



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE NUTRIÇÃO**

FLAVIA ALINE LAGES FERNANDES

**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**

**BELÉM
2022**

FLAVIA ALINE LAGES FERNANDES

**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**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição
pela Universidade Federal do Pará.

ORIENTADORA:
Dr^a. Daniela Lopes Gomes

BELÉM
2022

FLAVIA ALINE LAGES FERNANDES

**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**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição
pela Universidade Federal do Pará.

APROVADA EM: 04 / 02 / 2022

BANCA EXAMINADORA

Daniela Lopes Gomes
Orientadora – UFPA

Rejane Maria Sales Cavalcante Mori
Examinador Interno

Vanessa Vieira Lourenço Costa
Examinador Interno

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo àquele que é dono da minha vida, que esteve ao meu lado em cada passo, segurando minha mão e me fazendo entender que os planos dEle são maiores que os meus e que basta eu confiar. Essa é a materialização de um sonho. Obrigada, Meu Deus! O Senhor é fiel!

Em segundo, agradeço imensamente à minha mãe, Andreza Lages, minha maior inspiração e incentivadora, por fazer o possível (e, por vezes, até o ‘impossível’) para que eu pudesse chegar até aqui, além de me dar as ferramentas para que eu possa chegar a qualquer lugar que eu desejar. A mulher que eu sou hoje é graças à senhora. Te amo mais do que as palavras podem expressar. Esse sonho é nosso e essa conquista é dedicada inteiramente à senhora!

Agradeço também ao meu irmão, pois mesmo que ainda não tenha a capacidade de conceituar o que é o amor, o trouxe pra minha vida em uma proporção que transborda meu coração e me fortalece todos os dias. Te amo, ‘Patheus’! Também agradeço à minha família que sempre me apoiou e incentivou meus estudos; em especial às minhas tias, Amanda e Priscila, que são como mães para mim. Vó Leticie, obrigada por todo amor e cuidado também.

Agradeço ao meu amor, Hugo, por ser um entusiasta dos meus sonhos e sempre me oferecer apoio para alcança-los. Obrigada pela parceria, pelo companheirismo e amor, que certamente tornaram essa reta final mais tranquila. Te amo muito!

À minha orientadora Prof.^a Daniela Lopes Gomes, por ser uma referência profissional. Hoje a admiro ainda mais porque sei que também é uma pessoa exemplar. Obrigada por ter me acolhido desde o início da graduação, através dos projetos Ancib e Gedia, e ter me dado a oportunidade de aprender todos os dias. Agradeço à equipe do Gedia, em especial Aline, Fabrício, Gabriela e Talita, que contribuíram muito para minha formação profissional e tornaram as terças mais alegres, embora fossem cansativas. Vocês sempre serão lembrados com muito carinho!

Agradeço aos meus amigos pela força e incentivo que me deram, em especial aos meus amigos da Faculdade Barbara, Carol, Flávio, Kássia, Pedro e Sandy, porque vocês tornaram o percurso menos desafiador e infinitamente mais legal. Amo vocês! Agradeço aos meus professores pelo conhecimento repassado e pelas diversas trocas de experiências que foram enriquecedoras. Por fim, sou grata pelo ensino público de qualidade e por ter realizado esse sonho na Universidade Federal do Pará, que sempre será minha segunda casa!

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica é indicada para tratar a obesidade clinicamente grave quando o tratamento convencional não oferece resultados satisfatórios na perda de peso e controle das comorbidades associadas. No entanto, é comum que se observe a recidiva de peso em longo prazo, o que pode afetar a percepção da qualidade de vida dos pacientes. Estudos sugerem que o apoio social após a cirurgia bariátrica, com destaque para o apoio familiar, pode ter relação com a manutenção dos resultados alcançados e, dessa forma, promover impacto na percepção da qualidade de vida desses pacientes. **Objetivo:** Testar a associação entre percepção da qualidade de vida, percepção do apoio familiar e recidiva de peso em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com 50 mulheres adultas submetidas à cirurgia bariátrica (*Bypass* gástrico em Y-de-Roux ou *sleeve*) há no mínimo 24 meses. Foram coletados dados antropométricos, sendo considerada a ocorrência de recidiva de peso quando esta atingia $\geq 15\%$ do menor peso após cirurgia e considerou-se sucesso na perda de excesso de peso quando a perda foi maior ou igual a 50%. Foi utilizado o *Item Short Form Healthy Survey* (SF-36), instrumento para avaliar a percepção de qualidade de vida, e um questionário para avaliar a percepção e satisfação com o apoio familiar no pós-operatório. **Resultados:** Foi observada perda de peso satisfatória após a cirurgia. No entanto, 46,0% da amostra (n=23) apresentou recidiva de peso significativa ($16,1 \pm 4,5\%$). A percepção e a satisfação com o apoio familiar após a cirurgia foram boas. As participantes apresentaram melhores percepções de qualidade de vida nos domínios relacionados aos aspectos físicos e piores escores em domínios relativos aos aspectos emocionais ($p < 0,000$). O componente emocional geral e componente físico geral da qualidade de vida tiveram associação direta com a percepção de apoio familiar e com a %PEP e associação inversa com a recidiva de peso. **Conclusão:** É importante incentivar a rede de apoio familiar durante o tratamento após a cirurgia bariátrica, além da manutenção do acompanhamento multiprofissional em longo prazo e o monitoramento da recidiva de peso, a fim de garantir a manutenção dos resultados positivos alcançados com a cirurgia e melhor percepção de qualidade de vida.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; qualidade de vida; apoio familiar; recidiva de peso.

ABSTRACT

Background: The bariatric surgery is indicated to treat clinically severe obesity when conventional treatment does not offer satisfactory results in weight loss and control of associated comorbidities. However, long-term weight recurrence is common to be observed, which can affect patients' perception of quality of life. Studies suggest that social support after bariatric surgery, with emphasis on family support, may be related to the maintenance of results and, thus, promote impact on the perception of quality of life of these patients. **Objective:** To test the association among perception of quality of life, perception of family support and weight recurrence in women that had the bariatric surgery over more than 24 months. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive and analytical study developed with 50 adult women who underwent bariatric surgery (Roux-en-Y gastric bypass or sleeve) at least 24 months ago. Anthropometric data was collected, considering the occurrence of weight recurrence when it reached $\geq 15\%$ of the lowest weight after surgery and success in losing excess weight when the loss was higher than or equal 50%. The Item Short Form Healthy Survey (SF-36) was used as an instrument to evaluate the perception of quality of life, and a questionnaire to evaluate the perception and satisfaction with family support in the postoperative period. **Results:** Satisfactory weight loss was observed after surgery. However, 46.0% of the sample (n=23) had significant weight recurrence ($16.1 \pm 4.5\%$). 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 network during treatment after the bariatric surgery, in addition to maintaining long-term multidisciplinary follow-up and monitoring of weight recurrence, in order to ensure the maintenance of the positive results achieved with the surgery and better perception of quality of life.

Keywords: Bariatric surgery; quality of life; family support; weight relapse.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 OBESIDADE	9
2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA	10
2.3 RECIDIVA DE PESO	11
2.4 APOIO FAMILIAR	11
2.5 QUALIDADE DE VIDA	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 METODOLOGIA	15
4.1 TIPO DE ESTUDO	15
4.2 PARTICIPANTES	15
4.3 DADOS ANTROPOMÉTRICOS	15
4.4 APOIO FAMILIAR	16
4.5 QUALIDADE DE VIDA	16
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	16
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	16
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	21
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE 1	30
APÊNDICE 2	32
APÊNDICE 3	34
APÊNDICE 4	35
ANEXO 1	38

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 (IFSO, 2019; 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).

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 melhoria 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 em quanto 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 *et al.*, 2020).

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 iguais a este que testassem a relação entre a percepção da qualidade de vida, apoio familiar e recidiva de peso. Desse modo, torna-se necessário verificar a associação entre essas variáveis em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica, a fim de compreender como essa relação pode impactar no tratamento em longo prazo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OBESIDADE

A obesidade é caracterizada como o acúmulo excessivo de gordura corporal de modo que possa gerar prejuízos à saúde (WHO, 2020). Para classificar essa condição em adultos, comumente se utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC), aferido a partir do cálculo $\text{peso(kg)/altura}^2(\text{m})$, sendo o $\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$ classificado como obesidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1998), os pacientes com obesidade grau II, que apresentam o $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$, e obesidade grau III, $\text{IMC} \geq 40\text{kg/m}^2$, são considerados clinicamente graves, podendo desenvolver complicações associadas ao peso excessivo.

A obesidade é considerada uma doença relativamente nova na espécie humana e resulta, sobretudo, do balanço energético positivo causado pelo aumento do consumo de alimentos altamente calóricos e diminuição da atividade física (WHO, 2020). No entanto, sabe-se que fatores biopsicossociais também possuem grande influência para o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade (APOVIAN, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), o número de casos de obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016, atingindo mais de 650 milhões de adultos (idade ≥ 18 anos) no mundo, e estimava-se que mais de 1,9 bilhão de adultos estavam com sobrepeso no ano de 2016. No Brasil, a prevalência da obesidade aumentou 67,8% no período de 2006 a 2018 (ABESO, 2020) e em 2019 cerca de 55,4% da população adulta das 27 capitais dos estados brasileiros (incluindo o Distrito Federal) apresentava sobrepeso e 20,3% estava obesa (BRASIL, 2020).

O acúmulo excessivo de gordura corporal está associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), síndrome metabólica, disfunções ortopédicas e até câncer; influenciando, desse modo, no perfil de morbimortalidade das populações (WHO, 2000).

O tratamento tradicional da obesidade é baseado em mudanças no estilo de vida, incluindo abordagem nutricional, que busca promover a perda de peso por meio do balanço energético negativo e escolhas alimentares mais saudáveis; prática de atividade física; e, em alguns casos específicos, uso de fármacos. No entanto, quando as intervenções clínicas convencionais para tratar a obesidade se mostram ineficazes, ou em casos de obesidade grave ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$), a cirurgia bariátrica e metabólica passa a ser a estratégia indicada para induzir a perda de peso, reduzir a morbimortalidade e promover

melhora significativa nas comorbidades associadas (ABESO, 2016; IFSO, 2019).

2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

O modelo de cirurgia bariátrica e metabólica que se conhece atualmente teve início no século 20, mais precisamente em 1952, quando o Dr. Viktor Henrikson removeu parte do intestino delgado de uma mulher obesa. Em 1967, o Dr. Edward Mason realizou o primeiro procedimento denominado Bypass Gástrico, com a finalidade de induzir a perda de peso, momento considerado determinante para o desenvolvimento da cirurgia bariátrica (PHILLIPPS; SHIKORA, 2018). Posteriormente, no ano de 1978, Buchwald e Varco propuseram o acréscimo do termo “metabólico” ao título da cirurgia bariátrica; e, em 2007, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica (ASMBS) e a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade e Doenças Metabólicas (IFSO) mudaram o nome de suas respectivas sociedades visando reconhecer os impactos metabólicos do tratamento (PHILLIPPS; SHIKORA, 2018).

De forma geral, as cirurgias bariátricas podem ser classificadas em três tipos: restritivas, onde há redução do tamanho do estômago, sendo a gastrectomia vertical ou *sleeve* a técnica mais comum; disabsortivas, em que foco é reduzir a absorção dos alimentos mediante desvios do trânsito intestinal, sendo o desvio biliopancreático a técnica mais realizada; e as cirurgias mistas, onde se utiliza os princípios dos dois tipos anteriores, com uma porção restritiva e outra disabsortiva, sendo a técnica cirúrgica mais empregada o Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGYR) (LE ROUX; HENEGHAN, 2018).

O Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza esse procedimento, com cerca de 100 mil registros por ano, ficando atrás somente dos EUA (SBCBM, 2021). Segundo os registros da Federação Internacional para a Cirurgia da Obesidade e Distúrbios Metabólicos (2019), no período de 2015 a 2018, os tipos de cirurgias mais realizadas, no Brasil, foram BGYR (76,6%) e Sleeve. 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).

É bem estabelecido na literatura que a cirurgia bariátrica promove inúmeros benefícios, mas as mudanças no estilo devem ser mantidas em longo prazo a fim de evitar

recidiva de peso e recorrência de comorbidades associadas.

2.3 RECIDIVA DE PESO

Após qualquer procedimento bariátrico e/ou metabólico, é bastante comum e frequente que os pacientes apresentem algum grau de reganho de peso, uma vez que o organismo precisa se adaptar às alterações gastrointestinais da intervenção cirúrgica (BUSETTO *et al.*, 2017; KUSHNER; SORENSEN, 2015). Muitos estudos apontam que um reganho de 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).

A prevalência de reganho de peso é variável e influenciada por diversos fatores, como o estado nutricional pré-operatório, o tempo de pós-operatório, a técnica cirúrgica empregada, a perda de massa magra com redução da taxa metabólica de repouso, as modificações hormonais, o tamanho inicial e a dilatação da anastomose, aspectos psicossociais, a falta de seguimento no acompanhamento multiprofissional a longo prazo e a manutenção de um estilo de vida não adaptativo (CLAPP *et al.*, 2018; BUSETTO *et al.*, 2017).

De acordo com Kushner e Sorensen (2015), fatores comportamentais, sociais e psicológicos também possuem associação com a recidiva de peso. Conceição *et al.* (2019) ao avaliarem a percepção de apoio social antes e após a cirurgia bariátrica, através da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, encontraram que uma maior percepção de apoio social – sobretudo familiar – relacionava-se com uma maior perda de peso total no grupo de pacientes avaliados após a cirurgia. Além disso, o apoio social foi associado a menor recidiva de peso.

Dessa forma, acompanhamento da perda ponderal e o monitoramento da ocorrência de recidiva de peso, bem como dos fatores relacionados, são importantes para avaliar a evolução clínica do indivíduo em longo prazo.

2.4 APOIO FAMILIAR

No que se refere ao apoio social e a cirurgia bariátrica, alguns estudos sugerem que o engajamento de uma rede de apoio, com destaque para o apoio familiar, atua como um grande facilitador do tratamento, devido ao estímulo à adoção de hábitos saudáveis nos pacientes, influenciando positivamente na perda de excesso de peso após a cirurgia e manutenção dos resultados (LENT *et al.*, 2016; CONCEIÇÃO *et al.*, 2019; TYMOSZUK *et al.*, 2018; STROMBERG *et al.*, 2020).

Além disso, o apoio social parece ter relação com a percepção da qualidade de vida de pacientes bariátricos. Pereira, Faria e Lopes (2019) avaliaram a satisfação com o apoio social, por meio da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), e a percepção da qualidade de vida, através do instrumento SF-36, de 90 pacientes após 12 meses de cirurgia bariátrica e observaram que a qualidade de vida no componente físico e mental e a satisfação com o apoio social apresentaram associação positiva, sugerindo que os pacientes satisfeitos com o apoio social possuíam melhor percepção de qualidade de vida.

2.5 QUALIDADE DE VIDA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida, numa perspectiva geral, diz respeito à percepção do indivíduo de sua posição em diferentes contextos da vida, incluindo saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, entre outros (WHO, 1997). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é uma ferramenta multidimensional que avalia os domínios físico, psicológico, funcional e social relacionados com a percepção de qualidade de vida afetada pelo estado de saúde da pessoa (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

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 *et al.*, 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 *et al.*, 2020).

Alguns estudos têm se dedicado a avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. 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 utilizadas.

Entretanto, não foram encontrados estudos que tenham testado a associação entre a percepção de qualidade de vida com a recidiva de peso e o apoio familiar em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia, e a presente pesquisa teve como objetivo estudar essa relação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Testar a associação entre a percepção da qualidade de vida, a percepção do apoio familiar e a recidiva de peso em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o perfil antropométrico e ocorrência da recidiva de peso nas mulheres avaliadas;
- Descrever a percepção de apoio familiar das mulheres avaliadas;
- Descrever a percepção da qualidade de vida das mulheres avaliadas;
- Testar a associação entre a qualidade de vida, o apoio familiar e a recidiva de peso.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com mulheres adultas que haviam realizado a cirurgia bariátrica há, no mínimo, 24 meses no período da coleta de dados.

4.2 PARTICIPANTES

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, Apêndice 1). Critérios de exclusão: 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/PA. A captação ocorreu por contato telefônico e por meio do projeto de pesquisa e extensão Acompanhamento Nutricional em Cirurgia Bariátrica (ANCIB), que atua no Laboratório de Patologias da Nutrição (LAPAN) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em Belém/PA, onde também foram aplicados os protocolos de pesquisa. Foi agendada uma entrevista individual para coletar os dados antropométricos e aplicar o questionário sociodemográfico e de dados clínicos (Apêndice 2), o questionário de avaliação do apoio familiar (Apêndice 3) e o SF-36 (Apêndice 4).

4.3 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 (%) $\geq 50\%$ (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 ganho de peso e as mulheres que atingiram o ponto de corte de $\geq 15\%$ foram incluídas no grupo de mulheres com recidiva de peso.

4.4 APOIO FAMILIAR

Para classificar o 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”].

4.5 QUALIDADE DE VIDA

Para avaliar a percepção sobre qualidade de vida foi usado 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.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA) (Parecer nº3.329.834 – Anexo 1). As informações coletadas foram mantidas em sigilo e as participantes foram orientadas de que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo às mesmas ou ao seu atendimento dentro do projeto ou do hospital. Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre o estudo para que pudessem assinar o TCLE.

4.7 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 $p < 0,05$.

5 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 (Tabela 1).

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	-
Reganho (%)	$16,1 \pm 14,5$	0 – 81,0	-

* Teste de Wilcoxon

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).

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)	<0,000
Não dificultam nem apoiam	9 (18,0)	
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)	<0,000
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (14,0)	
Parcialmente satisfeito	8 (16,0)	
Totalmente satisfeito	33 (66,0)	

* Teste Qui-quadrado

Em relação à percepção da qualidade de vida, 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).

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

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 reganho 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 reganho 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

6 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; CECCATTO; MEZZOMO, 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, Ceccatto e Mezzomo (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; STRØMMEN; MARTINS, 2017; KING; HINERMAN; COURCOULAS, 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; SEVINÇER; MANER, 2019; SHANTAVASINKUL *et al.*, 2016; DA SILVA *et al.*, 2016; BARDAL; CECCATTO; MEZZOMO, 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 reganho 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 ($p \leq 0,05$) entre a participação do paciente no grupo e a perda de peso.

Uma das principais hipóteses é de que a redução de peso proporcionada pela cirurgia bariátrica retome o entusiasmo dos pacientes em realizar atividades que antes eram prejudicadas pelo excesso de peso, além de estimular a participação de tarefas em grupo (LUCAS *et al.*, [s.d.]). Parte-se do pressuposto que o apoio social compatível com as necessidades do paciente favorece a mudança do comportamento alimentar para a redução de peso e a adesão do paciente que possui obesidade ao tratamento proposto (RODRIGUES; SEIDL, 2015).

Quanto à associação entre percepção da qualidade de vida e apoio familiar percebido, Pereira, Faria e Lopes (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 reganho 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.

7 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 estes fatores têm relação com a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABESO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf> Acesso em: 07 out. 2021.
- AMUNDSEN, T., STRØMMEN, M., MARTINS, C. Suboptimal Weight Loss and Weight Regain after Gastric Bypass Surgery—Postoperative Status of Energy Intake, Eating Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. **Obes Surg**. 2017;27(5):1316–23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-016-2475-7>
- AKKAYAOGLU H, ÇELIK S. Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. **Appl Nurs Res.**, v. 53, p. 1–6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151270>
- AL KHALIFA, K.; AL ANSARI, A. 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 Obes.**, v. 5, n. 1, p. 6–11, 2018.
- APOVIAN, C. M. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. **Am j manag care**, [s. l.], v. 22, n. 7, p. 176-185, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da Obesidade**, 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 19 out. 2021.
- BUSETTO, L.; DICKER, D.; AZRAN, C.; BATTERHAM, R. L.; FARPOUR-LAMBERT, N.; FRIED, M.; HJELMESÆTH, J.; KINZL, J.; LEITNER, D.; MAKARONIDIS, J.; SCHINDLER, K.; TOPLAK, H.; YUMUK, V. 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**, v. 10, n. 6, p. 597-632, 2017. <https://doi.org/10.1159/000481825>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2019**. Brasília, DF, 2020.
- CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 144-150, jun. 1999.
- CLAPP, B.; WYNN, M.; MARTYN, C.; FOSTER, C.; O'DELL, M.; TYROCH, A. Long term (7 or more years) outcomes of the sleeve gastrectomy: a meta-analysis. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 14, n. 6, p. 741-747, jun. 2018. [https://www.soard.org/article/S1550-7289\(18\)30123-0/fulltext](https://www.soard.org/article/S1550-7289(18)30123-0/fulltext)
- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4021-4032, 2021.

CONCEIÇÃO, E. M. *et al.* Perceived social support before and after bariatric surgery: association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. **Eat Weight Disord**, [s. l.], v. 25, p. 679-692, mar. 2019.

COULMAN, K. D.; BLAZEBY, J. M. Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery. **Current Obesity Reports**. jun. 2020. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00392-z>.

DEVLIN, M. J.; KING, W. C.; KALARCHIAN, M. A.; HINERMAN, A.; MARCUS, M. D.; YANOVSKI, S. Z.; MITCHELL, J. E. 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**, v. 51, n.12, p. 1322-1330, dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22979>.

ENGSTROM, M.; FORSBERG, A.; SOVIK, T. T.; OLBERS, T.; LÖNROTH, H.; KARLSSON, J. Perception of Control Over Eating After Bariatric Surgery for Super Obesity, a 2-Year Follow-Up Study. **Obes Surg**, v. 25, n. 6, p.1086–93, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-015-1652-4>

FLOLO, T. N.; TELL, G. S.; KOLOTKIN, R. L.; AASPRANG, A.; NOREKVAL, T. M.; VAGE, V. *et al.* Eating self-efficacy as predictor of long-term weight loss and obesity-specific quality of life after sleeve gastrectomy: A prospective cohort study. **Surg Obes Relat Dis.**, v. 15, n. 2, p.161–7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.12.011>

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**. v. 118, n. 8, p. 622-629, apr. 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>

HACHEM, A.; BRENNAN, L. Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. **Obesity Surgery**, v. 26, n. 2, p. 395-409, fev. 2016. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1940-z>.

INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY AND METABOLIC DISORDERS (ISFO). **The IFSO Global Registry 2019**. 2019. Disponível em: <https://www.ifso.com/pdf/5th-ifso-global-registry-report-september-2019.pdf>. Acesso em: 02 out. 2021.

KING, W. C.; HINERMAN, A. S.; COURCOULAS, A. P. 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**; 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.03.034>

KUSHNER, R. F.; SORENSEN, K. W. Prevention of Weight Regain Following Bariatric Surgery. **Current Obesity Reports**, v. 4, n. 2, p. 198-206, mar. 2015. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0146-y>.

LE ROUX, C. W.; HENEGHAN, H. M. (2018). Bariatric Surgery for Obesity. *Medical Clinics of North America*, v. 102, n.1, p. 165-182. Doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.011

- LENT, M. *et al.* Bariatric surgery patients and their families: health, physical activity, and social support. **Obes Surg**, [s. l.], v. 26, n. 12, p. 2981-2988, dez. 2016.
- LINDEKILDE, N.; GLADSTONE, B. P.; LÜBECK, M.; NIELSEN, J.; CLAUSEN, L.; VACH, W.; JONES, A. The impact of bariatric surgery on quality of life: A systematic review and metaanalysis. **Obesity Reviews**, v. 16, n. 8, p. 639-651, ago. 2015. <https://doi.org/10.1111/obr.12294>.
- MAJOR, P.; MATŁOK, M.; PEDZIWIATR, M.; MIGACZEWSKI, M.; BUDZYŃSKI, P.; STANEK, M.; KISIELEWSKI, M.; NATKANIEC, M.; BUDZYŃSKI, A. Quality of Life After Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, v. 25, n. 9, p. 1703-1710, set. 2015. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1601-2>.
- PEREIRA, M. G.; FARIA, S.; LOPES, H. Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: The Moderator Role of Spirituality. **Obes Surg**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 1207-1215, abr. 2019
- ROLIM, F. F. A.; CRUZ, F. S.; CAMPOS, J. M.; FERRAZ, Á. A. B. Long-term repercussions of roux-en-y gastric bypass in a low-income population: Assessment ten years after surgery. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, n. 4, p. 1-9, e1916, 2018. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181916>.
- SHARMAN, M. *et al.* What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? **Helth Expect**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 35-46, fev 2017.
- SELLBERG, F.; POSSMARK, S.; WILLMER, M.; TYNELIUS, P.; BERGLIND, D. 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**, v. 15, n. 10, p. 1731-1737, out. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.07.001>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. **Cirurgia Bariátrica - Técnicas Cirúrgicas**. 2017. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>. Acesso em: 11 ago. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. **Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018**. 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>. Acesso em: 22 set. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. **História da Cirurgia Bariátrica no Brasil**. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/> Acesso em: 21 set. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. **70% dos pacientes de cirurgias bariátricas são mulheres**. 2018. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/70-dos-pacientes-de-cirurgias-bariatricas-sao-mulheres/>. Acesso em: 22 set. 2021.

STROMBERG, S. E. *et al.* Pre-surgical stress and social support predict post-surgical percent excess weight loss in a population of bariatric surgery patients. **Psychol Health Med**, [s. l.], [s. v.], [s. n.], p. 1-8, fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Geneva (SWI): WHO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. **WHOQOL: measuring quality of life**. World Health Organization. 1997. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>. Acesso em: 25 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The World Report 2000**. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity and Overweight**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 25 set. 2021.

TYMOSZUK, U. *et al.* Is pre-operation social connectedness associated with weight loss up to 2 years post bariatric surgery? **Obes Surg**, [s. l.], v. 28, n. 11, p. 3524-3530, nov. 2018.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará / Instituto de Ciências da Saúde / Faculdade de Nutrição

PROJETO: Efeitos de três tipos de intervenção nutricional no perfil nutricional, comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes com ganho de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica em um hospital público de Belém – PA

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes

Telefone para contato: (61) 8214-4342 ou (91) 3250-5372 / e-mail: danielagomes@ufpa.br

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma pesquisa sobre os efeitos de três tipos de intervenção nutricional no perfil nutricional, comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes com ganho de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica em um projeto de extensão da UFPA. Com os resultados deste estudo, poderemos entender melhor as dificuldades encontradas após 2 anos de cirurgia bariátrica, como dificuldade de manter o peso perdido, retorno de aumento de glicemia e colesterol e de aderir a uma alimentação saudável. Estes dados poderão ser úteis para estabelecer a melhor conduta nesses casos. As informações iniciais serão coletadas por meio de 4 entrevistas sobre dados da cirurgia, comportamento alimentar, sua percepção da qualidade de vida e nível de ansiedade, além de avaliação de seu peso e estatura e de sua composição corporal que tem duração aproximada de 90 minutos. Esses dados serão coletados por membros desta equipe, devidamente treinados. Será necessário ainda que o(a) senhor(a) realize um exame de sangue para avaliar o açúcar e gordura presentes em seu sangue. Além destas etapas, coletaremos algumas informações em seu prontuário, como seus pesos anteriores e a data de sua cirurgia.

Caso seja verificado que o(a) senhor(a) apresentou ganho de peso importante após a cirurgia bariátrica que realizou, o(a) senhor (a) será convidado a participar de uma segunda etapa desta pesquisa, na qual o(a) senhor (a) terá um acompanhamento nutricional, receberá orientações nutricionais e terá encontros semanais no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) ou na Faculdade de Nutrição da UFPA, em datas e horários pré-definidos. Durante os encontros, serão feitas perguntas sobre a qualidade e quantidade das refeições que o(a) senhor(a) realiza para auxiliar na redução do seu peso e prevenir as complicações da cirurgia. No início e ao final da pesquisa serão medidos seu peso, composição corporal, glicose e colesterol por exames de sangue e serão aplicados questionários sobre sua percepção da qualidade de vida e nível de ansiedade. Estes procedimentos trarão riscos mínimos para sua saúde e não comprometerão de qualquer forma o seu atendimento no Programa de Acompanhamento nutricional em cirurgia bariátrica (ANCIB). Os resultados desta pesquisa serão divulgados em revistas e congressos científicos.

Sua participação em nosso estudo é VOLUNTÁRIA e o(a) senhor(a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízos para a continuidade de seu atendimento

e tratamento no ANCIB. O(a) senhor(a) não é obrigado a responder alguma pergunta caso se sinta constrangido e as informações coletadas ficarão com a pesquisadora responsável que manterá sua identidade em sigilo. Portanto, não serão divulgadas suas informações pessoais, as respostas serão usadas apenas para análise dos dados do grupo todo de participantes. Em caso de dúvida, estamos à disposição para esclarecê-las a qualquer momento da pesquisa através do contato disponibilizado acima, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Preparo para exames a serem realizados durante a pesquisa:

Bioimpedância Elétrica: O (a) Sr (a) deverá comparecer ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) em jejum de no mínimo 12 horas, bem hidratado (consumo de 2 a 4 copos de água aproximadamente 2 horas antes do teste e esvaziar a bexiga exatamente antes), sem realização de exercício nas 4 a 6 horas anteriores e sem consumir álcool e café nas últimas 24 horas anteriores ao exame.

Análise bioquímica: O (a) Sr (a) deverá comparecer ao laboratório em jejum de 12 horas.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável – Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes
Contatos: (61)8214-4342 ou (91)3250-5372 / email: danielagomes@ufpa.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados para análise.

Belém, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

APÊNDICE 2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE NUTRIÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES QUE REALIZARAM A CIRURGIA BARIÁTRICA (ANCIB)

REG: _____ Data de atendimento: _____

Nome: _____

Data da Cirurgia _____ Tempo de Pós Operatório: _____

Técnica cirúrgica: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: Analf. () Fund. Inc. () Fund. comp. () Méd. inc. () Méd. comp. ()
Sup. inc. () Sup. comp. ()

Ocupação: Aposentada

Renda Familiar: Até 1 SM () 1 a 3 SM () 3 a 6 SM () 6 a 9 SM () 9 a 12 SM ()
12 a 15 SM () > 15 SM ()

- **Avaliação Antropométrica:**

Dados Antropométricos	1	2	3	4	5	6	7
Peso atual (kg)							
Peso inicial (quando começou o tratamento para obesidade) (kg)							
Peso na data de cirurgia (kg)							
Peso pós op (kg)							
Estatura (m)							
%PEP							
Peso ideal (kg)							

IMC (kg/m ²) ²							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

VII- Diagnóstico Nutricional:

() Sobrepeso () Obes. Grau I () Obes. Grau II () Obes. Grau III () Obes. Grau IV () Obes. Grau V

Pi = Peso inicial; **Pa** = peso atual; **ExP** = Excesso de peso

% PEP = $\frac{\text{Peso inicial} - \text{Peso atual}}{\text{Excesso de peso}} \times 100$

%PEP:

Excesso de peso

PP pós op: P cirurgia – P atual

PPT: P inicial – P atual

Peso ideal: $25 \times E^2$

Excesso de peso: Peso inicial – peso ideal

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE APOIO FAMILIAR**Nome:****Prontuário:****1. Antes da cirurgia, como foi o apoio da sua família em relação ao seu tratamento e à realização da cirurgia?**

- Minha família não me apoiou (1)
 - Não dificultaram nem me apoiaram (2)
 - Me apoiaram parcialmente (3)
 - Me apoiaram completamente (4)
-

2. Qual a sua satisfação antes da cirurgia com o apoio de sua família em relação ao seu tratamento e à realização da cirurgia?

- Fiquei muito insatisfeito (1)
 - Não fiquei satisfeito nem insatisfeito (2)
 - Fiquei um pouco satisfeito (3)
 - Fiquei muito satisfeito (4)
-

3. Atualmente, como você considera o apoio da sua família para seu tratamento?

- Não me apóiam (dificultam meu tratamento)
 - Não dificultam nem me apóiam (2)
 - Me apóiam parcialmente (3)
 - Me apóiam completamente (4)
-

4. Atualmente, qual a sua satisfação com o apoio de sua família em relação ao seu tratamento?

- Estou muito insatisfeito (1)
 - Não estou satisfeito nem insatisfeito (2)
 - Estou parcialmente satisfeito (3)
 - Estou muito satisfeito (4)
-

APÊNDICE 4 – Questionário *Item Short Form Healthy Survey (SF-36)*

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	SIM	NÃO

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
----------------------------------------------	---	---	---	---	---	---

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Efeitos de três tipos de intervenção no perfil nutricional, comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico

Pesquisador: Daniela Lopes Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59781416.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.170.863

Apresentação do Projeto:

A obesidade tem alcançado prevalência preocupante em todo mundo. Nos casos de obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica tem sido indicada como o tratamento eficaz para redução do peso e controle de comorbidades associadas, sendo considerada padrão-ouro a técnica de gastroplastia redutora em Y-de-Roux (GRYR). No entanto, apesar dos benefícios, esta técnica pode desenvolver complicações nutricionais que podem comprometer a saúde e qualidade de vida dos pacientes. A dificuldade de adesão às regras nutricionais em longo prazo tem sido um desafio, podendo causar deficiências nutricionais e reganho de peso, predispondo à recorrência de comorbidades. Objetivo: Nesse sentido, o objetivo deste

estudo é avaliar os efeitos de três tipos de intervenção nutricional no comportamento alimentar, perfil antropométrico, bioquímico, composição corporal e qualidade de vida de pacientes com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico em um Programa de acompanhamento nutricional gratuito de Belém – PA. Método: Os pacientes serão convidados a participar do programa de acompanhamento nutricional e da presente pesquisa por meio de divulgação do programa em redes sociais e folder de divulgação que será entregue nas unidades básicas de saúde. Serão captados para a pesquisa pacientes de ambos os sexos, com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica e a coleta de dados acontecerá no período de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.170.863

Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSO2.pdf	11/09/2016 19:20:56	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Cronograma	Cronograma2.pdf	09/09/2016 19:24:24	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoProdutor2.pdf	09/09/2016 19:23:47	Daniela Lopes Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	09/09/2016 12:46:20	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTO.pdf	08/09/2016 13:48:28	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Outros	ACEITEORIENTADOR.pdf	08/09/2016 13:48:09	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Outros	ISENCAOONUSFINANCEIRO.pdf	08/09/2016 13:47:21	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/08/2016 09:48:32	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_HUJBB.pdf	11/08/2016 16:27:57	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/06/2016 18:59:01	Daniela Lopes Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 13 de Julho de 2017

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br