

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO
FIGUEIRA – IMIP
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

JULIA ANDRADE DE FREITAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÃO DE SAÚDE DE
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade Pernambucana de Saúde como
requisito final para conclusão da Graduação em
Nutrição.

RECIFE

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIA ANDRADE DE FREITAS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÃO DE SAÚDE DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade Pernambucana de Saúde como
requisito final para conclusão da Graduação em
Nutrição.

Trabalho de conclusão de curso aprovado em: ___/___/___.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar, não deixar eu me esquecer do meu propósito e nunca desistir.

Agradeço também aos meus pais que sempre me apoiaram e deram todo suporte para que eu concluísse meus estudos, sem vocês isso não seria possível e esse diploma é nosso!

Aos meus avós que também me deram todo o suporte necessário e fizeram o que pôde para que eu seguisse firme nos estudos.

João, que desde que entrou na minha vida nunca deixou de me apoiar e nos momentos de fraqueza foi meu colo e me fez enxergar que ser Nutricionista era um dos meus propósitos de vida. Obrigada por ter me colocado pra cima todas as vezes que pensei que eu não era capaz.

Gratidão aos meus amigos e amigas que sempre torceram por mim e também viveram esse processo comigo.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Marília, por ter topado esse projeto comigo e à banca, Ju, Paola e Derberson.

RESUMO

A obesidade é considerada uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), de caráter multifatorial e envolve, em sua gênese, aspectos ambientais, genéticos e psicossociais, e além disso, pode ser relacionada à altas taxas de morbidades e mortalidade. Desta maneira, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal que acarreta prejuízos à saúde do indivíduo, tais como respiratórios, dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de ser considerado fator de risco para o desenvolvimento de patologias, como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão, alguns tipos de câncer, entre outras. Por se tratar de uma patologia que acarreta diversos problemas à saúde do indivíduo, a obesidade interfere na qualidade de vida (QV) uma vez que, a QV se refere a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), ao estado de saúde, educação, padrões e preocupações. Envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida (QV) e as condições de saúde dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Sendo a qualidade de vida abordada como sinônimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, onde as condições de saúde são aspectos a serem considerados. Trata-se de um estudo transversal e será desenvolvido no ambulatório do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Serão selecionados todos os pacientes que realizaram a Cirurgia Bariátrica dentre os anos de 2020 para trás. Os dados serão coletados através de fichas de atendimento da nutrição que inclui o questionário de qualidade de vida (BAROS) e questões sobre estilo de vida, características sociodemográficas, dados antropométricos (peso, altura) serão coletados do prontuário do paciente. De acordo com os resultados, o tipo de cirurgia que mais foi realizado foi de 77,6% para o Bypass gástrico e 22,4% para o Sleeve. Quanto à qualidade de vida, os resultados foram 22,2% para Razoável, 55,6% para Bom, 22,2% Muito bom. Acerca dos hábitos de vida, houve uma melhora significativa na redução da ingestão de álcool e um aumento da prática de atividade física. Por fim, foi possível concluir que os resultados da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica mostraram ser um procedimento eficaz no tratamento da obesidade mórbida e no controle das comorbidades.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica. Obesidade. Qualidade de vida. Pós-operatório.

1.1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública, devido ao número de pessoas obesas e da severidade dos impactos negativos que podem ser causados ao indivíduo. A etiologia da obesidade é multifatorial que envolve aspectos ambientais, genéticos e psicossociais, além disso é definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos como dificuldades respiratórias, distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tais como, dislipidemia, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. (PINHEIRO, A.R.O; FREITAS, S.F.T; CORSO, A.C.T, 2004).

A epidemia da obesidade vem crescendo ao longo dos anos tornando-se um problema de saúde pública. Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016), no Brasil, a obesidade aumentou nos últimos treze anos, com prevalência de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. A frequência da obesidade é semelhante em homens e mulheres, diminuindo a incidência com o aumento do grau de escolaridade (ABESO, 2016).

No ano de 2019 foi identificado que 19,8% da população brasileira apresentava obesidade, sendo 18,7% em homens e 20,7% em mulheres. Em Pernambuco a prevalência de excesso de peso no sexo masculino e feminino, foi de 34,2 e 43,0%, respectivamente. (II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, 1997). Em outras regiões do Brasil como as regiões Norte e Centro-Oeste os índices de obesidade são ainda maiores. Na lista do Ministério da Saúde, Manaus aparece como a capital com o maior proporção de obesos (23,8%), seguida por Macapá (23,6%), Campo Grande (23,4%), Cuiabá (22,7%) e Porto Velho (22,4%) (VIGITEL, 2018).

Esse aumento do ganho de peso é decorrente do estilo de vida moderno, uma vez que a sociedade está buscando principalmente a praticidade e a rapidez nas suas refeições, favorecendo assim a diminuição do número de refeições realizadas em sua própria moradia, ocasionando uma maior procura por restaurantes tipo *fast-food*, visando se alimentar cada vez mais rápido, gerando uma diminuição dos mecanismos da saciedade (ABESO, 2016).

Essas mudanças sociocomportamentais da população brasileira sofreram alterações ao longo das décadas, gerando um ambiente obesogênico, que favorece a uma maior ingestão calórica e pouco nutritiva. Os alimentos mais consumidos são os de alta densidade, alta palatabilidade, baixo poder sacietógeno e de fácil absorção e digestão, ocasionando assim uma maior predisposição à obesidade (ABESO, 2016).

O tratamento convencional para combater a obesidade inclui orientação dietética, atividade física e tratamento farmacológico. Nos casos mais graves, pode não produzir resultados satisfatórios, havendo a possibilidade de recuperar seu peso inicial em até dois anos (CAMBI, M. P. C; MARCHESINI, S.D; BARETTA, G. A. P, 2015). Assim, a cirurgia bariátrica tem sido apontada como tratamento eficaz nos graus de Obesidade II e III para alcançar perda de peso adequada e duradoura (CAMPOS et al. 2016).

Com base nesses fatores e considerando o crescimento epidemiológico acelerado da obesidade, a gastroplastia foi incluída entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A gastroplastia é um dos tipos de cirurgia bariátrica, esse procedimento cirúrgico consiste na alteração da forma do estômago do paciente, onde é feita a redução da capacidade de armazenamento do estômago com um grampeador cirúrgico através de pequenos cortes (<1 cm) no abdômen. Atualmente, os critérios para a indicação da cirurgia com cobertura pela rede pública são os indivíduos que apresentem IMC >50kg/m²; indivíduos que apresentem IMC >40kg/m², com ou sem comorbidades sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos, e que tenham seguido protocolos clínicos e/ou indivíduos que apresentem IMC >35kg/m² e comorbidades, tais como alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, e que tenham seguido algum protocolo clínico (CARVALHO, A. S; ROSA, R. S, 2018).

O Brasil é o segundo país no mundo onde mais se realizam cirurgias bariátricas (aproximadamente 80 mil procedimentos/ano), ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Nos últimos 10 anos, o crescimento desse procedimento foi em torno de 300%. De 2001 a 2010, foram realizadas 24.342 cirurgias bariátricas pelo SUS. O número de cirurgias bariátricas continua em crescimento pela qualidade de vida que a cirurgia proporciona ao indivíduo como autonomia, significativa perda de peso, sensação de felicidade e bem-estar, satisfação corporal, autoestima, dentre outros (CARVALHO, A. S; ROSA, R. S, 2018).

De acordo com a OMS, a qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve aspectos físicos, psicológicos e psicossociais, além de relacionamentos sociais, como família, amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (BVS, 2013).

A avaliação da QV no contexto da obesidade após a cirurgia bariátrica é extremamente válida uma vez que usado o protocolo de Sistema de Análise e Relatório de Resultados

(BAROS) permite ajudar a conhecer a realidade do paciente e avaliar as mudanças (CASTANHA, C.R et al. 2018).

O BAROS é um sistema objetivo e reconhecido na avaliação global dos resultados após cirurgia bariátrica. Ele combina o questionário Moorehead-Ardelt QoL, que incorpora questões sobre autoestima e níveis de atividade que influenciam diretamente a qualidade de vida (QUEIROZ, C et al. 2016). Além disso, identifica três princípios que definem o sucesso da cirurgia bariátrica: porcentagem de perda de excesso de peso, mudanças nas condições médicas e qualidade de vida (CASTANHA, C.R et al. 2018).

Uma pesquisa realizada no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital das clínicas, no Recife, evidenciou uma melhora da qualidade de vida de pacientes pós bariátrica. Além disso, houve uma redução significativa no IMC pré e pós cirúrgico 48,10kg/m² e 31,05 kg/m², respectivamente; acerca das comorbidades, verificou-se que a maioria dos pacientes haviam apresentado resolução das comorbidades: hipertensão, diabetes, dislipidemia e apneia do sono. Por fim, a evolução da qualidade de vida dos pacientes, o qual identificou que 41,7% dos pacientes apresentaram muita melhora, 52,4% tiveram melhora, 4,9% não evidenciaram alteração, enquanto 1% houve diminuição da qualidade de vida. (CASTANHA, C.R et al. 2018).

1.2 MÉTODOS

Trata-se de uma série de casos com pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica atendidos no ambulatório de nutrição do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, localizado no Recife, estado de Pernambuco, no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2022. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP com CAAE 38895420.8.0000.5201 e número do parecer de 4.367.648.

A amostra foi composta por pacientes obesos que foram submetidos à cirurgia bariátrica, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e que foram acompanhados pelo ambulatório de nutrição no período mínimo de 1 ano após o procedimento cirúrgico.

Foram incluídos os indivíduos que realizaram as técnicas cirúrgicas by-pass gástrico em Y-de-Roux ou Gastrectomia vertical no período de realização do estudo, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que possuam alguma comorbidade relacionada a obesidade (DM2, HAS, Dislipidemias, Esteatose hepática ou resistência à insulina) e que apresentaram seguimento no

pós-operatório com o serviço ambulatorial de nutrição por no mínimo um ano. E excluídos do estudo aqueles que apresentarem informações incompletas nos prontuários e/ou fichas de acompanhamento nutricional. Também serão excluídos aqueles que forem a óbito no pós-operatório, os que evoluírem com eventos adversos originários dos efeitos anestésicos ou não interligados ao procedimento cirúrgico e as pacientes que ficarem gestantes no pós-operatório.

A coleta de informações dos pacientes que foram acompanhados em 2019 e 2021 foi realizada a partir do levantamento de prontuários e fichas de acompanhamento nutricional que compreendam o universo de estudo, sendo tais fichas de acompanhamento preenchidas durante consulta ambulatorial.

Foram coletadas informações sobre sexo, data de nascimento, grau de escolaridade, doenças associadas antes e depois da cirurgia, estilo de vida (etilismo, tabagismo e atividade física) antes e depois da cirurgia, data e tipo da cirurgia, complicações pós-operatórias, medicamentos, pesos máximo, pré e pós-operatório.

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário BAROS – Bariatric Analysis and Reporting Outcome System, o qual tem como princípio avaliar a evolução clínica, familiar e psicossocial (ORIA, H. E.; MOOREHEAD, M.K., 1998). O questionário foi criado a partir da revisão bibliográfica, visando englobar: a) informações sociodemográficas, como sexo, idade, nível de escolaridade; b) morbidades antes e após a cirurgia; c) dados antropométricos referentes ao período pré-operatório, como peso pré-operatório, peso máximo atingido ao longo da vida, IMC pré-operatório, peso ideal, excesso de peso, percentual de perda de peso pré-operatório; d) dados antropométricos referentes ao pós-operatório, como peso atual, peso mínimo, IMC pós-operatório, percentual de perda de excesso de peso; e) hábitos de Perfil nutricional e qualidade de vida após bariátrica pós-operatório, incluindo etilismo, tabagismo e prática de atividade física.

Para avaliação das questões do instrumento BAROS, será utilizada apenas a parte sobre qualidade de vida, em que cada questão apresenta escala de Likert categórica para marcar as opções. O item “autoestima” totalizou até 1 (um) ponto (Muito pior sobre mim = -1; Pior sobre mim = -0,5; O mesmo = 0; Melhor sobre mim = +0,5; Muito melhor sobre mim = +1). Os outros itens: atividade física, relação social, desempenho no trabalho e interesse sexual, poderiam

totalizar até 0,5 ponto para cada item (Muito menos = -0,5; Menos = -0,25; O mesmo = 0; Mais = +0,25; Muito mais = +0,5).

A avaliação final da qualidade de vida computada resultará em valor numérico entre -3 (menos três) e +3 (mais três). Assim, a qualidade de vida foi classificada como muito diminuída (-3 a -2,25), diminuída (-2 a -0,75), inalterada (-0,5 a 0,5), melhorada (0,75 a 2) ou muito melhorada (2,25 a 3) (WOLFE, B.M.; KVACH, E.; ECKEL, R.H.; 2016).

Para análise estatística os dados foram lançados no programa Microsoft Office Excel e analisados no SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, as que apresentaram distribuição normal foram descritas na forma de média e desvio padrão e as não normais, na forma de mediana e intervalo interquartilico.

Na avaliação entre proporções de variáveis categóricas dependentes foi utilizado o teste de McNemar, na comparação entre duas médias e medianas de uma amostra pareada foi utilizado o teste "t" de Student pareado e Wilcoxon, respectivamente. E entre três médias de amostras independentes foi utilizado ANOVA one-way com teste de post-hoc de Tukey.

Foi utilizado o nível de significância de 5,0% para rejeição de hipótese de nulidade.

1.3 RESULTADOS

Foram avaliadas pacientes do sexo feminino que realizaram o procedimento de cirurgia bariátrica nos anos de 2014-2020, no ambulatório de adulto do Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira - IMIP a fim de verificar a qualidade de vida antes e após a cirurgia. Foram considerados os parâmetros sociodemográficos, clínicos, as comorbidades, estilo de vida, %PEP e nível de atividade física.

Dados Demográficos, Clínicos e Qualidade de vida

Os dados demográficos e clínicos foram avaliados de acordo com o grau de escolaridade e tipo de cirurgia, além de avaliar também a qualidade de vida dos pacientes. Como ilustrado na tabela 1. Foi possível verificar a maior prevalência de grau de escolaridade no Ensino médio completo (37%). O tipo de cirurgia foi de 77,6% para o Bypass gástrico e 22,4% para o Sleeve. Quanto à

qualidade de vida, os resultados foram de 0,0% para Ruim, 22,2% para Razoável, 55,6% para Bom, 22,2% Muito bom e 0,0% para Excelente.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e de qualidade de vida de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2021.

Variáveis	n	%
Idade		
Adulto	21	75,0
Idoso	7	25,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	6	22,2
Ensino fundamental completo	4	14,8
Ensino médio incompleto	3	11,1
Ensino médio completo	10	37,0
Ensino superior incompleto	0	0,0
Ensino superior completo	4	14,8
Tipo de cirurgia		
Bypass gástrico	20	74,1
Sleeve	7	25,9
Qualidade de vida		
Ruim	0	0,0
Razoável	6	22,2
Bom	15	55,6
Muito bom	6	22,2
Excelente	0	0,0

Comorbidades

Em relação à prevalência das comorbidades no pré e pós bariátrica, verificou-se que antes da cirurgia bariátrica a mais prevalente foi a hipertensão (77,8%), seguida de distúrbio do sono (66,7%), lombalgia (59,3%), dislipidemia (55,6%), respectivamente. Após a cirurgia, a maioria dos pacientes apresentaram resolução das seguintes comorbidades: lombalgia (37%), distúrbio do sono (29,3%), hipertensão (25,9%), diabetes mellitus (11,1%), respectivamente.

Estilo de vida

Foi observada uma melhora significativa, como exibida na tabela 2, na prevalência do consumo de bebida alcoólica e na prática de atividade física. Antes da bariátrica a prevalência do consumo de bebida alcoólica era de 40,7% e após a cirurgia foi de 11,1%. Observou-se também uma melhora significativa no fator atividade física, onde antes da cirurgia 51,9% dos pacientes

já praticavam e após a cirurgia, esse % subiu de 51,9% para 85,2%. Já no tabagismo, a prevalência do fumo permaneceu igual, 3,7% - 1 N.

Tabela 2. Comparação entre a frequência de comorbidades e estilo de vida em pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, ano.

Variável	Antes		Após		p
	n	%	n	%	
Hipertensão Arterial Sistêmica	21	77,8	7	25,9	0,001
Diabetes mellitus	11	40,7	3	11,1	0,008
Dislipidemia	15	55,6	2	7,4	<0,001
Doenças osteoarticulares	10	37,0	6	22,2	0,219
Lombalgia	16	59,3	10	37,0	0,031
Distúrbio do sono	18	66,7	8	29,6	0,006
Bebida alcoólica	11	40,7	3	11,1	0,008
Tabagismo	1	3,7	1	3,7	1,000
Atividade física	14	51,9	23	85,2	0,022

Teste de McNemar

De acordo com a Tabela 3. Observou-se que antes da cirurgia o tempo médio de atividade física era de 0,0 e após a cirurgia o tempo mínimo variou de 120,00 a 300,00 minutos por semana. A média de peso foi de 105,0 kg para 79,0 kg antes e após a cirurgia, respectivamente. Como resultado da avaliação da média de peso pré e pós cirúrgico, foi verificado que a média do IMC antes da cirurgia e após a cirurgia foi de 45,5 kg/m² e 32,7 kg/m².

Tabela 3. Comparação entre tempo de atividade física, peso e IMC antes e depois da cirurgia.

	Antes Med (IQ)	Após Med (IQ)	p
Tempo de Atividade física (min/semana)	0,0 (0,0 – 180,0)	300,0 (120,0 – 180,0)	0,001 ^a
Peso (kg)	105,0 (95,0 – 119,0)	79,0 (64,3 – 87,2)	<0,001 ^a
Índice de massa corporal (kg/m ²)	Média ± DP 45,5 ± 7,1	Média ± DP 32,7 ± 6,2	<0,001 ^b

^aTeste de Wilcoxon; ^bTeste t de Student pareado.

Perda de peso

Como resultado da avaliação do IMC e do PEP% pré e pós-operatório de acordo com a qualidade de vida, foi verificado que a média de IMC antes da cirurgia e após a cirurgia foi de 34,8% para razoável, 32,5% para bom e 31,2% para muito bom. Foi evidenciado que a média do excesso de peso atingiu 51% para razoável, 71,2% para bom e 83,1% para muito bom, como mostrado na tabela 4.

Tabela 4. Comparação entre o índice de massa corporal (IMC) e o percentual de perda de excesso de peso de acordo com a qualidade de vida de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, ano.

	Qualidade de vida			p
	Razoável Média ± DP	Bom Média ± DP	Muito bom Média ± DP	
%Perda de excesso de peso	51,0 ± 17,3 ^a	71,2 ± 21,1 ^b	83,1 ± 18,1 ^a	0,029
IMC pós-operatório	34,8 ± 5,1	32,5 ± 6,0	31,2 ± 8,3	0,615

ANOVA one-way; ^{a,b}Letras iguais representam diferença estatística (post-hoc Teste de Tukey)

1.4 DISCUSSÃO

No presente estudo todos os pacientes avaliados foram do sexo feminino, enquanto que no estudo de CASTANHA, C.R et al. (2018) realizado no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil, com 103 pacientes de ambos os sexos com idade entre 22 e 63 anos, evidenciou uma maior prevalência no sexo feminino (89,3%), correspondendo um achado semelhante ao desta pesquisa. O que pode explicar o maior percentual de mulheres no presente estudo é que elas tendem a se preocupar mais com a saúde, dessa forma, buscam se cuidar e se importam mais com a aparência do que os homens.

Referente às condições socioeconômicas, a maioria dos indivíduos do estudo tinham um grau de escolaridade até o 2º grau completo, o que pode ser um fator determinante para o peso excessivo devido a falta de conhecimento e de recursos financeiros, favorecendo um alto consumo de alimentos predominantes gordurosos, açucarados e de baixa qualidade nutricional.

De acordo com a qualidade de vida, o presente estudo mostra que a qualidade de vida foi classificada como boa em 55,6%, comparado a insatisfação corporal que essas mulheres sentiam em relação aos seus corpos antes da cirurgia. Um estudo com 16 indivíduos avaliou a

qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica e constatou que, antes da cirurgia, 25% consideraram a qualidade de vida e saúde ruim ou muito ruim, mostrando-se insatisfeitos. Após a cirurgia, todos avaliaram a qualidade de vida e satisfação com a saúde como boa ou muito boa. Os percentuais encontrados em relação aos sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão melhoraram (MOTTA, J. M; CATALINA, R. A; C; SILVA, D. S).

Comorbidades

Em relação às comorbidades (hipertensão arterial, distúrbios do sono, diabetes mellitus, dislipidemia, lombalgia, doenças osteoarticulares), ficou evidenciada a redução importante em sua frequência, refletindo uma melhora significativa na saúde clínica dos indivíduos operados, como também visto no estudo de (SOUZA, V. et al, 2019). Acerca de complicações pós-operatória, no presente estudo foram observadas apenas complicações leves como infecção urinária, náusea, anemia, litíase, já em relação às complicações graves apenas 1 paciente apresentou embolia pulmonar.

Atividade Física

De acordo com os resultados do estudo, foi observado que o tempo de atividade física por semana aumentou após a cirurgia bariátrica e o que pode explicar esse aumento da atividade física é a própria perda do excesso de peso, onde o paciente ganha mais autonomia para realizar as atividades, mais autoestima e disposição. Um estudo observou que, após a cirurgia bariátrica, a atividade física passa a ter importância para as mulheres em que a mesma é valorizada não apenas pelos benefícios relacionados à saúde, mas também para a manutenção do peso corporal (CASTRO MR. et al. 2010).

Em relação ao %PEP, ao analisarmos a relação entre cirurgia bariátrica e a perda de peso, percebemos que no presente estudo, assim como em outros estudos, que esse procedimento vem se mostrando bastante eficaz (ref). A média de IMC antes e depois da cirurgia foi de 45,5 kg/m² e 32,7 kg/m², respectivamente, saindo de obesidade mórbida para obesidade grau I. O que implica em expressiva redução na mortalidade cardiovascular e na mortalidade por todas as causas associadas ao peso excessivo (CASTANHA, C.R et al. 2018). A média de perda do percentual do excesso de peso foi de 83,1%, comprovando que houve sucesso em relação à cirurgia bariátrica, em que o valor mínimo exigido é de uma PEP% >50%. (ZILBERSTEIN. B; GALVÃO. NETO. M; RAMOS AC. 2002).

A cirurgia bariátrica é considerada bem-sucedida se houver perda de, no mínimo, 50% do peso excedente no momento da operação e se o indivíduo apresentar IMC fora da classificação de obesidade ($<30\text{kg/m}^2$), sendo necessária a manutenção dessas condições pelo período de cinco anos (ABESO, 2016). Foi observada uma redução importante na média do peso corporal, que passou de 105 kg para 79 kg.

A avaliação da perda de peso foi realizada por meio da perda percentual do excesso de peso (PEP%) e foi utilizado, como parâmetro de peso ideal. A avaliação da qualidade de vida foi feita por meio do questionário elaborado por MooreheadArdelt do protocolo BAROS. Ele é composto por cinco domínios: autoestima, atividades físicas, relacionamento social, atividade sexual e desempenho no trabalho. Para cada domínio existe uma pergunta, cada uma delas com cinco alternativas de resposta, representando um nível gradual de satisfação, com cada resposta variando variando de "Muito Pior" a "Muito Melhor".

1.5 CONCLUSÃO

No presente estudo foram avaliados dados sociodemográficos, clínicos e de qualidade de vida, onde foi possível concluir que os resultados da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica demonstrou ser um procedimento eficaz no tratamento da obesidade mórbida e no controle das comorbidades. Parâmetros como %PEP, IMC, prática de atividade física, hábitos sociais (álcool e cigarro) tiveram melhora significativa após a cirurgia. A análise da qualidade de vida foi avaliada de forma positiva através do protocolo BAROS.

1.6 REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. 4. ed. São Paulo, 2016.
2. CARVALHO, A.S; ROSA, R.S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília* , v. 27, n. 2, e2017010, jun. 2018.
3. PEREIRA, E.F; TEIXEIRA, C.S & SANTOS, A. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo*, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun.2012.
4. Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Publicado em 18/06/2018. Por Jonas Valente - Repórter Agência Brasil - Brasília.
5. CASTANHA, C.R. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2018.
6. PINHEIRO, A.R.O; FREITAS, S.F.T; CORSO, A.C.T. *Rev. Nutr.*, out/dez, 2004.
7. QUEIROZ, C; SALLET, J. A; BARROS E SILVA, P. G. M; QUEIROZ, L. G. P. S; PIMENTEL, J. A; SALLET, P. C. Application of BAROS' questionnaire in obese patients undergoing bariatric surgery with 2 years of evolution. Received 11/4/2016. Accepted 10/8/2016.
8. Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Qualidade de vida. Secretária de Saúde do Distrito Federal, 5 passos para uma melhor qualidade de vida: uma meta ao seu alcance. 2013.
9. CAMBI, M. P. C; MARCHESINI, S.D; BARETTA, G. A. P. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2015.
10. MOTTA, J. M; CATALINA, R. A; C; SILVA, D. S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil.¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.². 2014.
11. SOUZA, V. L. V; ALAYDE, M. M. S; ROMERO, I. R; CRISTINE, T. C. F. W; REIS, V. A. C. IMPACTO DE NOVAS COMORBIDADES NA QUALIDADE DE VIDA DE OBESOS PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. *Rev. Port. Saúde e Sociedade*. 2019.
12. CASTRO MR, FERREIRA MEC, CARVALHO RS, FERREIRA VN, PEREIRA HAC. CIRURGIA BARIÁTRICA: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/811/328> .
13. ZILBERSTEIN. B; GALVÃO. NETO. M; RAMOS AC. O PAPEL DA CIRURGIA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE. *RBM REV BRAS MED*. 2002;59(4):258-64.

14. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg.* 1998;8(5):487-99.