

Mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: um estudo reflexivo sobre os cuidados reprodutivos e psicossociais

Women undergoing bariatric surgery: a reflective study on reproductive and psychosocial care

DOI:10.34117/bjdv7n8-316

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 02/08/2021

Lourivaldo Bispo Alves Junior

Mestrando em Saúde da Mulher na Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Quadra 5 Conj D casa 12ª Planaltina-DF

E-mail: lourivaldobispo3@gmail.com

Verônica Carneiro Ferrer

Mestranda em Saúde da Mulher na Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Rua 9 Norte, Lote 7 Residencial Notre Dame, apto 504. Águas Claras, Brasília-DF.

E-mail: veronicaferrer.to@gmail.com

Vanessa Wolff Machado

Mestranda em Saúde da Mulher na Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Vila NPV Oficias rua 9 casa 4. Lago sul. Brasília-DF

E-mail: machadovwm@gmail.com

Manuela Costa Melo

Doutora em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde.

Endereço: SMHN Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs - Asa Norte Brasília-DF

E-mail: melomanuela91@gmail.com.

Adriano Bueno Tavares

Doutor em Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde.

Endereço: SMHN Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs - Asa Norte Brasília-DF

E-mail: adriano.tavares@escs.edu.br

Leandro da Cunha Dias

Mestrando em Saúde do Idoso na Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: SCLRN 703 Bloco E entrada 28 apto. 201 Asa Norte. Brasília- DF

E-mail: leandrocdias@yahoo.com.br

Carla Cristina Silveira dos Reis

Mestranda em Saúde do Idoso na Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Qd 207, lote 5, bloco b, nº 304. Residencial Itália. Águas Claras. Brasília-DF

E-mail: carla.csreis@gmail.com

Lorena Bezerra Carvalho

Mestranda em Saúde do Idoso na Escola Superior de Ciências da Saúde
Endereço: AV. PAU Brasil, lote 18, bl.A. Apto 506. Águas Claras. Brasília- DF
E-mail: lorenacarvalho92@hotmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou desenvolver uma reflexão teórico-crítica a respeito de informações na literatura sobre os cuidados reprodutivos e psicossociais com as mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Os descritores: Obesidade, Cirurgia bariátrica; Saúde reprodutiva; Depressão; Qualidade de vida e seus sinônimos foram utilizados nas bases de dados *Medline, Lilacs, Google Scholar, Cochrane e Pubmed* para buscar artigos relacionados com a temática. No estudo discute-se a cirurgia bariátrica e os seus aspectos epidemiológicos e psicossociais, considerando a sua relação com a fertilidade, sexualidade, gestação e contracepção, ressaltando-se o uso do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. A gestação é contraindicada nos primeiros meses após a cirurgia, portanto, mulheres no menacme devem receber orientações pré operatórias sobre contracepção segura, que ao mesmo tempo interfira minimamente sobre a perda de peso, função sexual e estado psicossocial, além de atuar no controle da anemia ferropriva e colaborar para a compensação de suas comorbidades. Portanto, a mulher submetida a cirurgia bariátrica precisa de atendimento na sua integralidade, pois após o procedimento cirúrgico a usuária possui várias carências, necessitando de uma assistência de qualidade e resoluta que contemple os fatores relacionados a saúde reprodutiva, a sexualidade e os aspectos psicossociais.

DESCRITORES: Obesidade, Cirurgia bariátrica; Saúde reprodutiva; Depressão; Qualidade de vida.

ABSTRACT

This study aimed to develop a critical-theoretical reflection about information in the literature on reproductive and psychosocial care for women undergoing bariatric surgery. The descriptors Obesity; Bariatric Surgery; Reproductive health; Depression; Quality of Life and their synonyms were used in the databases Medline, Lilacs, Google Scholar, Cochrane and Pubmed to search for articles related to the theme. The study discusses bariatric surgery and its epidemiological and psychosocial aspects, considering its relationship with fertility, sexuality, pregnancy and contraception, emphasizing the use of levonorgestrel intrauterine delivery system. Pregnancy is contraindicated in the first months after surgery, therefore, women in menacme should receive preoperative guidance on safe contraception, which at the same time interferes minimally on weight loss, sexual function and psychosocial status, besides acting in the control of iron-deficiency anemia and collaborating to the compensation of their comorbidities. Therefore, women undergoing bariatric surgery need comprehensive care, because after the surgical procedure the user has several needs, requiring quality and resolute assistance that addresses factors related to reproductive health, sexuality, and psychosocial aspects.

DESCRIPTORS: Obesity; Bariatric surgery; Reproductive health; Depression; Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A maior causa de mortalidade do mundo, são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, onde a obesidade está vinculada intimamente em suas fisiopatogenias¹. As consequências econômicas da obesidade e doenças associadas relacionam-se não apenas aos gastos médicos, mas aos custos indiretos ou sociais, como a diminuição da qualidade de vida, perda de produtividade, aposentadorias precoces e morte².

O tratamento das doenças relacionadas ao sobrepeso e obesidade denota um aumento substancial nos gastos da saúde pública. Indivíduos com excesso de peso e obesidade possuem maiores gastos em saúde, principalmente para as despesas com medicamentos e planos de saúde³.

No intuito de amenizar esses custos e proporcionar, além da redução do índice de doença crônica não transmissível, uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos, a cirurgia bariátrica (CB) é uma importante opção para o tratamento da obesidade. Sua indicação concentra-se em indivíduos que apresentam Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m², sem presença de comorbidades, ou entre 30 e 40 kg/m², com presença de comorbidades⁴.

Devido as alterações metabólicas e nutricionais, não é recomendado que mulheres engravidem nos primeiros meses, após a CB. Assim, mulheres no menacme, em idade fértil, que submetem à CB, como tratamento de obesidade, deveriam obter informações no pré operatórias sobre uma contracepção segura, e que ao mesmo tempo interferisse o mínimo possível sobre a perda de peso, no controle da anemia ferropriva, na função sexual e no estado psicossocial, colaborando para a reversão de suas comorbidades⁵.

Dentre os métodos contraceptivos hormonais existentes, na atualidade, o Sistema Intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG) pode proporcionar inúmeros benefícios, levando à uma maior satisfação pessoal e melhor qualidade de vida à esta população, que cresce de maneira exponencial⁶.

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de desenvolver uma reflexão teórico-crítico a respeito de informações na literatura sobre os cuidados reprodutivos e psicossociais com as mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo reflexivo baseado na análise e interpretação de artigos científicos sobre os aspectos reprodutivos e psicossociais que envolvem as mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Para o alcance do objetivo, realizou-se buscas nas bases

de dados *Medline, Lilacs, Google Scholar, Cochrane e Pubmed* com os descritores: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Saúde reprodutiva, Depressão, Qualidade de vida e seus sinônimos foram utilizados para buscar artigos relacionados com a temática. associando estratégias com o operador booleano “AND”. Os critérios de seleção foram: acesso aos trabalhos na íntegra, publicações dos últimos cinco anos, nacionais e internacionais que contemplasse os temas citados.

2.1 CIRURGIA BARIÁTRICA E A EPIDEMIA DE OBESIDADE

A obesidade é vista pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Neste sentido, em estimativa para 2025, aponta-se para um sobrepeso de 2,3 milhões de adultos e 700 milhões de indivíduos, com obesidade⁷.

No Brasil uma pesquisa nacional sobre dados de peso e estatura autorreferidos mostra que o país atingiu a maior prevalência de obesidade (19,8%) entre adultos nos últimos treze anos, sendo ligeiramente maior entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%). Em ambos os sexos, a frequência de obesidade diminuiu com o aumento do nível de escolaridade, de forma notável para mulheres⁸. Paradoxalmente, observou-se uma mudança no comportamento da população brasileira em relação a prática de atividade física, aumentou 25,7% no período de 2009 a 2018, enquanto o consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas caiu 53,4% de 2007 a 2018^{8,9}, isso pode refletir uma conscientização da sociedade sobre a obesidade.

No entanto, para pessoas obesas sem resposta satisfatória ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças de estilo de vida, a CB é indicada pela perda potencial de 20 a 35% do peso inicial após 2 a 3 anos do procedimento, com consequente melhora de comorbidades associadas, além de aumentar o tempo e a qualidade de vida destes indivíduos¹⁰.

Entre as técnicas de CB existem as restritivas, as quais diminuem a área gástrica, gastroplastia vertical com bandagem e a bandagem gástrica ajustável, por via laparoscópica. As técnicas mistas, podendo ser predominantemente disarbsortivas, e, as predominantemente restritivas, derivações gástricas em “Y de Roux”, conhecida como Cirurgia de Bypass gástrico, com ou sem anel de contenção¹¹.

A prevalência geral de complicações perioperatórias é baixa, sendo que a CB é considerada atualmente um procedimento seguro. Entretanto, as complicações pós-

operatórias relacionadas à deficiência nutricional, são rotineiramente encontradas e de extrema importância⁶.

A obesidade juntamente com a depressão são um problema comum de saúde pública, ambas associadas a alta morbimortalidade e representam uma importante fonte de gastos para o sistema de saúde e famílias afetadas por essas condições¹², com importante repercussão sobre os diferentes componentes da saúde de um indivíduo.

2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA E A SAÚDE MENTAL

Alguns estudos têm procurado avaliar e quantificar a melhora da qualidade de vida após a CB, na tentativa de relacionar a quantidade de peso perdido e o tipo de técnica utilizada à presença de quadro depressivo e maior número de suicídios a longo prazo. Dados^{13,14} que abrangem menos de 2 anos de seguimento pós-operatório apontam uma associação em relação a quantidade de peso perdido e a melhora da qualidade de vida. Entretanto, algumas destas pacientes mostram uma perda deste ganho de qualidade de vida à longo prazo, com estabelecimento da depressão e aumento dos casos de suicídio¹⁵.

Outro estudo, realizado com 105 indivíduos submetidos à CB, em que se avaliou a qualidade de vida por meio de questionários, e a presença de sintomas depressivos, pelo Inventário de Depressão de Bech (IDB), mostrou uma melhora em ambos aspectos após 25 meses do procedimento cirúrgico, embora esses resultados não estivessem relacionados com a dimensão da perda de peso¹⁶.

De forma semelhante, uma revisão sistemática sobre ansiedade e gravidade de sintomas depressivos em pacientes submetidos à CB revelou uma redução significativa na severidade dos sintomas depressivos em 2 a 3 anos após o procedimento. No tocante à ansiedade, identificou-se uma redução da intensidade dos sintomas com 24 meses. Nesta avaliação, as alterações nos sintomas depressivos foram relacionadas à alteração do IMC^{17,18}.

Já uma coorte de 357 pacientes avaliados, mostrou uma queda substancial dos sintomas depressivos logo após a cirurgia, com um crescimento gradual dos mesmos, seguindo-se a esse primeiro evento. Também revelou que a presença de sintomas depressivos após a CB está associada com piora de resultados em termos de perda de peso, maior número de desordens psicopatológicas alimentares, com empobrecimento da qualidade de vida¹⁹.

Desta forma, pode-se dizer que a literatura científica não conclui que a CB seja o tratamento para os distúrbios de ansiedade e depressão comumente presentes entre os

indivíduos obesos, mas permite identificar que ela está associada a reduções de longo prazo dos sintomas de ansiedade e depressivos, tornando-se um elemento terapêutico coadjuvante importante no manejo dos transtornos de humor desses indivíduos²⁰. Esse impacto positivo da CB sobre a saúde mental é relevante, pois se associa com uma melhor qualidade de vida a longo prazo.

2.3 CIRURGIA BARIÁTRICA E A SAÚDE REPRODUTIVA

Estudos demonstram um aumento da fertilidade de mulheres obesas, após a CB, devido ao restabelecimento de ciclos ovulatórios regulares e, por consequência, dos ciclos menstruais, além de melhora nos casos de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), tão comumente observada em mulheres obesas^{21,22,23}.

Em mulheres com obesidade, níveis elevados de androgênios livres dão observados devido ao aumento da aromatização de estrogênio circulante à testosterona no tecido adiposo. Dados revelam que após a CB, a redução significativa do IMC dessas pacientes associa-se a uma melhora do quadro de dislipidemia independente de possuírem diagnóstico de SOP. A CB ocasiona também melhora no volume ovariano e principais parâmetros laboratoriais diagnósticos em mulheres obesas com SOP, mostrando que a testosterona livre pode ter utilidade em prever a probabilidade de benefícios de tal cirurgia²².

Um estudo observacional prospectivo com 50 mulheres submetidas à CB avaliou dados antropométricos, a ciclicidade menstrual e marcadores de hiperandrogenismo, no pré-operatório e no seguimento de 3, 6 meses e 1 ano. Entre elas, dezoito mulheres foram diagnosticadas com SOP. Resulta que todas as mulheres recuperaram seu ciclo menstrual normal em 3 meses de acompanhamento, com redução significativa da testosterona sérica no acompanhamento de 1 ano. A síndrome metabólica foi completamente resolvida em 1 ano de acompanhamento em ambos os grupos de mulheres, com e sem SOP²³. Adicionalmente a estes benefícios, outro estudo identificou uma potencial nova indicação para a CB pelo efeito positivo na redução da ocorrência hiperplasia endometrial²⁴.

Embora ainda não haja consenso sobre o tempo que uma mulher submetida à CB possa engravidar após procedimento cirúrgico, recomenda-se aguardar pelo menos 12 meses, considerando a dramática perda de peso inicial e as consequentes alterações do estado metabólico-nutricionais decorrentes²⁵.

Desta forma, conquanto a perda de peso mediada pela cirurgia tenha um efeito positivo no resultado da gravidez, os procedimentos podem estar associados a resultados

adversos, como deficiências de micronutrientes, anemia por deficiência de ferro ou B12, síndrome de dumping, complicações cirúrgicas, como hérnias internas²⁶.

Uma meta-análise²⁷ envolvendo 14.880 gestantes submetidas previamente à CB, mostrou um menor risco de Diabetes Gestacional e fetos macrossômicos, porém um maior risco de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, possivelmente devido à desnutrição materna²⁸ e um tempo mais curto de gestação, com maior frequência de prematuridade e consequente admissão a Unidades de Terapia Intensiva Neonatal²⁹.

É essencial que na condução pré-operatória de mulheres a serem submetidas à CB, sejam considerados os impactos que o procedimento ocasionará à saúde reprodutiva destas pacientes, esclarecendo àquelas que desejam engravidar, que isso deve ser postergado até que se atinja a estabilização do peso corporal e o equilíbrio metabólico-nutricional, deixando claro os riscos de uma gravidez após uma CB. Àquelas não desejarem engravidar, é imperativo informar quanto à possível melhora da fertilidade e a necessidade de utilização de uma contracepção eficaz, evitando assim uma gravidez não planejada.

2.4 CIRURGIA BARIÁTRICA E A SAÚDE SEXUAL

A sexualidade é uma parte essencial da vida da mulher, engloba todo o ciclo vital e envolve aspectos físicos, emocionais e sociais, podendo sofrer influências de fatores internos e externos. A obesidade pode afetar a frequência ou a realização da prática sexual, seja pelo cansaço, pela falta de resistência física, dificuldade de mobilidade, sentimento de baixa autoestima ou vergonha do próprio corpo. O preconceito da obesidade pode começar com o próprio indivíduo obeso que pode possuir percepção negativa da imagem corporal. Associado a isso, encontra-se a imposição pelos meios de comunicação de um corpo magro, que aumenta o estigma e o sentimento de exclusão social no obeso mórbido, influenciando negativamente na vivência sexual desses indivíduos²⁸.

Nas mulheres obesas, tal discriminação e preconceito, faz com que elas passem a não reconhecer mais seus corpos, nem mais tocá-los, tornando sua sexualidade reprimida e insuficiente. Dessa maneira, podem apresentar maiores chances de transtornos de desejo sexual por causas orgânicas ou/e psicológicas com prejuízo a saúde sexual.

Uma revisão sistemática³⁰ entre 2014 e 2019, identificou aspectos específicos do tratamento bariátrico de mulheres com obesidade mórbida sobre sua sexualidade. Identificou-se que há fortes evidências de melhora da função sexual, bem como da

qualidade de vida e satisfação com a vida sexual em mulheres obesas devido à CB. Embora a prevalência de disfunção sexual feminina diminua após a CB, ainda é maior do que em mulheres não obesas. De forma similar, embora haja uma melhora da função sexual devido à redução do peso, outros aspectos, como pele excessivamente caída e aspectos sociais ou mentais podem ser importantes para a vida sexual das mulheres após a CB. No seguimento da CB, as mudanças de comportamento sexual devem ser consideradas e deve-se fornecer informação suficiente aos pacientes em termos de comportamentos que representam riscos para a ocorrência não-intencional de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis. Observou-se que a CB mostra um bom potencial no tratamento de aspectos específicos da disfunção sexual entre mulheres obesas, além da redução de peso e dos riscos metabólicos envolvidos²⁵.

Assim, pode-se refletir que mulheres submetidas à CB, se beneficiam de melhoras adicionais importantes para a sua qualidade de vida, quanto à vivência de sua sexualidade, e dessa maneira, orientações sobre o aumento de sua fertilidade, tempo que devem aguardar para engravidar após a cirurgia e aconselhamento contraceptivo, são apenas alguns dos temas para um aconselhamento reprodutivo adequado.

2.5 CIRURGIA BARIÁTRICA E CONTRACEPÇÃO

A contracepção é um elemento importante no cuidado da mulher submetida à CB, considerando a retomada da fertilidade, o risco de uma gravidez não planejada e as consequências negativas de uma gestação temporalmente não oportuna.

Embora exista uma diversidade grande de Métodos Contraceptivos (MC) que as mulheres após a CB podem optar, é importante considerar a eficácia deles neste segmento populacional, bem como seus efeitos adversos. Neste sentido, dados revelam que a contracepção oral combinada pode ser menor confiável nas mulheres obesas antes e após a CB devido à diminuição de sua eficácia, inicialmente por sequestro de seu princípio ativo pelo tecido adiposo, e, depois, por aumento da sua degradação por aumento do metabolismo corporal basal e da atividade das enzimas hepáticas^{31,32}.

Além disso, outros estudos mostraram uma diminuição dos contraceptivos hormonais orais devido a uma redução em sua absorção no trato gastrointestinal³². Algumas sociedades têm recomendado contraindicar a contracepção oral para mulheres submetidas a CB³³. Ademais do comprometimento da eficácia, é importante destacar que mulheres obesas, mesmo sem outros fatores de risco cardiovascular associados, mas que usam métodos contraceptivos combinados, isto é, conteúdo simultaneamente, estrógeno

e progestágeno, seja por via oral ou injetável, apresentam risco aumentado para a ocorrência de trombose venosa, sendo que esse risco pode ser ainda mais incrementado no período perioperatório³⁴.

É essencial encontrar dentre os MC hormonais, o que proporcione uma prevenção contra gravidez, com alta eficácia, com menores efeitos adversos, menores taxas de complicações e poucos riscos ao longo do tempo.

Esclarecer as dúvidas e os receios da mulher submetida a CB e dar livre escolha, são aspectos importantes de educação em saúde inerentes a saúde reprodutiva dessa população. Portanto, faz-se necessário ter a mão as melhores evidências científicas para que ocorra adesão eficaz ao aconselhamento reprodutivo como parte do atendimento integral dessa usuária, que precisará de informações, recursos, acesso e encaminhamentos para uma decisão consciente e embasada em um estruturado planejamento reprodutivo. Percebe-se a necessidade de elaboração de políticas públicas que viabilizem o acesso a diversas opções e métodos seguros de contracepção para esta população de mulheres.

Um estudo³⁴, relata o Sistema Intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG) como a melhor opção de contraceptivo para mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, pois seu mecanismo de ação não depende de níveis hormonais sistêmicos, além de garantir a estas mulheres, proteção contra o câncer endometrial.

Dentre todos MC hormonais, o SIU-LNG apresenta-se com excelente eficácia e boa aceitabilidade, devido a sua absorção de seu princípio ativo pelo útero, diferentemente dos MC hormonais orais que dependem do sistema gastroentérico⁶.

O uso do SIU-LNG em mulheres obesas e com história de CB, tanto por procedimentos restritivos, como mal absorptivas, é classificado como condição para a qual não há restrição para o uso do método, de acordo com os critérios de elegibilidade dos MC³⁴. Ele corresponde a um dispositivo intrauterino que tem forma de T com reservatório de esteroide que contém 52 mg de levonorgestrel (8 progestágeno derivado da 19-nortestosterona) misturado com polidimetilsiloxane, que controla a taxa de liberação hormonal de 20 mcg por dia na cavidade uterina. Sua ação local leva a um afinamento e decidualização do endométrio, podendo ocasionar o bloqueio da ovulação em aproximadamente metade dos ciclos. A longo prazo predispõe a ciclos menstruais com menor duração e volume do sangramento, podendo haver oligomenorréia e chegar a amenorréia³⁵.

Os efeitos adversos do SIU-LNG quando existem, são classificados como muito comuns: cefaléia, dor abdominal e pélvica, alterações no sangramento (sangramento

menstrual aumentado e diminuído, gotejamento-*spotting*, oligomenorréia e amenorréia); incomuns: alopecia; raro: perfuração uterina³⁵.

Seu uso está aprovado para um período de até anos embora recentemente dados revelam que o SIU-LNG continua a ser altamente eficazes por pelo menos 2 anos adicionais de uso e que a avaliação do nível sérico de seu princípio ativo permanece acima do limiar de ovulação em mulheres com diferentes índices de massa corporal³⁶. Apesar das vantagens óbvias, a utilização do SIU-LNG em mulheres obesas submetidas à CB, mantém-se pouco estudada.

As formas não orais de contracepção devem ser consideradas para pacientes bariátricos, devido ao aumento do risco de falha dos contraceptivos orais após este procedimento, secundário ao componente de má-absorção³⁷. Além disso, recomenda-se também que os dispositivos intrauterinos devem ser considerados a primeira escolha para nulíparas, e em adolescentes; assim, o SIU-LNG é uma excelente proposta contraceptiva para as mulheres de todas as idades, contribuindo para uma contracepção eficaz, o controle da dismenorréia, dos ciclos menstruais e da dor pélvica associadas à endometriose⁶.

Neste sentido, poucos estudos abrangem o tema uso de contracepção intrauterina entre mulheres submetidas a CB, mas recentemente em um estudo com adolescentes avaliou o padrão menstrual após essa cirurgia e demonstrou-se que SIU-LNG deve ser considerado uma opção apropriada para gerenciamento menstrual e que a aceitabilidade do método foi excelente entre a maioria das pesquisadas, concluindo que este é um MC viável para esta população³⁸.

Diante disso, pode-se concluir que o SIU-LNG constitui-se um das melhores opções de contraceptivos para mulheres que foram submetidas a CB, considerando os benefícios que vão além da segurança contraceptiva e acrescentando na qualidade de vida para estas mulheres que necessitam de tratamentos cuidados para o seu estado clínico pós cirúrgico.

3 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Existe uma limitação da temática no contexto brasileiro, são escassos os estudos publicados, o que dificulta a reflexão e percepção dos aspectos relacionados as mulheres pós bariátricas no Brasil.

4 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

As evidências científicas sintetizadas nesta reflexão podem contribuir para o desenvolvimento de estudos nos serviços de saúde, servem também como embasamento de modo reflexivo para futuras pesquisas e com consequentes melhoras na atenção à saúde destas mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou refletir a respeito de informações na literatura sobre os cuidados reprodutivos das mulheres que se submetem à CB, sabendo que estas usuárias necessitam de uma assistência integral e de qualidade que contemple diversos componentes de sua saúde, dentre eles: o mental, a saúde reprodutiva e a sexualidade.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Silva Jr JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. Brasília: jan./mar. 2013;22(1):151-164.
2. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS. 2017. 44 p. [acesso em: 25/08/2020]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Saude_Suplementar_Brasileira.pdf
3. Canella DS, Novaes HMD, Levy RB. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(11): 2331-2341.
4. Narayanan RP, Syed AA. Pregnancy Following Bariatric Surgery—Medical complications and management. *Obes Surg*. 2016;26(10):2523-2529.
5. Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc*. [online]. 2020;29(1):e190227.
6. Costa AR, Bombas T, Souto S, Freitas P. Recomendações para contracepção em mulheres com excesso de peso/obesidade, antes e após cirurgia bariátrica. *Acta Obstet Ginecol Port*. [Internet]. 2020;24:38-43.
7. Brasil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Mapa da Obesidade. 2018.
8. Brasil. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. 132 p.
9. São Paulo (Estado). Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *A Cirurgia Bariátrica: Tipos de Cirurgia*. São Paulo: SBCBM; 2017.
10. Pedro J, Neves JS, Ferreira MJ, Guerreiro V, Salazara D, Viana S et al. Diagnosis of Depression, Bariatric Surgery and Weight Outcomes. *Obes Facts*. 2020; 13:213-220.
11. Jantarantotai N, Mosikanon K, Lee Y, McIntyre RS. The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11:1-10.
12. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14:435.
13. Müller A, Hase C, Pommnitz M, Zwaan M. Depression and Suicide After Bariatric Surgery. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(9):84.

14. Strain GW, Kolotkin RL, Dakin GF, Gagner M, Inabnet WB Christos P, et al. The effects of weight loss after bariatric surgery on health-related quality of life and depression. *Nutr Diabetes*. 2014;4(9):e132.
15. Gill H, Kang S, Lee Y, Rosenblat JD, Brietzke E, Zuckerman H, et al. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. *J Affect Disord*. 2019; 246: 886-894.
16. Mitchell JE, King WC, Chen JY, Devlin MJ, Flum D, Garcia L, et al. Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(8):1799-1806.
17. White MA, Kalarchian MA, Levine MD. Prognostic Significance of Depressive Symptoms on Weight Loss and Psychosocial Outcomes Following Gastric Bypass Surgery: A Prospective 24-Month Follow-Up Study. *Obes Surg*. 2015; 25(10):1909-1916.
18. Różańska-Wałędziak A, Bartnik P, Kacperczyk-Bartnik J, Czajkowski K, Waledziak M. The Impact of Bariatric Surgery on Menstrual Abnormalities – a Cross – Sectional Study. *Obes Surg*. 2020;30(11):4505-4509.
19. Christ JP, Falcone T. Bariatric Surgery Improves Hyperandrogenism, Menstrual Irregularities, and Metabolic Dysfunction Among Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Obes Surg*. 2018;28(8):2171-2177.
20. Da Silva FG, de Souza MD, dos Santos GR, do Nascimento Botelho RM. A autoestima em pacientes no pós-cirúrgico de cirurgia bariátrica. *Brazilian Journal of Development*. 2020 Oct 28;6(10):82792-805.
21. Singh D, Arumalla K, Aggarwal S, Singla V, Ganie A, Malhotra N. Impact of Bariatric Surgery on Clinical, Biochemical, and Hormonal Parameters in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Obes Surg*. 2020;30(6):2294-2300.
22. Charalampakis V, Tahrani AA, Helmy A, Gupta JK, Singhal R. Polycystic ovary syndrome and endometrial hyperplasia: an overview of the role of bariatric surgery in female fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;207:220-226.
23. Falcone V, Stopp T, Feichtinger M, Kiss H, Eppel W, Husslein PW, et al. Pregnancy after bariatric surgery: a narrative literature review and discussion of impact on pregnancy management and outcome. *Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):507.
24. Luysen J, Jans G., Bogaerts A, Ceulemans D, Matthys C, Shueren B, et al. Contraception, Menstruation, and Sexuality after Bariatric Surgery: a Prospective Cohort Study. *Obes Surg*. 2018;28(5):1385-1393.
25. Ciangura C., Coupaye, M., Deruelle, P. *et al.* Diretrizes de prática clínica para mulheres grávidas candidatas a cirurgia bariátrica, gravidez e gerenciamento pós-parto após cirurgia bariátrica. *Obes Surg*. 2019: 3722–3734.

26. Jäger P, Wolicki A, Spohnholz J, Senkal M. Review: Sex-Specific Aspects in the Bariatric Treatment of Severely Obese Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2734.
27. Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. *Obesity Reviews*. . Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. *Obesity Reviews*. 2019; 20(11):1507-1522.
28. Mengesha BM, Carter JT, Dehlendorf CE, Rodriguez AJ, Steinauer JE. Perioperative pregnancy interval, contraceptive counseling experiences, and contraceptive use in women undergoing bariatric surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):81.e1-81.e9.
29. Damhof MA, Pierik E, Krens LL, Vermeer M, Det MJV, Roon EMV. Assessment of contraceptive counseling and contraceptive use in women after bariatric surgery. *Obesity Surgery*.2019; 29(12): 4029-4035.
30. Akhter Z, Rankin J, Ceulemans D, Ngongalah L, Ackroyd R, Devlieger R, et al. Pregnancy after bariatric surgery and adverse perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2019;16(8):e1002866.
31. Cuzzucoli L, Vandebossche G, Beliard A. Obésité, chirurgie bariatrique et contraception. *Rev Med Liege* 2020;75(2):111-114.
32. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65:1-104.
33. Costescu DJ. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems for long-acting contraception: current perspectives, safety, and patient counseling. *Int J Womens Health*. 2016;8:589-598.
34. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC). 2017.
35. Brasil.Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel 52 mg para anticoncepção em mulheres de 15 a 19 anos de idade. Ministério da Saúde. 2016;207:47.
36. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert J. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration–approved duration. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(6):586.e1-586.e6.
37. Ostrowska L, Lech M, Stefańska E, Jastrzębska-Mierzyńska M, Smarkusz J. The use of contraception for patients after bariatric surgery. *Ginekol Pol*. 2016;87(8):591-593.
38. Michalsky M, Eneli I, Iabuta A, McCracken K. Contraceptive Use Among Adolescent Female Metabolic and Bariatric Surgery Patients. *J Pediat & Adol Gynecol*. 2019;32(2):204.