



Qualidade de vida do doente submetido a cirurgia bariátrica

Quality of life of patients undergoing bariatric surgery

Joana Sofia da Rocha Marques

Orientada por:

Mestre Carla Ferreira Silva

Revisão Temática

1º Ciclo em Ciências da Nutrição

Porto, 2012

Índice

Agradecimentos	iii
Lista de Abreviaturas	vi
Resumo em Português e Inglês	v
1 - Introdução	1
1.1. - Tipos de Cirurgia Bariátrica.....	5
2. - Qualidade de vida do doente obeso	6
3. - Qualidade de vida do doente submetido a Cirurgia Bariátrica	8
3.1. - Melhoria do Estado de Saúde Geral	9
3.2. - Funcionamento Psicossocial	11
4. - Análise Crítica	12
4.1. - Análise dos Questionários	13
5. - Conclusões	15
6. - Anexos	17
7 - Referências bibliográficas	22

Agradecimentos

À minha família, pelo apoio constante;

À minha irmã, por me ser a minha salvação em todas as ocasiões;

Ao Filipe, por estar sempre disposto a ajudar e por estar sempre do meu lado;

À Dra Carla, por me ajudar ao longo de todo o estágio;

À Dra Isabel Silva e à Prof Dra Helena Cardoso, por me deixarem fazer parte da
sua equipa;

A todos os doentes que colaboraram comigo e que me ajudaram a percebê-los
melhor ...!

Índice de Abreviaturas

BGA – Banda gástrica ajustável

BGYR – *Bypass Gástrico Y-em- Roux*

CB – Cirurgia Bariátrica

DM – *Diabetes Mellitus*

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

IR - Insulinoresistência

HRQL- *Health-related quality of life*

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument*

Resumo

A obesidade é uma epidemia mundial e a sua prevalência tem aumentado continuamente durante as últimas três décadas. Esta patologia já não afeta apenas pessoas em idade adulta, mas também em idade pediátrica. Esta está associada a diversas comorbilidades e a uma esperança de vida diminuída. Também conduz a consequências psicossociais, como depressão, baixa autoestima, preconceito e discriminação social, problemas estes que também deterioram a qualidade de vida destes doentes. A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz e duradouro para esta doença, resultando numa diminuição marcada da morbilidade e mortalidade. Esta solução para a obesidade também resulta numa melhoria significativa em termos psicossociais, conduzindo a mudanças na qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida, cirurgia bariátrica, obesidade

Abstract

Obesity is a worldwide epidemic and its prevalence has increased considerably during the last three decades. This pathology does not only affect people in adulthood, but also children. It is associated with various comorbidities and people with this disease have a reduced life expectancy. It is also leads to psychosocial consequences, such as depression, low self-esteem, prejudice and discrimination, problems that also deteriorate the quality of life of these patients. Bariatric surgery is the most effective and durable treatment for this disease, resulting in a marked decrease morbidity and mortality. This solution to obesity also leads to a significant improvement in psychosocial terms, leading to positive changes in their quality of life.

Keywords: quality of life, bariatric surgery, obesity

1 - Introdução

A obesidade é um problema emergente em todo o Mundo, tendo duplicado a sua prevalência desde 1980. É uma doença crónica, multifatorial e complexa que se desenvolve de uma interação do genótipo com o ambiente. O nosso conhecimento acerca da maneira como a obesidade se desenvolve é incompleta, mas envolve a integração de fatores sociais, comportamentais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos ^[1]. Há estudos que provam que a presença de obesidade num ou nos dois pais, provavelmente influencia o risco de obesidade na sua descendência, devido à partilha de genes e aos fatores ambientais entre a família ^[2].

O excesso de peso e a obesidade são definidos como uma acumulação de gordura anormal ou excessiva que pode prejudicar a saúde ^[3].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um adulto apresenta excesso de peso quando o seu Índice de Massa Corporal (IMC) é \geq a 25 kg/m² e é obeso quando é \geq a 30 kg/m² ^[3].

Os números da obesidade são alarmantes, sendo que em 2008, 1,5 bilhões de adultos (com 20 ou mais anos) apresentavam excesso de peso. Destes, mais de 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres eram obesas. De acordo com a OMS, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos terão excesso de peso e 700 milhões serão obesos em 2015. 65% da população mundial vive em países onde o excesso de peso e a obesidade mata mais do que a desnutrição ^[3].

Apesar de a obesidade ser prevenível, esta já atinge não só os adultos, mas também as crianças. Em 2010, perto de 43 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos apresentavam excesso de peso. Um problema que era outrora considerado exclusivo nos países desenvolvidos, é agora crescente nos países

ainda em desenvolvimento; perto de 35 milhões de crianças com excesso de peso vivem em países em desenvolvimento em contraste com os 8 milhões que vivem em países desenvolvidos ^[3].

A obesidade infantil está associada a um maior risco de obesidade, morte prematura e incapacidade na idade adulta ^{[3];[4];[5]}. Para além dos riscos futuros aumentados, as crianças obesas experimentam dificuldades respiratórias, risco aumentado de fraturas, hipertensão arterial (HTA), marcadores prematuros de doença cardiovascular, insulinoresistência (IR) e efeitos psicológicos^[3]. Assim, a prevenção de obesidade infantil e o tratamento efectivo do excesso de peso em crianças é essencial ^[2].

O IMC elevado é um grande fator de risco para doenças não-transmissíveis como: doenças cardiovasculares, que foram a maior causa de morte em 2008; diabetes (DM); desordens músculo-esqueléticas (especialmente osteoartrites); e alguns tipos de cancro (como o cancro do endométrio, da mama, da próstata e do cólon) ^[1]. Os indivíduos obesos, para além de todos estes problemas físicos, sofrem também de discriminação e estigma social por parte dos seus pares ^[1].

Há estudos que apoiam que o excesso de peso durante a adolescência tem importantes consequências sociais e económicas que são maiores do que aquelas que estão associadas a muitas outras condições crónicas de saúde física. Estas consequências derivam do papel potencial do estigma associado com a obesidade e o excesso de peso, e a subsequente discriminação. A obesidade difere de muitas outras condições crónicas devido à sua visibilidade ^[6]. Ao contrário de atributos tais como a cor da pele ou o sexo da pessoa, Rothblum afirma que “pensa-se que o peso deve estar sob controlo voluntário, assim sendo, as pessoas gordas são responsáveis pela sua condição e pela sua mudança” ^[7].

A obesidade acarreta altos custos relacionados com o tratamento e o diagnóstico da doença (consultas médicas, exames de diagnóstico, medicação e internamentos hospitalares), mas também com a perda de produtividade, baixas laborais, pensões por invalidez e mortalidade prematura. Além disso, a diminuição da qualidade de vida (QV) dos indivíduos acarreta outros “custos” impossíveis de quantificar [8];[9]. Em termos absolutos, o custo total da obesidade nos países da União Europeia, em 2002, foi de cerca de 32 bilhões de euros [10]. Em Portugal as despesas de saúde atribuíveis à obesidade já atingiram 3,5% dos gastos totais, referindo-se este valor apenas aos custos relacionados com o tratamento e o diagnóstico da obesidade [9].

Existem várias opções terapêuticas que procuram reverter a epidemia global com que atualmente nos deparamos. Um controlo eficiente do peso envolve uma abordagem multidisciplinar, podendo ser feita através de terapêutica dietética, prática de atividade física regular, terapia comportamental, farmacoterapia, cirurgia bariátrica (CB) ou combinações de diferentes técnicas [1].

Apesar do tratamento não-cirúrgico da obesidade estar disponível, através de modificações de estilo de vida e terapêuticas medicamentosas, este método tem sucesso a curto prazo limitado e um sucesso a longo prazo quase inexistente [11];[12].

O número de doentes submetidos a CB tem vindo a aumentar nos últimos anos [13]. O tratamento cirúrgico desta patologia é baseado nos princípios de restrição da ingestão alimentar e na malabsorção. Este tipo de tratamento resulta na melhoria da QV e das doenças relacionadas com a obesidade [14].

As indicações para CB foram delineadas em 1991 pelo “*National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel*”. Adultos com um IMC ≥ 40

kg/m² ou aqueles com IMC \geq 35kg/m² que tenham também risco elevado de comorbilidades (como DM descontrolada, síndrome de apneia obstrutiva do sono [SAOS], cardiomiopatia relacionada com a obesidade) ou que sofram de lesão funcional ou física relacionada com a obesidade podem ser candidatos para CB. Além disso, os doentes devem ter um risco aceitável para a cirurgia e devem ter falhado tentativas anteriores não cirúrgicas para perda de peso ^{[1];[15];[16]}. As contraindicações para a CB incluem doentes com depressões *major* não tratadas ou psicoses, *binge eating*, com abuso de álcool e drogas, doença cardiovascular severa com risco operatório proibitivo, coagulopatia severa ou incapacidade para viver com as necessidades nutricionais a longo prazo do pós-operatório, incluindo a suplementação vitamínica/mineral ^{[1];[15]}.

A CB pode ser realizada através de uma longa incisão abdominal ou por via laparoscópica, sendo que esta última é a mais comum e mais vantajosa, pois está associada a menor probabilidade de complicações, menos dor e menor tempo de recuperação pós-cirúrgica, sem comprometimento da eficácia da cirurgia ^{[17];[18]}.

Uma revisão da literatura mostra que a CB em adolescentes entre os 12 e os 18 anos de idade é segura e está associada com a perda de peso, correção das comorbilidades da obesidade e melhoria da autoimagem e da socialização^[15].

Os doentes devem estar educados para identificar a CB como um dos componentes de um plano completo para a melhoria da saúde. Devem também ter em conta que o exercício e o envolvimento a longo prazo no programa é crítico para o seu sucesso, que devem fazer escolhas alimentares saudáveis para a vida, enfatizando os suplementos proteicos e vitamínicos^[19].

1.1 Tipos de CB

Existem três tipos de CB, as restritivas, as malabsortivas e as mistas; todas elas assentam na restrição do consumo alimentar e/ou malabsorção dos alimentos. Diferem entre si na magnitude da perda de peso resultante e sua manutenção, nas taxas de mortalidade e morbidade associadas à cirurgia, nos efeitos secundários e nas taxas de resolução das comorbilidades associadas à obesidade ^[17].

Procedimentos restritivos são aqueles em que há uma restrição do conteúdo gástrico, provocando saciedade precoce com pequena quantidade de alimento ingerido, por meio da diminuição do volume gástrico ^{[14];[20]}. Como exemplo temos a banda gástrica ajustável (BGA) e o *sleeve* ^{[14];[17]}.

As técnicas malabsortivas possibilitam a diminuição da absorção de alimentos pela ressecção cirúrgica de parte do trato gastrointestinal. Um exemplo destas técnicas é a derivação biliopancreática ^[20].

Os procedimentos restritivo-malabsorptivos são aqueles que além de provocar restrição, evitam a absorção de nutrientes por meio de uma derivação no intestino delgado, diminuindo a área absorptiva do intestino. Como exemplo temos o *bypass* gástrico em Y-de-Roux (BGYR) ^{[14];[17]} que é considerado o procedimento “*Gold standard*” ^[21].

Os tratamentos cirúrgicos para a obesidade têm eficácia ao nível da perda de peso, que por sua vez vai melhorar várias comorbilidades como SAOS, hipoventilação associada à obesidade, a intolerância à glicose, HTA, DM e dislipidemia. Além disso, vários doentes relatam melhorias a nível de humor e outros aspetos do funcionamento psicossocial após a cirurgia ^{[11];[17]}.

Como qualquer outra cirurgia, a CB não é isenta de riscos. Estas complicações podem ser divididas em complicações precoces e tardias ^[17].

Entre as complicações precoces podem citar-se: risco de desenvolvimento de complicações gerais, incluindo tromboembolismo, insuficiência respiratória ou pulmonar, hemorragias e infecção de feridas. A realização destas intervenções por via laparoscópica tem sido muito importante na diminuição deste tipo de complicações ^{[17];[22]}.

Em relação às complicações tardias, pode ocorrer obstrução gástrica (com a BGA) devido ao aprisionamento de alimentos na parte mais estreita da banda, por sobreinflação ou “*slippage*” da banda. Deficiências vitamínicas e minerais também são complicações muito comuns nas cirurgias malabsorptivas ^{[17];[22]}.

2- Qualidade de vida de um doente obeso

Nos últimos anos, tem aumentado o consenso entre os vários profissionais de saúde de que a obesidade surge como causa não só de desequilíbrios bioquímicos e de doenças físicas, mas também de sintomatologia e perturbações psicológicas e, naturalmente, de dificuldades ao nível da adaptação social ^[23].

O facto de a obesidade ser predominantemente uma condição para toda a vida^[24] e com um impacto negativo na QV dos indivíduos^[25], enfatiza a importância de investigação no campo da QV destes doentes ^[24]. Assim, examinar a condição e/ou a influência do seu tratamento na vida do doente e no seu bem-estar em termos de QV relacionada com a saúde torna-se importante ^[26].

QV é definida pela OMS como “um conceito alargado que é afetado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e

relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respetivo meio” (WHOQOL Group, 1993) ^[25].

Do ponto de vista físico, a obesidade associa-se não só ao aumento da prevalência de algumas doenças, mas também a um aumento dos níveis de dor (com síndromes de dor crónica em alguns casos) e aos níveis de mortalidade e morbilidade somática e também psicológica ^[27].

O sofrimento emocional dos doentes com obesidade mórbida pode levar muitos doentes a recorrer a CB ^[28]. Alguns estudos sugerem que, especialmente para doentes do sexo feminino, o desejo de melhorar o seu aspeto físico e evitar a vergonha são os maiores motivadores para a CB ^[29]. Os doentes que elegem a CB para o tratamento da obesidade relatam vários episódios de discriminação e preconceito. A maioria dos doentes sentem-se ridicularizados e socialmente condenados pelo “crime” de serem morbidamente obesos, sentimento este que é marcadamente alterado após a cirurgia ^[28].

Foi realizado no Hospital de Sahlgrenska da Universidade de Goteborg - Suécia, um estudo comparativo para avaliação do estado de saúde e funcionamento psicossocial duma população de 1743 obesos, 800 homens (IMC \geq 34Kg/m²) e 943 mulheres (IMC \geq 38Kg/m²), que foram divididos por um grupo de controlo constituído por população saudável com peso normal e outro grupo constituído por doentes crónicos. Concluiu-se que, de um modo geral, os obesos apresentavam um estado de saúde debilitado e uma diminuição do bom humor, sendo estas perturbações mais graves nas mulheres do que nos homens; a ansiedade e/ou a depressão e a morbilidade psiquiátrica tinham maior grau de incidência nos obesos, sendo as mulheres as mais afetadas; a sensação de bem-estar psicológico era menor nos obesos do que nos doentes com artrite

reumatoide ou com cancro. A inatividade física foi o fator de risco proeminente, sendo que o número de tentativas de dieta e a imagem corporal apresentavam uma correlação positiva com o aumento de peso ^[30]. Os resultados deste estudo sugerem, de forma convincente, que a obesidade grave é um fator debilitante para a saúde e funcionamento psicossocial ^[27].

3 – Melhoria na Qualidade de Vida do doente submetido a CB

A CB está rapidamente a emergir como um tratamento *standard* para indivíduos severamente obesos ($IMC \geq 40 \text{Kg/m}^2$) devido aos seus efeitos significativos em termos de perda de peso, comorbidades relacionadas com a obesidade e QV relacionada com a saúde ^{[31];[32]}.

Ainda não existe nenhuma referência *standard* para avaliar a QV após a CB. Existe um grande número de instrumentos para avaliar este parâmetro pré-cirurgia, e alguns estudos foram publicados usando instrumentos específicos para a QV após CB, tais como o *Swedish Obese Subjects Quality of Life* ^[32], o *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS), que incorpora o *Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire* e o *Bariatric Quality of Life* ^{[33];[34];[35]}.

Muller e colaboradores compararam a QV de doentes submetidos a BGA com os submetidos a BGYR usando o *Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire* e não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos, apesar da perda do peso em excesso ser diferente ^[33]. Sabbagh e colaboradores compararam a QV pós-operatório em doentes que foram submetidos a *sleeve* isolado, a *sleeve* após BGA e submetidos apenas a BGA e também não encontraram diferenças significativas após dois anos da cirurgia ^[34].

3.1 - Melhoria do Estado Geral de Saúde

A QV no pós-operatório pensa-se estar dependente da quantidade de perda de peso, resolução de comorbidades, melhoria do funcionamento corporal em tarefas diárias e a ausência de complicações pós-operatório [36].

Em indivíduos com obesidade mórbida a CB reverte, elimina ou melhora significativamente a DM, a dislipidemia, a HTA e a SAOS, benefícios estes que ocorrem na maioria dos doentes que são submetidos a CB [37]. Um estudo prospetivo concluiu que 80% das doenças associadas à obesidade melhoraram ou resolveram-se completamente após apenas 3 anos da cirurgia [38]. Outro estudo observou uma relação positiva entre as mudanças na atividade física e melhorias nos resultados que advêm da CB. Participantes que passaram de inativos para ativos após um ano de cirurgia perderam um total de 6 kg adicionais, reduziram o seu IMC em 2 unidades e perderam 8% do seu excesso de peso comparado com aqueles que permaneceram inativos após a cirurgia, independentemente do sexo, idade, etnia e peso ou IMC pré-operatório [39].

Os resultados do estudo *Swedish Obese Subjects (SOS)*, de Karlsston e colegas, demonstram que uma redução de peso duradoura numa pessoa com obesidade mórbida tem geralmente *outcomes* de longa duração positivos na *Health-related quality of life (HRQL)*. Melhoras em *follow-ups* de 10 anos pós-cirurgia estão associados com a magnitude da perda de peso, exceto no que diz respeito à ansiedade [32].

Os efeitos precoces da CB devem ser tomados como temporários. Depois de atingir a perda de peso máxima, grandes grupos de doentes tratados cirurgicamente começam a aumentar de peso, o que contribuiu para uma diminuição na HRQL, especialmente em domínios de bem-estar mental. Contudo,

os resultados a longo prazo deste estudo sugerem que a manutenção de perda de peso de cerca de 10% é suficiente para ter efeitos positivos e duradouros [32].

O ganho de peso é uma preocupação importante após a cirurgia, apresentando um aumento entre os 46 e os 63% após o segundo ano de cirurgia [40];[41]. Este aumento de peso está associado com o retorno das comorbidades, redução da atividade física e, conseqüentemente, com a deterioração da QV [42].

Entre os fatores que influenciam o ganho de peso, o desequilíbrio da dieta, a falta de exercício físico e a falta de aconselhamento nutricional são bons preditores deste facto. Deste modo, a adoção e promoção de novos hábitos alimentares saudáveis é fundamental para a manutenção da perda de peso a longo prazo e, conseqüentemente, da melhoria da QV [42].

Um tema que também está associado à obesidade é a disfunção sexual. Existem poucos estudos que analisem os efeitos na disfunção sexual da perda de peso resultante da CB, e todos eles apresentam resultados discordantes [43];[44];[45].

A melhoria da função sexual tem sido vista na perda de peso não cirúrgica [46];[47], e parece ser explicada pela melhoria da IR, hipogonadismo e da HTA [48]. Uma vez que a perda de peso associada à CB causa uma melhoria da IR [37], seria expectável que a disfunção erétil também melhorasse após esta. Contudo, as evidências acerca da função erétil em homens após CB são controversas.

Dallas e colaboradores [44], demonstraram melhorias significativas em todos os aspetos do *Brief Sexual Inventory* (BSI) em 95 homens que foram sujeitos a BGRY, com uma média de 19 meses. Também mostraram que a função erétil normalizou em quase todos os doentes quando comparados homens da mesma idade [44].

Pelo contrário, Di Frega e colegas.^[45] demonstraram no seu estudo que 6 homens que foram sujeitos a BGRY desenvolveram disfunção erétil e infertilidade. A redução na absorção de nutrientes, nomeadamente de zinco, após o BGRY, foi a hipótese que deram para a causar deste problema ^[45].

Num estudo de Ranasinghe ^[43], onde o objetivo era avaliar, entre outros parâmetros, a disfunção sexual em homens sujeitos a perda de peso por BGA, os resultados que este obteve não mostravam melhoria na função erétil, mostrando mesmo pioras após a colocação da BGA. Porém, uma vez que este é um procedimento apenas restritivo, onde não se verifica malabsorção de nutrientes, parece ainda não haver razões que justifiquem este problema em doentes submetidos a esta cirurgia ^[43].

3.2- Funcionamento Psicossocial

Um dos objetivos da CB deve ser não só reduzir o peso e contrariar as comorbilidades desse excesso de peso, mas também melhorar o funcionamento psicossocial do indivíduo^[37], que pode motivar os pacientes a aderirem a comportamentos saudáveis que ajudam na manutenção da perda de peso que foi estabelecida pela cirurgia ^[49].

A perceção de bem-estar, da função social, da imagem que têm de si próprios, a autoconfiança, a habilidade de interagir com outros e o tempo passado a fazer atividade física melhora após a CB ^{[37];[50]}. A produtividade e as atividades económicas são melhoradas, incluindo novas oportunidades de emprego e empregos mais lucrativos, tudo isto melhorando a QV dos doentes ^[37]. A melhoria na imagem corporal também é uma das maiores razões para a melhoria psicológica pós-cirúrgica, para uma melhor integração social e melhoria na QV dos doentes ^[51]. Além disso, os doentes mostram grandes melhorias na saúde

mental, relacionados com as preocupações com a saúde, os níveis de energia e sintomas de depressão e ansiedade, quando comparado com os participantes inativos ^[39].

Mesmo contando com a dor e ansiedade da cirurgia, os inconvenientes das restrições dietéticas e possíveis complicações, a QV deve melhorar para a maioria dos doentes submetidos a CB. Fatores como a perda de peso muitas vezes superior a 45 kg, ficarem livres de comorbilidades fatais, melhoria da aparência, das oportunidades sociais e económicas devem melhorar marcadamente a QV, facto este que é apoiado por vários estudos ^{[28];[32];[52];[53]}.

4. Análise Crítica

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de participar na construção de um questionário de QV e cirurgia da obesidade: instrumento este desenvolvido por Silva, I., Cardoso, H., Freitas, C., Silva, C. & Marques, J. (versão em estudo) que tem como objetivo avaliar a QV de candidatos a cirurgia de obesidade e de doentes já submetidos a este tipo de cirurgia. Este questionário é constituído por 87 itens, que avaliam perceção de saúde, perceção de QV, transição de saúde e de QV, funcionamento físico, sintomas, estado emocional, autoconceito, imagem corporal, vida sexual, vida social e constrangimento em público e trabalho. Possui, ainda, alguns itens de natureza aberta que permitem aos respondentes identificar outros domínios importantes da sua QV, avaliando-os em termos de frequência. Após a validação, as subescalas deste questionário serão convertidas numa escala que varia entre 0 (menor qualidade de vida possível) e 100 (maior qualidade de vida possível), utilizando-se uma fórmula de ponderação idêntica à adotada para cotação do SF-36, o que torna os valores obtidos por cada

respondente nas várias subescalas mais facilmente interpretáveis. Depois desta fase inicial, será publicado o estudo de validação deste questionário. Assim, este documento terá que permanecer confidencial até à sua validação e publicação, pelo que não poderá ser anexado a esta revisão temática.

Apliquei este questionário a 30 doentes que se encontram a ser seguidos na consulta de Nutrição do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, tendo como única condição terem sido submetidos a CB, sendo que este foi aplicado em contexto de consulta. Os questionários eram preenchidos individualmente, havendo ajuda de um profissional de saúde quando a alfabetização do doente não fosse suficiente.

Penso que este questionário me ajudou muito durante o estágio a perceber o estado de espírito destes doentes, e que me poderá ajudar a mim, e a outros profissionais de saúde que lidam com estes doentes, a fazer com que estes ultrapassem as dificuldades com que têm de lidar.

4.1 Análise dos Questionários

Das pessoas inquiridas, 26 eram do sexo feminino e apenas 4 do sexo masculino; destas, 23 tinham sido submetidas a BGRY, 5 a BGA e 2 a *sleeve* gástrico. Todos os doentes participantes foram operados entre 14 de Junho de 2006 e 16 de Maio de 2012.

Analisando as respostas por grupo: no 1º grupo, acerca do estado geral atual, a maioria das pessoas classificou a sua saúde como boa. Em relação à QV, a maioria também respondeu que era boa (Gráfico 1, Anexo A). No 2º grupo, que compara a saúde e QV actual com a de um ano atrás, a maioria das pessoas respondeu que tanto a saúde como a QV se encontravam muito melhores do que no ano anterior (Gráfico 2, Anexo A). No 3º grupo, que diz respeito ao

funcionamento físico, este parece ter melhorado na maioria dos participantes. Porém, na última pergunta do grupo que pergunta acerca da boa forma física de cada um, a resposta mais vezes dada foi que raramente se sentiam em boa forma física (Gráfico 3, Anexo A). No 4º grupo acerca de sintomas relacionados com algumas comorbilidades encontradas em doentes obesos, 33% dos inquiridos responderam “nunca”, o que demonstra a melhoria dos sintomas (Gráfico 4, Anexo A). Passando para o 5º grupo, acerca do estado emocional dos participantes, as respostas são mais dispersas, mas não apontam para o perfeito equilíbrio de todos os aspetos emocionais destes inquiridos (Gráfico 5, Anexo A). No 6º grupo, acerca do autoconceito, as respostas são positivas, mostrando que as pessoas no pós-cirúrgico têm uma melhor imagem de si e sentem-se melhor com elas próprias (Gráfico 6, Anexo A). Em relação à imagem corporal, 7º grupo do questionário, os inquiridos mostram que ainda se sentem muito desconfortáveis acerca do seu aspeto físico, apesar deste ter melhorado, e que o medo de voltar a engordar é uma constante (Gráfico 7, Anexo A). No grupo relativo à vida sexual, 8º, apesar da maioria não reportar nenhum tipo de problema, 42% dos inquiridos tem respostas contrárias ao expectável, demonstrando problemas em relação à vida sexual (Gráfico 8, Anexo A). Tal como foi dito anteriormente, este tema ainda não está completamente esclarecido na literatura, pelo que penso que será necessária mais investigação para explicar este fenómeno. No 9º grupo, relativo à vida social e constrangimento em público, os participantes não parecem ter problemas no que diz respeito a estar em público, conviver com outros, e sentir-se bem nestes locais (Gráfico 9, Anexo A). Por último, no grupo respeitante ao trabalho, os inquiridos também não parecem

ter constrangimentos no que diz respeito a entrevistas de trabalho ou na sua produtividade (Gráfico 10, Anexo A).

Sem dúvida que a QV melhora bastante após a CB, tanto no que diz respeito ao estado geral de saúde das pessoas, com a perda de peso acentuada, a melhoria ou mesmo desaparecimento de comorbidades, o melhor funcionamento físico, melhor bem-estar, como também no funcionamento psicossocial dos doentes, pois estes sentem-se mais à vontade com o seu corpo, adquirindo assim uma maior autoestima e um à vontade com as pessoas que as rodeiam. Porém, ainda existem alguns fatores que estão por explicar no que diz respeito a este tema. Por exemplo, a disfunção sexual que, à partida seria melhorada após a perda de peso que segue na CB, e que no entanto não acontece em todos os casos. Já existem algumas explicações mas os estudos que comprovam a causa deste fenómeno ainda são escassos. Também não há consenso acerca da manutenção da QV a longo prazo nestes doentes, havendo estudos que propõem a sua piora após o primeiro ano de cirurgia.

5. Conclusão

Pela análise da literatura existente acerca do tema, concluo que a CB é uma opção favorável para o tratamento da obesidade mórbida, resultando numa perda de peso substancial a longo termo, que é acompanhada por melhorias na saúde e na QV da maioria dos pacientes. Porém, ainda existem questões por responder. Desta forma, torna-se importante o desenvolvimento de questionários que avaliem estas populações a longo termo e de mais investigação neste tema, que esclareçam todos os fenómenos que afetam a QV destes doentes, para os quais ainda não há explicação.

6- Índice de Anexos

Anexo A – Resultados da análise dos inquéritos

ANEXO A

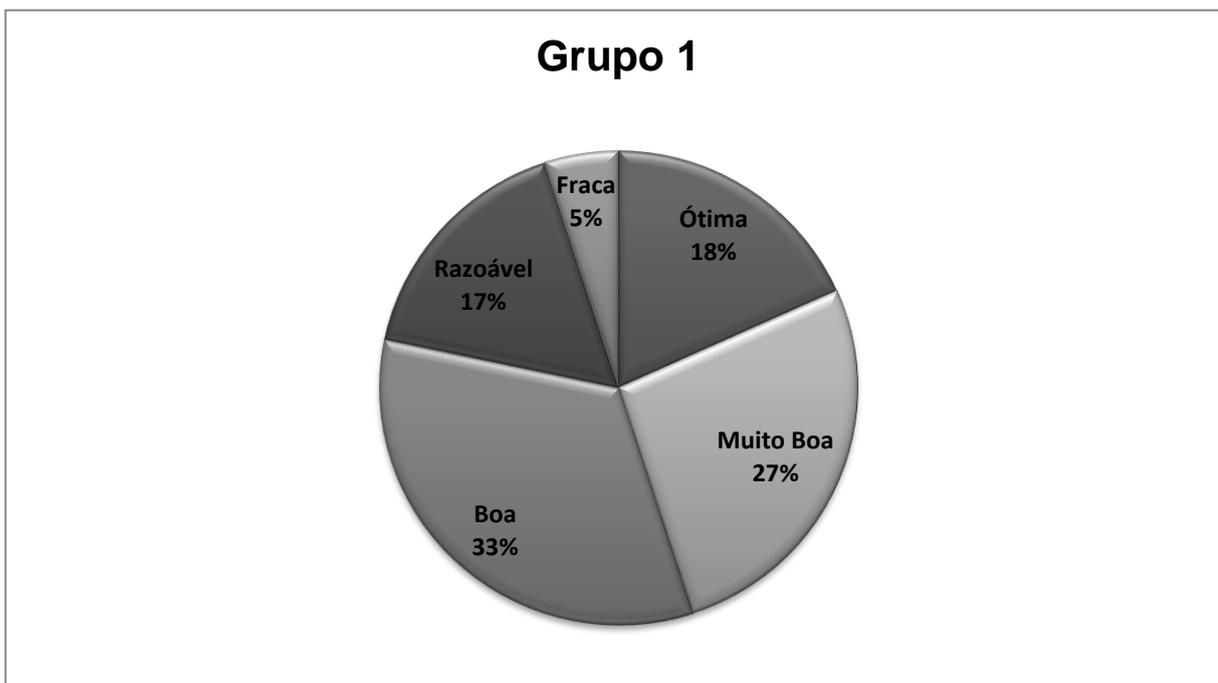


Gráfico 1. Resultados relativos ao Grupo 1, referente à qualidade de vida actual

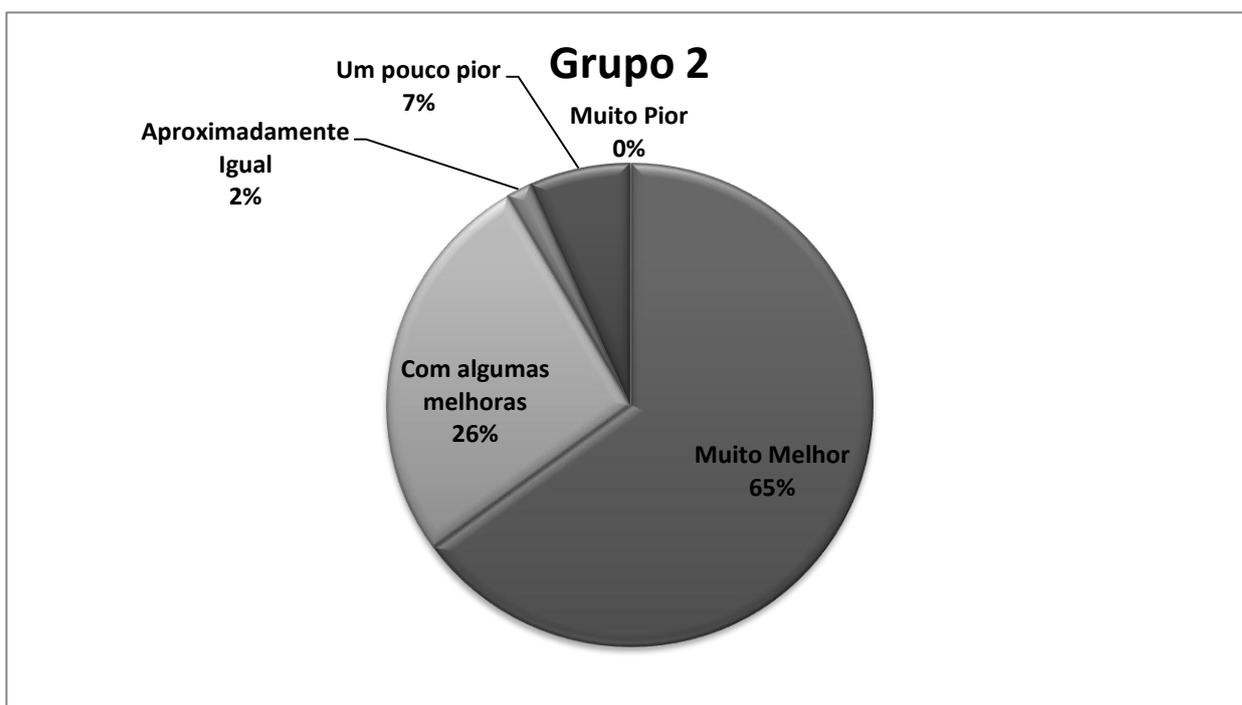


Gráfico 2. Resultados relativos ao Grupo 2, referente à qualidade de vida comparada com um ano atrás

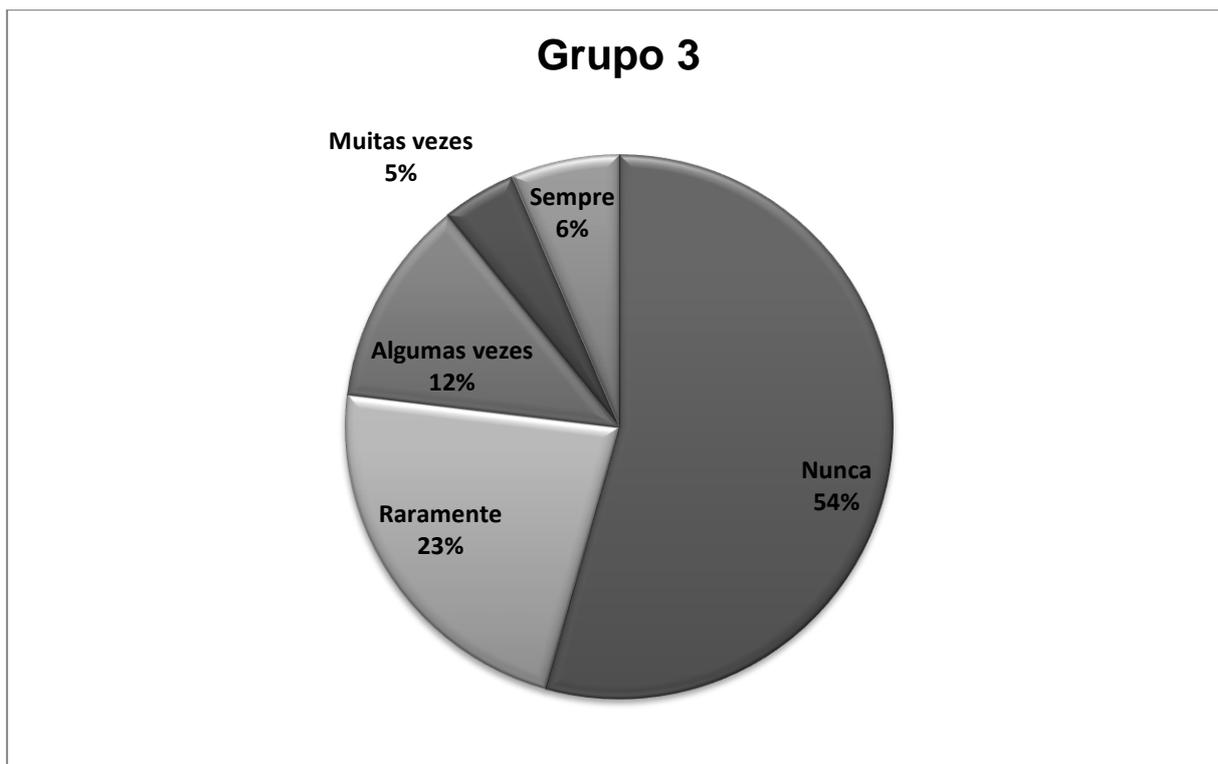


Gráfico 3. Resultados relativos ao Grupo 3, relativo ao Funcionamento Físico

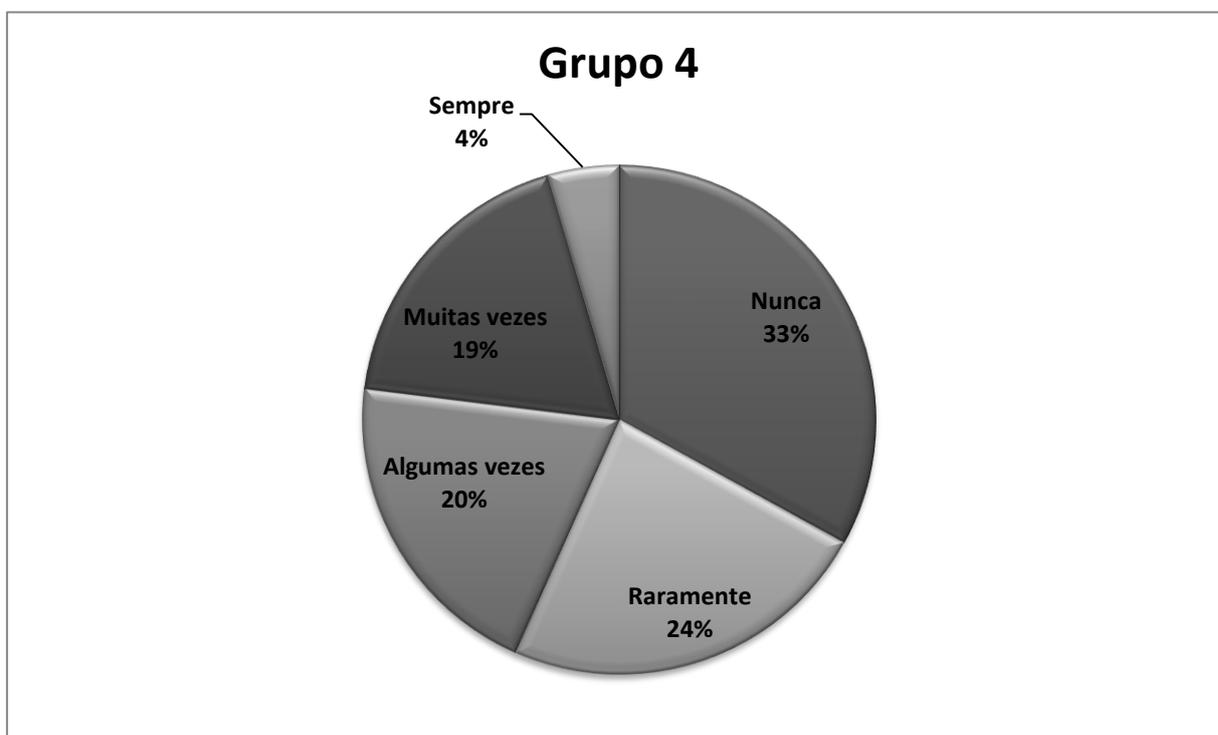


Gráfico 4. Resultados relativos ao Grupo 4, relativo aos sintomas

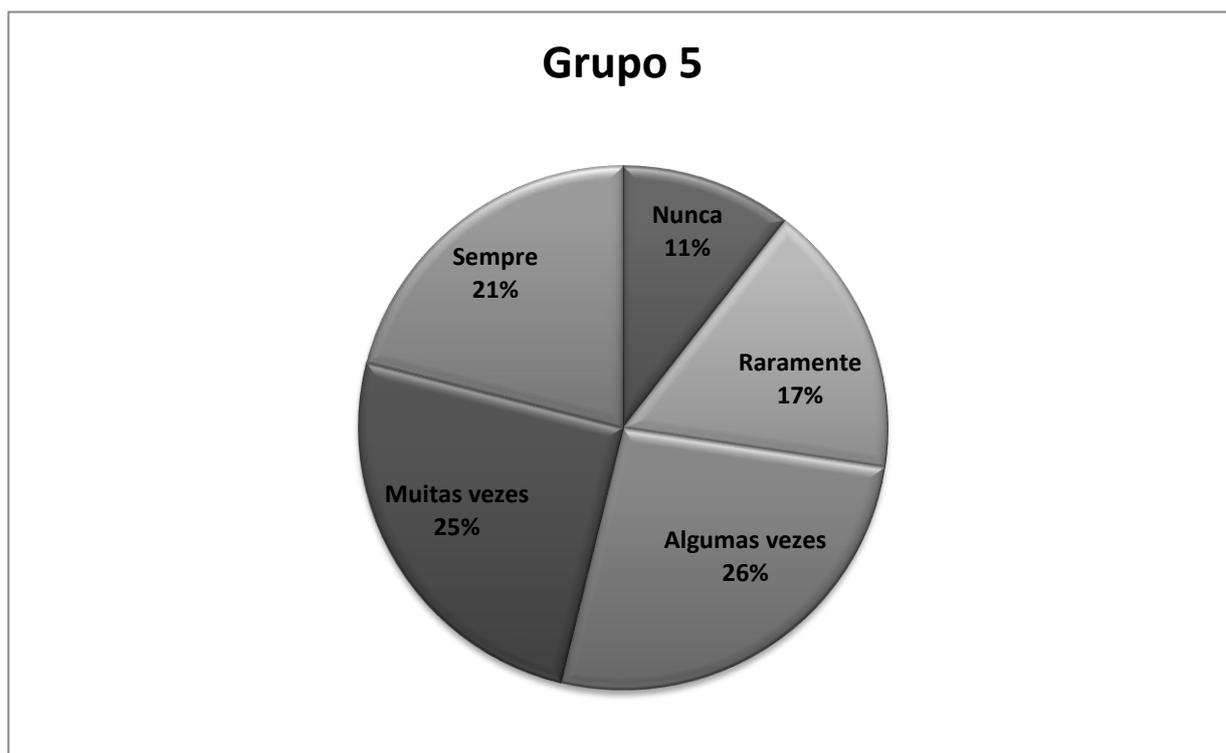


Gráfico 5. Resultados relativos ao Grupo 5, relativo ao estado emocional

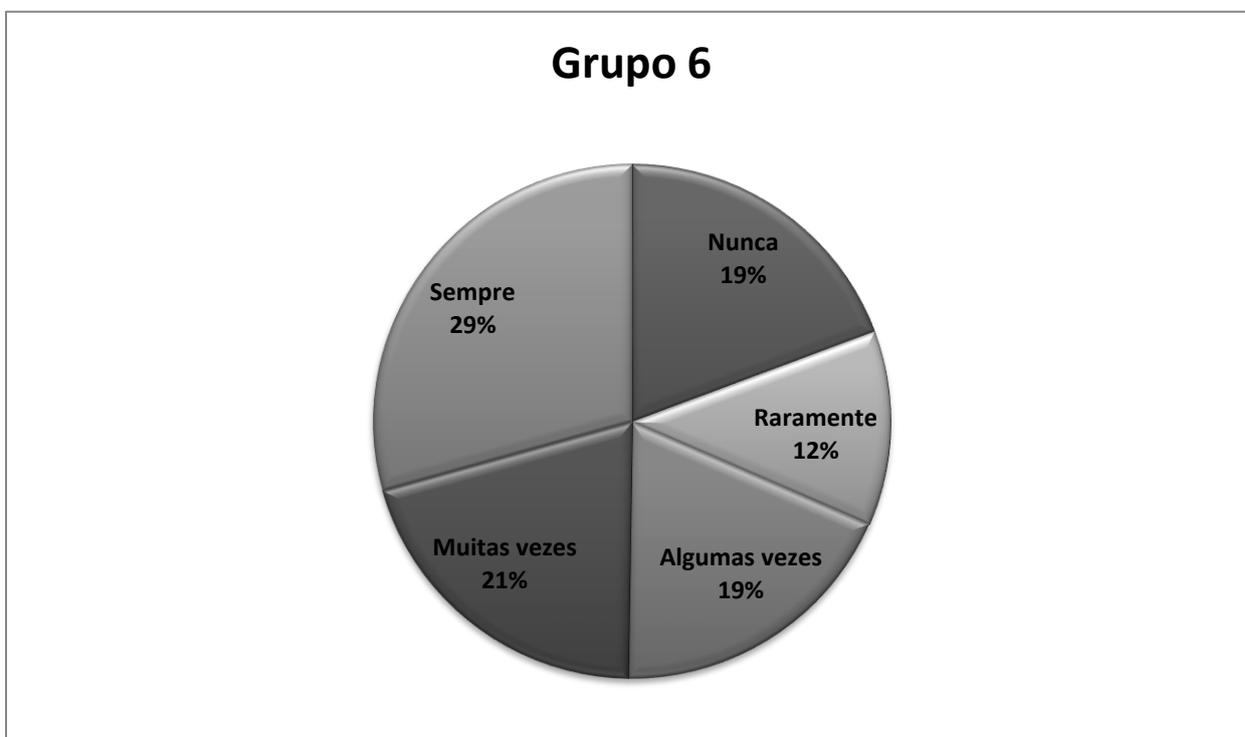


Gráfico 6. Resultados relativos ao Grupo 6, relativo ao auto-conceito

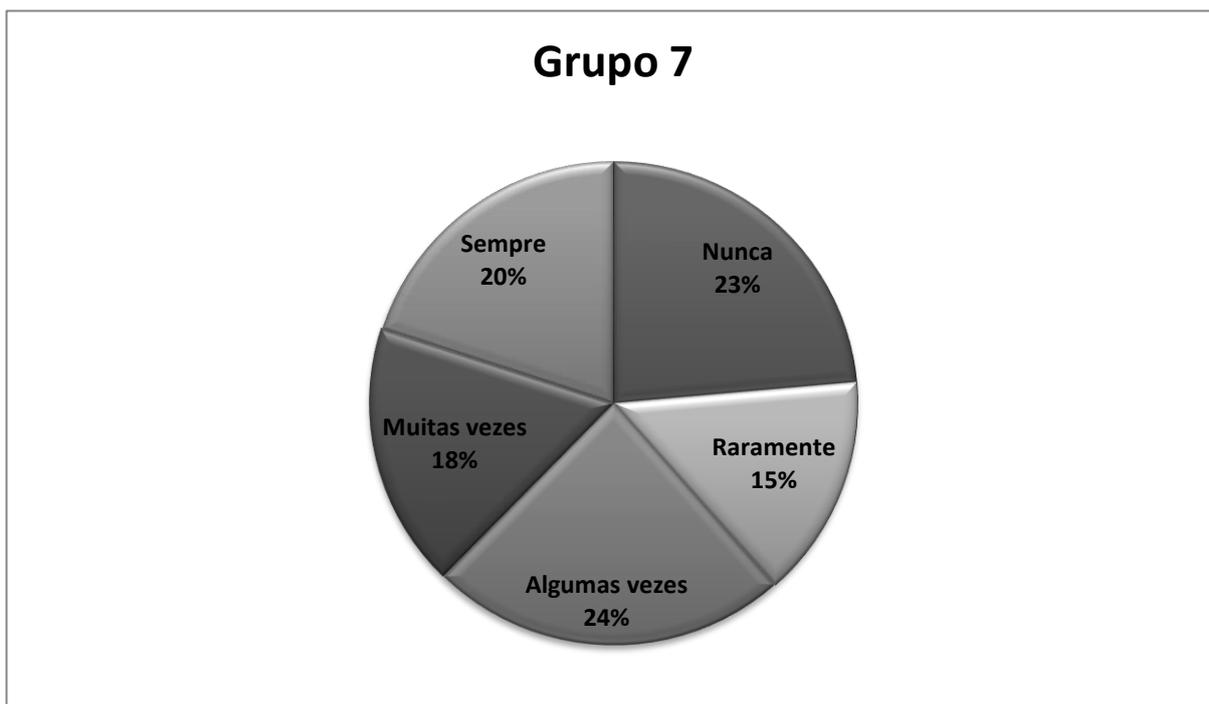


Gráfico 7. Resultados relativos ao Grupo 7, relativo à imagem corporal

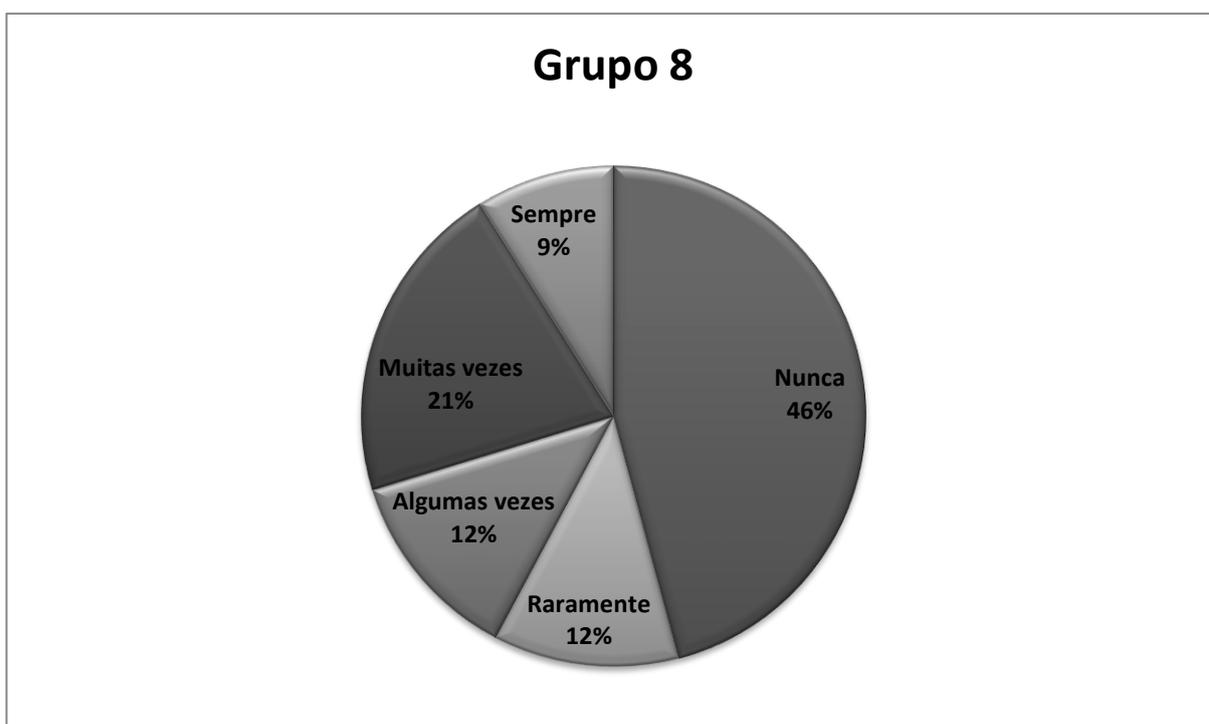


Gráfico 8. Resultados relativos ao Grupo 8, relativo à vida sexual

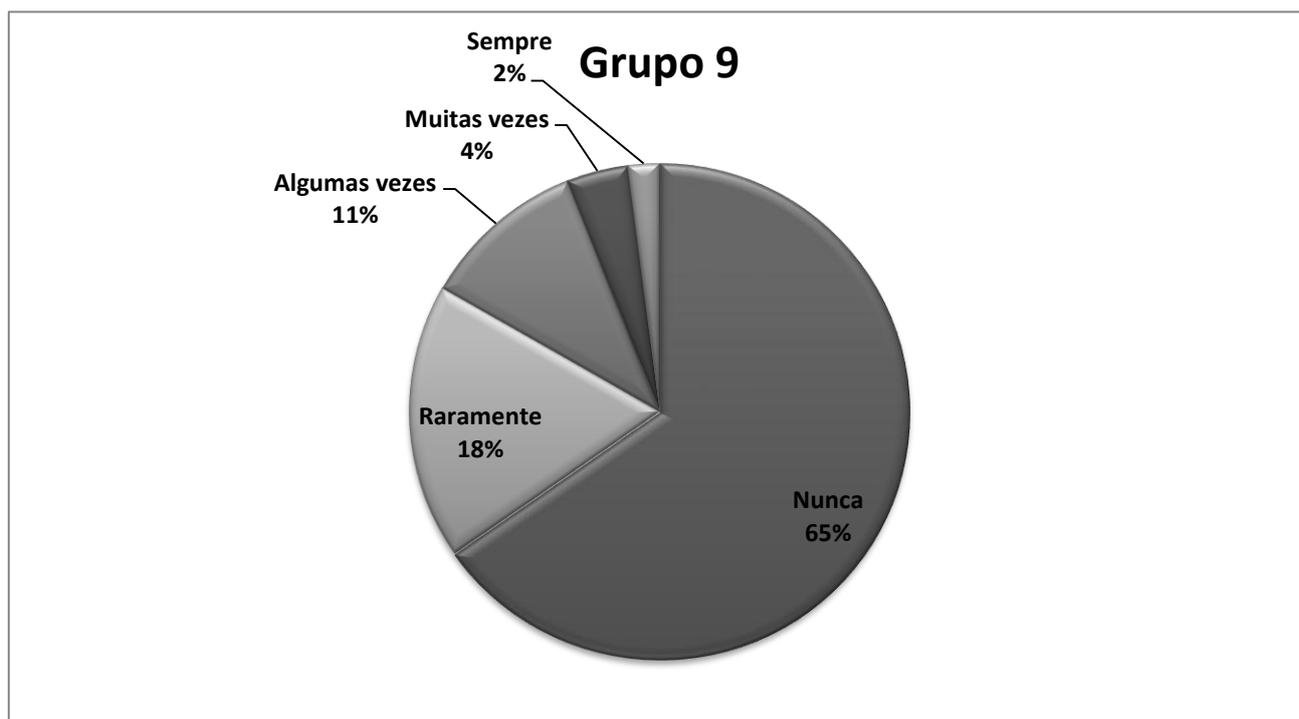


Gráfico 9. Resultados relativos ao Grupo 9, relativo à vida social e constrangimento

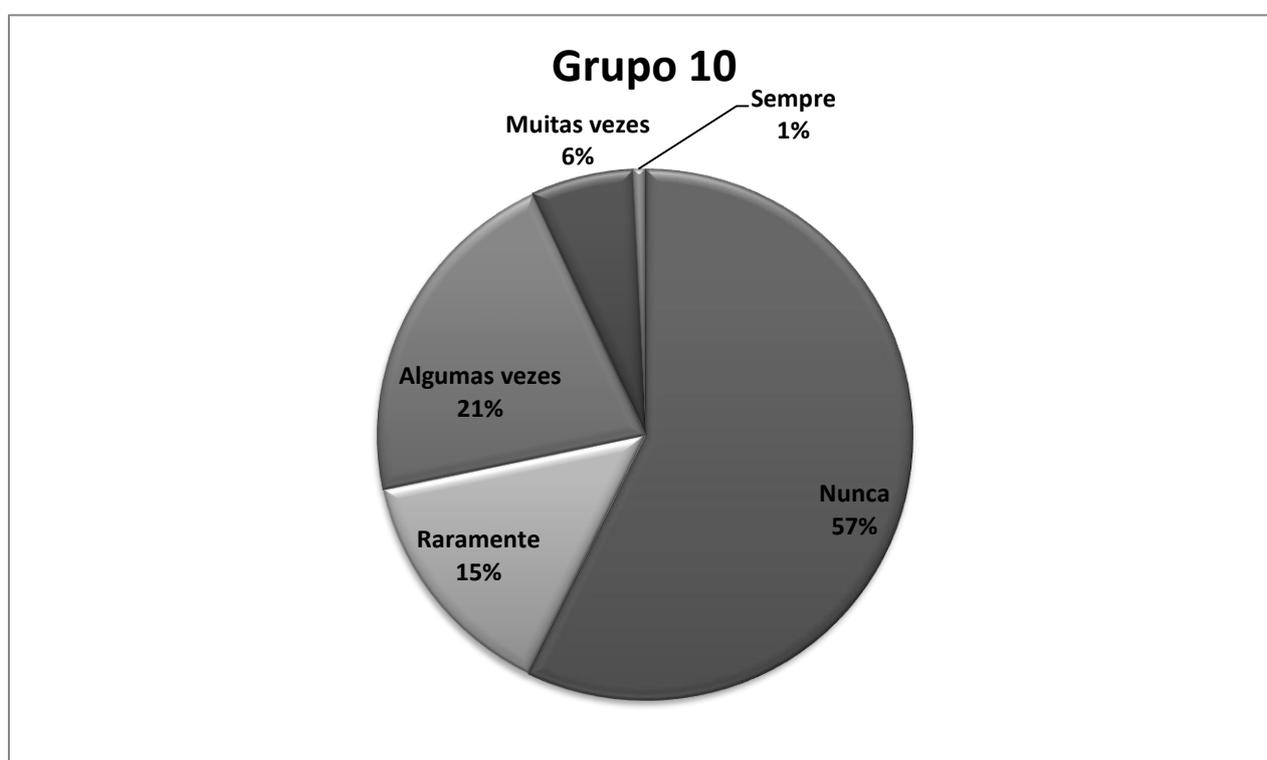


Gráfico 10. Resultados relativos ao Grupo 10, relativo ao trabalho

7- Referências Bibliográficas

1. **Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. *Am J Clin Nutr* 1998, **68**:899-917.**
2. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH: **Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997, **337**:869-873.**
3. **World Health Organization. Obesity and overweight. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Accessed May 27, 2012.; 2012.**
4. Must A, Strauss RS: **Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999, **23** Suppl 2:S2-11.**
5. Dietz WH: **Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr* 1998, **128**:411S-414S.**
6. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH: **Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993, **329**:1008-1012.**
7. ED. R: **I'll die for the revolution but don't ask me not to diet: feminism and the continuing stigmatization of obesity. In *Feminist perspectives on eating disorders*. Edited by Press TG; 1994: 53-76**
8. Colditz GA: **Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc* 1999, **31**:S663-667.**
9. **World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A vital Investment. Available at: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html. Accessed May 27, 2012. 2005.**
10. Fry J, Finley W: **The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proc Nutr Soc* 2005, **64**:359-362.**
11. **Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992, **55**:615S-619S.**
12. Schneider BE, Mun EC: **Surgical management of morbid obesity. *Diabetes Care* 2005, **28**:475-480.**
13. Buchwald H, Oien DM: **Metabolic/bariatric surgery Worldwide 2008. *Obes Surg* 2009, **19**:1605-1611.**
14. Gianos M, Abdemur A, Fendrich I, Gari V, Szomstein S, Rosenthal RJ: **Outcomes of bariatric surgery in patients with body mass index <35 kg/m². *Surg Obes Relat Dis* 2012, **8**:25-30.**
15. Nunes MAA, J.C.; Galvão, A.L.; Coutinho, W. e colaboradores: *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 2nd edn; 2006.
16. Buchwald H: **Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J Am Coll Surg* 2005, **200**:593-604.**
17. Poirier P, Cornier MA, Mazzone T, Stiles S, Cummings S, Klein S, McCullough PA, Ren Fielding C, Franklin BA: **Bariatric surgery and cardiovascular risk factors: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011, **123**:1683-1701.**

18. Ronellenfitsch U, Schwarzbach M, Kring A, Kienle P, Post S, Hasenberg T: **The effect of clinical pathways for bariatric surgery on perioperative quality of care.** *Obes Surg* 2012, **22**:732-739.
19. Gould J, Ellsmere J, Fanelli R, Hutter M, Jones S, Pratt J, Schauer P, Schirmer B, Schwaitzberg S, Jones DB: **Panel report: best practices for the surgical treatment of obesity.** *Surg Endosc* 2011, **25**:1730-1740.
20. Tavares A, Viveiros F, Cidade C, Maciel J: **[Bariatric surgery: epidemic of the XXI century].** *Acta Med Port* 2011, **24**:111-116.
21. Martins-Filho ED, Camara-Neto JB, Ferraz AA, Amorim M, Ferraz EM: **Evaluation of risk factors in superobese patients submitted to conventional Fobi-Capella surgery.** *Arq Gastroenterol* 2008, **45**:3-10.
22. Schouten R, Wiryasaputra DC, van Dielen FM, van Gemert WG, Greve JW: **Long-term results of bariatric restrictive procedures: a prospective study.** *Obes Surg* 2010, **20**:1617-1626.
23. J. O: *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição edn; 2000.
24. Wille N, Erhart M, Petersen C, Ravens-Sieberer U: **The impact of overweight and obesity on health-related quality of life in childhood--results from an intervention study.** *BMC Public Health* 2008, **8**:421.
25. Browne J. MH, O'Boyle C.: **A Conceptual approaches to the Assesment of Quality of Life.** *Psychology and Health* 1997, **12**:737-751.
26. Bullinger M. SS, Petersen C., Ravens-Sieberer U.: **Quality of life - evaluation criteria for children with cronic conditions in medical care.** *Journal of Public Health* 2006, **14**:343-355.
27. Paes da Silva M. JZ, Domingues A., Lacerda Nobre E., Chambel P., Jácome de Castro J. : **Obesidade e Qualidade de Vida.** *Acta Med Port* 2006, **19**:247-250.
28. Rand CS, Macgregor AM: **Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity.** *South Med J* 1990, **83**:1390-1395.
29. Libeton M, Dixon JB, Laurie C, O'Brien PE: **Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes.** *Obes Surg* 2004, **14**:392-398.
30. Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C, Dahlgren S, Jonsson E, Larsson B, Lindstedt S, et al.: **Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined.** *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993, **17**:503-512.
31. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, Nguyen NT, Li Z, Mojica WA, Hilton L, et al: **Meta-analysis: surgical treatment of obesity.** *Ann Intern Med* 2005, **142**:547-559.
32. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M: **Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study.** *Int J Obes (Lond)* 2007, **31**:1248-1261.
33. Muller MK, Wenger C, Schiesser M, Clavien PA, Weber M: **Quality of life after bariatric surgery--a comparative study of laparoscopic banding vs. bypass.** *Obes Surg* 2008, **18**:1551-1557.
34. Sabbagh C, Verhaeghe P, Dhahri A, Brehant O, Fuks D, Badaoui R, Regimbeau JM: **Two-year results on morbidity, weight loss and quality of life of sleeve gastrectomy as first procedure, sleeve gastrectomy**

- after failure of gastric banding and gastric banding. *Obes Surg* 2010, **20**:679-684.
35. Weiner S, Sauerland S, Fein M, Blanco R, Pomhoff I, Weiner RA: **The Bariatric Quality of Life index: a measure of well-being in obesity surgery patients.** *Obes Surg* 2005, **15**:538-545.
 36. Alley JB, Fenton SJ, Harnisch MC, Tapper DN, Pfluke JM, Peterson RM: **Quality of life after sleeve gastrectomy and adjustable gastric banding.** *Surg Obes Relat Dis* 2012, **8**:31-40.
 37. Buchwald H. AY, Braunwald E., Jensen M.D., Pories W., Fahrenbach K., Schoelles K.: **Bariatric Surgery: A systematic review and meta-analysis.** *JAMA* 2009, **292**:1724-1737.
 38. O'Brien PE: **Bariatric surgery: mechanisms, indications and outcomes.** *J Gastroenterol Hepatol* 2010, **25**:1358-1365.
 39. Bond DS, Phelan S, Wolfe LG, Evans RK, Meador JG, Kellum JM, Maher JW, Wing RR: **Becoming physically active after bariatric surgery is associated with improved weight loss and health-related quality of life.** *Obesity (Silver Spring)* 2009, **17**:78-83.
 40. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, Rolls BJ, Rand W: **Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review.** *Psychosom Med* 1998, **60**:338-346.
 41. Magro DO, Geloneze B, Delfini R, Pareja BC, Callejas F, Pareja JC: **Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study.** *Obes Surg* 2008, **18**:648-651.
 42. Freire R.H. BMC, Alvarez-Leite J.I., Correia M.I.T.S.: **Food quality, psusical activity, and nutritional follow-up determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass.** *Nutrition* 2012, **28**:53-58.
 43. Ranasinghe WK, Wright T, Attia J, McElduff P, Doyle T, Bartholomew M, Hurley K, Persad RA: **Effects of bariatric surgery on urinary and sexual function.** *BJU Int* 2011, **107**:88-94.
 44. Dallal RM, Chernoff A, O'Leary MP, Smith JA, Braverman JD, Quebbemann BB: **Sexual dysfunction is common in the morbidly obese male and improves after gastric bypass surgery.** *J Am Coll Surg* 2008, **207**:859-864.
 45. di Frega AS, Dale B, Di Matteo L, Wilding M: **Secondary male factor infertility after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: case report.** *Hum Reprod* 2005, **20**:997-998.
 46. Werlinger K, King TK, Clark MM, Pera V, Wincze JP: **Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in an obese female population: a pilot study.** *J Sex Marital Ther* 1997, **23**:74-78.
 47. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, D'Armiento M, Giugliano D: **Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2004, **291**:2978-2984.
 48. Borges R, Temido P, Sousa L, Azinhais P, Conceicao P, Pereira B, Leao R, Retroz E, Brandao A, Cristo L, Sobral F: **Metabolic syndrome and sexual (dys)function.** *J Sex Med* 2009, **6**:2958-2975.
 49. van Hout G.C.M FFAM, Pelle A.J.M., van Heck G.L.: **Psychosocial Functioning, Personality, and Body Image Following Vertical Banded Gastroplasty.** *Obes Surg* 2007, **18**:115-120.

50. Stunkard AJ, Stinnett JL, Smoller JW: **Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity.** *Am J Psychiatry* 1986, **143**:417-429.
51. Neven K, Dymek M, leGrange D, Maasdam H, Boogerd AC, Alverdy J: **The effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on body image.** *Obes Surg* 2002, **12**:265-269.
52. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J: **Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report.** *Obes Surg* 2001, **11**:32-39.
53. Waters GS, Pories WJ, Swanson MS, Meelheim HD, Flickinger EG, May HJ: **Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity.** *Am J Surg* 1991, **161**:154-157; discussion 157-158.