

**COMO CITAR:**

Almeida E de A, Arossi GA, dos Santos AMPV. Adesão ao exercício físico e qualidade de vida de indivíduos após cirurgia bariátrica. Rev Contexto & Saúde, 2023;23(47): e13029

## Adesão ao Exercício Físico e Qualidade de Vida de Indivíduos Após Cirurgia Bariátrica

Erika de Araújo Almeida<sup>1</sup>, Guilherme Anziliero Arossi<sup>2</sup>,  
Ana Maria Pujol Vieira dos Santos<sup>3</sup>

### RESUMO

A bariátrica é uma cirurgia no sistema digestivo que visa a reduzir o peso corporal, a partir da diminuição da capacidade gástrica e consequentemente redução na ingestão de alimentos. Espera-se não apenas a perda de peso, mas alterações nos parâmetros de saúde e de qualidade de vida. O objetivo do estudo foi investigar a adesão ao exercício físico e a qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. O estudo é transversal, analítico e quantitativo. Foi aplicado um questionário sociodemográfico/ condições de saúde, um de qualidade de vida (Whoqol Bref) e um de adesão a exercício físico (EARS-Br). A amostra constituiu-se de 76 pessoas (60 mulheres), 38 (50%), com faixas etárias entre 40 e 60 anos, 57 (75%) concluíram o Ensino Superior e a renda familiar da maioria foi de 1 a 3 salários-mínimos (39/51,3%). A maioria dos participantes apresentou sobrepeso (32/43,2%) e não eram fumantes 56 (73,7%), enquanto 34 (44,7%) faziam uso de bebida alcoólica. A maioria não fazia exercícios físicos antes da cirurgia 53 (69,7%). Após a cirurgia bariátrica, a qualidade de vida foi muito boa e a prática de atividade física melhorou, porém não foi aderida à rotina de forma satisfatória por 48 (63,2%). A falta de tempo foi o principal fator para a não adesão. Conclui-se que a aderência à atividade física não foi inserida como estilo de vida, não existindo correlação com adesão ao exercício físico e qualidade de vida na amostra avaliada.

**Palavras-chave:** cirurgia bariátrica; qualidade de vida; atividade física; aderência

### ADHERENCE TO PHYSICAL ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS AFTER BARIATRIC SURGERY

### ABSTRACT

Bariatric surgery is surgery on the digestive system that aims to reduce body weight by decreasing gastric capacity and consequently reducing food intake. Not only weight loss is expected, but changes in health parameters and quality of life. The aim of the study was to investigate the adherence to physical exercise and the quality of life of individuals undergoing bariatric surgery. A cross-sectional, analytical and quantitative study. A sociodemographic/health conditions questionnaire, a quality of life questionnaire (Whoqol Bref) and a physical exercise adherence questionnaire (EARS-Br) were applied. The sample consisted of 76 people (60 women), 38 (50%) between the age groups of 40 to 60 years, 57 (75%) completed higher education and the family income of the majority was from 1 to 3 minimum wages (39/51.3%). Most participants were overweight (32/43.2%) and were not smokers (56/73.7%), while 34 (44.7%) used alcoholic beverages. Most did not exercise before surgery (53/69.7%). After the bariatric surgery, the quality of life was very good and the practice of physical activity improved, but 48 (63.2%) did not adhere to the routine satisfactorily. Lack of time was the main factor for non-adherence. It is concluded that adherence to physical activity was not included as a lifestyle, with no correlation with adherence to physical exercise and quality of life in the evaluated sample.

**Keywords:** bariatric surgery; quality of life; physical activity; adherence

Submetido em: 21/1/2022

Aceito em: 22/8/2022

<sup>1</sup> Centro Universitário São Lucas. Porto Velho/RO, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4578230432566520> <https://orcid.org/0000-0002-9162-9773>

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade. Universidade Luterana do Brasil – Ulbra. Canoas/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2355147583596283>. <https://orcid.org/0000-0001-9580-6282>

<sup>3</sup> Autora correspondente: Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade. Universidade Luterana do Brasil – Ulbra. Rua Farroupilha, 8001, Prédio 1 – São José. CEP 92425900 – Canoas/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/0020282327166407>. <https://orcid.org/0000-0001-9025-5215>. [anapujol@ulbra.br](mailto:anapujol@ulbra.br)

---

## INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica (CB) ou gastroplastia é uma cirurgia no sistema digestivo que visa à diminuição do peso corporal, reduzindo a capacidade gástrica e restringindo a ingestão de alimentos<sup>1</sup>. Para a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM<sup>2</sup> a CB não é apenas destinada ao tratamento da obesidade mórbida e/ou obesidade grave, mas também trata as doenças associadas ao excesso de tecido adiposo corporal ou aquelas enfermidades agravadas por ele como diabetes, hipertensão e aterosclerose.

No ano de 2018 foram realizadas 63.969 cirurgias bariátricas no Brasil, sendo 49.521 pela saúde suplementar, 11.402 cirurgias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 3.046 cirurgias particulares<sup>2</sup>. Esse número de intervenções, todavia, representa apenas 0,47% da população obesa elegível à CB e metabólica. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)<sup>3</sup> demonstram que mais de 20% da população brasileira está obesa. Entre o período de 2008 a 2018<sup>4</sup> a região Sul do país foi a que mais realizou CB, com um total de 12.627 cirurgias, seguida da região Sudeste, com um pouco mais de 7 mil intervenções, ficando a região Norte com o menor número de registros<sup>5</sup>. O país, em números absolutos, é o segundo país no mundo a realizar esse tipo de cirurgia, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA)<sup>4</sup>. Para ter indicação de gastroplastia no Brasil os pacientes obesos precisam apresentar Índice de Massa Corporal- IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> e/ou ser obeso mórbido portador de comorbidades, com tratamento clínico prévio insatisfatório de pelo menos dois anos<sup>6</sup>.

O sucesso de um procedimento bariátrico deve ser avaliado considerando não apenas a perda de peso, mas também alterações nas condições médicas, de Qualidade de Vida (QV) e mudanças no estilo de vida<sup>8</sup>, pois os impactos sofridos pelos obesos não se limitam apenas às questões relacionadas à saúde, mas afetam a longevidade, a QV e seus indicadores, caracterizados pelo distanciamento social, baixa autoestima, estresse, depressão, podendo afetar inclusive o trabalho<sup>7</sup>. A gastroplastia não é uma substituição para melhorar os hábitos nocivos de vida, como a má nutrição e inatividade física, mas a oportunidade de modificação nesses aspectos, em virtude da possibilidade de o indivíduo sentir-se mais seguro de si<sup>9</sup>.

Raramente o obeso se utiliza dos benefícios do exercício físico (EF), pois não deseja ou não pode submeter-se a essa forma de tratamento por dificuldades físicas, emocionais, sociais ou por possuir alguma comorbidade<sup>13</sup>. Dessa maneira, espera-se que haja aderência a programas de EF após o procedimento bariátrico, considerando neste aspecto a prática do EF como elemento de mudança no estilo de vida dos indivíduos<sup>21</sup>.

Diante do exposto, conhecer as condições de saúde, a aderência a programas de EF e a QV dos indivíduos que realizaram CB, bem como verificar a relação da adesão ao EF com a QV, poderão subsidiar estratégias de políticas públicas de intervenção acerca da inserção de um estilo de vida saudável após a CB. Apontar os motivos da adesão ou não adesão a programas de EF poderá



---

contribuir para traçar estratégias motivacionais, de parâmetros legais e/ou técnicos para os pacientes submetidos a CB, evitando a recidiva de sobrepeso.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou investigar a adesão ao exercício Físico e Qualidade de Vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica em Porto Velho/RO.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo desenvolvido nos meses de novembro a dezembro de 2020 (durante a pandemia de Covid-19) com pacientes que realizaram CB no Instituto de Videocirurgia e Gastrocirurgia e Obesidade de Rondônia (Vigor), no triênio composto pelos anos de 2017, 2018 e 2019. Os critérios de elegibilidade incluíram indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, pacientes de ambos os sexos, que realizaram qualquer técnica de procedimento de cirurgia bariátrica. Foram excluídos também indivíduos que não residiam na cidade de Porto Velho/RO.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram um questionário, com 16 perguntas para coletar informações sociodemográficas, de condições de saúde, hábitos de vida e prática de EF, elaborado para esse estudo. Para avaliar a adesão ao EF foi utilizada a Escala de Avaliação de Adesão ao Exercício (EARS-Br), traduzida e validada para o português brasileiro<sup>10</sup> e a QV foi mensurada por meio do inquérito Word Health Organization Quality of Life Instrument- Bref-Whoqol-Bref<sup>11</sup>.

A EARS-Br é um instrumento a ser aplicado após a prescrição/orientação de exercícios, no entanto pode ser usada para monitorar longitudinalmente a adesão do paciente aos exercícios prescritos após a alta hospitalar/ambulatorial<sup>10</sup>. É uma medida de autorrelato que possui três seções: Seção A, Seção B e Seção C. A Seção A não foi utilizada nesta pesquisa, pois possui seis perguntas adicionais, que permitem respostas abertas, e foram desenvolvidas para obter informações sobre as recomendações de exercícios. A Seção B é composta por seis itens que avaliam diretamente o comportamento de adesão ao exercício, que são pontuados por meio de uma escala de resposta ordinal (0 = concordo totalmente até 4 = discordo totalmente), com escores totais de 0 a 24 pontos, e uma pontuação de corte total de 17 a 24 pontos<sup>10</sup>. Os itens com frases positivas (itens 1, 4 e 6) são pontuados inversamente. A Seção C tem nove itens relacionados a “motivos para adesão” ou não adesão. Esses nove itens são pontuados por meio de uma escala de resposta ordinal (0 = concordo totalmente até 4 = discordo totalmente). Os itens 4, 5, 6 e 7 requerem pontuação inversa para que uma pontuação maior indique melhor adesão. A pontuação final pode ser de 0 a 36<sup>10</sup>. Para encontrar os valores aproximados de 36, neste estudo, foi utilizada uma escala de percentil em que  $P 75 \geq 25$ <sup>31</sup>.

O instrumento utilizado para mensurar a QV foi a versão na língua portuguesa do Whoqol-Bref composto de 26 questões. As questões são agrupadas em quatro domínios: o domínio físico, que possui sete questões; o domínio psicológico; com seis questões; três questões compõem o domínio relações sociais e oito questões o domínio do meio ambiente. As respostas



---

seguem a escala de Likert. Os escores variam de 0 a 100, expressas em termos de médias observando-se que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV<sup>11</sup>.

Os dados foram coletados por meio de preenchimento eletrônico utilizando o aplicativo de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google, denominado Google Forms. O link do formulário eletrônico continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e mediante sua anuência o participante do estudo tinha acesso para preenchimento dos demais instrumentos.

Para a coleta de dados, devido à pandemia, três estratégias foram utilizadas para abordar a amostra. Na primeira, o link do questionário foi disponibilizado no grupo de aplicativo de multiplataforma de mensagens instantâneas mantido pelo Instituto Vigor. Na abordagem seguinte foi enviado link do questionário diretamente para o telefone do paciente e a última abordagem foi por meio das ligações telefônicas, quando o paciente respondia o questionário em formato de entrevista.

Os dados obtidos foram organizados numa planilha do banco de dados do Excel®, em duplicata, com checagem automática de consistência e amplitude. A análise estatística descritiva foi realizada com auxílio do programa computacional SPSS versão 20.0, com verificação do desvio padrão, média, coeficiente de variação, com valores mínimos e máximos. As variáveis categóricas foram apresentadas mediante frequências absoluta e relativa. Possíveis correlações entre a QV (valores totais) e a adesão ao EF (seção B do EARs) foram verificadas por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson ( $r$ ). Para avaliar a medida de confiabilidade, foi utilizada a consistência interna por meio do coeficiente de Cronbach padronizado<sup>12</sup>.

O estudo obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Lucas CEP com parecer 4.388.396, CAAE 26331619.7.0000.0013.

## RESULTADOS

Do total de 166 pacientes bariátricos que realizaram a cirurgia no triênio pesquisado, 76 (40%) indivíduos de ambos os sexos concordaram em participar do estudo. Houve uma perda de 83 pessoas, 39 que não continuaram o acompanhamento pós-cirúrgico e/ou o contato telefônico estava desatualizado, e 44 recusas.

Na Tabela 1 está demonstrado o perfil dos participantes da pesquisa. A amostra foi predominantemente feminina (78,9%) e a maior parte dos pesquisados (50%) está na faixa etária de 40 a 60 anos. A maioria dos indivíduos fez a CB no ano de 2018 (44,7%), concluiu o Ensino Superior (75%), vivem em união estável (59,2%) e a renda familiar (51,3%) é de 1 a 3 salários-mínimos.



Tabela 1 – Caracterização do perfil de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no Instituto Vígior, Porto Velho/RO em 2020

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	21,1
Feminino	60	78,9
<b>Idade/anos</b>		
18/40	34	44,7
40/60	38	50,0
≥60	4	5,3
<b>Ano de Cirurgia</b>		
2017	16	21,1
2018	34	44,7
2019	26	34,2
<b>Estado Civil</b>		
União estável (casado, união estável)	45	59,2
União não estável	31	40,8
<b>Etnia</b>		
Branco	29	38,2
Pardo	42	55,3
Outros (negro e indígena)	5	6,6
<b>Filhos</b>		
Sim	65	85,5
Não	11	14,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Básico	19	25
Ensino Superior	57	75
<b>Renda Familiar</b>		
1 a 3 Salários-Mínimos	39	51,3
4 a 6 Salários-Mínimos	17	22,4
>6 Salários-Mínimos	20	26,4

Fonte: Os autores.

Quanto às características de condições de saúde, constantes na Tabela 2, a maior parte da amostra está com IMC de sobrepeso (43,2%) e eutrófico (41,9%), não é fumante (73,7%), faz uso bebida alcoólica (44,7%) e um pequeno grupo começou a consumir bebidas alcoólicas após a CB (14,5%). Não apresenta doenças crônicas, como ansiedade (78,9%) e depressão (78,9%). Antes da CB, um terço da amostra era adepta à prática de EF (30,3%). Atualmente a maioria dos participantes são adeptos ao EF (60,5%) e, entre os tipos de EF relatados pelos participantes, o treinamento resistido é o predominante (27,6%).



Tabela 2 – Condições de saúde e prática de atividade física de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no Instituto Vigor, Porto Velho/RO em 2020

Variáveis	n	%
<b>Condições de saúde</b>		
<b>IMC</b>		
Eutróficos	31	41,9
Sobrepeso	32	43,2
Obesidade grau I	8	10,8
Obesidade grau II	3	4,1
<b>Ansiedade</b>		
Não	60	78,9
Sim	16	21,1
<b>Depressão</b>		
Não	60	78,9
Sim	16	21,1
<b>Consumo de Álcool</b>		
Não	20	26,3
Sim	34	44,7
Sim, após a cirurgia bariátrica	11	14,5
Não, após a cirurgia bariátrica	11	14,5
<b>Fumo</b>		
Não	56	73,7
Sim	3	3,9
Parou de fumar após a CB	5	6,6
Parou de fumar antes da CB	12	15,8
<b>Prática de atividade física</b>		
<b>Você realizava atividade física antes da CB</b>		
Sim	23	30,3
Não	53	69,7
<b>Atualmente pratica atividade física</b>		
Sim	46	60,5
Não	30	39,5
<b>Qual tipo de atividade física que pratica</b>		
Treino Cardiovascular	15	19,7
Treino Resistido	21	27,6
Outros (treino cardiovascular e resistido)	12	16,8
Nenhuma	28	36

Fonte: Os autores.

O resultado em relação à adesão ao EF (EARS-Br) apontou que a maioria possui comportamento não aceitável (63,2%). A maior parte concorda que faz menos exercícios do que o recomendado pelo seu profissional de saúde (53,9%) e relata que não consegue se organizar para fazer seus exercícios (40,8%) (Tabela 3).



Tabela 3 – Comportamento de adesão ao exercício físico (EARS-Br/seção B) de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no Instituto Vigor, Porto Velho/RO em 2020

Escala de adesão ao EF Seção B	Discordo totalmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%
Eu faço os meus exercícios de acordo com a frequência recomendada	20	26,3	1 7	22,4	39	51,3
Eu esqueço de fazer meus exercícios	37	48,7	15	19,7	24	31,6
Eu faço menos exercícios do que o recomendado pelo meu profissional de saúde	30	39,5	5	6,6	41	53,9
Eu encaixo meus exercícios na minha rotina	21	27,6	10	13,2	45	59,2
Eu não consigo me organizar para fazer meus exercícios	35	46,1	10	13,2	31	40,8
Eu faço a maioria, ou todos os meus exercícios	27	35,5	13	17,1	36	47,4
Comportamento	Comportamento não aceitável				Comportamento aceitável	
	n	%	n	%	n	%
	48	63,2	28	36,8		

Fonte: Os autores.

A Tabela 4 apresenta a seção C do EARS-Br em que se distingue as principais razões para a não adesão e as razões para aderir ao EF. Não ter tempo (97,4%) e ter dores (46,1%) são as principais razões para não aderir ao EF. A predominância dos motivos para aderir à prática de EF é melhorar a saúde (73,7%), ser motivado pela família e amigos (69,7%) e sentir-se autoconfiante (64,5%).

Tabela 4 – Razões de adesão ao exercício físico (EARS-Br/seção C) de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no Instituto Vigor, Porto Velho/RO em 2020

Razões de adesão ao EF Seção C	Discordo totalmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%
Eu não tenho tempo para fazer meus exercícios	2	2,6	0	0	74	97,4
Outros compromissos impedem que eu faça meus exercícios	44	57,9	8	10,5	24	41,6
Eu não faço meus exercícios quando estou cansado	35	46,1	13	17,1	28	36,8
Eu sinto autoconfiança para fazer os meus exercícios	15	19,7	12	15,8	49	64,5
Minha família e meus amigos me motivam a fazer os meus exercícios	12	15,8	11	14,5	53	69,7
Eu faço os meus exercícios para melhorar minha saúde	10	13,2	10	13,2	56	73,7
Eu faço meus exercícios porque gosto deles	14	18,4	14	18,4	48	63,2
Eu interrompo meus exercícios quando minha dor piora	22	28,9	19	25,0	35	46,1
Eu não tenho certeza de como fazer os meus exercícios	39	51,3	14	18,4	23	30,3

**Seção C:** = Maiores razões = maior aproximação de 36 pontos (P75)  $\geq$  25 pontos; Menores razões = menor aproximação de 36 pontos; < 25 pts.

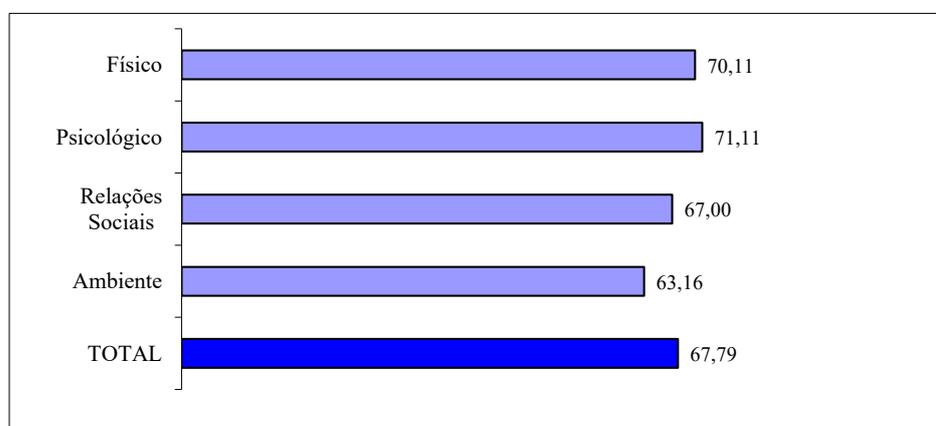
Fonte: Os autores.



A confiabilidade interna das Seções B e C da EARS-Br foi obtida pelo coeficiente Alfa de Cronbach em que o  $\alpha$  das Seções B e C foram considerados quase perfeitos<sup>13</sup> com valores 0,87 e 0,72 respectivamente.

A QV dos participantes do estudo aferida pelo Whoqol Bref apresentou média 67,79 pontos. Considera-se que quanto mais próximo de 100 pontos, melhor é a QV do indivíduo. Os valores atribuídos a cada domínio estão apresentados na Figura 1. O domínio psicológico apresentou a maior pontuação (71,11), seguido do domínio físico (70,11), e relações sociais (67). O domínio meio ambiente foi o que apresentou pontuação mais baixa (63,16) A confiabilidade interna do Whoqol-Bref foi considerada quase perfeita (Alfa de Cronbach =0,90).

Figura 1 – Qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no Instituto Vigor, Porto Velho/RO em 2020



Fonte: Os autores.

Ao fazer a associação entre QV e adesão ao EF nos participantes desta pesquisa, não foi encontrada correlação significativa ( $r=0,063$ ;  $p=0,825$ ).

## DISCUSSÃO

Apesar de, no Brasil, a frequência de excesso de peso ser ligeiramente maior entre homens (57,1%) do que entre mulheres (53,9%)<sup>3</sup>, prepondera a busca de pessoas do sexo feminino pela CB, em virtude de atender ao anseio de se enquadrar nos padrões de beleza de mulheres magras estabelecido culturalmente<sup>14</sup>. O presente estudo ratifica essa afirmativa, pois os resultados apresentaram predomínio de mulheres (78,9%), o que se assemelha a outros estudos<sup>7,13,15,20</sup> realizados no Brasil. O perfil dos operados pesquisados em Porto Velho foi parecido com o encontrado em outros estudos realizados em território brasileiro<sup>7,13,15,20</sup>, apresentando predomínio de pessoas com o Ensino Superior completo, em união estável e com renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos.

Neste estudo a predominância do IMC foi de indivíduos eutróficos ou com sobrepeso. A maior perda de peso ocorre nos primeiros dois anos após a realização do procedimento cirúrgico<sup>16</sup>, tempo de realização da cirurgia dos pacientes analisados, fator que pode justificar o resultado. Semelhantemente outros estudos<sup>2,7,16,20</sup> apontaram IMC entre 29,1kg/m e 31 kg/m pós-cirúrgico

---

de 60 meses. A estabilização de peso corporal acontece até o sexto ano pós-CB, levando a parâmetros pré-cirurgia até o 8º ano, quando não há alterações no modo de viver do paciente<sup>17</sup>.

Hábito nocivo à saúde como o tabagismo não foi encontrado neste estudo na maioria dos participantes, corroborando outros achados na literatura<sup>13,20</sup>, em que aproximadamente 94,6% dos pesquisados pós-CB não eram adeptos ao tabagismo. O etilismo, entretanto, foi presente na maioria dos participantes deste estudo e 14,5% adquiriram esse hábito após a CB. Em pesquisa semelhante, foi possível encontrar<sup>23</sup> prevalência significativamente maior de consumo de bebidas alcoólicas no segundo ano pós-operatório, passando de 7,6% no pré-operatório para 9,6%. Embora não haja consenso, pode-se justificar esse aumento no consumo de bebidas alcoólicas em razão da sensibilidade aumentada ao uso de álcool após a CB. Para operados de CB, doses menores de bebida alcoólica causam maior intoxicação comparada ao período anterior à operação.<sup>18</sup> Um estudo de revisão<sup>30</sup> sugere que se correlaciona o aumento modesto, mas consistente, na prevalência de abuso de álcool e outras substâncias após a cirurgia para perder peso. Outra possibilidade relevante analisa o sistema de recompensa, uma vez que tanto as drogas químicas quanto os alimentos altamente palatáveis tornam as vias desse sistema cerebral hiper-responsivas, realizando a transferência de compulsão, da alimentar para a etílica<sup>18</sup>. Em contrapartida, outro estudo<sup>13</sup> obteve apenas 4,3% de pacientes etilistas no pós-operatório.

A redução do peso corporal é o principal desfecho desejado no pós-operatório do paciente bariátrico e esta perda de gordura é associada com a melhora na QV<sup>2,7,8,9,13,15,16,20,23,27</sup>. Neste estudo, a QV de forma geral dos pacientes foi positiva com média de 67,79 pontos, considerada muito boa. Resultados semelhantes foram encontrados<sup>7,16,20,23</sup> em estudos anteriores. Foi possível verificar que, antes da intervenção cirúrgica, 25% dos pacientes consideravam sua QV como boa e após a CB, esse índice aumentou para 75%<sup>25</sup>. Quando se analisa os domínios estabelecidos no Whoqol-Bref, nesta pesquisa, os domínios físico e psicológico são os que mais contribuem para a QV muito boa.

Alguns efeitos trazidos com a diminuição da massa gorda do corpo é a inserção em ambientes sociais<sup>34</sup>, melhora da imagem corporal, que ocasiona mais disposição para a vida laboral e possibilita uma melhor desenvoltura nos EF, sociais e sexuais. Assim, a autoestima, a diminuição das comorbidades, o bem-estar, a oferta de novas perspectivas de vida dos pacientes causam um impacto positivo da QV<sup>19,20</sup>. Esse fato pode justificar o motivo do domínio psicológico ter sido mais bem pontuado neste estudo, entretanto a ideia de que esse procedimento cirúrgico possa “milagrosamente” transformar os obesos mórbidos em pessoas sadias precisa ser revisto, pois geralmente eles não saem dos ambientes obesogênicos.

O *American College of Sports Medicine* (ACSM)<sup>25</sup> recomenda que os indivíduos com obesidade acumulem pelo menos 150-250 minutos de atividade física com intensidade moderada por semana, para colaborar com a perda de peso e prevenir o reganho. Recentemente, a OMS<sup>26</sup> estabeleceu novos parâmetros de orientações para prática de atividade física, considerando que os adultos devem fazer de 150-300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada;



---

ou pelo menos 75-150 minutos de atividade física com intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana, para benefícios substanciais à saúde. Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que antes da CB a maior parte da amostra era inativa (69,7%) e após a realização do procedimento cirúrgico grande parte considerava-se ativa (60,5%). Ao analisar os resultados da EARS-Br, entretanto, houve a predominância de indivíduos com comportamento não aceitável para adesão ao EF. Em pesquisa semelhante<sup>27</sup>, pacientes aumentaram a quantidade de exercícios desde o pré-operatório e a maioria relatou praticar EF regularmente durante o primeiro ano pós-operatório, todavia a maioria não atingiu o nível recomendado de atividade física.

Ao perder peso, o indivíduo pode mudar seu estilo de vida, mas isso pode ser auxiliado por alguns profissionais<sup>24</sup> como os de Educação Física. Níveis mais baixos de EF, comportamento alimentar desordenado e QV mais baixa estão associados a resultados de perda de peso malsucedido e pelo reganho e gordura corporal após CB<sup>28</sup>. Há evidências de que a prática regular de EF pode promover melhoria nos parâmetros de capacidade funcional e QV, contribuindo não só para a manutenção dos resultados cirúrgicos, como também nas condições gerais de saúde<sup>17</sup>, visto que o procedimento da CB não minimiza os riscos associados a um estilo de vida sedentário<sup>22</sup>. A sazonalidade da prática de EF assemelha-se à condição do sedentário e minimiza os efeitos benéficos do treinamento<sup>21</sup>. Neste estudo, todavia, assim como em outro similar<sup>18</sup> a satisfação com o físico e com os aspectos psicológicos pode indicar que devido à perda de peso corporal os operados de CB podem não perceber necessidade de EF.

Quanto aos motivos que justificam a não adesão ao EF, a falta de tempo foi a maior responsável, seguido da presença de dor ao executar EF. A dificuldade em administrar o tempo destinado para a família, além da jornada laboral excessiva, são alguns dos motivos que justificam esse resultado<sup>21</sup>. O pretexto da falta de tempo, no entanto, apenas indica a ausência de interesse e/ou envolvimento com a EF, podendo haver incongruência entre a percepção e a real barreira do tempo<sup>21</sup>, nesta perspectiva, o gerenciamento do tempo deve ser um desafio e não uma justificativa.

Para aqueles que aderiram ao EF, os principais motivos foram melhorar a saúde, gostar de praticar exercício, confiança e estímulo familiar e de amigos. Estudo semelhante<sup>27</sup> constatou que melhorar a saúde geral, a vitalidade e melhorar a saúde mental foram os motivos para aderir ao EF.

As atividades mais procuradas foram treinamentos de resistência muscular seguida das atividades cardiovasculares. A CB acarreta uma diminuição da massa corporal magra, promovendo um impacto negativo no diâmetro, na força muscular estática e dinâmica, fatores desencadeados pela redução calórica e/ou má absorção dos nutrientes decorrentes.<sup>29</sup> Nesta perspectiva, a amostra deste estudo considerada ativa, ao realizar exercícios de força, está fazendo o tipo de atividade física ideal para sua condição.

A QV dos pacientes pós CB é boa, independentemente do sexo, da escolaridade, do EF, do tempo de cirurgia<sup>15,27</sup> e conforme o período pós-operatório se amplia e quanto mais próxima a perda de peso do ideal desejado, maior é o



desinteresse da população bariátrica pela prática de EF<sup>16</sup>. Esta afirmativa pode justificar a falta de correlações significativas entre a aderência ao EF e QV neste estudo. Outros estudos concluíram que são fatores influenciadores da QV a redução do IMC (perda de peso corporal) e a renda familiar<sup>15,27</sup>.

O aconselhamento que começa no pré-operatório pode ajudar a preparar os pacientes para EF que será recomendado após a cirurgia<sup>4</sup>. O profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar nos períodos pré e no pós-operatório é essencial para que o paciente obtenha orientação e prescrição de exercícios adequados.

Algumas limitações foram encontradas neste estudo. A principal foi a falta de pesquisas utilizando o EARS-Br para comparações de resultados, visto que é um instrumento recente. A coleta de dados ter sido realizada em 2020, durante a pandemia de Covid-19, pode ter dificultado a adesão à prática de atividade física por parte dos participantes do estudo, influenciando os resultados. Outro fator foi em relação à recusa de participar da pesquisa pelos pacientes, que sentem vergonha em expor que realizaram o procedimento bariátrico.

## CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que indivíduos que realizaram CB apresentaram QV considerada muito boa. O comportamento de adesão ao EF foi insatisfatório e a relação entre adesão ao EF e QV não foi identificada. A falta de tempo e a dor foram os principais fatores que justificaram a não aderência a programas de EF.

A inserção de um profissional de Educação Física nos períodos pré e pós CB poderá auxiliar na adesão ao EF e ser uma estratégia que iniciaria a mudança de estilo de vida. Do mesmo modo, o reforço do EF como tratamento não medicamentoso no pós-operatório (não apenas como recomendação) pode contribuir para evitar o reganho de peso e garantir os benefícios da EF, comprometendo o paciente bariátrico com sua saúde. A realização de outros estudos é recomendada, sobretudo aqueles que visem a detalhar os procedimentos pós-cirúrgicos e acompanhamento longitudinal dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- 1 Junior ABG et al. Histórico do tratado cirúrgico da obesidade. In: Mancini, MC. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
- 2 Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM. Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018. 28 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>. Acesso em: 25 out. 2020.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel, 2019. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.
- 4 SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. A cirurgia bariátrica. 5 out. 2017. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/a-cirurgia-bariatrica/>. Acesso em: 25 out. 2020.
- 5 Tonatto-Filho AJ et al. Cirurgia bariátrica no sistema público de saúde brasileiro: o bom, o mau e o feio, ou um longo caminho a percorrer. Sinal amarelo! ABCD, Arq. Bras. Cir.



Dig. 2019; 32 (4): 1470. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/w3QzJRsbcnphkjdBKnGqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2021.

- <sup>6</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM Nº 2.131/2015. (Publicada no D.O.U. em 13 jan. 2016, Seção I, p. 66). Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10. [Internet] Diário Oficial da União 2010; 12 fev. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>. Acesso em: 7 jul. 2019.
- <sup>7</sup> Castanha CR et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2018;45(3):1.864. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/hb3Vb9dpbrRmkGR-fKZ7Bmzj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2019.
- <sup>8</sup> Kirkil C et al. Qualidade de vida após gastrectomia vertical laparoscópica usando o Sistema Baros. *ABCD. Arq. Bras. Cir. Dig.* 2018;31(3):1.385. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/mGPwxf5xLHjRcmthtPzhZqd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.
- <sup>9</sup> Fontana AD et al. Bariatric Surgery Associated with Practice of Moderate to Intense Physical Activity Related to Weight Loss, Activity Level in Daily Life, Dyspnea, and Quality of Life of Sedentary Individuals with Morbid Obesity: a Prospective Longitudinal Study. *Obesity surgery*. Springer Science+Business Media. 2019;29(8):2.442-2.448. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30955157/>. Acesso em: 14 jul. 2020.
- <sup>10</sup> Lira MR et al. A versão em português do Brasil da Escala de Avaliação de Adesão ao Exercício (EARS-Br) apresentou confiabilidade, validade e responsividade aceitáveis na lombalgia crônica. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):294. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17152/tde-12112019-102630/publico/MARIANAROMANODELIRA.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- <sup>11</sup> Fleck, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(2):178-183. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QJNj4xHsRzMFbF7trN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2019.
- <sup>12</sup> Landis JR; Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174.
- <sup>13</sup> Barros LM et al. Mudanças de hábitos de vida de pacientes em pós-operatório da cirurgia bariátrica. *RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2018;12(74):812-819. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/800>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- <sup>14</sup> Marcuzzo M et al. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Comunicação Saúde Educação*. 2012;16(43):943-954. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4212.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- <sup>15</sup> Neto PP et al. Avaliação da qualidade de vida associada à obesidade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Motri. Ribeira de Pena*. 2018;14(1):123-132. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S-1646-107X2018000100016](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1646-107X2018000100016). Acesso em: 4 ago. 2020.
- <sup>16</sup> Santos MMM et al. Avaliação da condição de saúde e da qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2018;12(74):730-737. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/781>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- <sup>17</sup> Terra CMO et al. Relação entre nível de atividade física em lazer, antropometria, composição corporal e aptidão física de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica e um grupo equivalente não operado. *ABCD, arq. Bras. Cir. Dig.* 2017;30(4):252-255. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/m3sJZsdZDrTgqdwqN8VjmwL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- <sup>18</sup> Gregorio VD et al. O padrão de consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. *ABCD – Arq. Bras. Cir. Dig.* 2018;31(2):137. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/abcd/a/8hKjN6c6qgnYmWgdYy5bjMq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2021.

- <sup>19</sup> Lacerda RMR et al. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2018;45(2):1793. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/pDyRswC4sG4gLsWXqJfnjFz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- <sup>20</sup> Lima AR, et al. Evolução ponderal e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2018;12(76):1.087-1.094. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/839/630>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- <sup>21</sup> Saba, Fábio. Aderência. A prática do exercício físico em academias. São Paulo: Manole, 2001.
- <sup>22</sup> Pereira LMC, Aidar FJ, Matos DG, Neto JPF, Souza RF, Sousa ACS, Almeida RR, Nunes MAP, Silva NA, Júnior WMS. Avaliação dos fatores de risco cardiometabólico, níveis de atividade física e qualidade de vida em grupos estratificados até 10 anos após a cirurgia bariátrica. *Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública.* 2019;6(11):1975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6603870/#B45-ijerph-16-01975>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- <sup>23</sup> Stival NA, Reis JB, Cabral JF, Oliveira JO. Perspectiva da pessoa submetida à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2019;13(77):79-89. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/884/650>. Acesso em: 11 fev. 2019.
- <sup>24</sup> Ambrosio ES, Martins LAL. Autoconfiança, autoestima e a percepção do self vivenciadas pós-cirurgia bariátrica. *Revista de Psicologia.* 2020;11(2.):11. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/42792>. Acesso em: 2 jan. 2021.
- <sup>25</sup> ACSM. American College of Sports Medicine. Physical activity intervention strategies appropriate for weight loss and weight gain prevention for adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 2009;41(2):459-471. Disponível em: [https://www.sportmedicine.ru/recomendations/acsm\\_-\\_appropriate\\_physical\\_activity\\_intervention\\_strategies\\_for\\_weight\\_loss.pdf](https://www.sportmedicine.ru/recomendations/acsm_-_appropriate_physical_activity_intervention_strategies_for_weight_loss.pdf). Acesso em: 11 fev. 2019.
- <sup>26</sup> OMS. Organização Mundial de Saúde. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 8 jan. 2019.
- <sup>27</sup> Stolberg CR, Mundbjerg LH, Bladbjerg EM, Funch-Jensen P, Gram B, Juhl CB. Physical training following gastric bypass: effects on physical activity and quality of life – a randomized controlled trial. *Quality of Life Research.* 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30046976/>. Acesso em: 8 jul. 2020.
- <sup>28</sup> Amundsen T, Strommen M, Martins C. Suboptimal Weight Loss and Weight Regain After Gastric Bypass Surgery-Postoperative Status of Energy Intake, Eating Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. *Obesity Surgery.* 2017; 27:1.316-1.323. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914028/>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- <sup>29</sup> Chaves RA, Pereira EN, Aquino C, Marchesinid C, Pessoa JST. Efecto del entrenamiento de fuerza sobre la aptitud física tras cirugía bariátrica: revisión sistemática. *Rev Andal Med Deporte.* 2020;13(4):221-227. Disponível em: <https://ws072.juntadeandalucia.es/ojs/index.php/ramd/article/view/660/1172>. Acesso em: 5 jan. 2021.
- <sup>30</sup> Cerón-Solano G, Zepeda RC, Lozano JGR, Roldán-Roldán G, Morin JP. Bariatric surgery and alcohol and substance abuse disorder: A systematic review, *Cirurgía Española (English Edition).* 202;99(9):635-647. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173507721002465?via%3Dihub>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- <sup>31</sup> Landis JR; Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-174



Todo conteúdo da Revista Contexto & Saúde está  
sob Licença Creative Commons CC - By 4.0