

Associação entre a percepção da qualidade de vida, percepção do apoio familiar e recidiva de peso em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica

Association between perception of quality of life, perception of family support and weight relapse in women with more than 24 months after bariatric surgery

Asociación entre percepción de calidad de vida, percepción de apoyo familiar y recuperación de peso en mujeres después de 24 meses de cirugía bariátrica

Recebido: 09/08/2022 | Revisado: 21/08/2022 | Aceito: 23/08/2022 | Publicado: 01/09/2022

Flávia Aline Lages Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2133-2509>
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: flavialages23@gmail.com

Amanda Cristina Tompson Diniz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9462-6172>
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: amandatompsond@gmail.com

Daniela Lopes Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0092-3396>
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: daniilg.nutri@hotmail.com

Resumo

Introdução: A presença de ganho de peso (RP) e apoio familiar podem impactar a percepção da Qualidade de Vida (QV) e manutenção dos resultados no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, o que torna relevante investigar a correlação entre esses fatores. **Objetivo:** Testar a associação entre percepção da qualidade de vida, percepção do apoio familiar e recidiva de peso em mulheres após 24 meses de cirurgia bariátrica. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 50 participantes. Foram coletados dados antropométricos e aplicados questionários para avaliar a percepção da qualidade de vida e a percepção e satisfação com o apoio familiar pós-cirúrgico. **Resultados:** Houve perda de peso satisfatória após a cirurgia. Entretanto 46,0% da amostra apresentou recidiva de peso significativa. A percepção e a satisfação com o apoio familiar foram boas. Observou-se melhores percepções de qualidade de vida nos domínios relacionados aos aspectos físicos e piores relativos aos aspectos emocionais ($p < 0,000$). O componente emocional geral e componente físico geral tiveram associação direta com a percepção de apoio familiar e com a perda de excesso de peso (%) e associação inversa com a recidiva de peso. **Conclusão:** É importante incentivar o apoio familiar após a cirurgia bariátrica, a manutenção do acompanhamento multiprofissional e o monitoramento da recidiva de peso, visando a manutenção dos resultados e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; Qualidade de vida; Apoio familiar; Recidiva de peso.

Abstract

Background: The presence of weight regain (WR) and family support can impact the perception of Quality of Life (QOL) in the late postoperative period of bariatric surgery. It's relevant to investigate the correlation between these factors. **Objective:** To test the association between perception of QOL, perception of family support and WR in women that had the bariatric surgery over more than 24 months. **Method:** Cross-sectional study carried out with 50 participants. Anthropometric data were collected and questionnaires were applied to assess the perception of quality of life and the perception and satisfaction with the post-surgical family support. **Results:** Satisfactory weight loss was observed after surgery. However, 46.0% of the sample had significant weight recurrence. Perception and satisfaction with family support after surgery were good. Participants had better perception of quality of life in domains related to physical aspects and worse scores in domains related to emotional aspects ($p < 0.000$). The general emotional component and general physical component of quality of life were directly associated with the perception of family support and with the %PEP, and inversely associated with weight recurrence. **Conclusion:** It is important to encourage the family support during treatment after the bariatric surgery, to maintaining long-term multidisciplinary follow-up and monitoring of weight recurrence, in order to ensure the maintenance of the results achieved with the surgery and better of quality of life.

Keywords: Bariatric surgery; Quality of life; Family support; Weight relapse.

Resumen

Introducción: la presencia de recuperación de peso (WR) y el apoyo familiar pueden impactar la percepción de la Calidad de Vida (CV) en el postoperatorio tardío de cirugía bariátrica. Es relevante investigar la correlación entre estos factores. **Objetivo:** Probar la asociación entre percepción de calidad de vida, percepción de apoyo familiar y recuperación de peso en mujeres después de 24 meses de cirugía bariátrica. **Método:** Estudio transversal, realizado con 50 participantes. Se recogieron datos antropométricos y se aplicaron cuestionarios para evaluar la percepción de calidad de vida y la percepción y satisfacción con el apoyo familiar posquirúrgico. **Resultados:** Pérdida de peso satisfactoria después de la cirugía, sin embargo, el 46,0% de la muestra tuvo una ganancia de peso significativa. La percepción y la satisfacción con el apoyo familiar fueron buenas. Se observaron mejores percepciones de calidad de vida en los dominios relacionados con aspectos físicos y peores relacionados con aspectos emocionales ($p < 0,000$). El componente emocional general y el componente físico general tuvieron una asociación directa con la percepción de apoyo familiar y la pérdida de exceso de peso (%) y una asociación inversa con la recuperación de peso. **Conclusión:** Es importante promover el apoyo familiar después de la cirugía bariátrica, el mantenimiento del seguimiento multidisciplinario y el control de la recuperación de peso, con el objetivo de mantener los resultados y una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Cirugía bariátrica; Calidad de vida; Apoyo familiar; Recuperación de peso.

1. Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal de modo que possa gerar prejuízos à saúde e o seu tratamento é baseado em mudanças no estilo de vida, incluindo abordagem nutricional, prática de atividade física e, em alguns casos, uso de fármacos. No entanto, quando as intervenções clínicas convencionais para tratar a obesidade clinicamente grave (Índice de Massa Corporal [IMC] ≥ 35 kg/m²) se mostram ineficazes, a cirurgia bariátrica passa a ser a estratégia indicada para induzir a perda de peso e promover melhora significativa nas comorbidades associadas (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders [IFSO], 2019; World Health Organization [WHO], 2020).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) registrou, em sua última análise no Brasil (2018), o total de 63.963 cirurgias realizadas naquele ano, representando um aumento de 4,2% em relação ao ano anterior e de 84,7% entre 2011 e 2018. Além disso, cerca de 70% das intervenções cirúrgicas são realizadas em mulheres, o que pode ser explicado pela prevalência da obesidade por gênero, que é maior nesse grupo, bem como maior procura pelo serviço de saúde (Cobo, Cruz, & Dick, 2021). Quanto às técnicas utilizadas no Brasil, a maioria das cirurgias são do tipo Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGYR) e Sleeve gástrico ou Gastrectomia vertical, respectivamente (SBCBM, 2018; SBCBM, 2019; ISFO, 2019; WHO, 2020).

No BGYR é realizado o grampeamento do estômago e um desvio da porção inicial do intestino, o que promove a diminuição da capacidade gástrica e gera mudanças hormonais que resultam na perda de peso; além disso, a técnica está associada à benefícios no controle de doenças como o DM2 e HAS. A Gastrectomia Vertical (Sleeve) trata-se da mudança anatômica do estômago para semelhante à forma de um cilindro, de modo a reduzir a capacidade gástrica, promovendo a perda de peso (SBCBM, 2017).

A cirurgia bariátrica está associada a benefícios que vão além da perda de peso, incluindo remissão das doenças associadas à obesidade (como diabetes e hipertensão), diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhora da qualidade de vida (IFSO, 2019). Entretanto, algumas complicações pós-cirúrgicas podem surgir e a recidiva de peso em longo prazo também é bastante documentada (Busetto et al., 2017).

De modo geral, a perda de peso após a cirurgia se estabiliza em até 12 meses, devido às diversas mudanças fisiológicas decorrentes da intervenção cirúrgica. No entanto, fatores intrínsecos e extrínsecos podem interferir na manutenção do peso corporal, resultando no reganho de peso, sobretudo após os 24 meses, relacionados à não adesão às mudanças necessárias no estilo de vida, aspectos psicológicos e alterações hormonais e metabólicas (Busetto et al., 2017; Kushner & Sorensen, 2015).

Apesar de ainda não existir um consenso sobre a proporção de recidiva de peso que pode ser considerada prejudicial, muitos estudos apontam que 15% em relação ao menor peso estável atingido após o procedimento cirúrgico já pode resultar em prejuízos metabólicos ao paciente (Kushner & Sorensen, 2015; Rolim et al., 2018). Por esse motivo, o acompanhamento da perda ponderal e o monitoramento da recidiva de peso são importantes para avaliar a evolução clínica do indivíduo em longo prazo, especialmente após 24 meses de cirurgia (Busetto et al., 2017; Courcoulas et al., 2017).

O sucesso da cirurgia bariátrica não se baseia apenas enquanto peso o paciente perdeu, mas também nas melhorias na qualidade de vida (Lindekilde et al., 2015), que diz respeito à percepção do indivíduo de sua posição em diferentes contextos da vida, incluindo saúde física, estado psicológico e relações sociais (WHO, 1997).

Alguns estudos têm se dedicado a avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. Em uma revisão sistemática, Lindekilde et al. (2015) apontaram que a cirurgia é capaz de melhorar tanto a qualidade de vida física quanto a mental. Para caracterizar a percepção sobre a qualidade de vida deve-se utilizar questionários validados capazes de avaliar o que se propõe de forma fidedigna (Hachem & Brennan, 2015). O questionário Medical Outcome Study 36 – Item Short Form Healthy Survey (SF-36), traduzido e validado para o português por Ciconelli et al., (1999), tem sido o instrumento mais comum da QVRS utilizado em estudos de cirurgia bariátrica (Coulman & Blazeby, 2020).

Apesar não ser específico para cirurgia bariátrica, o SF-36 é considerado o questionário mais completo e abrangente, pois é composto por 36 itens divididos em 8 domínios relacionados à qualidade de vida (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental), que são pontuados individualmente e podem, ainda, gerar uma pontuação para o componente físico geral e para o componente emocional geral (Devlin et al., 2018; Sellberg et al., 2019; Coulman & Blazeby, 2020). No estudo de Major et al. (2015), utilizando o questionário SF-36, foi encontrada melhora na avaliação global de qualidade de vida de pessoas após a intervenção cirúrgica, comparando-se os períodos pré-operatório e após 12 meses de cirurgia, com aumento de escores em todos os domínios do SF-36, sem diferenças significativas quando comparadas as técnicas cirúrgicas.

Um aspecto importante que pode interferir no sucesso da cirurgia bariátrica, no que se refere à manutenção do peso perdido e à percepção da qualidade de vida, é o apoio social, com destaque para o apoio familiar. Embora ainda não esteja claro como ocorre essa influência, estudos sugerem que incluir o apoio social no pós-operatório poderia promover melhores desfechos no tratamento, uma vez que o apoio familiar pode auxiliar na adesão às mudanças no estilo de vida necessárias para a manutenção dos resultados alcançados com a cirurgia bariátrica. Por outro lado, a ausência do apoio social poderia dificultar a realização dessas mudanças, bem como impactar de forma negativa os resultados pós-cirúrgicos de perda de peso e melhora da saúde (Lent et al., 2016; Sharman et al., 2017; Tymoszuk et al., 2018).

Nesse sentido, apesar de já ter sido destacado na literatura que o apoio social está relacionado com melhores desfechos no tratamento, não foram encontrados estudos que tenham testado a associação entre a percepção de qualidade de vida com a recidiva de peso e a percepção de apoio familiar em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia. A presente pesquisa, portanto, teve como objetivo estudar essa relação, a fim de compreender como ela pode impactar no tratamento em longo prazo.

2. Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico (Estrela, 2018), realizado com mulheres adultas que haviam realizado a cirurgia bariátrica há no mínimo 24 meses no período da coleta de dados.

Participantes

Foi realizada amostragem não probabilística por conveniência. A captação ocorreu por meio de um projeto de pesquisa e extensão de uma Universidade Federal de Belém, Pará, Brasil, que realiza acompanhamento nutricional para pacientes após a cirurgia bariátrica. Participaram 50 mulheres com idade entre 18 e 59 anos que foram submetidas às técnicas cirúrgicas BGYR ou Gastrectomia Vertical (sleeve) e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: ter realizado outro tipo de cirurgia, ter engravidado após a cirurgia, ter feito o uso de medicamentos que poderiam confundir a análise de dados e residir fora da região metropolitana de Belém, Pará.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, Brasil (Parecer nº3.329.834). As informações coletadas foram mantidas em sigilo e as participantes foram orientadas de que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos. Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre o estudo para que pudessem assinar o TCLE.

Dados antropométricos

Foram aferidos peso e altura das pacientes, possibilitando os cálculos de Índice de Massa Corporal (IMC) pré-operatório (kg/m^2), IMC atual (kg/m^2), perda de excesso de peso (%), recidiva de peso (kg) e recidiva de peso (%). O IMC foi calculado a partir da fórmula $\text{peso}(\text{kg})/\text{altura}(\text{m})^2$. Para calcular a perda de excesso de peso (%PEP), utilizou-se a equação: $\%PEP = \text{Perda de peso no pós-operatório} \times 100 / \text{peso inicial pré-operatório} - \text{peso ideal}$, considerando sucesso cirúrgico uma perda de excesso de peso (%) $\geq 50\%$ (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery [ASMBS], 2019). O peso ideal utilizado nessa fórmula foi calculado a partir do método preconizado pelo consenso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica, utilizando a fórmula: $\text{Peso ideal (kg)} = 53,975 + [(\text{altura em metros} - 1,524) \times 53,5433]$ (SBCBM, 2008). A recidiva de peso (kg) foi calculada a partir da subtração: $\text{Peso atual (kg)} - \text{menor peso (kg) alcançado no pós-operatório}$, que posteriormente foi convertido em percentual (%) para análise da proporção de reganho de peso e as mulheres que atingiram o ponto de corte de $\geq 15\%$ foram incluídas no grupo de mulheres com recidiva de peso.

Apoio familiar

Foi aplicado um questionário em escala do tipo Likert criado por Lima (2012), que classifica o grau de apoio familiar, conforme a percepção individual, e a satisfação com o apoio familiar percebido. A percepção do apoio familiar no pós-operatório foi classificada em: “não apoiou”, “nem dificultou nem apoiou”, “apoiou parcialmente” e “apoiou muito”; e a satisfação com o apoio familiar [em: “muito satisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “pouco satisfeito” e “muito insatisfeito”].

Qualidade de vida

Utilizou-se o questionário Item Short Form Healthy Survey (SF-36), traduzido e validado para o português por Cionelli et al. (1999), que é composto por 36 questões divididas em 8 domínios que podem se relacionar à percepção e qualidade de vida relacionada à saúde (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Para analisar os resultados, os domínios desse instrumento foram agrupados em: Componente Físico (CF), que agrupa os domínios de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e vitalidade; e Componente Emocional (CE), que engloba os domínios de saúde mental, estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e aspectos sociais. Cada categoria varia de 2 a 10 itens e todas elas podem ser resumidas em dois componentes: Escore Geral de Componentes Físicos e Escore Geral de Componentes Emocionais. Os resultados são expressos em escore em

escala de 0 a 100, onde 0 corresponde à pior percepção e 100 à melhor percepção de qualidade de vida.

Análise estatística

Para a tabulação de dados foi utilizado o software Microsoft Office Excel 2010. Para análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 24.0. Os resultados descritivos foram expressos em medidas de tendência central e dispersão. Foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição da amostra. Foi aplicado o teste Wilcoxon para verificar a diferença entre o IMC pré-cirúrgico e o IMC atual. Foi aplicado o teste Kruskal-Wallis para a comparação intragrupos. O teste qui-quadrado foi aplicado para descrever a predominância de categorias de variáveis categóricas. As correlações bivariadas foram realizadas por meio do teste de correlação de Spearman e aquelas variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada foram inseridas em um modelo de regressão linear múltipla. Considerou-se nível de significância estatística de $p < 0,05$.

3. Resultados

Foram avaliadas 50 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica por meio das técnicas Bypass Gástrico ($n=34$; 68,0%) e Gastrectomia Vertical ($n=16$; 32,0%). Observou-se diferença estatística significativa ($p < 0,000$) entre as médias do IMC pré-operatório ($44,0 \pm 6,6 \text{ kg/m}^2$) e atual ($29,7 \pm 5,4 \text{ kg/m}^2$). A média de %PEP foi de $75,6 \pm 28,8\%$, sendo considerada satisfatória, no entanto, quase metade da amostra ($n=23$; 46,0%) apresentou recidiva de peso significativa ($16,1 \pm 4,5\%$), ou seja, maior que 15% em relação ao menor peso alcançado. Estes dados estão demonstrados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Perfil nutricional de mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica

Antropometria	Média \pm DP (n= 50)	Intervalo (mínimo – máximo)	p-valor*
IMC pré-operatório (kg/m^2)	$44,0 \pm 6,6$	32,9 - 57,5	$<0,000$
IMC atual (kg/m^2)	$29,7 \pm 5,4$	20,8 - 43,7	
Perda de Excesso de Peso (%)	$75,6 \pm 28,8$	0,0 - 137,5	-
Reganho (kg)	$11,8 \pm 10,2$	0,0 - 54,3	-
wsReganho (%)	$16,1 \pm 14,5$	0 - 81,0	-

* Teste de Wilcoxon. Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Na Tabela 2 é possível observar que das 50 mulheres avaliadas, 72,0% ($n=36$) declararam perceber apoio familiar total e 66,0% ($n=33$) declararam satisfação total com o apoio familiar percebido.

Tabela 2 – Percepção do apoio familiar durante o pós-operatório de mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica.

Percepção do apoio familiar atual	n (%)	p-valor*
Não me apoiam/dificultam	1 (2,0)	
Não dificultam nem apoiam	9 (18,0)	$<0,000$
Me apoiam parcialmente	4 (8,0)	
Me apoiam totalmente	36 (72,0)	
Satisfação com o apoio familiar atual	n (%)	p-valor*
Muito insatisfeito	2 (4,0)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (14,0)	$<0,000$
Parcialmente satisfeito	8 (16,0)	
Totalmente satisfeito	33 (66,0)	

* Teste Qui-quadrado. Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação à percepção da qualidade de vida das participantes, a Tabela 3 demonstra que os domínios com valores mais altos, representando melhor percepção, foram no aspecto de capacidade funcional e de limitação por aspectos físicos, demonstrando que as participantes percebiam uma boa qualidade quanto aos aspectos relacionados à deslocação e atividade física. Já as menores pontuações, representando pior percepção, foram nos domínios de dor e vitalidade, demonstrando maior percepção de dor durante as atividades cotidianas e pior percepção de vigor e motivação ($p < 0,0001$).

Tabela 3 – Caracterização da percepção de qualidade de vida de mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica.

Qualidade de vida	Média ± DP	Intervalo	p-valor*
		Mínimo – Máximo	
Capacidade funcional	78,8 ± 18,1	25,0 – 100,0	
Limitação por aspectos físicos	72,5 ± 37,2	0,0 - 100,0	
Dor	56,6 ± 24,5	0,0 - 100,0	
Estado geral de saúde	60,3 ± 15,8	25,0 - 87,0	<0,0001
Vitalidade	57,3 ± 20,7	0,0 - 90,0	
Aspectos sociais	68,5 ± 25,9	12,5 - 100,0	
Limitação por aspectos emocionais	67,3 ± 42,9	0,0 - 100,0	
Saúde mental	68,0 ± 17,0	28,0 - 100,0	

*Teste Kruskal-Wallis / DP= desvio-padrão. Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A percepção de apoio familiar teve correlação direta com o componente físico geral ($r^2=0,280$; $p=0,024$) e emocional ($r^2=0,375$; $p=0,004$). A proporção de ganho de peso apresentou correlação inversa com o componente físico geral ($r^2=-0,541$; $p=0,000$) e com o componente emocional geral ($r^2=-0,245$; $p=0,043$). A proporção de perda de excesso de peso demonstrou correlação direta com o componente físico geral ($r^2=0,301$; $p=0,017$) e com o componente emocional geral ($r^2=0,285$; $p=0,022$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Domínios da qualidade de vida correlacionados ao apoio familiar e ganho de peso e perda de excesso de peso de mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica.

Percepção do apoio familiar	r^2	p-valor*
Componente físico geral	0,280	0,024
Componente emocional geral	0,375	0,004
Reganho de peso (%)	r^2	p-valor*
Componente físico geral	-0,541	0,000
Componente emocional geral	-0,245	0,043
Perda de excesso de peso (%)	r^2	p-valor*
Componente físico geral	0,301	0,017
Componente emocional geral	0,285	0,022

*Teste de correlação de Spearman. Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

4. Discussão

O presente estudo foi capaz de avaliar a correlação entre a percepção da qualidade de vida, apoio familiar percebido e recidiva de peso em mulheres no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Observou-se que, em média, as participantes tinham IMC pré-operatório compatível com a indicação para a cirurgia bariátrica, e a média de IMC atual indicava perda de peso satisfatória (ABESO, 2019). Além disso, houve mudança significativa no peso corporal comparando-se o IMC pré-operatório e o IMC após 24 meses da intervenção cirúrgica, sendo esse achado encontrado em outros estudos também (Berti et al., 2015; Bardal et al., 2016).

Das 50 participantes, 23 (46,0%) apresentaram recidiva de peso, com média maior que 15%, considerada como um reganho de peso significativo de acordo com a maioria dos estudos brasileiros sobre recidiva de peso após a cirurgia bariátrica (Freire et al., 2012; da Silva et al., 2016; Clapp et al., 2018). Em um estudo que buscou avaliar 46 adultos (dos quais, 93,5% era do sexo feminino) com pelo menos 24 meses de cirurgia bariátrica, Bardal et al. (2016) encontraram que 39,13% dos participantes apresentaram uma média de recidiva de peso de 9,6 kg, e destacaram ainda que esse reganho teve início após 12 meses de cirurgia, quando também foi observada diminuição da %PP e %PEP.

Pañella et al. (2020) avaliaram 50 adultos (72,5% do sexo feminino) submetidos à gastrectomia vertical e observaram que houve média de recidiva de peso significativa no quinto ano, quando comparado ao primeiro ano após a cirurgia; e que a %PEP foi de 74,5% para 55,5% nesse mesmo período, corroborando com os resultados encontrados no presente estudo, os quais sugerem que o maior tempo de pós cirúrgico cursa com diminuição na perda do excesso de peso obtida, com consequente recidiva de peso. Vale destacar, ainda, que se o ponto de corte estabelecido para reganho fosse menor, haveria ainda mais mulheres com recidiva, mas optou-se por adotar os 15% utilizados em vários estudos (Rolim et al., 2018; Amundsen et al., 2017; King et al., 2020).

A recidiva de peso após a cirurgia bariátrica, embora comum, é complexa e advém de inúmeros fatores já bem estabelecidos na literatura. Dentre esses fatores pode-se destacar alterações hormonais e metabólicas; falhas no procedimento cirúrgico, que podem resultar em complicações anatômicas; reincidência de hábitos alimentares inadequados sustentados no longo prazo; questões comportamentais, psicológicas e de saúde mental; a inatividade física; maior tempo de pós operatório; além de fatores socioeconômicos, como a atividade laboral, que pode predispor a alimentação fora de casa, e a renda elevada, que facilita a aquisição de alimentos muito palatáveis e com densidade calórica elevada (Kushiner & Sorensen, 2015; Ünal et al., 2019; da Silva et al., 2016; Bardal et al., 2016).

No que se refere ao apoio familiar, a maioria das participantes do presente estudo referiram percepção e satisfação boas com o apoio familiar após a intervenção cirúrgica. Indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica podem ter maior motivação para incorporar as mudanças de estilo de vida necessárias quando possuem incentivo e apoio familiar no processo terapêutico, segundo o estudo de Lent et al. (2016). Neste estudo, os pacientes avaliados relataram altos níveis de apoio familiar, percebido através da motivação para realizarem mudanças de hábitos alimentares e serem fisicamente ativos.

Em um trabalho de Conceição et al. (2019), que avaliaram 130 pacientes (87,7% mulheres), sendo 65 pacientes candidatos à cirurgia e 65 pacientes com pelo menos 18 meses decorrentes da cirurgia, foi observado que uma melhor percepção de apoio familiar no pós-cirúrgico foi associada a maior perda de excesso de peso e que o reganho de peso foi menor em pacientes que referiram maiores níveis de apoio familiar. Resultados como estes sugerem a importância da inclusão da família no tratamento de pacientes que foram ou serão submetidos à cirurgia bariátrica, visando fortalecer a rede de apoio e facilitar o processo de mudanças de comportamento e adoção de hábitos de vida saudáveis.

Quanto à percepção de qualidade de vida, os domínios capacidade funcional e limitação por aspectos físicos foram expressivamente mais pontuados, indicando uma melhor percepção e melhor função (ou menor incapacidade) sobre esses aspectos pelas participantes deste estudo. Analisando o componente emocional geral e o componente físico geral da qualidade

de vida na presente pesquisa, estes apresentaram correlação inversa com o ganho de peso e correlação direta com a proporção de perda de excesso de peso. Este achado está em concordância com outros estudos, os quais sugeriram que a cirurgia bariátrica é capaz de melhorar a percepção geral de qualidade de vida do indivíduo, posto que a redução expressiva de peso possibilita realizações, tanto no âmbito físico quanto emocional, antes dificultadas ou mesmo impossibilitadas devido ao peso excessivo (Engstrom et al., 2015; Al Khalifa, & Al Ansari, 2018; Flolo et al., 2019).

Utilizando-se o questionário SF-36, tal como no presente estudo, foi realizada uma pesquisa com 50 indivíduos submetidos ao sleeve em que houve avaliação da qualidade de vida no pré-operatório e reavaliação no 1º, 3º e 6º mês decorrentes da cirurgia. Como resultado, observou-se aumento de todos os escores dos domínios do SF-36 no 6º mês de pós-operatório; entretanto, no 1º mês houve uma queda nos escores dos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, aspectos emocionais e dor. Estes resultados sugerem que o processo de pós-operatório imediato pode ser doloroso e limitante (Akkayaoglu, & Çelik, 2020); além de serem úteis para compreender as mudanças na percepção da qualidade de vida com a intervenção da cirurgia bariátrica em longo prazo.

Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) definem o apoio familiar e social como um processo que envolve relações mútuas com outros indivíduos que podem facilitar o enfrentamento do estresse e outros estímulos adversos. Assim, a presença de suporte social está associada a uma melhor adesão a comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física, alimentação equilibrada e redução de estresse, promovendo, assim, a melhora da saúde e da qualidade de vida desses pacientes.

Livhits et al. (2011) realizaram um estudo de revisão de literatura com foco no apoio social e familiar no contexto de cirurgia bariátrica, com objetivo de determinar os efeitos desses grupos de apoio nos pacientes ou de outras formas de apoio social no pós-operatório de cirurgia bariátrica. De todos os estudos levantados sobre grupo de apoio e relações familiares em pacientes pós-cirurgia bariátrica, encontrou-se uma relação positiva significativa ($p < 0,05$) entre a participação do paciente no grupo e a perda de peso.

Quanto à associação entre percepção da qualidade de vida e apoio familiar percebido, Pereira et al., (2019), ao avaliarem a satisfação com o apoio social por meio da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a qualidade de vida por meio do instrumento SF-36 de 90 pacientes após 12 meses de cirurgia bariátrica, constataram que a qualidade de vida no componente físico e mental e a satisfação com o apoio social (incluindo o apoio familiar) apresentaram associação positiva, sugerindo que os pacientes satisfeitos com o apoio familiar possuíam melhor percepção de sua qualidade de vida, corroborando com os resultados encontrados no presente estudo.

A presente pesquisa também mostrou que quanto maior o ganho de peso, pior é a percepção da qualidade de vida nos componentes emocional e físico, este último tendo uma associação mais significativa. Em outras palavras, quanto maior a recidiva de peso, maiores serão as dificuldades referidas, o que explica a tendência a perceber uma piora na qualidade de vida pelas participantes. Uma revisão sistemática com metanálise, incluindo 82 estudos, analisou a qualidade de vida em adultos antes e após a intervenção da cirurgia bariátrica e, como resultado, os autores encontraram relações negativas, fortes e significativas entre redução de peso e qualidade de vida. Esses achados indicam, portanto, que o aumento do IMC é um preditor negativo da qualidade de vida (Lindekilde et al., 2015).

Além disso, ainda nessa revisão, comparações pareadas revelaram que o tamanho do efeito para medidas de domínios físicos foi significativamente maior em comparação com domínios mentais da qualidade de vida, corroborando com os resultados do presente estudo (Lindekilde et al., 2015). É possível que a melhora da qualidade de vida seja decorrente da redução de peso e da remissão de doenças associadas à obesidade; entretanto, não se deve descartar outros fatores que possam contribuir para este resultado, a exemplo do acompanhamento psicológico no longo prazo, posto que a cirurgia bariátrica é uma intervenção física, o que não isenta o paciente da adição de intervenções a nível comportamental.

Apesar das limitações, como a ausência de questionários validados para investigar o apoio familiar e o reduzido

número de participantes, o presente estudo foi de extrema relevância para elucidar a associação entre a percepção da qualidade de vida, o apoio familiar percebido e a recidiva de peso em mulheres no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Sugere-se novos estudos para validação de escalas específicas para avaliar apoio familiar e social após a cirurgia bariátrica, estudos prospectivos de coorte, que acompanhem as mudanças na relação entre qualidade de vida e apoio familiar e seus desfechos clínicos como reganho de peso e recorrência de comorbidades.

5. Conclusão

A cirurgia bariátrica oferece resultados positivos na perda de peso, no entanto, é comum que se observe um reganho de peso significativo em longo prazo. No geral, as mulheres avaliadas referiram boa percepção de apoio familiar e percepção de qualidade de vida relativamente maior nos componentes físicos, demonstrando que percebem melhor a capacidade funcional e que há menos limitações causadas por atribuições físicas. Melhores percepções nos componentes físico e emocional da qualidade de vida foram associadas com uma boa percepção de apoio familiar, com maior perda de peso e menor proporção de recidiva de peso. Destaca-se a importância da inclusão da família dos pacientes no processo terapêutico após a cirurgia bariátrica, além da manutenção do acompanhamento multiprofissional em longo prazo, a fim de garantir a estabilidade dos resultados alcançados com a cirurgia, uma vez que esses fatores têm relação com a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde.

Referências

- Amundsen, T., Strømme, M., & Martins, C. (2017). Suboptimal Weight Loss and Weight Regain after Gastric Bypass Surgery—Postoperative Status of Energy Intake, *Eating Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. Obesity Surgery*, 27(5), 1316–1323. [10.1007/s11695-016-2475-7](https://doi.org/10.1007/s11695-016-2475-7)
- Akkayaoğlu, H., & Çelik, S. (2020). Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. *Applied Nursing Research*, 53, 1–6. [10.1016/j.apnr.2020.151270](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151270)
- Al Khalifa, K., & Al Ansari, A. (2018). Quality of life, food tolerance, and eating disorder behavior after laparoscopic gastric banding and sleeve gastrectomy - Results from a middle eastern center of excellence. *BMC Obesity*, 5(1), 6–11. [10.1186/s40608-018-0220-6](https://doi.org/10.1186/s40608-018-0220-6)
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS). (2019). Benefits of Bariatric Surgery. <https://asmbs.org/patients/benefits-of-bariatric-surgery>
- Bardal, A. G., Ceccatto, V., & Mezzomo, T. R. (2016). Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia Medica*, 26(4), 1–7. [10.15448/1980-6108.2016.4.24224](https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24224)
- Berti, L. V., Campos, J., Ramos, A., Rossi, M., Szego, T., & Cohen, R. (2015). Posição da SBCBM - Nomenclatura e definições para os resultados em cirurgia bariátrica e metabólica. *Arq Bras Cir Dig*, 28(1), 2. <https://doi.org/10.1590/S0102-6720201500S100002>
- Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., & Yumuk, V. (2017). Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesity Facts*, 10(6), 597–632. [10.1159/000481825](https://doi.org/10.1159/000481825)
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quesada, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. Reumatol.*
- Clapp, B., Wynn, M., Martyn, C., Foster, C., O'Dell, M., & Tyroch, A. (2018). Long term (7 or more years) outcomes of the sleeve gastrectomy: a meta-analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14 (6), 741–747. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.02.027>
- Cobo, B., Cruz, C., & Dick, P. C. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4021–4032.
- Conceição, E. M., Fernandes, M., de Lourdes, M., Pinto-Bastos, A., Vaz, A. R., & Ramalho, S. (2019). Perceived social support before and after bariatric surgery: association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. *Eating and Weight Disorders*, 0(0), 0. [10.1007/s40519-019-00671-1](https://doi.org/10.1007/s40519-019-00671-1)
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, G. H. Theoretical and historical perspectives. In: Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H (Eds.). (2000). *Social Support Measurement and Intervention. A guide for health and social scientists*. Oxford.
- Coulman, K. D., & Blazey, J. M. (2020). Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery. *Current Obesity Reports*. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00392-z>
- Courcoulas, A. P., Yanovski, S. Z., Bonds, D., Eggerman, T. L., Horlick, M., Staten, M. A., & David, E. (2017). Long-term Outcomes of Bariatric Surgery: A National Institutes of Health Symposium. *JAMA Surgery*, 149(12), 1323–1329. [10.1001/jamasurg.2014.2440](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2440)

- da Silva, F. B. L., Gomes, D. L., & de Carvalho, K. M. B. (2016). Poor diet quality and postoperative time are independent risk factors for weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, 32(11–12), 1250–1253. 10.1016/j.nut.2016.01.018
- Devlin, M. J., King, W. C., Kalarchian, M. A., Hinerman, A., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Mitchell, J. E. (2018). Eating pathology and associations with long-term changes in weight and quality of life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1322–1330. 10.1002/eat.22979
- Engström, M., Forsberg, A., Søvik, T. T., Olbers, T., Lönroth, H., & Karlsson, J. (2015). Perception of Control Over Eating After Bariatric Surgery for Super-Obesity—a 2-Year Follow-Up Study. *Obesity Surgery*, 25(6), 1086–1093. 10.1007/s11695-015-1652-4
- Estrela, C. (2018). Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa. Editora Artes Médicas.
- Flølo, T. N., Tell, G. S., Kolotkin, R. L., Aasprang, A., Norekvål, T. M., Våge, V., & Andersen, J. R. (2019). Eating self-efficacy as predictor of long-term weight loss and obesity-specific quality of life after sleeve gastrectomy: A prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(2), 161–167. 10.1016/j.soard.2018.12.011
- Freire, R. H., Borges, M. C., Alvarez-Leite, J. I., & Correia, M. I. T. D. (2012). Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, 28(1), 53–58. 10.1016/j.nut.2011.01.011
- Hachem, A., & Brennan, L. (2015). Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Obesity Surgery*, 16(12), 16–23. 10.3390/nu9121322
- International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). Welbourn, R., Gagner, M., Ottosson, J., Naslund, I., & Kinsman, R. (2019). The IFSO Global Registry.
- King, W. C., Hinerman, A. S., & Courcoulas, A. P. (2020). Weight regain after bariatric surgery: a systematic literature review and comparison across studies using a large reference sample. *Surgery for Obesity and Related Diseases. American Society for Bariatric Surgery*. 10.1016/j.soard.2020.03.034
- Kushner, R. F., & Sorensen, K. W. (2015). Prevention of Weight Regain Following Bariatric Surgery. *Current Obesity Reports*, 4(2), 198–206. 10.1007/s13679-015-0146-y
- Lent, M. R., Bailey-Davis, L., Irving, B. A., Wood, G. C., Cook, A. M., Hirsch, A. G., & Franceschelli-Hosterman, J. (2016). Bariatric surgery patients and their families: Health, physical activity, and social support. *Obes Surg*, 26(12), 2981–2988. 10.1007/s11695-016-2228-7
- Lima, L. S. L. (2012). Comportamento alimentar e qualidade de vida 24 meses após a cirurgia bariátrica. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Lindekilde, N., Gladstone, B. P., Lübeck, M., Nielsen, J., Clausen, L., Vach, W., & Jones, A. (2015). The impact of bariatric surgery on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(8), 639–651. 10.1111/obr.12294
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutton, E., Mehran, A., & Gibbons, M. M. (2011). Is Social Support Associated With Greater Weight Loss After Bariatric Surgery?: A Systematic Review. *Obes Ver*, 12(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2010.00720.x>
- Major, P., Matłok, M., Pędziwiatr, M., Migaczewski, M., Budzyński, P., Stanek, M., & Budzyński, A. (2015). Quality of Life After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 25(9), 1703–1710. 10.1007/s11695-015-1601-2
- Pañella, C., Busto, M., González, A., Serra, C., Goday, A., Grande, L., & Ramón, J. M. (2020). Correlation of Gastric Volume and Weight Loss 5 Years Following Sleeve Gastrectomy. *Obesity Surgery*, 30(6), 2199–2205. 10.1007/s11695-020-04445-z
- Pereira, M. G., Faria, S., & Lopes, H. (2019). Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: The Moderator Role of Spirituality. *Obes Surg*, [s. 1.], 29(4), 1207–1215.
- Rolim, F. F. de A., Cruz, F. S., Campos, J. M., & Ferraz, Á. A. B. (2018). Long-term repercussions of roux-en-y gastric bypass in a low-income population: Assessment ten years after surgery. *Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 45(4), 1–9. 10.1590/0100-6991e-20181916
- Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A., & Ezzy, D. (2017). What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? *Health Expect*, 20(1), 35–46. <https://doi.org/10.1111/hex.12423>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). História da Cirurgia Bariátrica no Brasil. <https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2008). Consenso Bariátrico. Consenso Bariátrico, 16.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2017). Cirurgia Bariátrica - Técnicas Cirúrgicas. <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2018). 70% dos pacientes de cirurgia bariátrica são mulheres. from <https://www.sbcbm.org.br/70-dos-pacientes-de-cirurgias-bariatricas-sao-mulheres/>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2019). Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018. from <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>
- Sellberg, F., Possmark, S., Willmer, M., Tynelius, P., & Berglind, D. (2019). One-year follow-up of a dissonance-based intervention on quality of life, wellbeing, and physical activity after Roux-en-Y gastric bypass surgery: a randomized controlled trial. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(10), 1731–1737. 10.1016/j.soard.2019.07.001

World Health Organization (WHO). (2020). Obesity and Overweight. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Tymoszuk, U., Kumari, M., Pucci, A., Cheung, W. H., Kirk, A., Tschiala, A., & Batterham, R. L. (2018). Is pre-operation social connectedness associated with weight loss up to 2 years post bariatric surgery? *Obes Surg*, 28(11), 3524-3530. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3378-6>

Ünal Ş., Sevinçer G. M., & Maner, A. F. (2019). Prediction of Weight Regain After Bariatric Surgery by Night Eating, Emotional Eating, Eating Concerns, Depression and Demographic Characteristics. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30(1), 31-41.