

Qualidade de vida em indivíduos candidatos a cirurgia de obesidade e em indivíduos já submetidos a este procedimento cirúrgico (entre 6 e 24 meses e há mais de 24 meses): estudo comparativo

ISABEL SILVA
JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO
HELENA CARDOSO

O presente estudo teve como objectivo comparar a qualidade de vida genericamente avaliada e a qualidade de vida relacionada com a obesidade em três grupos de participantes: (1) *Grupo 1*: 134 participantes candidatos a cirurgia de obesidade; (2) *Grupo 2*: 30 participantes submetidos a cirurgia de obesidade há pelo menos 6 e menos de 24 meses; (3) *Grupo 3*: 31 participantes submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 24 meses. Para recolha de dados foram adoptados os seguintes instrumentos: uma entrevista para recolha dos dados socio-demográficos e clínicos, o SF-36 e o Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire. Os participantes responderam aos questionários no contexto de uma entrevista pessoal. Os resultados do presente estudo sugerem que a qualidade de vida genérica é superior nos doentes do Grupo 2 do que nos outros dois grupos. No entanto, todas as facetas avaliadas revelam

melhor qualidade de vida dois anos após a cirurgia do que nos doentes a aguardarem o tratamento cirúrgico (ainda que as diferenças relativamente ao Funcionamento Social e à Saúde Mental não sejam estatisticamente significativas). Os resultados do presente estudo revelam que os doentes submetidos a cirurgia há mais de dois anos apresentam melhor qualidade de vida específica para a obesidade do que os indivíduos que se encontram a aguardar tratamento cirúrgico ou que foram operados há menos de dois anos (ainda que estes últimos apresentem melhor qualidade de vida do que os anteriores). Estes resultados são discutidos à luz dos resultados de estudos actuais.

Palavras-chave: qualidade de vida; obesidade; cirurgia.

1. Introdução

A obesidade constitui um sério problema de saúde pública a nível mundial, assumindo actualmente um nível que pode ser considerado endémico. Pelas suas amplas repercussões a nível individual e social, nomeadamente em termos médicos, psicológicos, sociais e económicos, muitos têm sido os esforços desenvolvidos no sentido de prevenir e tratar esta doença. Face ao insucesso dos métodos tradicionais (cuidados alimentares, fármacos e exercício físico) relativamente a uma perda de peso que não seja simplesmente modesta e à manutenção a longo prazo da perda de peso conseguida, tem-se verificado um investimento nos tratamentos cirúrgicos da obesidade.

Este trabalho contou com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BPD/28475/2006).



Isabel Silva é professora auxiliar da Universidade Fernando Pessoa; coordenadora do Núcleo de Psicologia e Cirurgia de Obesidade da Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade.

José Pais-Ribeiro é professor associado com agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Helena Cardoso é assistente hospitalar graduada do Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António; professora auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Entregue em Novembro de 2008

Os tratamentos cirúrgicos têm vindo a revelar-se eficazes quanto a uma perda de peso significativa, à manutenção desses resultados ao longo do tempo, a uma melhoria da co-morbilidade associada à obesidade e a uma diminuição dos custos com os cuidados de saúde. Para além disso, tem havido uma preocupação em avaliar o impacto dos tratamentos cirúrgicos na perspectiva das pessoas que a eles são submetidas, designadamente na sua percepção de estado de saúde e de qualidade de vida, procurando demonstrar que o tratamento cirúrgico é também uma mais valia a este nível. O presente artigo debruça-se precisamente sobre o impacto que o tratamento cirúrgico da obesidade tem na qualidade de vida dos doentes a longo prazo, procurando comparar indivíduos candidatos a cirurgia e indivíduos que já foram submetidos a cirurgia, tendo em conta, quanto a estes últimos, se se encontram ainda num período considerado de adaptação e de perda de peso (entre 6 e 24 meses após cirurgia) ou num período de manutenção dos cuidados pós cirurgia e estabilização do peso (cirurgia realizada há mais de 24 meses).

2. Enquadramento teórico

A obesidade tem vindo a ser reconhecida como um dos mais sérios problemas de saúde pública a nível mundial, começando a sua prevalência a assumir valores alarmantes (Fabricatore e Wadden, 2006), de tal forma que é hoje considerada um problema endémico (Hansen, Torquati e Abumrad, 2006).

A realidade portuguesa não é diferente. Já em 2004, a Direcção-Geral da Saúde reconhecia que a obesidade constituía um importante problema de saúde pública, que tendia a agravar-se. Em 2006, Carmo *et al.* apresentaram os resultados de um estudo conduzido entre os anos de 2003 e 2005, que permitiu constatar que 38,6% da população portuguesa tem excesso de peso e que 13,8% apresenta obesidade (o que perfaz 52,4% da população com peso a mais do que seria desejável). Os dados apresentados por este estudo vieram, ainda, confirmar a tendência já anteriormente constatada de aumento do peso e do índice de massa corporal de 1994-1995 para 1998-1999 (Nobre *et al.*, 2004), bem como permitiram verificar um aumento do excesso de peso/obesidade ao longo dos últimos 10 anos, o que confirma o insucesso das acções implementadas neste domínio da saúde pública.

Em 2007, Carmo *et al.* actualizaram estes resultados para o mesmo período de tempo, constatando que 39,4% da população portuguesa tem excesso de peso e 14,2% apresenta obesidade, o que perfaz 53,6% de

população com peso acima do que seria recomendado.

As pessoas com obesidade, para além de terem um risco aumentado de desenvolver consequências médicas (insulino-resistência, diabetes tipo 2, dislipidemia, certas formas de cancro, esteatose hepática, refluxo gastro-esofágico, apneia obstrutiva do sono, problemas osteoarticulares, síndrome de ovário poliquístico, entre outras), psicológicas, sociais, económicas e morte prematura (Bult, Dalen e Muller, 2008; Finkelstein, Ruhm e Kosa, 2005; Keish, 2005), sofrem um forte impacto adverso em importantes dimensões da sua qualidade de vida, nomeadamente no bem-estar físico, social, emocional avaliado subjectivamente pela própria pessoa (Fontaine, Bartlett e Barofsky, 2000).

Vários estudos têm sugerido que a qualidade de vida dos doentes obesos é inferior quando comparada com a de indivíduos com peso normal e com baixo peso (Friedlander *et al.*, 2003; Groessl *et al.*, 2004; Hassan *et al.*, 2003). Alguns estudos sugerem, mesmo, que o impacto desta doença tem um espectro espantosamente amplo, sendo afectados todos os domínios de qualidade de vida.

Ainda que, nas últimas décadas, tenham sido desenvolvidas novas terapias não cirúrgicas (tratamentos que incluem planos relativos aos cuidados alimentares e ao exercício físico, e tratamentos farmacológicos), as perdas de peso médias alcançadas não sofreram alterações significativas, mantendo-se muito modestas (Bult, Dalen e Muller, 2008; Fabricatore e Wadden, 2006). Mesmo assim, estas perdas modestas são já responsáveis por uma redução significativa dos problemas de saúde associados à obesidade (Fabricatore e Wadden, 2006).

Por sua vez, os tratamentos cirúrgicos têm vindo a ser reconhecidos como sendo mais eficazes para alcançar uma perda de peso significativa e para uma maior manutenção desses resultados a longo prazo, bem como para uma melhoria da co-morbilidade associada à obesidade (designadamente para a melhoria da diabetes mellitus, perfil lipídico, esteatose hepática, hipertensão, apneia obstrutiva do sono e síndrome de ovário poliquístico) (Bult, Dalen e Muller, 2008; Fabricatore e Wadden, 2006; Flancabaum e Choban, 1998; Guedea *et al.*, 2004; Hansen, Torquati e Abumrad., 2006; Singhal *et al.*, 2008). Estes tratamentos têm vindo também a ser associados a uma diminuição a longo prazo dos custos directos com os cuidados de saúde (Sampalis *et al.*, 2004), e a uma melhoria da qualidade de vida e do funcionamento psicológico dos indivíduos a ele submetidos (van Hout *et al.*, 2008).

Face à eficácia dos tratamentos cirúrgicos, começou a aumentar o interesse pela avaliação da qualidade de

vida dos indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico da obesidade.

Vallis e Ross (1993) procederam a uma revisão de vários estudos científicos desenvolvidos neste domínio, que os levou a concluir que o tratamento cirúrgico da obesidade está associado a uma maior perda do excesso de peso, a uma diminuição no *distress*, melhoria da auto-estima, melhoria da assertividade, diminuição da passividade, e diminuição dos diagnósticos psiquiátricos. Também Guedea *et al.* (2004) concluíram que a cirurgia de obesidade é eficaz para perdas de peso a longo prazo (5 anos), contribuindo para a melhoria das co-morbilidades e da qualidade de vida das pessoas com obesidade, ainda que, a longo prazo, possam ocorrer défices de proteínas, vitaminas e oligoelementos, sendo necessário compensar esses défices quando surgem.

O estudo realizado por Sears *et al.* (2008) sugere que o *bypass* gástrico está associado a uma redução do peso, do índice de massa corporal (IMC), da tensão arterial, do colesterol e do uso de medicação para doenças associadas à obesidade, assim como a uma melhoria significativa da qualidade de vida um ano após a realização da cirurgia.

Schaeffer, Rusnak e Amson (2008) também constataram que o *bypass* gástrico contribui para uma eficaz perda de peso e redução das co-morbilidades associadas à obesidade.

Quando se considera o período de tempo que decorreu após a realização de gastrobando-plastia, constatou-se que 12 meses após a realização desta cirurgia, os indivíduos apresentam uma melhor qualidade de vida específica para a obesidade (avaliada através do The Moorehead-Ardelt Questionnaire) e 28 meses depois mantêm uma qualidade de vida específica para a doença melhor do que anteriormente à cirurgia. Todavia, no que diz respeito à qualidade de vida genérica (avaliada pelo SF-36), esta revela melhorar nos primeiros 12 meses, mas parece diminuir após esse período (Tolonen, Victorzon e Mäkelä, 2004). Por sua vez, Rea *et al.* (2007) compararam a qualidade de vida (avaliada através da administração do SF-36) em indivíduos antes de serem submetidos a *bypass* gástrico, um ano após a cirurgia e dois anos após a cirurgia. Verificaram que os indivíduos apresentavam pior qualidade de vida enquanto se encontravam a aguardar a cirurgia. O período de tempo em que apresentaram melhor qualidade de vida em todos os domínios avaliados — Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental — foi um ano após a cirurgia. Do primeiro para o segundo ano após a cirurgia, a qualidade de vida diminui ligeiramente (ainda que se mantenha mais elevada do que antes da cirurgia). No primeiro

ano após a cirurgia, a qualidade de vida revela ser superior à da população em geral.

Outros estudos parecem corroborar a ideia de que, ainda que ocorra melhoria da qualidade de vida numa fase inicial após a cirurgia, essa melhoria tende a diminuir com o tempo. Por exemplo, van Hout *et al.* (2008) avaliaram a qualidade de vida (através do SF-36) de indivíduos submetidos a gastrobando-plastia vertical, antes da operação, 6 meses, 1 ano e 2 anos após a realização da cirurgia. Neste estudo concluíram que, para todas as subescalas, com exceção do Desempenho Emocional, houve uma melhoria da qualidade de vida do período pré-operatório para os 6 meses após a realização da cirurgia, mas não entre os 6 e os 12 meses e os 12 e os 24 meses após a cirurgia. Relativamente ao Funcionamento Físico e à Transição de Saúde, ocorre uma diminuição da qualidade de vida do primeiro para o segundo ano após a cirurgia.

A investigação sugere a existência de uma melhoria da qualidade de vida e do bem-estar numa fase inicial após a cirurgia. Todavia, essa melhoria diminui com o passar do tempo.

O presente estudo foca os três períodos chave do tratamento — período pré-operatório, período de perda de peso e adaptação aos cuidados pós-cirurgia (6 a 24 meses após a cirurgia), e o período de estabilização do peso (cirurgia realizada há mais de 24 meses). Não foram considerados os 6 primeiros meses por considerarmos tratarmos-se de meses que deverão ser analisados separadamente. Esta fase inicial pressupõe o período de dieta líquida e dieta mole, bem como a adaptação à alimentação dita «normal», constituindo um desafio particular e que deve ser alvo de atenção diferenciada.

Assim, o presente estudo teve como objectivo comparar a qualidade de vida genericamente avaliada e a qualidade de vida relacionada com a obesidade em três grupos de participantes: *Grupo 1* — indivíduos com obesidade que se encontram a aguardar cirurgia, *Grupo 2* — indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 6 e menos de 24 meses; e *Grupo 3* — indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 24 meses.

3. Método

3.1. Participantes

No presente estudo foram avaliados três grupos de participantes:

Grupo 1: 134 participantes candidatos a cirurgia de obesidade, considerados como não apresentando con-

tra-indicação para serem submetidos a tratamento cirúrgico; 87,3% do sexo feminino; 51,1% empregados, 17,3% desempregados, 3,8% estudantes, 12% reformados e 15,8% domésticos; sendo a maioria casados (70,9%); com uma idade compreendida entre os 19 e os 70 anos de idade ($M = 42,38$; $DP = 11,63$); com um nível de escolaridade que varia entre os 0 e os 17 anos ($M = 7,51$; $DP = 4,24$); e com um índice de massa corporal (IMC) entre 35,47 e 69,71 ($M = 43,95$; $DP = 6,53$).

Grupo 2: 30 participantes submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 6 e menos de 24 meses (Min. = 6; Máx. = 24; $M = 12,53$; $DP = 7,21$); 96,7% do sexo feminino; 56,7% empregados, 6,7% desempregados, 13,3% reformados e 23,3% domésticos; sendo a maioria casados (73,3%); com idades compreendidas entre os 22 e os 70 anos ($M = 43,43$; $DP = 11,74$); com um nível de escolaridade que varia entre 2 e 26 anos ($M = 7,04$; $DP = 3,74$); com um IMC que varia entre 24,57 e 74,75 ($M = 36,75$; $DP = 9,64$).

Grupo 3: 31 participantes submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 24 meses (Min. = 25; Máx. = 105; $M = 49,35$; $DP = 20,74$); 96,8% do sexo feminino; 56,7% empregados, 6,7% desempregados, 10% reformados e 26,7% domésticos; 66,7% casados; com idades compreendidas entre 29 e 67 anos ($M = 45,39$; $DP = 9,94$); com um nível de escolaridade que varia entre os 3 e os 18 anos ($M = 7,72$; $DP = 4,36$); e com um IMC que varia entre 20,44 e 56,54 ($M = 34,67$; $DP = 8,59$).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos relativamente à idade, $F(2,184) = 0,83$; $p > 0,05$, ao nível de escolaridade dos participantes, $F(2,178) = 0,20$; $p > 0,05$, ao sexo, $\chi^2(2,195) = 4,22$; $p > 0,05$, à actividade profissional, $\chi^2(8,193) = 7,95$; $p > 0,05$, e ao estado civil, $\chi^2(6,193) = 0,99$; $p > 0,05$. No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos no que diz respeito ao IMC no momento em que participaram no presente estudo, $F(2,169) = 23,32$; $p < 0,0001$, sendo que o Grupo 1 é o que apresenta um IMC médio mais elevado, seguido pelo Grupo 2 e é o Grupo 3 aquele que apresenta o IMC menor.

3.2. Material

Para recolha de dados foram adoptados os seguintes instrumentos: uma entrevista para recolha dos dados sócio-demográficos e clínicos, o SF-36 e o Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire.

SF-36: Trata-se de um questionário de avaliação da percepção de saúde, que tem vindo a ser amplamente utilizado como indicador da qualidade de vida genérica no contexto dos cuidados de saúde. Este instrumento é constituído por 36 itens, que avaliam 8 subescalas — Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental —, que são organizadas em dois Domínios — Mental e Físico. Existe ainda um item que avalia transição de saúde. Cada subescala é cotada de 0 a 100, sendo que quanto mais elevado é o valor obtido, maior é a qualidade de vida revelada pelo respondente. A versão portuguesa do SF-36 revela apresentar boas qualidades psicométricas (Ribeiro, 2005).

Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire (IWQOL-Lite) — O IWQOL-Lite é um questionário específico de avaliação da qualidade de vida para indivíduos com diagnóstico de obesidade. Trata-se de um instrumento de auto-resposta constituído por 31 itens. Este instrumento solicita aos respondentes que descrevam os efeitos que o seu peso tem em 5 áreas de funcionamento, incluindo: (1) Funcionamento Físico; (2) Auto-Estima; (3) Vida Sexual; (4) Distress Público; (5) Trabalho. Quanto maior o valor obtido neste instrumento, pior revela ser a qualidade de vida do respondente. A versão portuguesa deste instrumento, desenvolvida por Engel *et al.* (2005), à semelhança da versão original, revelou apresentar excelentes qualidades psicométricas.

3.3. Procedimento

A Comissão de Ética da instituição onde foram recolhidos os dados aprovou todos os procedimentos utilizados no presente estudo.

Os participantes responderam aos questionários, quando se dirigiam ao hospital para consultas de rotina, no contexto de uma entrevista pessoal e os dados médicos foram consultados no seu processo clínico, depois do seu consentimento informado.

Os instrumentos foram administrados sempre pela mesma ordem: primeiro o questionário sócio-demográfico e clínico, depois o SF-36 e, finalmente, o Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire.

4. Resultados

A análise dos dados relativos à qualidade de vida avaliada através do SF-36 sugerem a existência de dife-

renças estatisticamente significativas entre os três grupos estudados nas seguintes subescalas: Transição de Saúde, $F(2, 192) = 24,72$; $p < 0,0001$, Funcionamento Físico, $F(2, 180) = 11,00$; $p < 0,0001$, Desempenho Físico, $F(2, 185) = 3,75$; $p < 0,05$, Dor Corporal, $F(2, 192) = 3,58$; $p < 0,05$, Saúde Geral, $F(2, 192) = 7,64$; $p < 0,01$, Vitalidade, $F(2, 186) = 7,26$; $p < 0,01$, e Desempenho Emocional, $F(2, 187) = 5,11$; $p < 0,01$. Observou-se também a existência de diferenças significativas entre os três grupos relativamente ao Domínio Físico, $F(2, 176) = 8,87$; $p < 0,0001$, e ao Domínio Mental, $F(2, 175) = 3,44$; $p < 0,05$, globalmente considerados. Quanto às subescalas Funciona-

mento Social, $F(2, 192) = 0,25$; $p > 0,05$ e Saúde Mental, $F(2, 183) = 2,63$; $p > 0,05$, não se observou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos estudados (*Quadro I*).

Para todas as subescalas e domínios avaliados em que foi identificada a existência de diferenças estatisticamente significativas, o Grupo 2 revelou apresentar melhor qualidade de vida, seguido pelo Grupo 3. O Grupo 1 revelou apresentar pior qualidade de vida nestes mesmos domínios.

Procedeu-se, ainda, à análise dos dados sobre qualidade de vida específica para a obesidade, tendo-se verificado que existem diferenças estatística-

Quadro I
Valores de médias e desvios-padrão apresentados pelos três grupos de participantes estudados relativamente à qualidade de vida genericamente avaliada

	Grupo 1 Candidatos a cirurgia de obesidade		Grupo 2 Indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade entre 6 e 24 meses		Grupo 3 Indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 24 meses	
	M	DP	M	DP	M	DP
Transição de saúde*	3,10	1,08	1,70	0,92	2,29	1,13
Funcionamento físico*	54,02	27,97	76,54	24,07	72,17	25,38
Desempenho físico*	56,53	42,40	78,57	33,83	67,50	38,92
Dor corporal*	45,96	32,10	63,70	35,40	52,65	37,44
Saúde geral*	47,53	20,86	64,73	24,64	53,35	24,51
Vitalidade*	39,31	24,67	58,04	18,53	44,19	23,53
Funcionamento social	67,91	31,24	68,75	27,42	72,18	30,57
Desempenho emocional*	54,96	46,76	82,14	34,52	70,97	42,81
Saúde mental	49,52	24,33	57,38	18,37	42,86	27,30
Domínio físico*	50,86	23,66	71,44	25,26	61,59	25,29
Domínio mental*	53,20	25,62	66,74	20,07	56,76	24,81

* $p < 0,05$.

Quadro II
Médias e desvios-padrão obtidos nas subescalas de qualidade de vida específicas para a obesidade

	Grupo 1 Candidatos a cirurgia de obesidade		Grupo 2 Indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade entre 6 e 24 meses		Grupo 3 Indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade há mais de 24 meses	
	M	DP	M	DP	M	DP
Funcionamento físico*	62,29	20,33	45,45	20,97	45,20	21,83
Auto-estima*	63,64	24,71	48,57	28,34	47,39	29,99
Vida sexual	51,02	28,11	44,31	28,99	46,07	28,65
Distress público*	53,00	23,57	42,40	27,42	35,33	20,26
Trabalho*	45,15	23,19	35,00	22,36	32,24	18,78

* $p < 0,05$.

mente significativas entre os três grupos quanto aos seguintes domínios avaliados: Funcionamento físico, $F(2, 172) = 13,14$; $p < 0,0001$, auto-estima, $F(2, 176) = 7,06$; $p < 0,01$, *distress* público, $F(2, 177) = 7,75$; $p < 0,01$, e trabalho, $F(2, 158) = 5,06$; $p < 0,01$. No que respeita à vida sexual, não se observou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos estudados, $F(2, 172) = 0,84$; $p > 0,05$.

Os dados revelam que os participantes do Grupo 3 são aqueles que melhor qualidade de vida apresentam nos domínios de qualidade de vida específicos para a obesidade em que se observam diferenças estatisticamente significativas, seguidos pelos participantes do Grupo 2. São os participantes do Grupo 1, aqueles que se encontram a aguardar cirurgia, que pior qualidade de vida específica para a obesidade apresentam.

5. Discussão

Os resultados do presente estudo sugerem que a qualidade de vida genérica é melhor nos indivíduos operados há menos de dois anos do que nos indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico há mais de dois anos. No entanto, todas as facetas avaliadas revelam melhor qualidade de vida no grupo de indivíduos operados há mais de dois anos do que no grupo de doentes que se encontra a aguardar o tratamento cirúrgico (ainda que as diferenças relativamente ao funcionamento social e à saúde mental não sejam estatisticamente significativas).

Estes resultados vão ao encontro dos apresentados na literatura. Tolonen Victorzon e Mäkelä (2004) também levantaram a hipótese da qualidade de vida genérica melhorar nos primeiros 12 meses após a cirurgia, mas diminuir após esse período.

Muitas poderão ser as explicações para a diminuição da qualidade de vida genérica dois anos após a cirurgia.

Por exemplo, Rea *et al.* (2007) verificaram que, no primeiro ano após a cirurgia, a qualidade de vida revela ser superior à da população em geral, o que foi por eles atribuído ao «efeito de euforia» frequentemente observado nestes doentes depois de serem submetidos a cirurgia. Segundo estes autores, este fenómeno também poderá ser explicado pelo facto dos doentes tentarem defender, face aos profissionais, a opção que tomaram de serem submetidos a cirurgia. Finalmente, estes resultados podem ainda ser explicados pelo facto dos doentes procurarem provar a si mesmos que tomaram a decisão correcta. Segundo van Hout *et al.* (2008), esta diminuição da qualidade de vida dois anos após a cirurgia poderá

dever-se à ocorrência de complicações após a cirurgia, bem como ao facto da cirurgia não ter correspondido às expectativas do doente. Para além disso, adiantam, também, como possível explicação o facto dos sintomas digestivos (como o refluxo, vômito e disfagia) serem melhor tolerados numa fase inicial, em que o doente idealiza a perda de peso que conseguirá alcançar. Quando a perda de peso estabiliza, os sintomas digestivos podem tornar-se mais um fardo para eles e terem um impacto negativo na sua qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo sugerem que os doentes após cirurgia apresentam melhor qualidade de vida específica para a obesidade do que os doentes que se encontram a guardar o tratamento cirúrgico, e que os doentes já operados há pelo menos 24 meses também apresentam melhor qualidade de vida específica para a obesidade do que os doentes candidatos à operação e do que os doentes operados há menos de 24 meses. Estes resultados vão ao encontro dos apresentados por Tolonen, Victorzon e Mäkelä (2004), que observaram que, 12 meses após a realização de gastrobandoplastia, os indivíduos apresentam uma melhor qualidade de vida específica para a obesidade e 28 meses depois mantêm essa melhoria da qualidade de vida específica para a doença.

Todavia, a relação entre peso, perda de peso e qualidade de vida ainda não é totalmente compreendida. Compreender porque é que instrumentos de avaliação da qualidade de vida genéricos e específicos para a obesidade nos sugerem resultados aparentemente contraditórios — quer uma diminuição a longo prazo do impacto positivo inicial, quer a manutenção desse impacto — implicará uma análise mais detalhada dos domínios avaliados pelos diferentes instrumentos. Para além disso, será importante, em estudos futuros, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação especificamente concebidos para a população com obesidade que é submetida a tratamento cirúrgico (ideia que é partilhada por Weiner *et al.* (2005)), que revelem facetas que realmente são consideradas relevantes para estes indivíduos, como, por exemplo, o impacto da perda de peso na sua imagem corporal, os sintomas gástricos consequentes à cirurgia e às dificuldades de adesão aos cuidados recomendados após a cirurgia, bem como as repercussões das complicações resultantes da própria cirurgia.

Será importante explorar, também, a existência de diferenças ao nível do impacto na qualidade de vida a curto, médio e longo prazo de distintos procedimentos cirúrgicos, através de estudos de natureza longitudinal.

Ainda que o impacto do tratamento cirúrgico da obesidade necessite de ser, sem dúvida, melhor explorado, e ainda que os resultados sugiram uma melho-

ria da qualidade de vida genérica mais significativa numa fase inicial e uma melhoria da qualidade de vida específica para a obesidade que se mantém mesmo durante o período de estabilização da perda de peso, podemos concluir que a qualidade de vida revela ser globalmente superior nas pessoas que foram submetidas a cirurgia de obesidade do que nos indivíduos com obesidade que ainda se encontram a aguardar o tratamento cirúrgico.

□ Referências bibliográficas

- BULT, M.; DALEN, T. van; MULLER, A. — Surgical treatment of obesity. *European Journal of Endocrinology*. 158 : 2 (2008) 135-145.
- CARMO, I. *et al.* — Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*. 7 : 3 (2006) 233-237.
- CARMO, I. *et al.* — Overweight and obesity in Portugal : national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*. 9 : 1 (2007) 11-19.
- ENGEL, S. G. *et al.* — Psychometric and cross-national evaluation of a Portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life – Lite (IWQOL-Lite) Questionnaire. *European Eating Disorders Review*. 13 : 2 (2005) 133-143.
- FABRICATORE, A. N.; WADDEN, T. A. — Obesity. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2 (2006) 357-377.
- FLANCAUM, L.; CHOBAN, P. S. — Surgical implications of obesity. *Annual Review of Medicine*. 49 (1998) 215-234.
- FINKELSTEIN, E. A.; RUHM, C. J.; KOSA, K. M. — Economic causes and consequences of obesity. *Annual Reviews of Public Health*. 26 (2005) 239-257.
- FONTAINE, K. R.; BARTLETT, S. J.; BAROFSKY, I. — Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 27 : 1 (2000) 101-105.
- FRIEDLANDER, S. L. *et al.* — Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 157 : 12 (2003) 1206-1211.
- GROESSL, E. J. *et al.* — Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *American Journal Preventive Medicine*. 26 : 2 (2004) 126-129.
- GUEDEA, M. E. *et al.* — Results of biliopancreatic diversion after five years. *Obesity Surgery*. 14 : 6 (2004) 766-772.
- HANSEN, E. N.; TORQUATI, A.; ABUMRAD, N. N. — Results of bariatric surgery. *Annual Review of Nutrition*. 26 (2006) 481-511.
- HASSAN, M. K. *et al.* — Obesity and health-related quality of life : a cross-sectional analysis of the US population. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*. 27 : 10 (2003) 1227-1232.
- KEISH, J. F. — A phenomenological analysis of the lived experiences of adult females undergoing rapid weight loss due to Roux-En-Y, weight loss surgery. San Antonio, Texas : Faculty of the Graduate School of St. Mary's University, 2005. Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Philosophy in Counselling.
- NOBRE, E. L. *et al.* — Tendências do peso em Portugal no final do século XX : estudo de coorte de jovens do sexo masculino. *Acta Médica Portuguesa*. 17 : 3 (2004) 205-209.
- REA, J. D. *et al.* — Influence of complications and extent of weight loss on quality of life after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical Endoscopy*. 21 : 7 (2007) 1095-1100.
- SAMPALIS, J. S. *et al.* — The impact of weight reduction surgery on health-care costs in morbidly obese patients. *Obesity Surgery*. 14 : 7 (2004) 939-947.
- SCHAEFFER, D. F.; RUSNAK, C. H.; AMSON, B. J. — Laparoscopic roux-en Y gastric bypass surgery : initial results of 120 consecutive patients at a single British Columbia surgical center. *The American Journal of Surgery*. 195 : 5 (2008) 565-569.
- SEARS, D. *et al.* — Evaluation of gastric bypass patients 1 year after surgery : changes in quality of life and obesity-related conditions. *Obesity Surgery*. 18 : 12 (2008) 1522-1525.
- SINGHAL, R. *et al.* — Metabolic outcomes of obese diabetic patients following laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*. 18 : 11 (2008) 1400-1405.
- TOLONEN, P.; VICTORZON, M.; MÄKELÄ, J. — Impact of laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity on disease-specific and health-related quality of life. *Obesity Surgery*. 14 : 6 (2004) 788-795.
- VALLIS, T. M.; ROSS, M. A. — The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity : identification of psychological predictors of success. *Obesity Surgery*. 3 : 4 (1993) 346-359.
- van HOUT, G. *et al.* — Health-related quality of life following vertical banded gastroplasty. [Em linha]. *Surgical Endoscopy*. (25 March 2008) [Consult. 2008-10-03] Disponível em <http://www.springerlink.com/content/m5735k871q167p25/fulltext.pdf>.
- van HOUT, G. *et al.* — Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*. 18 : 1 (2008) 115-120.
- WEINER, S. *et al.* — The Bariatric Quality of Life (BQL) Index : a measure of well-being in obesity surgery patients. *Obesity Surgery*. 15 : 4 (2005) 538-545.

□ Abstract

QUALITY OF LIFE IN CANDIDATES TO OBESITY SURGERY AND IN PATIENTS WHO WERE ALREADY SUBMITTED TO THIS SURGICAL TREATMENT (BETWEEN 6 TO 24 MONTHS AND FOR MORE THAN 24 MONTHS)

This study intended to compare generic quality of life and quality of life related to obesity in three groups of participants:

(1) Group 1: 134 candidate patients to surgery; (2) Group 2: 30 patients submitted to obesity surgery 6 to 24 months ago; (3) Group 3: 31 patients submitted to obesity surgery more than 24 months ago. Patients answered to a socio-demographic and clinical questionnaire, to SF-36 and to Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire in the context of a personal interview. Results suggest that generic quality of life is higher in patients who were submitted to obesity surgery than in candidates to surgical treatment, however patients submitted to surgery less than 24 months ago report higher

quality of life than those who were submitted to this treatment more than 24 months ago. On the other hand, obesity related quality of life reveals to be higher in patients who were submitted to surgery 6 to 24 months ago than in candidates to surgical treatment. Patients who were submitted to surgery more than 24 months ago also report higher obesity related quality of life than patients who were submitted to surgery less than 24 months ago.

Keywords: quality of life; obesity; surgery.