

**ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN ON THE WAITING LIST
FOR BARIATRIC SURGERY AT A REFERENCE HOSPITAL IN
NORTHEAST BRAZIL: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FILA DE
ESPERA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO: ESTUDO TRANSVERSAL**

Authors:

Eduardo Solon Almeida Melo De Andrade Lima¹, Rodrigo Ramalho Marras¹, Silvia Leoni Lins Normande¹, Camilo Henrique Macedo Lobo Estelita¹, Valdir Everton de Lima Silva¹, Ana Carolina Ribeiro Gonçalves Antonino Schwambach¹, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa², Flavio Augusto Martins Fernandes Júnior³

From:

¹ Department of Medicine, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife (Pernambuco), Brazil;

² Department of Psychology, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife (Pernambuco), Brazil;

³ Department of Bariatric Surgery, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife (Pernambuco), Brazil;

ORCID:

Eduardo Solon Almeida Melo De Andrade Lima: ORCID: 0009-0009-7356-7271.

Rodrigo Ramalho Marras: ORCID: 0000-0001-5277-2406.

Silvia Leoni Lins Normande: ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9784-1716>.

Camilo Henrique Macedo Lobo Estelita: ORCID: 0009-0002-3321-9802.

Valdir Everton de Lima Silva: ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4442-116X>.

Ana Carolina Ribeiro Gonçalves Antonino Schwambach: ORCID: 0009-0000-7524-8455.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa: ORCID: 0000-0002-0856-8915.

Flavio Augusto Martins Fernandes Júnior: ORCID: 0000-0001-9127-2180.

Conflicts of Interest: None to disclose

Financial source: Self-funded

Correspondence: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. **Email:** leopoldo@fps.edu.br

ABSTRACT

Background: Obesity is a chronic multifactorial disease with increasing prevalence worldwide, strongly associated with cardiovascular conditions, type 2 diabetes, and mental health disorders. Bariatric surgery is an effective therapeutic option, but long waiting periods in public health systems can negatively affect the physical and psychological well-being of patients. **Aims:** To evaluate the quality of life of women on the waiting list for bariatric surgery at a tertiary hospital in northeastern Brazil. **Results:** A cross-sectional study was carried out with fifty-five patients monitored at the mental health outpatient clinic of the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine. Data collection included sociodemographic information, psychiatric history, and application of a standardized quality-of-life questionnaire. The mean age was forty-three point four years, and most participants were women. A high prevalence of psychiatric disorders was observed, including anxiety, eating disorders, and depression. Women with a history of depression or anxiety presented significantly lower quality-of-life scores in all assessed domains. Family income showed a positive correlation with the environmental domain and overall quality-of-life scores, while no significant associations were found with age or eating disorders. **Conclusions:** Women awaiting bariatric surgery presented a high prevalence of psychiatric disorders and reduced quality-of-life indicators, particularly among those with depression or anxiety. These findings emphasize the importance of multidisciplinary approaches that include psychological assessment and support, aiming to optimize surgical results and promote long-term improvements in quality of life.

Keywords: Bariatric surgery; Quality of life; Mental disorders; Women

Mensagem central

Este estudo avaliou a qualidade de vida de mulheres na fila de espera para cirurgia bariátrica em um hospital público do Nordeste do Brasil. Observou-se que a maioria apresenta ansiedade e depressão, o que impacta negativamente seu bem-estar físico, psicológico e social. A pesquisa evidencia que, além da perda de peso, é fundamental oferecer acompanhamento psicológico e suporte multidisciplinar para melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dessas pacientes antes da cirurgia.

Perspectives

Os resultados mostram a importância de estratégias multiprofissionais para pacientes com obesidade grave, incluindo triagem psicológica e suporte social enquanto aguardam a cirurgia. Futuras pesquisas longitudinais podem identificar fatores que aumentem o sucesso do procedimento e a manutenção dos benefícios. Integrar políticas públicas de saúde mental com programas de cirurgia bariátrica pode reduzir o tempo de espera, melhorar o bem-estar geral das pacientes e garantir resultados mais duradouros no aspecto físico, psicológico e social.

INTRODUÇÃO

Das doenças crônicas do atual mundo globalizado, a obesidade tem se destacado tanto pelo seu ritmo alarmante de crescimento nos últimos anos quanto por ser silenciosa e não apresentar fatores agravantes de imediato.¹ A partir do século 21, foi considerada uma epidemia de caráter mundial, atingindo um aumento da prevalência para 19,8% entre os adultos americanos, totalizando cerca de 56,4% da população estadunidense.^{2,3} Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de indivíduos que se classificam como obesos (Índice de Massa Corpórea - IMC ≥ 30) quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhões de adultos se classificavam com sobrepeso (IMC ≥ 25) no mundo, sendo que desses, mais de 650 milhões eram obesos.⁴

A obesidade é uma doença crônica multifatorial que acomete parcelas cada dia maiores das populações mundial e brasileira, atingindo proporções epidêmicas.⁵ Uma vez estabelecida, a condição impacta negativamente a qualidade de vida, aumentando o risco para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e uma série de neoplasias. Entretanto, a obesidade não é um quadro irreversível, havendo uma pluralidade de abordagens e tratamentos medicamentosos e cirúrgicos. Neste contexto, a cirurgia bariátrica mostra-se como escolha para diversos pacientes que buscam uma terapia eficaz

e segura, tendo em vista a melhora de seus indicadores gerais de saúde e qualidade de vida.

As cirurgias bariátricas são procedimentos que podem gerar perdas ponderais significativas, alterar o perfil metabólico-hormonal da paciente, reduzirem riscos para uma série de comorbidades e melhorar a qualidade de vida das pacientes do sexo feminino. Há diferentes técnicas para a realização da cirurgia, sendo as mais usadas: bypass gástrico, gastrectomia vertical (conhecida como sleeve) e banda gástrica. Embora cada técnica tenha características e indicações específicas de acordo com o estágio da doença da paciente, elas têm em comum o objetivo de redução de peso e melhora dos níveis endócrinos de cada pessoa. Esses procedimentos são disponíveis em clínicas e hospitais privados e públicos, atendendo pacientes de diferentes classes sociais em todo o território nacional, porém com longas filas de espera no Sistema Único de Saúde, causando impactos negativos na saúde física e mental de mulheres submetidas a longas esperas.^{6,7,8}

A obesidade não impacta negativamente apenas a saúde física e metabólica, afeta também drasticamente o domínio psíquico dos pacientes acometidos: angústia, baixa autoestima, dificuldade de relacionamentos e compulsão alimentar são alguns exemplos de como a patologia diminui a qualidade de vida de pacientes na fila de espera para realização do procedimento.⁹ O impacto deletério na qualidade de vida agrava-se pelo gastos financeiros com aquisição de medicamentos, baixa aceitação em determinados postos no mercado de trabalho e gordofobia.

Estudos têm sistematicamente demonstrado os benéficos da cirurgia bariátrica com melhora (e em alguns casos até remissão) de comorbidades, além do incremento na condição mental das pacientes, com impactos positivos na autoestima e autoconfiança.⁶ Embora muitas pacientes apresentem melhoras na qualidade de vida após a realização do procedimento, muitas delas sofrem durante a longa espera pela cirurgia por conta de fatores físicos e psíquicos. Dessa forma, a longo período de espera pode agravar condições de saúde física e mental, tornando os resultados pós cirurgia aquém dos que seriam obtidos.

Portanto o objetivo da presente pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de vida em mulheres na fila de espera para realização de cirurgia bariátrica em um hospital terciário no nordeste brasileiro, através da aplicação de questionários às pacientes.⁷

MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com 55 pacientes que aguardam a realização da cirurgia bariátrica e estão sendo acompanhadas regularmente no ambulatório de saúde mental de um hospital de referência do SUS, localizado em Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil. A pesquisa abrangeu uma amostragem conveniente e não probabilística.

2.2 Contexto

A cirurgia bariátrica é uma opção de tratamento eficaz para a obesidade grave e tem sido amplamente utilizada em todo o mundo, inclusive em uma instituição que atende exclusivamente ao SUS, no nordeste do Brasil tendo em vista que além da significativa perda de peso, apresenta uma melhora das comorbidades associadas a doença e acarretas grandes impactos na saúde mental dos pacientes. Em hospital de referência do SUS na cidade do Recife, uma grande quantidade de pacientes aguarda na fila de espera para a cirurgia bariátrica, são mais de 300 pacientes, sendo realizadas cerca de 4 cirurgias mensais. Portanto, essa pesquisa buscou entender a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes que aguardam por cirurgia bariátrica e pode contribuir para melhorias no tratamento e acompanhamento desses pacientes.

2.3 Procedimentos

Os dados foram coletados para a pesquisa no período de 01 de setembro de 2024 a 28 de fevereiro de 2025. Os pacientes preencheram um questionário enquanto aguardavam atendimento ambulatorial. Foram incluídos pacientes a partir de 18 anos com indicação para cirurgia bariátrica, estando na fila de espera para realização do procedimento no local do estudo há pelo menos um ano e em acompanhamento ambulatorial da própria instituição. Como critério de exclusão, não fizeram parte do estudo pacientes com diagnóstico de demência ou psicose, ou que não estavam em acompanhamento pelo ambulatório de saúde mental da instituição.

2.4 Considerações éticas

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde vide CAAE(74310823.9.0000.5569)e seguiu a Resolução

510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes, que receberam uma cópia. Todos os participantes, também, foram formados sobre a finalidade da pesquisa e os pesquisadores tomaram medidas para mitigar riscos mínimos como perda de privacidade, desconforto ou emoções negativas.

2.5 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada através de um formulário de coleta de dados contendo um questionário com questões objetivas divididas caracterizar informações sociodemográficas (residência, idade, iniciais do nome, estado civil, gênero, renda), além de informações sobre transtornos psiquiátricos pré e pós-cirúrgicos, e comorbidades dos pacientes que foi elaborado pelos pesquisadores; e o questionário WHOQOL-BREF, com questões relacionadas aos aspectos de qualidade de vida, saúde (física e mental) e satisfação da vida no geral. O instrumento WHOQOL-BREF, utilizado para a avaliação da qualidade de vida, é composto por 26 questões, das quais as duas primeiras abordam especificamente a qualidade de vida geral. As respostas seguem uma escala de Likert, variando de 1 a 5, onde valores mais altos indicam uma melhor qualidade de vida, classificada em cinco categorias: muito satisfeito, satisfeito, indiferente, insatisfeito e muito insatisfeito. Além dessas duas questões, o módulo contém 24 facetas organizadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, permitindo uma avaliação abrangente dos aspectos que influenciam a percepção de bem-estar dos participantes.

2.6 Análise de dados

Os dados foram digitados em um banco de dados no excel para sua melhor análise. Assim, para avaliar a relação entre uma variável quantitativa e os domínios, foram calculadas medidas descritivas dos domínios para cada grupo da variável qualitativa. Além disso, foi aplicado o teste T de Student ou o teste Mann-Whitney para verificar se a relação entre as variáveis era significativa, o que ocorre quando o valor de p é menor que 0,05. Sobre a avaliação em relação a comparação entre os domínios e as variáveis quantitativas, foram calculados coeficientes de correlação. O coeficiente de correlação é uma medida que assume valores entre -1 e 1. Quando o resultado se aproxima dos extremos (-1 ou 1), há indicação de forte correlação; à medida que se aproxima de 0, a

indicação é de ausência de correlação. Valores positivos indicam correlação direta (à medida que uma variável aumenta, a outra também aumenta), e valores negativos indicam correlação inversa (à medida que uma variável aumenta, a outra diminui). Um p-valor menor que 0,05 indica uma correlação estatisticamente significativa.

Já em relação a análise descritiva, para descrever as variáveis quantitativas, foram calculadas medidas de posição, como a média e a mediana, e medidas de dispersão, incluindo o desvio padrão, além dos valores mínimo e máximo. Por fim, para descrever as variáveis qualitativas, foram elaboradas tabelas de frequência com frequências absolutas (contagens) e relativas (porcentagens).

RESULTADOS

3.1 Perfil da amostra

A amostra do estudo foi composta por 55 participantes. A idade média foi de 43,4 anos (DP = 9,46), variando entre 19 e 70 anos. A renda familiar apresentou média de R\$ 1928,70 (DP = 1549,34), com valores entre R\$ 0 e R\$ 5672 (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas.

Variável	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade	43.4	43	9.46	19	70
Renda familiar	1928.7	1418	1549.34	0	5672

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.2 Variáveis qualitativas

Quanto ao gênero, observou-se predomínio do gênero feminino (n=50; 90,9%) em relação ao masculino (n=5; 9,1%). Em relação aos transtornos psiquiátricos prévios, 25,5% (n=14) relataram depressão, 52,7% (n=29) ansiedade e 42,6% (n=23) transtorno alimentar. O uso de álcool foi referido por apenas 1,8% (n=1), enquanto 5,5% (n=3) relataram transtorno mental comum (TMC) e 5,5% (n=3) outro transtorno mental.

No que diz respeito ao tempo decorrido desde a cirurgia, 50,0% (n=8) apresentavam mais de 6 meses de pós-operatório, 37,5% (n=6) até 3 anos, e 12,5% (n=2) até 5 anos. Quanto à técnica cirúrgica, 50,0% (n=8) foram submetidos à técnica 3, 43,8% (n=7) à técnica 2, e 6,3% (n=1) à técnica 4 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis qualitativas.

Variável	Categoria	n	% do Total
Gênero	1 (masculino)	5	9.1%
	2 (feminino)	50	90.9%
Pré-depressão	1 (sim)	14	25.5%
	2 (não)	41	74.5%
Pré-ansiedade	1 (sim)	29	52.7%
	2 (não)	26	47.3%
Pré-desordem alimentar	1 (sim)	23	42.6%
	2 (não)	31	57.4%
Pré-abuso álcool	1 (sim)	1	1.8%
	2 (não)	54	98.2%
Pré-TMC	1 (sim)	3	5.5%
	2 (não)	52	94.5%
Pré-outro transtorno	1 (sim)	3	5.5%
	2 (não)	52	94.5%
Tempo pós-cirurgia	>6 meses	8	50.0%
	até 3 anos	6	37.5%
	até 5 anos	2	12.5%
Técnica cirúrgica	2	7	43.8%
	3	8	50.0%
	4	1	6.3%

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.3 Associação entre gênero e domínios de qualidade de vida

Na análise comparativa entre gêneros, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios do WHOQOL-BREF(Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre gênero e domínios de qualidade de vida.

Domínio	Maculino (n=5) Média (DP)/Mediana (mín–máx)	Feminino (n=50) Média (DP)/Mediana (mín–máx)	Valor-p
DOM1	12.5 (4.07)/13.1 (5.71–16.6)	12.0 (3.85)/11.4 (4.57–20.0)	0.812
DOM2	15.5 (1.79)/15.3 (12.67–17.3)	14.2 (3.70)/14.7 (4.67–20.0)	0.628
DOM3	16.8 (1.52)/17.3 (14.67–18.7)	14.5 (4.80)/16.0 (4.00–20.0)	0.443
DOM4	14.8 (1.89)/14.0 (12.50–17.0)	13.2 (3.87)/13.8 (4.50–20.0)	0.360
Geral	14.5 (1.96)/15.2 (11.23–16.0)	13.3 (3.48)/14.1 (5.54–19.7)	0.445

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.4 Associação entre depressão prévia e domínios de qualidade de vida

Os participantes com histórico de depressão apresentaram escores significativamente menores em todos os domínios do WHOQOL-BREF quando comparados aos que não relataram depressão prévia ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre depressão prévia e domínios de qualidade de vida.

Domínio	Depressão (n=14) Média (DP)/Mediana (mín–máx)	Sem depressão (n=41) Média (DP)/Mediana (mín–máx)	Valor-p
DOM1	9.02 (3.54)/9.14 (4.57–14.3)	13.10 (3.38)/12.57 (8.00–20.0)	<0.001
DOM2	11.00 (3.67)/10.33 (4.67–16.7)	15.50 (2.76)/15.33 (10.00–20.0)	<0.001
DOM3	12.29 (5.34)/10.67 (4.00–20.0)	15.48 (4.14)/16.00 (4.00–20.0)	0.025
DOM4	11.50 (4.49)/10.75 (4.50–19.0)	13.94 (3.31)/14.50 (7.00–20.0)	0.035
Geral	10.70 (3.65)/9.46 (5.54–16.3)	14.30 (2.77)/14.92 (8.62–19.7)	<0.001

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.5 Associação entre ansiedade prévia e domínios de qualidade de vida

Pacientes que relataram ansiedade apresentaram escores significativamente mais baixos em todos os domínios em comparação com aqueles sem histórico de ansiedade ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre ansiedade prévia e domínios de qualidade de vida

Domínio	Ansiedade (n=29) Média (DP)/Mediana (mín–máx)	Sem ansiedade (n=26) Média (DP)/Mediana (mín–máx)	Valor-p
DOM1	10.7 (3.33)/10.3 (4.57–19.4)	13.5 (3.88)/13.7 (5.14–20.0)	0.006

Domínio	Ansiedade (n=29) Média (DP)/Mediana (mín-máx)	Sem ansiedade (n=26) Média (DP)/Mediana (mín-máx)	Valor-p
DOM2	13.0 (3.45)/14.0 (4.67–18.0)	15.9 (3.12)/17.0 (8.00–20.0)	0.002
DOM3	13.5 (5.01)/14.7 (4.00–20.0)	16.0 (3.86)/16.0 (4.00–20.0)	0.042
DOM4	12.1 (3.66)/12.0 (4.50–19.0)	14.7 (3.45)/15.0 (7.00–20.0)	0.011
Geral	12.1 (3.08)/11.5 (5.54–16.5)	14.8 (3.13)/15.2 (6.92–19.7)	0.002

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.6 Associação entre transtornos alimentares prévios e domínios de qualidade de vida

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores de qualidade de vida entre pacientes com e sem transtornos alimentares prévios (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre transtornos alimentares prévios e domínios de qualidade de vida.

Domínio	Transtorno alimentar (n=23) Média (DP)/Mediana (mín-máx)	Sem transtorno alimentar (n=31) Média (DP)/Mediana (mín-máx)	Valor-p
DOM1	11.7 (4.24)/11.4 (4.57–19.4)	12.4 (3.61)/12.6 (5.14–20.0)	0.532
DOM2	13.9 (4.09)/14.7 (4.67–20.0)	14.7 (3.24)/15.3 (8.00–19.3)	0.458
DOM3	14.7 (4.58)/16.0 (4.00–20.0)	14.6 (4.83)/16.0 (4.00–20.0)	0.974
DOM4	12.9 (3.47)/14.0 (4.50–19.5)	13.6 (4.04)/14.5 (7.00–20.0)	0.504
Geral	13.0 (3.62)/14.2 (5.54–19.7)	13.7 (3.27)/14.2 (6.92–19.2)	0.498

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.7 Correlação entre idade, renda familiar e domínios de qualidade de vida

A análise de correlação revelou associação positiva e significativa entre renda familiar e os domínios Meio Ambiente (DOM4, $r=0.324$; $p=0.016$), Relações Sociais (DOM3, $r=0.278$; $p=0.040$) e Escore Geral de Qualidade de Vida ($r=0.272$; $p=0.045$). A idade não apresentou correlação significativa com nenhum dos domínios (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação entre variáveis quantitativas e domínios de qualidade de vida.

Variável	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	DOM5	Geral
Idade	-0.031 (p=0.824)	0.088 (p=0.524)	-0.024 (p=0.864)	-0.016 (p=0.907)	0.173 (p=0.207)	0.019 (p=0.893)
Renda familiar	0.244 (p=0.073)	0.168 (p=0.219)	0.278 (p=0.040)	0.324 (p=0.016)	0.009 (p=0.948)	0.272 (p=0.045)

Fonte: Elaboração própria (2025).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida de mulheres em fila de espera para cirurgia bariátrica, destacando-se pela relevância de se investigar esse grupo específico, uma vez que a maioria das candidatas ao procedimento é composta por mulheres. Os resultados obtidos indicaram a presença de uma parcela significativa de participantes com diagnósticos de transtornos psicológicos, o que reforça a necessidade de um olhar ampliado sobre a saúde dessa população, que não deve ser reduzida apenas à perspectiva física.⁸ A obesidade é uma condição crônica e multifatorial que repercute de maneira profunda não apenas no corpo, mas também na mente e nas interações sociais, e, nesse contexto, a preparação adequada para a cirurgia deve contemplar a integralidade do ser humano.

Embora o objetivo principal da cirurgia bariátrica seja a redução significativa do peso corporal, a literatura demonstra que seu impacto pode e deve transcender a dimensão física, afetando diretamente a autoestima, as relações sociais e a saúde mental das pacientes. Esse aspecto ganha destaque diante do cenário atual de crescimento expressivo da obesidade em escala global e no Brasil, trazendo consigo repercussões importantes para os sistemas de saúde.^{9,10} Os achados deste estudo dialogam com evidências científicas que apontam a necessidade de avaliação psicológica criteriosa no pré-operatório, visto que indivíduos com obesidade grave frequentemente apresentam transtornos psiquiátricos que influenciam tanto a adesão ao tratamento quanto o prognóstico cirúrgico. Assim, a compreensão da cirurgia bariátrica como uma ferramenta que atua em múltiplos domínios da vida reforça a importância de integrar a saúde física e mental como elementos indissociáveis do cuidado.¹¹

Os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes entre candidatos à cirurgia bariátrica, como o transtorno da compulsão alimentar periódica, a depressão e a ansiedade, merecem destaque pela sua influência direta no curso clínico. Esses transtornos, além de

comprometerem a qualidade de vida, podem dificultar a adesão às mudanças de estilo de vida exigidas após a cirurgia. Ainda, somam-se a eles fatores frequentemente relatados por mulheres com obesidade grave, como baixa autoestima, dificuldades relacionadas à imagem corporal e experiências de trauma ou abuso, que podem amplificar o sofrimento psicológico.¹² Dessa forma, a presença de uma equipe multiprofissional, com destaque para o acompanhamento psicológico, é fundamental não apenas para estabilizar sintomas e orientar condutas, mas também para garantir a segurança e a eficácia do procedimento cirúrgico. O suporte especializado auxilia no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, fortalece a resiliência e aumenta a probabilidade de manutenção dos resultados no longo prazo.¹³

No tocante aos aspectos físicos, observou-se que a qualidade de vida se encontra significativamente comprometida, sobretudo nos domínios funcional e locomotor. Limitações de mobilidade, dores osteoarticulares e dificuldades no desempenho das atividades da vida diária foram relatadas, revelando o quanto a obesidade impacta negativamente a autonomia das pacientes.^{12,14} Essas limitações não apenas restringem a vida prática, mas também podem desencadear ou intensificar sintomas depressivos e ansiosos, estabelecendo um ciclo de retroalimentação entre o prejuízo físico e o sofrimento emocional. Essa inter-relação evidencia a necessidade de uma avaliação globalizada e personalizada das pacientes, contemplando tanto as dimensões corporais quanto as subjetivas. Um olhar fragmentado, restrito à perda ponderal, tende a ser insuficiente e até prejudicial no processo de cuidado, pois negligencia fatores determinantes para o êxito cirúrgico e para a recuperação do bem-estar.¹⁵

Outro ponto relevante observado refere-se à dimensão social da qualidade de vida, que apresentou forte comprometimento em decorrência do estigma associado à obesidade. Muitas mulheres relataram experiências de exclusão social, preconceito e dificuldades de inserção em atividades de convívio comunitário, o que contribui para o agravamento do sofrimento psicológico.^{14,15} Esse aspecto é particularmente importante, pois a literatura aponta que o isolamento social e a discriminação reforçam sentimentos de inadequação, alimentam a compulsão alimentar e dificultam a busca por ajuda.^{16,17} Nesse sentido, o acompanhamento profissional deve incluir estratégias de promoção da inclusão social, suporte emocional e fortalecimento das redes de apoio, de modo a minimizar o impacto do estigma e potencializar os efeitos positivos da cirurgia bariátrica sobre a autoestima e a reintegração social das pacientes.^{14,18}

O acompanhamento nutricional, por sua vez, surge como outro eixo essencial no processo pré e pós-operatório. Não se trata apenas de orientar a perda de peso, mas também de prevenir complicações, estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis e contribuir para o fortalecimento da autonomia das pacientes em relação à sua própria saúde.^{18,19} Quando integrado ao suporte psicológico, o acompanhamento nutricional favorece o desenvolvimento de novas rotinas e promove uma reeducação alimentar que tende a se manter a longo prazo. Dessa forma, a atuação interdisciplinar — envolvendo cirurgiões, psicólogos, nutricionistas, endocrinologistas e outros especialistas — constitui o alicerce para resultados eficazes, seguros e sustentáveis.²⁰

Apesar das contribuições deste estudo, algumas limitações merecem ser consideradas. O tamanho amostral reduzido e a análise restrita a uma única instituição limitam a possibilidade de generalização dos achados.²¹ Além disso, a ausência de acompanhamento longitudinal impossibilita a avaliação da evolução dos indicadores de qualidade de vida após a realização da cirurgia. Esses fatores sugerem cautela na extrapolação dos resultados para outros contextos e reforçam a necessidade de novas pesquisas que explorem a temática de forma mais abrangente e prolongada.^{20,21}

Essas limitações, contudo, não diminuem a relevância dos achados, mas apontam para direções futuras de investigação. Estudos multicêntricos, com amostras mais representativas e delineamentos longitudinais, poderiam oferecer uma visão mais consistente sobre os efeitos da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de mulheres obesas.^{17,18} Além disso, investigações que avaliem intervenções multiprofissionais complementares, como programas de suporte psicológico contínuo e estratégias de reinserção social, seriam especialmente relevantes para otimizar os resultados e reduzir o risco de recaídas.^{22,23}

Em síntese, os achados deste estudo reforçam que o sucesso da cirurgia bariátrica não deve ser medido apenas pela perda ponderal, mas sim pela capacidade de promover melhorias amplas e sustentáveis na vida das pacientes. Para além da dimensão física, o impacto sobre a saúde mental, as interações sociais e a autonomia funcional deve ser valorizado como critério de eficácia. Uma abordagem multidisciplinar, individualizada e contínua mostra-se indispensável para potencializar os benefícios, reduzir riscos e assegurar que os efeitos positivos se prolonguem no tempo, consolidando a cirurgia bariátrica como um instrumento de transformação integral na saúde e na qualidade de vida das mulheres.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou a importância de uma boa avaliação psicológica e acompanhamento multidisciplinar das mulheres, grande maioria entre os pacientes que estão aguardando para serem submetidos a uma gastroplastia. A alta prevalência de transtornos comportamentais e psicológicos desses pacientes traduz na imprescindibilidade do papel dos profissionais da saúde mental para avaliar as mudanças emocionais que acompanham a preparação para esse procedimento cirúrgico. Assim, apesar dos avanços observados nas avaliações pré-operatórias, o acompanhamento com enfoque psicológico é essencial para assegurar uma maior taxa de sucesso após a cirurgia e manutenção dos resultados positivos, garantindo qualidade de vida para essas pessoas.

5.1 Pontos fortes e limitações

Este estudo apresenta como ponto forte a abordagem inédita sobre a qualidade de vida de mulheres em fila de espera para cirurgia bariátrica em um hospital público de referência no Nordeste brasileiro, trazendo evidências relevantes para a prática clínica e para a organização de políticas de saúde. A utilização de um instrumento validado internacionalmente (WHOQOL-BREF) fortalece a confiabilidade dos achados, assim como a análise estatística detalhada das variáveis sociodemográficas e dos transtornos psiquiátricos associados.

Por outro lado, algumas limitações devem ser consideradas: o desenho transversal impossibilita estabelecer relações de causalidade; o tamanho reduzido da amostra pode limitar a generalização dos resultados; e a coleta em um único centro hospitalar restringe a extrapolação para outros contextos do país. Além disso, o uso de questionários autoaplicáveis pode estar sujeito a viés de resposta.

5.2 Perspectivas

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de estratégias multiprofissionais voltadas ao acompanhamento integral de pacientes com obesidade grave, em especial durante o período de espera pela cirurgia bariátrica. Perspectivas futuras incluem a implementação de protocolos de triagem psicológica e de suporte psicossocial sistemático, com vistas a reduzir o impacto da depressão e da ansiedade sobre a qualidade de vida.

Pesquisas longitudinais e multicêntricas são recomendadas para avaliar a evolução da qualidade de vida antes e após a cirurgia, possibilitando identificar fatores preditores de melhor prognóstico e sustentação dos benefícios do procedimento. A integração entre políticas públicas de saúde mental e programas de cirurgia bariátrica também se mostra essencial para ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera e garantir resultados mais duradouros no âmbito físico, psicológico e social.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as pacientes que participaram deste estudo pelo tempo e colaboração. Também expressamos nossa gratidão à equipe do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital de referência do Nordeste brasileiro pelo apoio durante a coleta de dados. Por fim, reconhecemos a orientação e incentivo dos nossos orientadores de pesquisa, bem como a supervisão ética fornecida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Dobrow I, Kamenetz C, Devlin M. Aspectos psiquiátricos da obesidade Aspectos psiquiátricos da obesidade Aspectos psiquiátricos da obesidade Psychiatric aspects of obesity Psychiatric aspects of obesity Psychiatric aspects of obesity Psychiatric aspects of obesity Psychiatric aspects of obesity. SIII 63 Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2002;24:63 – 70. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZKFdBNHF93GVfHV3L64WBtf/?format=pdf&lang=pt>
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Obesity and overweight; [acessado em 30 abr 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-andoverweight>
3. Ministério da Saúde [Internet]. O impacto da obesidade. 2021 Jun 9; [acessado em 30 abr 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-terpeso-saudavel/noticias/2022/o-impacto-da-obesidade>.

4. Pi-Sunyer FX. The Obesity Epidemic: Pathophysiology and Consequences of Obesity. *Obesity Research*. 2002 Dec;10(S12):97S-104S.
5. Becerra AZ, Khalid SI, Morgenstern AS, Rembert EA, Carroll MM, Omotosho PA, et al. The association between bariatric surgery and psychiatric disorders: a national cohort study. *Obes Surg*. 2022 Jan 19;32(4):1110–8.
6. Brito NB, Magalhães AJL, Santos DR, Oliveira Filho ÁS, Costa ACC, Brito MVH. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica de gastrectomia vertical videolaparoscópica. *PRMJ* [Internet]. 2020 Jun 29 [citado 2025 Set 20];4:1–7. Disponível em: https://prmjournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/44
7. Estevão SB, Carneiro LMS, Lucchese R, Vera I, Gregório VD, Silva GC, et al. Prevalência da probabilidade de transtorno mental e fatores associados entre indivíduos pós cirurgia bariátrica. *Cogitare Enferm*. 2020 Jun 19;25.
8. Kalarchian MA, King WC, Devlin MJ, Hinerman A, Marcus MD, Yanovski SZ, et al. Mental disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: 7 years of follow-up. *Surg Obes Relat Dis*. 2019 May;15(5):739–44.
9. Martins ML, Benício AFC, Rocha LC, Garcia ISB, Monteiro LO, Almeida MOT, et al. Avaliação psiquiátrica pré-operatória em candidatos à cirurgia bariátrica: uma revisão integrativa. *Rev Med Minas Gerais*. 2024;34\.:e34201. doi:10.5935/2238-3182.2024e34201.
10. Pi-Sunyer FX. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obes Res*. 2002 Dec;10(S12):97S–104S.
11. Ramos AC, Silva ACS, Ramos MG, Canseco EGC, Galvão-Neto MP, Menezes MA, et al. Simplified gastric bypass: 13 years of experience and 12,000 patients operated. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(suppl 1):2–8.
12. Ramos da Silva R, Soares N, Mombelli MA. Práticas e desafios da avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura. *Psicodebate* [Internet]. 2024 Nov 7 [citado 2025 Set 20];10(2):652–75. Disponível em: https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1208

13. Ribeiro GAN, Giapietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. Depression, anxiety, and binge eating before and after bariatric surgery: problems that remain. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2018 Jun 21;31(1).
14. Rocha AS. Avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica: revisão integrativa. Rev Interdiscip Encontro Cienc. 2023;6(2):263–78.
15. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Diretrizes brasileiras de assistência psicológica em cirurgia bariátrica e metabólica. São Paulo: SBCBM; 2023. Disponível em: <https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbcbm.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Diretrizes-brasileiras-de-assist%C3%Aancia-psicol%C3%B3gica-em-cirurgia-bari%C3%A1trica-e-metab%C3%B3lica.pdf>
16. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; [acesso em 30 abr 2023]. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>] (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>)
17. *Bariatric surgery in patients with psychiatric comorbidity: Significant weight loss and improvement of physical quality of life*. Estudo que compara pacientes com diagnóstico psiquiátrico pré-operatório vs população geral de bariátricos, avaliando perda de peso e qualidade de vida física e mental.
18. *Impact of Preoperative Psychiatric Profile in Bariatric Surgery on Long-term Weight Outcome* (2023) — mostra que altos níveis de ansiedade no pré-operatório estão associados a recuperação de peso mais rápida ao longo do tempo.
19. *Health-Related Quality of Life, Anxiety, and Depression in Bariatric Surgery Candidates Compared to Patients from a Psychosomatic Inpatient Hospital* — avalia, em candidatos à cirurgia, níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde, comparando com pacientes de hospital para tratamento psicossomático.
20. *Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research* — revisão que aponta fatores psicológicos prévios (autoestima, imagem corporal, transtornos psiquiátricos) como preditores de resultados em qualidade de vida mental pós-cirurgia.

21. *The influence of preoperative psychological factors on weight loss after bariatric surgery: A preliminary report* — estudo com pacientes que preencheram escalas de ansiedade, depressão, alexitimia antes da cirurgia e verificou impacto dessas características sobre perda de peso nos primeiros meses.
22. *Quality of Life and Psychological Changes in Bariatric Surgery: An Observational Study* — descreve o estado psicológico e qualidade de vida de pacientes aguardando a cirurgia e compara com um seguimento de 1 ano após a intervenção.
23. *Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health — A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients* — estudo de seguimento de 1 ano mostrando melhorias significativas em vários domínios da qualidade de vida e como transtornos psiquiátricos persistentes influenciam resultados.