Motricidade
2018, vol. **14**, n. **1**, pp. **123-132**
© Edições Desafio Singular
6º ISSC

Avaliação da qualidade de vida associada à obesidade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica

Evaluation of quality of life associated with obesity in individuals undergoing bariatric surgery

Prodamy da Silva Pacheco Neto[1], Antônio Anderson Ramos de Oliveira[1], Carlos Antônio Bruno da Silva[2], Maximiliano Silva Barbosa[1], Eder Evangelista Costa[1], Diego Tiradentes de Godoy Palomares[3]

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Tratou-se de uma pesquisa do tipo transversal, analítica e de caráter quantitativo, que foi realizada em um hospital público localizado na cidade de Fortaleza/CE, , tendo como amostra 112 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Como instrumento para coleta dos dados foi utilizado o questionário BAROS e um questionário para determinação de fatores socioeconômicos. Com 83% da amostra composta de mulheres, 53,3% não haviam concluído o ensino médio, a renda média foi de até três salários mínimos e a média de idade foi de 43,84 anos. O IMC médio foi de 51,02Kg/m² antes da cirurgia bariátrica e após a cirurgia de 33,4 Kg/m². Entre os pacientes, 46,4% haviam realizado cirurgia há mais de cinco anos e quanto á qualidade de vida, 69,4% referiram se sentirem muito melhor após a cirurgia bariátrica. O IMC e a renda familiar apresentaram influência sobre a qualidade de vida dos pacientes demonstrando diferenças estatisticamente significativas. Concluiu-se que a cirurgia bariátrica pode promover um impacto positivo no combate à obesidade, sendo a condição pós-cirurgia bariátrica e seus efeitos os responsáveis por uma condição de melhor qualidade de vida em diferentes dimensões da mesma.
Palavras-chave: obesidade, qualidade de vida, cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

The aim of the present study was o assess the quality of life of patients undergoing bariatric surgery. A cross-sectional quantitative analysis was applied on a public hospital at Fortaleza/CE, with 112 participants that underwent bariatric surgery. Two questionnaires were applied: BAROS and a series of socioeconomical questions. 83% of the sample were females, 53,3% did not completed high-school, with a minimum wage up- to 3 base salaries and a mean age of 43,84 years. Mean BMI pre-surgery was 51,02Kg/m² and it was 33,4 Kg/m² post-surgery. Among the sample, 46,4% underwent surgery for more than 5 years and 69,4& reported a better quality of life post-surgery. BMI and financial income seemed to influence the quality of life of patients, showing significant differences. It was concluded that bariatric surgery might promote a positive impact on the quality of life of patients.
Keywords: obesity, quality of life, bariatric surgery.

INTRODUÇÃO

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde, OMS, (2012), a obesidade leva a óbito 2,8 milhões de pessoas por ano. O relatório ainda mostra que no continente americano 26% dos adultos são obesos, sendo a região do planeta com maior incidência do problema.

Estima-se que as condições relacionadas à obesidade são responsáveis por, aproximadamente, 7% dos custos totais de

[1] *Centro Universitario Estacio do Ceará, Fortaleza, Brasil*
[2] *Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil*
[3] *Faculdade Grande Fortaleza, Fortaleza, Brasil*
* *Autor correspondente*: Centro Universitário Estácio do Ceará. Rua Eliseu Uchoa Beco, 600, Água Fria. CEP: 60810-270, Fortaleza, CE, Brasil. *E-mail*: prodamypn@hotmail.com

assistência de saúde nos Estados Unidos e que custos diretos e indiretos relacionados à obesidade ultrapassam os 117 bilhões de dólares por ano (ACSM, 2010). Ainda segundo o ACSM (2010), 2/3 da população americana estão com sobrepeso e 50% da população já está classificada como obesa.

A prevalência da obesidade vem crescendo acentuadamente nos últimos anos. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 1,6 bilhão de pessoas acima de 15 anos foram classificadas em sobrepeso e 400 milhões estavam obesas em 2005. As projeções para 2015 são de aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e mais de 700 milhões de obesas. (Tavares, Nunes & Santos, 2012).

Segundo as informações da Organização Pan-Americana da Saúde, os índices de sobrepeso e obesidade têm crescido de forma assustadora em diversos países industrializados e em desenvolvimento, o que tem tornado o controle da quantidade de massa gorda uma das principais preocupações de vários órgãos de saúde pública (Santos et al., 2012).

Trata-se de uma epidemia com consequências sociais e psicológicas graves (Costa et al., 2009).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais da metade da população adulta brasileira está acima do peso. Pesquisas indicam que o excesso de peso já atinge também uma em cada três crianças entre cinco e nove anos de idade e um quinto dos adolescentes no país (Abeso, 2012).

A cirurgia bariátrica é uma técnica de emagrecimento bastante eficaz no tratamento da obesidade mórbida, combate e controle de co-morbidades associadas, além de contribuir na melhora da qualidade de vida (Leal & Baldin, 2007, Toledo et al., 2010).

Segundo a resolução Nº 1.766/05 do Conselho Federal de Medicina, são candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica): os pacientes com IMC maior que 40 kg/m² ou com IMC maior que 35 kg/m² associado a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apneia do sono, entre outras). A cirurgia seria contraindicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores citam ainda contraindicações psiquiátricas (Cunha, Neto & Júnior, 2006).

Sendo a obesidade considerada um problema de abrangência mundial, ela apresenta significativo impacto na saúde, bem-estar psicológico, longevidade e na qualidade de vida (QV). A obesidade torna mais numerosa as chances para mortalidade e agrava os indicadores de QV, quando comparado grupo de indivíduos obesos com grupo não obesos (Tavares, Nunes & Santos, 2012).

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, utilizando dados clínicos e socioeconômicos para traçar um perfil de resposta ao procedimento.

MÉTODO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa do tipo transversal, analítica e de caráter quantitativo. A pesquisa foi realizada em um hospital público localizado na cidade de Fortaleza/CE.

O universo foi representado por todos os pacientes cadastrados no hospital César Cals, os quais realizaram tratamento para a obesidade, sendo submetidos à cirurgia bariátrica. A amostra foi composta por 112 pacientes selecionados segundo critérios de inclusão.

A seleção da amostra aconteceu entre os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica há pelo menos 12 meses e aceitaram participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa todos os pacientes que apresentaram alguma incapacidade física e/ou doença neurológicas.

A coleta dos dados foi dividida em dois momentos distintos. No primeiro momento foi realizada a seleção da amostra por meio dos prontuários do hospital César Cals. Após seleção, o pesquisador entrou em contato com o paciente para convidá-lo a participar da pesquisa. Foram esclarecidos os procedimentos, objetivos e que o indivíduo não teria nenhum vínculo financeiro, assim como teria liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento que necessário.

Utilizou-se um questionário para a avaliação da qualidade de vida e um questionário para avaliação socioeconômica.

RESULTADOS

Inicialmente, o estudo concentrou-se na análise descritiva de variáveis sociodemográficas dos pacientes participantes. Observam-se as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e atividade física.

Distribuição da amostra de pacientes estudada, de acordo com as características socioeconômicas: A análise descritiva segundo o gênero destacou que 83% dos pacientes eram do sexo feminino. Já quanto à faixa etária dos pacientes participantes do estudo, notou-se que a média de idade entre os participantes da pesquisa foi de 43,84 ± 6,73 anos.

Em sua grande maioria (53,6%), os participantes da pesquisa eram casados. Observa-se que a maioria dos pacientes possuíam o ensino médio incompleto (53,6%).

Quanto a renda familiar, observou-se uma média de R$ 2.046,50, equivalente a 3 salários mínimos, aproximadamente, e que 40,2% da amostra não apresentavam a prática de atividade física alguma como parte integrante de sua rotina diária.

Após a identificação sociodemográfica dos pacientes do espaço amostral relacionado à pesquisa, identificou-se as características clínicas dos pacientes, assim, notou-se que 79,5% apresentavam classificação de obesidade grau III e que, após cirurgia bariátrica, esse mesmo quantitativo de pacientes, com classificação de obesidade grau III, passou para 11,6%.

Além disso, destacou-se o maior número de pacientes pós-cirurgia bariátrica classificados com sobrepeso (34,8%), e já não mais como obesos, diferenciando-os da classificação pré-cirúrgica bariátrica, onde a totalidade dos pacientes apresentou algum grau de obesidade, segundo classificação da OMS, 2003.

Distribuição da amostra de pacientes internados, de acordo com o estado nutricional, pelo índice de massa corporal antes e após a cirurgia: Ao categorizar a variável tempo de cirurgia por mês, observou-se que 46,4% dos pacientes haviam realizado a cirurgia há, pelo menos, sessenta meses (5 anos). Notou-se que a média de tempo de ocorrência da cirurgia foi de 62,14 ± 8,64 meses.

A média de peso máximo antes da cirurgia foi de 125,62 ± 24,56Kg, enquanto que a média do peso mínimo após a cirurgia foi de 76,34 ± 14,98Kg, destacando-se que um paciente participante da pesquisa não informou seu peso mínimo pós-cirúrgico.

O menor peso máximo antes da cirurgia foi de 91,5Kg e o menor peso mínimo após a cirurgia foi de 45Kg, enquanto que o maior peso máximo antes da cirurgia foi de 208Kg e o maior peso mínimo após a cirurgia foi de 128Kg. Além disso, destacou-se a diminuição brusca da mediana da amostra, responsável por dividi-la em duas partes iguais, de acordo com os seus dados, indo de 120Kg à 75Kg.

Ainda analisando obtidos, vemos que 25% dos pacientes atingiram até 111Kg antes do procedimento cirúrgico e chegaram até a 65Kg na situação pós-cirurgia. Já 50% da amostra atingiram até 120Kg antes da cirurgia e 75Kg após o procedimento cirúrgico. Ainda, outros 75% atingiram até 136Kg e 84,5Kg nos momentos antes e pós cirurgia, respectivamente.

Quanto ao IMC antes da cirurgia, verificou-se uma média de 51,02 ± 7,73Kg/m². Já na condição pós-cirurgia bariátrica verificou-se uma média de IMC de 33,41 ± 6,03Kg/m². O intervalo com maior concentração de pacientes foi o de 41,54 a 50,00Kg/m² com 45,4% dos pacientes no período pré-cirurgia bariátrica, enquanto que no momento pós-cirurgia bariátrica o intervalo com maior número de pacientes foi de 23,88Kg/m² a 30,64Kg/m², totalizando 46,9% da amostra.

Ao realizar análise descritiva do IMC, segundo sexo e idade, verificou-se que, no sexo feminino, a média de idade foi de 41 ± 12 anos; o IMC pré-cirurgia bariátrica foi de 46,59 ± 6,62Kg/m² e na condição pós-cirurgia bariátrica foi de 31,83 ± 5,75Kg/m2.

Já no sexo masculino, observou-se que a média de idade foi de 47 ± 9 anos, com IMC pré-cirurgia bariátrica foi de 55,46 ± 10,55Kg/m² e na condição pós-cirurgia bariátrica foi de 34,99 ± 7,49Kg/m².

A redução do IMC da condição pré-cirurgia para a pós-cirurgia foi maior entre os homens, os quais apresentaram redução média de 36,09%. As mulheres apresentaram redução média de 31,48% quando comparado às condições pré e pós-cirurgia.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada a partir da apresentação dos resultados socioeconômicos e clínicos, alocados segundo suas categorias específicas, as quais: como se sente pós-cirurgia, apto a participar de atividade física, envolvimento social, apto a trabalhar e interesse em sexo; e em cada categoria os pacientes respondiam dentre as seguintes subcategorias: Muito Pior, Pior, o mesmo, melhor ou muito melhor.

Entre os pacientes, 65,2% relataram se sentirem muito melhores após a cirurgia, 39,3% relataram estarem prontos para a prática de atividade física, 49,1% relataram se sentirem muito melhor quanto ao envolvimento social, 54,5% relataram estarem muito melhor para o trabalho e 27,7% relataram estarem muito mais interessados em sexo, ou seja, em cada categoria, estes percentuais estão alocados na subcategoria "muito melhor".

Ao se analisar o IMC após cirurgia bariátrica e sua influência sobre as categorias (como se sente após cirurgia, apto a participar de atividade física, envolvimento social, apto a trabalhar e interesse em sexo), referentes à qualidade de vida, observou-se que quanto menor o IMC, maior a satisfação pessoal e qualidade de vida.

Já, ao se comparar o IMC após cirurgia bariátrica com a disposição à prática de atividade física, observou-se que os indivíduos que apresentaram maiores índices de massa corporal (IMC), foram os que responderam pior ou muito pior e entre os pacientes com maior redução do IMC, a resposta prevalente foi a de mesma disposição à atividade física que na condição anterior a cirurgia.

Indivíduos que apresentaram maiores reduções de IMC (IMC médio de 31,40 ± 5.06Kg/m²) foram os que demonstraram melhor envolvimento social.

Pacientes com IMC de 31,05 ± 4,61Kg/m² e 33,51 ± 7,93Kg/m² responderam se sentirem muito melhores e melhores, respectivamente, à disposição ao trabalho.

Quando questionados sobre o interesse por sexo, aqueles pacientes com menores reduções do IMC após cirurgia foram os que responderam terem menor interesse por sexo, correspondendo ao IMC médio de 36,50 ±7,75Kg/m². Sendo, da mesma forma, a influência do IMC diretamente proporcional ao interesse por sexo.

Quanto à variável quantitativa tempo de cirurgia e sua influência sobre as categorias de qualidade de vida, verificou-se que os pacientes com maior tempo de cirurgia foram os que demonstraram maior satisfação pessoal, onde o tempo médio de cirurgia foi de 4,7 anos, e a prevalência nas respostas foram de se sentirem melhores e muito melhores.

Não se observou uma lógica nos dados, pois pacientes com tempo médio de 4,80 ± 3,11 anos de procedimento cirúrgico responderam se sentirem muito melhor quanto à disposição à prática de atividade física. Mas também, pacientes com tempo médio de 4,73 ± 2,25 anos responderam se sentirem muito pior à disposição à prática de atividade física.

Quando comparado a variável tempo de cirurgia e envolvimento social, nota-se que àqueles com tempo médio de 5,91 ± 2,63 anos não demonstraram nenhuma mudança quando comparados ao período antes da cirurgia. Mas, àqueles com tempo médio de 4,83 ± 3,12 anos responderam se sentirem muito melhores ao envolvimento social.

Indivíduos com maior tempo médio de cirurgia, 6,69 ± 2,66 anos, não apresentaram nenhuma mudança na categoria apta ao trabalho e consequente influência na qualidade de vida.

A média de tempo de cirurgia quando analisada com a categoria interesse por sexo foi de 5,04 anos.

Quando analisamos a influência da variável quantitativa renda familiar e a categoria qualidade de vida, verificamos uma relação direta entre a satisfação pessoal e a renda familiar. Quando analisamos a influência da variável quantitativa renda familiar e a categoria qualidade de vida, verificamos uma relação direta entre a satisfação pessoal e a renda familiar.

Da mesma maneira, quanto maior a renda familiar, maior a disposição à prática de atividade física, sendo as maiores rendas dos participantes que mais responderam se sentirem melhores e muito melhores.

Quanto à categoria envolvimento social, os resultados demonstraram que pacientes com maiores médias de renda familiar foram os que apresentaram piores resultados para essa categoria.

A relação da renda familiar com a aptidão ao trabalho, demonstrou-se que os pacientes que apresentaram maior média de renda familiar são os que responderam se sentirem mais aptos ao trabalho.

No que diz respeito ao interesse por sexo e renda familiar, os pacientes com médias de renda familiar maiores responderam se sentirem melhores ou muito melhores quanto ao interesse por sexo.

Quando se buscou verificar uma diferença significativa da média dos resultados encontrados entre as variáveis quantitativas IMC após cirurgia bariátrica, tempo de cirurgia e renda familiar, relacionando-os às categorias componentes da qualidade de vida, verificou-se que o IMC após cirurgia bariátrica só influenciou estatisticamente na categoria envolvimento social, sendo possível afirmar apenas que quanto menor for o IMC pós-cirurgia dos pacientes, melhor seu envolvimento social.

Quanto ao tempo de cirurgia bariátrica, essa variável não influenciou estatisticamente sobre nenhuma categoria da qualidade de vida dos pacientes.

Já a variável quantitativa renda familiar foi a que apresentou maior influência na análise estatística, quando relacionada à qualidade de vida. Assim, tanto na categoria envolvimento social quanto interesse por sexo, essa variável apresentou diferença estatística sobre a média dessas categorias de qualidade de vida.

Ao analisar a relação entre o nível de escolaridade e qualidade de vida, verificou-se que 56,25% dos pacientes que haviam frequentado até o ensino fundamental se sentiam muito melhores; 70,69% dos pacientes que haviam frequentado até o ensino médio se sentiam muito melhores e que 75% dos pacientes, frequentadores do ensino superior, se sentiam muito melhores quanto ao nível de satisfação com a cirurgia bariátrica.

Entre os pacientes que haviam frequentado até o ensino fundamental, 25% e 31,25% dos pacientes relataram se sentirem muito piores e muito melhores, respectivamente, quanto à disposição a prática de atividade física após cirurgia. Quanto aos frequentadores do ensino médio, 39,66% relataram se sentirem melhores quanto à disposição a prática de atividade física e, finalmente, entre os pacientes que frequentaram o ensino superior, 58,33% relataram se sentirem muito melhores.

Quanto ao envolvimento social e nível de escolaridade, 56,25% dos pacientes que frequentaram até o ensino fundamental relataram se sentirem muito melhores, 56,90% dos pacientes que frequentaram até o ensino médio relataram se sentirem muito melhores e 41,67% dos pacientes que frequentaram o ensino superior relataram se sentirem muito melhores.

Quanto à disposição ao trabalho e nível de escolaridade, 56,25% dos pacientes que frequentaram até o ensino fundamental relataram se sentirem muito melhores, 62,07% dos pacientes que frequentaram até o ensino médio relataram se sentirem muito melhores e 54,17% dos pacientes que frequentaram o ensino superior relataram se sentirem muito melhores.

Quanto ao interesse por sexo e nível de escolaridade, 31,25% dos pacientes que frequentaram até o ensino fundamental relataram se sentirem o mesmo ou melhores, 32,76% dos pacientes que frequentaram até o ensino médio relataram se sentirem muito melhores e 37,50% dos pacientes que frequentaram o ensino superior relataram se sentirem melhores.

Quando comparadas as categorias de qualidade de vida e o IMC após cirurgia bariátrica, verificou-se que os pacientes que relataram se sentirem muito melhores após a cirurgia apresentaram média de IMC de $31{,}52 Kg/m^2 \pm 5{,}10 Kg/m^2$.

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto à disposição para prática

de atividade física apresentaram média de IMC de 31,13Kg/m² ± 3,96Kg/m².

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto ao envolvimento social apresentaram média de IMC de 31,40Kg/m² ± 5,06Kg/m².

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto à disposição ao trabalho apresentaram média de IMC de 31,05Kg/m² ± 4,61Kg/m².

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto ao interesse por sexo apresentaram média de IMC de 31,25Kg/m² ± 5,23Kg/m².

Quando se comparou as categorias de qualidade de vida e o tempo de cirurgia, verificou-se que os pacientes que relataram se sentirem muito melhores após a cirurgia apresentaram média de tempo de 4,90 anos ± 3,02 anos.

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto à disposição para prática de atividade física apresentaram média de tempo de cirurgia de 4,80 anos ± 3,11 anos.

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto ao envolvimento social apresentaram média de tempo de cirurgia de 4,83 anos ± 3,12 anos.

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto à disposição ao trabalho apresentaram média de tempo de cirurgia de 4,53 anos ± 3,02 anos.

Os pacientes que relataram se sentirem muito melhores quanto ao interesse por sexo apresentaram média de tempo de cirurgia de 5,13 anos ± 3,16 anos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em relação as atividades da via diária, os resultados observados demonstraram que a redução do peso corporal promoveu melhora da autonomia e funcionalidade dos pacientes mediante aspectos do dia a dia, necessários para a manutenção da saúde.

Segundo Ávila et al. (2013), todas as condições associadas a avaliação da qualidade de vida, segundo questionário BAROS, apresentaram melhoria após cirurgia havendo uma prevalência de 24% para melhor e 66% para muito melhor. Moraes et al. (2014), observaram em seu estudo que todos os aspectos associados à qualidade de vida demonstraram melhorias, sendo prevalentes os resultados de melhor e muito melhor, com valores referentes de somatório de 62,5% do total.

Na realidade, esses aspectos apresentam inter-relações que podem promover uma melhoria do bem-estar, da qualidade de vida, autonomia e independência. Melhor desempenho para o trabalho permite maior convívio social, assim como maior disposição para a prática de atividade física; sendo essas categorias as que mais prevaleceram como muito melhor entre os pacientes, quando questionados sobre a qualidade de vida (Moraes et al., 2014).

Os dados verificados demonstraram que a massa corporal influencia a qualidade de vida e que a sua redução pode contribuir para a autoestima do paciente e consequente controle no (re)ganho de peso após cirurgia (Carvalho et al., 2013).

Esta relação mostrou-se diretamente proporcional no presente estudo. Quando comparado o total de pacientes, os que apresentaram IMC de 34,47 ± 8,10Kg/m² responderam segundo categorização de respostas para as dimensões do questionário BAROS se sentirem melhores e os que apresentaram IMC de 31,52 ± 5,10Kg/m² responderam se sentirem muito melhores após a cirurgia, com a redução do IMC, demonstrando resposta positiva da relação do IMC sobre a qualidade de vida.

Esses dados corroboram os de Moraes et al. (2013), que no seu trabalho ao comparar o IMC antes e após cirurgia bariátrica de pacientes obesos também achou esta relação positiva entre IMC e a categorização de resposta se sentir melhor em 56,25% dos obesos operados.

Os resultados demonstraram que a relação da categoria do questionário de qualidade de vida, satisfação pessoal e o IMC afetam diretamente a disposição à prática de atividade física, sendo um veículo de motivação e tratamento à obesidade.

Quando observamos a influência do IMC sobre a categoria do questionário de qualidade de vida, envolvimento social, temos resultados

semelhantes aos observados à prática de atividade física.

Tendo em vista que 40,2% não tinham à prática da atividade física em sua rotina e que a redução do IMC melhorou à disposição à prática de atividade física e envolvimento social, podemos determinar que a experimentação de uma menor massa corporal trouxe aos pacientes maior interesse pelo cuidado ao corpo, assim como da prática de atividade física como veículo de inclusão e desenvolvimento social (Matsudo & Matsudo, 2006).

Esses resultados encontrados demonstraram influência direta da variável quantitativa IMC após cirurgia bariátrica, influenciando diretamente as dimensões do questionário de qualidade de vida, sendo fundamental a compreensão da redução da massa corporal como veículo de promoção de qualidade de vida e combate e controle à obesidade entre os pacientes da pesquisa. Esses dados corroboram com os achados de Viudes (2010), que demonstrou em seu trabalho uma relação direta entre as categorias do questionário de qualidade de vida e o IMC.

Assim, os níveis das categorias do questionário de qualidade de vida, satisfação pessoal, disposição à prática de atividade física, envolvimento social e interesse por sexo demonstraram relação direta com a redução do IMC, sendo a autoimagem uma condição fundamental e necessária para o desenvolvimento desses aspectos da qualidade de vida, que apresentaram relação direta com a autoconfiança e autoestima.

Já quanto à categoria do questionário de qualidade de vida apto ao trabalho, a melhor disposição a essa condição promovida pela redução do IMC parece ser em resposta a melhor disposição fisiológica do indivíduo, onde a aptidão e participação na prática de atividade física é um potente veículo de estímulo a essa categoria da qualidade de vida. Esses dados são equivalentes aos do trabalho de Viudes (2010), que também demonstrou maior aptidão ao trabalho entre os pacientes submetidos à cirurgia após redução do IMC.

Os resultados referentes ao envolvimento social e tempo de cirurgia apresentaram correlação lógica apenas quando se compara menor tempo de cirurgia com a resposta pior e muito pior, sendo essa correlação direta. Esses resultados corroboram com os do estudo de Ávila et al. (2013), que verificou que a categorização de resposta pior e muito pior do questionário de qualidade de vida era maior entre os pacientes com menor tempo de cirurgia.

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que o tempo de cirurgia não influencia na disposição ao trabalho.

Um dos pontos primordiais em relação à qualidade de vida, obesidade e interesse por sexo mostrou resultado inesperado para o pesquisador. Em nossa pesquisa não foi evidenciada relação tempo de cirurgia, perda ponderal e interesse pelo sexo, ou seja, pacientes com tempo médio de 6,02 ± 3,87 anos de pós-operatório responderam se sentirem pior quanto ao interesse por sexo enquanto pacientes com tempo médio de 5,13 ± 3,16 anos responderam se sentirem muito melhor quanto ao interesse por sexo. Esses resultados são negados no trabalho de Ávila et al. (2013), que demonstraram relação direta entre tempo de cirurgia, perda ponderal e interesse por sexo.

Quanto a renda familiar, não apresentou influência positiva sobre a categoria envolvimento social do questionário de qualidade de vida. Os pacientes que apresentaram maior média de renda familiar são os que responderam na categorização de respostas do questionário de qualidade de vida se sentirem mais aptos ao trabalho. Esses resultados podem se justificar pelo tempo de ocupação e consequente disposição ao trabalho. Esses dados corroboram com os dados de Toledo et al. (2010), que em seu trabalho demonstrou relação direta da renda familiar com a disposição ao trabalho respondida pelos pacientes.

No que diz respeito à categoria do questionário de qualidade de vida interesse por sexo e renda familiar, os resultados encontrados apresentaram relação direta, pois pacientes com médias de renda familiar maiores responderam segundo categorização de respostas do questionário de qualidade de vida se sentirem melhores ou muito melhores. Esses dados corroboram com os dados de Ávila et al. (2013),

que demonstraram relação direta na categoria interesse por sexo e renda familiar.

Ao analisarmos a influência do nível de escolaridade e as categorias da qualidade de vida e, especificamente, a influência do mesmo no nível da categoria satisfação pessoal, verificou-se que independentemente do nível de escolaridade, a maioria dos pacientes referiram se sentirem muito melhores de acordo com a categorização de respostas do questionário de qualidade de vida, apesar de se observar que quanto maior o nível de escolaridade maior o quantitativo de pacientes que referiram se sentirem muito melhores. Esses dados corroboram com os dados de Moraes et al. (2014), onde após cirurgia bariátrica 62,5% dos pacientes operados que responderam se sentirem melhores e muito melhores quanto as categorias da qualidade de vida apresentavam maiores níveis de escolaridade.

Quanto à relação nível de escolaridade e disposição à prática de atividade física, observou-se uma relação direta, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade maior a disposição à prática de atividade física. Onde os pacientes com maiores níveis de escolaridade apresentaram maior quantitativo de resposta melhor e muito melhor segundo categorização de respostas do questionário de qualidade de vida. Esses resultados indicam que o nível de escolaridade determina a disposição à prática de atividade física, sendo o conhecimento um componente importante para a compreensão e adesão à prática de atividade física, onde a mesma exerce papel fundamental no controle do (re)ganho do peso corporal. Esses resultados são semelhantes aos do estudo de Ávila et al. (2013), que encontrou que os pacientes com maiores níveis de escolaridade foram os que apresentaram maior adesão à prática de atividade física.

Quando se relacionou nível de escolaridade e a categoria do questionário de qualidade de vida envolvimento social, notou-se que independente do nível de escolaridade, a maioria dos pacientes responderam se sentirem muito melhores. Esses resultados são semelhantes aos achados de Viudes (2010), onde a relação nível de escolaridade e a categoria qualidade de vida foi direta.

Quando se analisa a influência do nível de escolaridade e a categoria do questionário de qualidade de vida interesse por sexo, verificou-se que os resultados não apresentaram uma razão lógica, demonstrando nos pacientes da pesquisa não haver relação entre o nível de escolaridade e essa categoria da qualidade de vida. Esses resultados se diferenciam do estudo de Boscatto et al. (2011), onde 50% dos pacientes apresentaram ter apenas o ensino fundamental incompleto e, desses, 82,2% apresentaram para categoria da qualidade de vida interesse por sexo respostas melhor e muito melhor segundo categorização do questionário de qualidade de vida. A relação entre o IMC após cirurgia bariátrica e as categorias da qualidade de vida não demonstraram razão lógica em suas respostas.

Quando se correlaciona a categoria satisfação pessoal e IMC, a categorização de respostas segundo questionário de qualidade de vida de maior prevalência é se sentirem melhores e muito melhores isso entre aqueles com maiores perdas de massa corporal. Esse resultado é semelhante aos achados de Murara et al. (2008), que demonstraram uma relação direta entre o IMC e a categoria satisfação pessoal do questionário de qualidade de vida.

Já na relação entre redução do IMC com as categorias da qualidade de vida aptidão à prática de atividade física e o envolvimento social, os resultados são semelhantes para todas as categorias de respostas, a redução da massa corporal.

Da mesma forma, as categorias da qualidade de vida aptidão ao trabalho e o interesse por sexo apresentaram resultados semelhantes para todas as categorias de respostas, não demonstrando serem um componente influente o IMC nas categorias da qualidade de vida.

Esses resultados diferem dos encontrados por Murara et al. (2008) em seu trabalho, onde se verificou que os pacientes que apresentaram maiores reduções de IMC também apresentaram melhores respostas na categorização segundo questionário de qualidade de vida para todas as categorias da qualidade de vida.

Ao se comparar o tempo de cirurgia e as categorias de qualidade de vida, observou-se que os indivíduos com maior tempo de cirurgia foram os que relataram se sentirem melhores e muito melhores segundo categorização de respostas do questionário de qualidade de vida, sendo esses resultados diferentes dos achados de Murara et al. (2008), onde indivíduos com tempo médio de dois anos de cirurgia apresentam maiores níveis de qualidade de vida em todas as suas categorias.

Esses resultados também diferem do esperado pelo pesquisador quanto aos fatores socioeconômicos e hábitos de vida, já que se acreditava ser o tempo de cirurgia um fator inversamente proporcional à qualidade de vida, onde quanto maior o tempo de cirurgia menor seria a qualidade de vida dos pacientes.

Quanto às categorias do questionário de qualidade de vida aptidão à prática de atividade física e envolvimento social, o tempo de cirurgia não apresentou uma lógica nos resultados, não sendo um fator influente entre os pacientes na determinação da categorização das respostas do questionário de qualidade de vida.

Da mesma forma, quanto às categorias do questionário de qualidade de vida aptidão ao trabalho e interesse por sexo os resultados também não demonstraram uma lógica, não sendo possível determinar se o tempo de cirurgia é um fator influente segundo categorização de respostas do questionário de qualidade de vida.

De acordo com os resultados encontrados na pesquisa e também com os a literatura atual sobre cirurgia bariátrica e qualidade de vida, conclui-se que: A qualidade de vida dos pacientes, independentemente do sexo, apresentou melhoras em suas categorias, segundo o questionário BAROS; o IMC foi um indicador fundamental na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, já que sua redução na condição pós-cirurgia bariátrica demonstrou resultados positivos para as categorias da qualidade de vida; o tempo de cirurgia não foi um indicador na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, pois não houve razão lógica entre o tempo de cirurgia e as categorias da qualidade de vida; a renda familiar foi um indicador fundamental na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, porque existe uma razão lógica entre o valor da renda familiar e as categorias da qualidade de vida; o nível de escolaridade não foi um indicador na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, não havendo razão lógica entre o este e as categorias da qualidade de vida.

Agradecimentos:
Nada a declarar

Conflito de Interesses:
Nada a declarar.

Financiamento:
Nada a declarar

REFERÊNCIAS

American College of Sports Medicine (2010). *Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para testes de esforço e sua prescrição* (8ª Ed.). Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Associação brasileira para o estudo da obesidade e síndrome metabólica. (2009). *Diretrizes brasileiras para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica* (3ª Ed.). AC farmacêutica, São Paulo.

Ávila, R. I., Santos, R. R. S., Garrote, C. F. D., & Ribeiro, E. F. (2013). Qualidade de vida de pacientes do estado de Goiás submetidos a cirurgia bariátrica utilizando o método BAROS. *Revista de biotecnologia e ciência, 1*(2), 13-17.

Boscatto, E. C., Duarte, M. F. S., & Gomes, M. A. (2011). Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. *Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano, 13*(5), 329-334.

Carvalho, L. A., Pires, R. C. C. P., Rebelo, T. J., & Silva, L. (2013). Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no hospital santa casa de misericórdia de belo horizonte/MG. *Revista da universidade Vale do Rio Verde, 11*(1), 195-205.

Costa, A. C. C., Ivo, M. L., Cantero, W. B., & Tognini, J. R. F. (2009). Obesidade em pacientes candidatos á cirurgia bariátrica. *Acta Paulista Enfermagem, 22*(1), 55-59.

Cunha, A. C. P. T., Neto, C. S. P., & Júnior, A. T. C. (2006). Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance Journal, 5*(3), 146-154.

Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(3), 324-327.

Matsudo, V. K. R., & Matsudo, S. M. M. (2006). Atividade física no tratamento da obesidade – aspecto clínico. *Revista Einstein, S1*, S29-S43.

Moraes, J. M., Caregnato, R. C. A., & Schneider, D. S. Qualidade de vida antes e após cirurgia bariátrica. *Acta Paulista Enfermagem, 27*(2), 157-164.

Murara, J. R., Macedo, L. L. B., & Liberalli, R. (2008). Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução do peso corporal e no combate à obesidade mórbida. *Revista brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento, 2*(7), 87-99.

Santos, A. A., Carvalho, C. C., Chaves, E. C. L., & Goyatá, S. L. T. (2012). Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. *Revista Brasileira Clinica Medica de São Paulo, 10*(5), 384-389.

Toledo, C. C., Camilo, G. B., & Guimarães, R. L. (2010). Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista APS, 13*(2), 202-209.

Viudes, D. R. (2010). *Avaliação da qualidade de vida e da alimentação de pacientes adultos em diferentes períodos pós-operatórios de cirurgia bariátrica* (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade estadual do Centro-Oeste, São Paulo.

Todo o conteúdo da revista **Motricidade** está licenciado sob a Creative Commons, exceto quando especificado em contrário e nos conteúdos retirados de outras fontes bibliográficas.