bariatric is better than the morbid obese women.

APÊNDICES

APÊNDICE

Tabela 7. Casuística de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a escolaridade (anos estudados).

Grupos	1 - 7 anos	8 - 15 anos	≥ 15 anos	Valor de p^*
Grupo Controle	n** = 12	n** = 15	n** = 3	$p = 0,999$
Grupo Estudo	n** = 13	n** = 14	n** = 3	

* Teste de Mann-Whitney; ** número de pacientes.

Tabela 8. Casuística de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a variável estado Civil.

Grupos	Solteira	Casada	Valor de p^*
Grupo Controle	n = 11	n = 19	$p = 0,999$
Grupo Estudo	n = 11	n = 19	

* Teste Exato de Fisher

Tabela 9. Casuística de mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle) e ex-obesas mórbidas em pré-operatório de abdominoplastia pós-bariátrica (Grupo Estudo) segundo a variável Tabagismo.

Grupos	Tabagismo Sim / Não	Valor de p^*
Grupo Controle	n = 3 / n = 27	$p = 0,0612$
Grupo Estudo	n = 1 / n = 29	

* Teste Exato de Fisher.

Tabela 10. Valores individuais do SF-36 – Mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle).

Paciente pré Bariátrica	Nome	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor corporal	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocional	Saúde Mental
1	LLTM	30	100	41	40	50	87,5	100	76
2	TAR	25	50	31	50	10	62,5	100	4
								33,3333333	
3	SMAS	45	0	31	20	10	37,5	3	24
4	MCS	95	0	0	0	0	0	0	12
								66,6666666	
5	DCM	15	100	41	35	50	75	7	72
								33,3333333	
6	JLSA	25	25	31	62	30	50	3	44
7	MES	20	50	22	72	25	50	0	48
								33,3333333	
8	AFN	35	25	41	62	45	25	3	44
9	AMO	65	0	62	62	55	50	100	84
10	LJJ	50	0	41	25	15	75	0	12
11	TJVS	95	0	0	45	60	50	0	64
								66,6666666	
12	ABS	35	50	31	50	35	50	7	76
13	AAO	60	100	84	97	85	100	100	92
								33,3333333	
14	CRS	25	25	31	82	65	75	3	100
15	AFCM	30	75	51	67	50	75	100	84

16	VES	30	100	41	40	50	87,5	100	76
17	AS	45	0	31	20	10	37,5	33,33333333	24
18	RKM	15	25	10	10	15	12,5	66,66666666	20
19	MSS	5	0	90	80	25	50	7	48
20	RCFR	60	0	51	47	55	100	0	84
21	CDMS	60	100	31	82	55	100	100	68
22	SSS	35	25	72	22	40	37,5	100	40
23	SAL	5	0	42	22	70	0	0	76
24	SAS	10	0	22	25	70	0	0	72
25	MNS	10	0	22	25	70	0	0	72
26	MLR	5	0	22	25	70	0	0	72
27	SMC	30	100	0	25	35	25	100	48
28	ACL	5	0	22	15	70	0	0	72
29	VLG	30	100	10	25	35	25	100	48
30	EJ	5	0	12	20	70	0	0	72

Tabela 11. Valores individuais do SF-36 – Mulheres ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo).

Paciente pré Abdominoplastia	Nome	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor corporal	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocional	Saúde Mental
31	MGFM	100	100	90	92	100	100	100	100
32	CAB	5	100	74	82	70	75	100	56
33	SZM	90	50	90	82	80	62,5	66,66666667	80
34	EASS	95	100	90	82	85	87,5	100	80
35	EASS	100	100	90	67	90	50	0	44
36	WC	0	100	90	80	95	100	100	100
37	EFC	5	75	41	20	20	62,5	66,66666667	40
38	MCRL	80	100	84	87	80	100	100	92
39	ECS	70	25	84	72	60	75	66,66666667	60
40	GRLC	100	100	72	97	70	100	100	72
41	AMF	85	100	90	87	85	100	100	88
42	SF	95	100	100	97	90	87,5	100	88
43	VML	70	100	72	97	85	100	100	92

44	CPA	95	100	84	72	70	100	66,66666667	80
45	HABS	95	100	61	92	70	100	100	56
46	HLF	90	100	41	55	85	50	100	8
47	LFS	100	100	100	57	90	100	100	68
48	AJPC	80	75	62	82	70	75	100	80
49	HRS	95	100	84	100	70	100	100	84
50	DAJB	75	100	100	92	65	100	33,33333333	92
51	VLR	95	100	84	77	65	100	100	80
52	ACB	100	100	72	87	80	100	100	76
53	AOB	95	100	84	100	70	100	100	84
54	MCNS	100	100	62	95	65	100	100	92
55	MRO	100	100	100	77	65	75	66,66666667	64
56	PAM	95	100	100	87	60	25	100	28
57	VLC	95	75	72	95	60	100	100	92
58	EMS	100	100	100	100	65	100	100	76
59	CSZ	75	75	41	37	50	37,5	0	36
60	AS	90	100	100	80	55	100	100	92

Tabela 12. Valores individuais do BSQ – Mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle).

Paciente pré Bariátrica	Nome	Total de pontos somados
01	LLTM	145
02	TAR	167
03	SMAS	130
04	MCS	177
05	DCM	168
06	JLSA	148
07	MES	154
08	AFN	138
09	AMO	142
10	LJJ	157
11	TJVS	137
12	ABS	121
13	AAO	56
14	CRS	114
15	AFCM	117
16	VES	145
17	AS	130
18	RKM	164
19	MSS	194
20	RCFR	85
21	CDMS	118
22	SSS	171
23	SAL	125
24	SAS	125
25	MNS	202
26	MLR	202
27	SMC	202
28	ACL	202
29	VLG	202
30	EJ	202

Tabela 13. Valores individuais do BSQ – Mulheres ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo).

Paciente pré Abdominoplastia	Nome	Total de pontos somados
31	MGFM	60
32	CAB	192
33	SZM	77
34	EASS	57
35	EASS	101
36	WC	113
37	EFC	57
38	MCRL	50
39	ECS	159
40	GRLC	89
41	AMF	132
42	SF	70
43	VML	112
44	CPA	164
45	HABS	90
46	HLF	121
47	LFS	42
48	AJPC	97
49	HRS	126
50	DAJB	135
51	VLR	90
52	ACB	84
53	AOB	113
54	MCNS	160
55	MRO	150
56	PAM	120
57	VLC	94
58	EMS	93
59	CSZ	178
60	AS	98

Tabela 14. Valores individuais das dimensões do BSQ – Mulheres obesas mórbidas (Grupo Controle).

Paciente pré Bariátrica	Nome	Auto-percepção da imagem corporal	Auto-percepção da imagem corporal	Atitude com relação à imagem corporal	Alterações intensas da imagem corporal
01	LTM	108	23	9	5
02	TAR	118	25	12	12
03	SMA	95	17	9	9
04	MCS	125	25	20	7
05	DCM	128	23	9	8
06	JLSA	101	21	16	10
07	MES	109	23	12	10
08	AFN	94	24	12	8
09	AMO	102	19	9	12
10	LJJ	100	27	18	12
11	TJVS	102	19	11	5
12	ABS	98	14	5	4
13	AAO	39	9	6	2
14	CRS	84	18	5	7
15	AFCM	83	19	9	6
16	VES	108	23	9	5
17	AS	95	17	9	9
18	RKM	109	25	18	12
19	MSS	132	30	20	12

20	RCFR	64	14	5	2
21	CDM	91	19	5	3
22	SSS	124	25	15	7
23	SAL	81	20	12	12
24	SAS	81	20	12	12
25	MNS	130	30	30	12
26	MLR	130	30	30	12
27	SMC	130	30	30	12
28	ACL	130	30	30	12
29	VLG	130	30	30	12
30	EJ	130	30	30	12

Tabela 15. Valores individuais das dimensões do BSQ – Mulheres ex-obesas mórbidas (Grupo Estudo).

Paciente pré Abdominoplastia	Nome	Auto-percepção da imagem corporal	Auto-percepção da imagem corporal	Atitude com relação à imagem corporal	Alterações intensas da imagem corporal
1	MGFM	48	5	5	2
2	CAB	127	25	29	11
3	SZM	48	20	7	2
4	EASS	35	12	6	4
5	EASS	75	13	9	4
6	WC	87	10	11	5
7	EFC	40	7	5	5
8	MCRL	36	7	5	2
9	ECS	107	24	16	12
10	GRLC	66	13	6	4
11	AMF	90	26	9	7
12	SF	51	6	5	2
13	VML	70	21	9	10
14	CPA	112	25	17	10
15	HABS	64	13	7	6
16	HLF	83	11	20	7
17	LFS	30	5	5	2
18	AJPC	68	16	7	6
19	HRS	95	17	7	7
20	DAJB	98	18	9	10
21	VLR	64	15	7	4
22	ACB	57	14	9	4
23	AOB	84	17	5	7

24	MCNS	109	17	23	11
25	MRO	111	21	11	7
26	PAM	83	16	12	9
27	VLC	65	19	8	2
28	EMS	67	13	9	4
29	CSZ	117	28	22	11
30	AS	62	20	12	4

ANEXOS**Anexo 1: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:**

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 9 de novembro de 2007
CEP 1566/07

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) JULIANA PEREZ RODRIGUES HUIJSMANS

Co-Investigadores: Vivian Cirneu, Liliâne Sato e Lydiã Masako Ferreira (Orientadora)

Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Qualidade de vida e imagem corporal em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes ex-obesos candidatos à cirurgia plástica”.**

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO OBSERVACIONAL - TRANSVERSAL.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo (questionários).

OBJETIVOS: Avaliar e comparar a qualidade de vida e imagem corporal dos pacientes em pré operatório de cirurgia bariátrica e em pré operatório de cirurgia plástica.

RESUMO: O estudo será realizado na disciplina de cirurgia plástica da UNIFESP. Serão selecionados 60 pacientes após agendamento no setor de endocrinologia, para a realização de cirurgia bariátrica e pacientes agendados no setor de cirurgia plástica pós-bariátrica, para a realização da cirurgia plástica. No respectivo pre-operatório, os pacientes responderão a dois questionários no ambulatório da Disciplina de Cirurgia Plástica e de Endocrinologia. A aplicação dos questionários será na forma auto administrativa assistida, na qual o pesquisador manter-se-á à disposição em sala adjacente para eventuais esclarecimentos..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo fundamentado pela necessidade de quantificação de saúde geral sensível e mental e detalhada dos pacientes obesos, informações essas escassas nos dias atuais..

MATERIAL E MÉTODO: Materiais e métodos adequadamente descritos.

TCLE: adequado, de acordo com a res. 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Projeto sem financiamento específico.

CRONOGRAMA: 10 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 8/11/2008 e 8/11/2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CBP 156607

Anexo 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Título do projeto:

“SF-36, E BODY SHAPE QUESTIONNAIRE EM PACIENTES OBESOS CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA E PACIENTES EX-OBESOS CANDIDATOS À CIRURGIA PLÁSTICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA”.

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de avaliação da qualidade de vida em indivíduos que farão, para tratamento da obesidade cirurgia bariátrica e que foram agendados no Ambulatório de Endocrinologia – UNIFESP/EPM – além de indivíduos que após a cirurgia bariátrica com estabilização da perda ponderal, foram agendados no Ambulatório de Cirurgia Plástica – UNIFESP/EPM – para cirurgia plástica.

Se decidir participar é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Antes de assinar este Termo de Consentimento você deve ler o formulário em anexo. Ele será preenchido em aproximadamente 20 minutos e contém informações pessoais, assim como dados sobre sua participação no estudo. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Objetivo:

Avaliar e comparar a qualidade de vida e imagem corporal dos pacientes em pré-operatório de cirurgia Bariátrica e em pré-operatório de cirurgia Plástica.

Procedimentos do Estudo:

Após o consentimento escrito, você será convidado(a) a responder o formulário com variáveis demográficas.

O SF-36 (Levantamento de Saúde Forma Abreviada 36-Itens), e Body Shape (forma do corpo) na versão em português serão utilizados no pré-operatório de cada procedimento cirúrgico. Nos dois momentos de pré-operatório, as informações destes questionários serão respondidas no ambulatório da Disciplina de Cirurgia Plástica e da Disciplina de Endocrinologia – UNIFESP.

Riscos e Desconfortos:

Você estará exposto a um risco mínimo, caracterizado pela revelação de dados pessoais, assim como uso indevido desses mesmos dados.

Benefícios:

Qualidade de vida é uma forma de avaliação de saúde. Ela diz respeito ao efeito global da condição médica nos aspectos físico, mental e social, assim como bem estar, na sua visão.

As informações obtidas têm a finalidade de promover melhor assistência a você, assim como maior compreensão dos efeitos do tratamento cirúrgico sobre sua saúde.

Informações adicionais:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Sra. Juliana Perez R. Huijsmans que pode ser encontrado na Rua Napoleão de Barros, 715 – 4º andar, telefone (11) 5576-4118. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, telefone (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – E-mail: <cepunifesp@epm.br>.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de confidencialidade:

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

Despesas e compensações:

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores deste estudo se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu, _____,
 RG nº _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “SF-36, E BODY SHAPE QUESTIONNAIRE EM PACIENTES OBESOS CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA E PACIENTES EX-OBESOS CANDIDATOS À CIRURGIA PLÁSTICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA”.

Eu discuti com o Sra. Juliana Perez R. Huijsmans sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

 Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Anexo 3: FICHA DE COLETA DE DADOS

DATA: ____/____/____ () C. Plástica () C. Bariátrica
REGISTRO HOSPITALAR: _____ **NÚMERO PESQUISA:** _____
NOME: _____

TELEFONE: (____) _____ (____) _____
 (____) _____ (____) _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ **IDADE:** ____ anos

GÊNERO: n° ____ 1.[] MASCULINO 2.[] FEMININO

ESTADO CIVIL: n° ____ 1.[] SOLTEIRO 2.[] CASADO 3.[] VIÚVO
 4.[] SEPARADO/DESQUITADO/DIVORCIADO

TABAGISTA: n° ____ 1.[] NÃO 2.[] SIM **OUTROS ?** _____

OCUPAÇÃO: n° ____ **QUAL?** (n° ____) _____
 1.[] ATIVIDADE NÃO REMUNERADA 2.[] ATIVIDADE REMUNERADA

ANOS ESTUDADOS: (n° ____) **QUANTOS:** ____ anos completos

1.[] <1 ano 2.[] 1 – 3anos 3.[] 4 – 7anos
 4.[] 8 – 10anos 5.[] 11 – 14anos 6.[] ≥15anos

CIRURGIA BARIATRICA

DOENÇAS ASSOCIADAS: n° ____ 1.[] NÃO 2.[] SIM **TIPO:** _____

QUAL? n° ____ n° ____ n° ____ n° ____ n° ____

OUTRAS (n° ____) _____ (n° ____) _____

DATA CIRURGIA: ____/____/____ **HOSPITAL:** _____

PESO: _____ Kg **ALTURA:** _____ cm **IMC:** _____ Kg/m²

CIRURGIA PLÁSTICA – AVALIAÇÃO INICIAL

ESTABILIZAÇÃO PERDA PESO: ____ / ____ (mês / ano) **QUANTO?** ____ meses

DOENÇAS ASSOCIADAS: n° ____ 1.[] NÃO 2.[] SIM

QUAL? n° ____ n° ____ n° ____ n° ____ n° ____

OUTRAS (n° ____) _____ (n° ____) _____

PESO: _____ Kg **ALTURA:** _____ cm **IMC:** _____ Kg/m²

DATA CIRURGIA: ____/____/____ **HOSPITAL:** _____

Anexo 4: INSTRUMENTO SF-36

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito Ruim.....5

2. Comparada a um ano atrás, como você classifica sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
 Quase a mesma de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora que há um ano atrás.....4
 Muito pior agora que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a)Atividade vigorosa, que exige muito esforço, tal como correr, levantar objeto pesado, participar de esporte árduo.	1	2	3
b)Atividade moderada, tal como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c)Levantar ou carregar compras de mercado.	1	2	3
d)Subir vários lances de escada.	1	2	3
e)Subir um lance de escada.	1	2	3
f)Curvar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3
g)Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3

Anexos

h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades. (ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em outra atividade regular diária **como consequência de algum problema emocional** (como se sentir deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades.	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

Anexos

7. Quanta dor no corpo você teve durante as ultimas quatro semanas? (circule uma)

- Nenhuma.....1
 Muito leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Intensa.....5
 Muito intensa.....6

8. Durante as ultimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa) ? (circule uma)

- De maneira alguma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as ultimas 4 semanas. Para cada questão por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as ultimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	TODO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animar você?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc...)? (circule uma)

Todo o tempo.....	1
A maior parte do tempo.....	2
Alguma parte do tempo.....	3
Uma pequena parte do tempo.....	4
Nenhuma parte do tempo.....	5

11. O quadro **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiv a-mente verdadeir o	A maioria das vezes verdadeir o	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiv a-mente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Anexo 5: INSTRUMENTO BSQ.

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

1. Nunca;
2. Raramente;
3. Às vezes;
4. Frequentemente;
5. Muito Frequentemente;
6. Sempre;

01) Sentir-se entediada (o) faz você se preocupar com sua forma física?

1 2 3 4 5 6

02) Você tem estado tão preocupada (o) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer uma dieta?

1 2 3 4 5 6

03) Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

04) Você tem sentido medo de ficar gorda (o) ou mais gorda(o)?

1 2 3 4 5 6

05) Você se preocupa (o) com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?

1 2 3 4 5 6

06) Sentir-se satisfeita (o), por exemplo, após ingerir um grande refeição, faz você sentir-se gorda (o)?

1 2 3 4 5 6

07) Você já se sentiu tão mal com a respeito do seu corpo que chegou a chorar?

1 2 3 4 5 6

08) Você já evitou de correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?

1 2 3 4 5 6

09) Estar com mulheres magras (homens magros) faz você se sentir preocupada (o) em relação ao seu físico?

1 2 3 4 5 6

10) Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem se espalhar quando você se senta?

1 2 3 4 5 6

11) Você já se sentiu gorda(o) mesmo comendo uma pequena quantidade de comida?

1 2 3 4 5 6

12) Você tem reparado no físico de outras mulheres (outros homens) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?

1 2 3 4 5 6

13) Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, quando assiste televisão, lê ou escuta uma conversa)?

1 2 3 4 5 6

14) Estar nua (nu), por exemplo, durante o banho, faz você se sente gorda (o)?

1 2 3 4 5 6

15) Você tem evitado usar roupas que a(o) fazem notar as formas do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

16) Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?

1 2 3 4 5 6

17) Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?

1 2 3 4 5 6

18) Você já deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?

1 2 3 4 5 6

19) Você se sente excessivamente grande e arredondada (o)?

1 2 3 4 5 6

20) Você já teve vergonha do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

21) A preocupação frente ao seu físico o leva à fazer dieta?

1 2 3 4 5 6

22) Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando seu estômago está vazio (por exemplo pela manhã)?

1 2 3 4 5 6

23) Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de auto-controle?

1 2 3 4 5 6

24) Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?

1 2 3 4 5 6

25) Você acha injusto que outras mulheres (outros homens) sejam mais magras (os) do que você?

1 2 3 4 5 6

26) Você já vomitou para se sentir mais magra?

1 2 3 4 5 6

27) Quando acompanhada (o), você fica preocupada (o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada (o) num sofá ou no banco de um ônibus)?

1 2 3 4 5 6

28) Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?

1 2 3 4 5 6

29) Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?

1 2 3 4 5 6

30) Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?

1 2 3 4 5 6

31) Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banhos de piscina)?

1 2 3 4 5 6

32) Você já toma laxantes para se sentir mais magra (o)?

1 2 3 4 5 6

33) Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?

1 2 3 4 5 6

34) A preocupação com seu físico lhe faz sentir que deveria fazer exercícios?

1 2 3 4 5 6

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

1. Bussolaro RA. Sensação da pele da parede abdominal após Abdominoplastia pós-Bariátrica. [tese de Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2008.
2. Ivan RVO. Avaliação da Qualidade de vida pelos instrumentos SF-36 e Perfil de Saúde de Nottingham em pacientes submetidos à operação de Capella por via Laparotômica. [tese de Mestrado]. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
3. Rocha MJAB. Body Shape Questionnaire, Escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM e Short Form-36 após Abdominoplastia. [tese de Mestrado] São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2007.
4. SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Pesquisa Toledo & Associados 2007. Disponível em 12/03/2008 em: http://www.sbcm.org.br/pesquisa_ppt/index_arquivos/frame.htm
5. SBCP. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Pesquisa Gallup 2005. *Plastiko's*. 2005; 149(novembro – dezembro): 20-1.
6. Diniz DP. Guia de Qualidade Vida 1ª ed. Shor N , editor da série. Barueri: Manole; 2006. 221p.
7. Ferreira LM. Guia de Cirurgia Plástica 1ª ed. Shor N, editor de série. Barueri: Manole; 2007. 910p.