

## MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

# Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes

Célia Maria Pessoa Manso



## MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes

Célia Maria Pessoa Manso

Orientadora: Mestre, Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## **PENSAMENTO**

"Tudo aquilo que o homem ignora, não existe para ele. Por isso o universo de cada um, se resume no tamanho de seu saber."

Albert Einstein

#### **AGRADECIMENTOS**

A realização deste estudo só foi possível devido à ajuda e apoio de diversas pessoas, às quais deixo o meu agradecimento e reconhecimento.

À Professora Mestre Maria da Nazaré Cerejo, orientadora, agradeço a disponibilidade, a partilha de conhecimento, as críticas e sugestões.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pela autorização da realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados.

Aos doentes, cuja participação no estudo foi fundamental, agradeço a sua disponibilidade e tempo despendido.

Aos enfermeiros, pela colaboração, compreensão e disponibilidade demonstrada.

À minha família pelo apoio e aceitação das minhas ausências no desenrolar do estudo.

Por fim, a todos os meus amigos e colegas, que de uma forma ou de outra colaboraram na concretização do estudo, com o seu apoio, motivação e amizade.

#### LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS - Direção Geral de Saúde

Doi - Digital object identifier

Eds - Editores

EUA - Estados Unidos da América

Hab. Lit. - Habilitações literárias

HTA - Hipertensão arterial

IMC - Índice de Massa Corporal

Kg/m2 - Quilograma por metro quadrado

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

Pré-op - Pré-operatório

Pós-op - Pós-operatório

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sd - Sem data

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCO - Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade e Doenças Metabólicas

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

**WHOQOL-Bref -** Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, versão abreviada

**WHOQOL-100** - Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, versão longa

#### **RESUMO**

A obesidade é uma doença crónica, associada à existência de diversas comorbilidades, alterações psicológicas e sociais e a uma diminuição da qualidade de vida. A realização da cirurgia bariátrica tem como principais objetivos a redução do peso corporal, a melhoria das comorbilidades e da qualidade de vida dos doentes.

Com a realização do presente estudo pretende-se perceber qual o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos doentes. Deste modo, delinearam-se como objetivos, avaliar a qualidade de vida dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica no período préoperatório e três meses após a cirurgia, analisar a qualidade de vida dos doentes consoante o momento da avaliação e identificar fatores sociodemográficos e clínicos que fazem variar a qualidade de vida dos doentes submetidos a este tipo de cirurgia.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário, a uma amostra de 30 doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

Os resultados revelaram que os doentes obesos antes do tratamento cirúrgico apresentam uma qualidade de vida inferior à apresentada após a realização da cirurgia. Esta melhoria na qualidade de vida, é consistente com os resultados de outros estudos. Verificou-se uma melhoria da qualidade de vida dos doentes no período pós-operatório em todos os domínios da qualidade de vida e na sua faceta geral. Esta melhoria apenas não foi estatisticamente significativa no domínio ambiente da qualidade de vida. Na faceta geral verificou-se o valor mais elevado de qualidade de vida no pós-operatório.

Verificou-se a influência de algumas variáveis sociodemográficas na qualidade de vida dos doentes. Relativamente à variável clínica Índice de Massa Corporal, os resultados revelaram uma diminuição significativa após a realização da cirurgia barátrica. Os participantes também relataram uma melhoria nas comorbilidades mais prevalentes, após a cirurgia.

Acredita-se que o estudo da qualidade de vida será uma mais-valia para o estabelecimento de melhores e mais adequados cuidados de enfermagem a doentes submetidos a cirurgia bariátrica, à luz da evidência científica.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Cirurgia bariátrica; Cuidados de Enfermagem.

**Abstract** 

Obesity is a chronic disease, associated with the existence of various comorbidities,

psychological and social changes and a decrease in quality of life. The main objectives

of bariatric surgery are to reduce body weight, improve comorbidities and improve the

quality of life of patients.

With the accomplishment of the present study we intend to realize the impact of the

bariatric surgery on the quality of life of the patients. Thus, the objectives of the study

were to evaluate the quality of life of patients undergoing bariatric surgery in the

preoperative period and three months after surgery, to analyse the patients quality of life

according to the moment of the evaluation, and to identify sociodemographic and clinical

factors which influence the quality of life of patients undergoing this type of surgery.

A quantitative, descriptive-correlational study was developed, data were obtained

through the application of a questionnaire, to a sample of 30 patients undergoing bariatric

surgery.

The results showed that obese patients before the surgical treatment have a lower

quality of life than the one presented after the surgery. This improvement in quality of life

is consistent with the results of other studies. There was an improvement in patients'

quality of life in the postoperative period in all areas of quality of life and in their general

aspects. No statistically differences were found for the environmental domain of quality

of life. In the general facet the highest value of quality of life was observed in the

postoperative period.

The influence of some sociodemographic variables on the quality of life of the patients

was verified. Regarding the clinical variable Body Mass Index, the results showed a

significant decrease after the bariatric surgery. Participants also reported an

improvement in the most prevalent comorbidities after surgery.

In the light of scientific evidence the study of the quality of life will be an added value for

the establishment of better and more adequate nursing care to patients undergoing

bariatric surgery.

**KEYWORDS**: Quality of Life; Bariatric surgery; Nursing care.

## **LISTA DE FIGURAS**

| Figura 1 - Prevalência da obesidade nos últimos 40 anos na população   | adulta |
|--|--------|
| portuguesa   | 25     |
| Figura 2 - Estrutura da WHOQOL-Bref: domínios e facetas                | 42     |
| Figura 3 - Distribuição da amostra por Grupos Etários                  | 58     |
| Figura 4 - Distribuição da amostra segundo o Número de Elementos do Ag | regado |
| Familiar   | 60     |

## **LISTA DE TABELAS**

| Tabela 1 - Prevalência da pré- obesidade e obesidade em Portugal         26  |
|--|
| Tabela 2 - Caracterização da corpulência baseada no IMC    28  |
| Tabela 3 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades         30                  |
| Tabela 4 - Distribuição das questões da WHOQOL-Bref pelos seus domínios e faceta         geral       52                |
| Tabela 5 – Distribuição da amostra por Idade    57   |
| Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo o Sexo    58  |
| <b>Tabela 7</b> – Distribuição da amostra segundo as Habilitações Literárias 59  |
| <b>Tabela 8</b> – Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional 59   |
| <b>Tabela 9</b> – Distribuição da amostra segundo a Zona de Residência 60  |
| <b>Tabela 10</b> – Distribuição da amostra segundo o Estado Civil  |
| Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo a existência de Familiares Dependentes         a cargo       61            |
| <b>Tabela 12</b> – Distribuição da amostra segundo o Tipo de Cirurgia Bariátrica 61                                    |
| Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o Peso, Altura e IMC no Pré-operatório         62                          |
| <b>Tabela 14</b> – Distribuição da amostra segundo o Peso e IMC no Pós-operatório 62                                   |
| Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a existência de Comorbilidades no Pré-         operatório       63         |
| Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a existência de Comorbilidades no Pós-         operatório       63         |
| Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo a Melhoria de Comorbilidades existentes         no Pré-operatório       64 |
| Tabela 18 – Amostra segundo os Domínios e QV Geral da WHOQOL-Bref no pré-  |

| Tabela 19 – Amostra segundo os Domínios e QV Geral da WHOQOL-Bref no pós-         operatório       65       |
|---|
| Tabela 20 – Amostra segundo a QV Geral da WHOQOL-Bref   |
| Tabela 21 – Amostra segundo a Perceção Geral da Saúde da WHOQOL-Bref 67                                     |
| Tabela 22 – Resultados do teste de Wilcoxon relativos à QV    68  |
| Tabela 23 – Resultados do teste de Wilcoxon relativos ao IMC    68  |
| Tabela 24 – Preditores sociodemográficos do Domínio Físico da QV ao longo de 3         meses       69       |
| Tabela 25 – Preditores sociodemográficos do Domínio Psicológico da QV ao longo de         3 meses       70  |
| <b>Tabela 26</b> – Preditores sociodemográficos do Domínio Relações Sociais da QV ao longo de 3 meses       |
| Tabela 27 – Preditores sociodemográficos do Domínio Ambiente da QV ao longo de 3         meses       71     |
| Tabela 28 – Preditores sociodemográficos do Domínio Faceta Geral da QV ao longo de         3 meses       71 |
| Tabela 29 – Preditores clínicos do Domínio Físico da QV ao longo de 3 meses 72                              |
| Tabela 30 – Preditores clínicos do Domínio Psicológico da QV ao longo de 3 meses      73                    |
| Tabela 31 – Preditores clínicos do Domínio Relações Sociais da QV ao longo de 3         meses       74      |
| Tabela 32 – Preditores clínicos do Domínio Ambiente da QV ao longo de 3 meses 74                            |
| Tabela 33 – Preditores clínicos da Faceta Geral da QV ao longo de 3 meses 75                                |
|   |

## SUMÁRIO

| INTRODUÇÃO  | 19   |
|---|------|
| 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO   | 23   |
| 1.1 - OBESIDADE   | 23   |
| 1.1.1 - Epidemiologia, incidência e prevalência                         | 23   |
| 1.1.2 - Definição, classificação e avaliação                            | 27   |
| 1.1.3 - Comorbilidades associadas                                       | 29   |
| 1.1.4 - Tratamento cirúrgico  | 32   |
| 1.2 - QUALIDADE DE VIDA   | 36   |
| 1.2.1 - Avaliação da Qualidade de Vida: Instrumento de avaliação da OMS | 40   |
| 1.3 - QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA BARIÁTRICA       | 43 4 |
| 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO  | 47   |
| 2.1 - TIPO DE ESTUDO  | 47   |
| 2.2 - QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO                               | 47   |
| 2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO                         | 48   |
| 2.4 - HIPÓTESES   | 49   |
| 2.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA   | 49   |
| 2.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS                                  | 50   |
| 2.7 - TRATAMENTO ESTATISTICO DOS DADOS                                  | 54   |
| 2.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS                                    | 55   |
| 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS                               | 57   |
| 3.1 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS                                 | 57   |
| 3.2 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS                                | 67   |
| 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS  | 77   |

| CONCLUSÃO  | 89       |
|--|----------|
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS   | 93       |
| APÊNDICES  | 99       |
| APÊNDICE I - Pedido da fundamentação teórica relativa à escala de avalia WHOQOL-Bref | -        |
| APÊNDICE II - Instrumento de colheita de dados no pré-operatório                     | 105      |
| APÊNDICE III - Instrumento de colheita de dados no pós-operatório                    | 113      |
| APÊNDICE IV - Formulário de Informação ao Doente e Consentimento Info                | rmado121 |
| APÊNDICE V - Pedido de autorização para realização do estudo                         | 127      |
| ANEXOS   | 131      |
| ANEXO I - Cedência da fundamentação teórica relativa à escala de avalia WHOQOL-Bref  |          |
| ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética do CHUC                                      | 137      |

## **INTRODUÇÃO**

A obesidade é uma doença crónica de proporções epidémicas, representando um grave problema de saúde pública a nível mundial. Esta crescente prevalência tem vindo a preocupar diferentes entidades de saúde, tendo-se verificado a implementação de medidas que visam a sua prevenção e tratamento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017).

Considera-se a obesidade como resultante de um desequilíbrio energético positivo que afeta a saúde e que é condicionado por fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Para a sua avaliação e classificação é aceite universalmente, a utilização do Índice de Massa Corporal [IMC] (Andolfi & Fisichella, 2018).

A obesidade condiciona a existência de múltiplas comorbilidades, o aumento da morbilidade e mortalidade, custos económicos elevados, dificuldade de tratamento e uma diminuição da Qualidade de Vida [QV] (Gonçalves, 2014).

As opções terapêuticas para esta patologia incluem o tratamento conservador e o tratamento cirúrgico. O primeiro corresponde ao tratamento de 1ª linha e compreende intervenções ao nível do estilo de vida (dieta, exercício físico e terapia comportamental) e medicação. Estas medidas muitas vezes não são eficazes, pelo que se recorre ao tratamento cirúrgico, o qual tem indicações específicas. Este tipo de tratamento, a cirurgia bariátrica, tem vindo a desenvolver-se ao longo dos últimos anos e atualmente inclui técnicas restritivas, técnicas mistas de predomínio restritivo e técnicas que induzem uma má absorção (Serra et al., 2011).

Como tratamento de última linha, a realização da cirurgia bariátrica tem como objetivos a redução do peso corporal, a melhoria das comorbilidades e também a melhoria da QV dos doentes (Idem).

Cada vez se revela mais importante estudar as condições que interferem no bem-estar da pessoa, bem como os fatores indissociáveis da QV, para desenvolver novas intervenções, ações e políticas, com vista à promoção de saúde. Atualmente, a QV dos doentes é considerada uma finalidade primordial em termos de saúde, verificando-se que algumas instituições e organizações internacionais passaram a indicá-la como sendo uma meta importante a atingir (Pimentel como referido por Gonçalves, 2010). Isto porque, no contexto social atual a QV surge como um tema de relevante importância e

a sua avaliação é utilizada como uma medida de resultados dos cuidados e intervenções em saúde.

A OMS refere-se a QV numa perspetiva transcultural e multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (*World Health Organization Quality of Life* [WHOQOL], 1998). Em saúde a expressão QV deve ser entendida num contexto subjetivo (Sosnowsk et al., 2017).

A obesidade como doença crónica que é, tem significativa repercussão na saúde e QV daqueles que a vivenciam. Esta interferência com a QV acontece devido à sua associação com a diminuição do bem-estar psíquico, dificuldade de interação social e baixa autoestima, favorecendo o isolamento social, situações de depressão e diminuição da capacidade funcional (Segura, Nascimento, Beuren & Wozniak, 2014). A realização de cirurgia bariátrica surge como uma intervenção capaz de influenciar a QV destes doentes. Alguns estudos têm-se debruçado sobre esta influência, apontando para uma melhoria na QV.

Dado que a investigadora do presente estudo exerce funções numa unidade de cuidados onde se realiza este tratamento cirúrgico, tem todo o interesse em conhecer como é a QV dos doentes antes e após a realização da cirurgia. Ter acesso a este conhecimento, bem como às dimensões da QV mais influenciadas pelos resultados da cirurgia, permitirá o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dirigidas ao doente nas diferentes fases do processo, capazes de o capacitar a atingir o máximo de bem-estar e de QV, o que constituirá ganhos em saúde.

Assim, deste contexto emerge uma problemática de investigação. A investigação surge pela necessidade de resolver uma questão que causa inquietação e que exige um melhor entendimento do fenómeno observado, neste caso, compreender a QV dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica, a partir da questão central de investigação:

## Qual o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos doentes operados num hospital central?

Perante esta questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos:

- avaliar a qualidade de vida dos doentes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- analisar a qualidade de vida dos doentes consoante o momento da avaliação (pré e pós-operatório);

 identificar fatores sociodemográficos e clínicos que fazem variar a qualidade de vida dos doentes submetidos a cirurgia bariatrica.

Trata-se de uma investigação com uma abordagem quantitativa, um estudo descritivo e correlacional, com o intuito de dar resposta à questão de investigação, aos objetivos e às hipóteses formuladas.

A colheita de dados reaizou-se no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

A amostra do estudo é constituída por 30 doentes propostos para cirurgia bariátrica. A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, constituído por duas partes. A primeira, referente a dados sociodemográficos, familiares e clínicos, a segunda pelo instrumento de avaliação da QV da OMS, versão abreviada (WHOQOL-Bref), em português de Portugal. O questionário foi aplicado em dois momentos distintos, aquando do internamento para a realização da cirurgia, o que constitui o momento pré-operatório e 3 meses após a realização da cirurgia em contexto de consulta externa.

O presente trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente é apresentado o enquadramento teórico, resultante da revisão da literatura realizada acerca do tema; seguidamente é apresentado o enquadramento metodológico, onde é descrito o desenho da investigação e as opções metodológicas utilizadas; segue-se a apresentação e análise dos resultados, que inclui a sua análise descritiva e inferencial; posteriormente é apresentada a discussão dos resultados, à luz do referencial teórico que serviu de base à conceção do estudo; por fim surge a conclusão onde sobressaem os principais resultados, é efetuando o balanço do percurso desenvolvido, a análise das limitações do estudo e apresentadas sugestões para futuras investigações nesta área, com o intuito de alargar os conhecimentos sobre a temática e de os aplicar na prática dos cuidados de enfermagem.

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão da literatura ou enquadramento teórico constitui uma etapa importante do processo de investigação, sendo através da sua análise que se irá traçar um quadro teórico e fazer a estruturação conceptual que sustentará o desenvolvimento do trabalho (Pestana & Gageiro, 2014).

A fundamentação teórica, permite obter, organizar e sistematizar informações da situação atual do tema em estudo, conhecer publicações existentes, os aspetos que já foram abordados e verificar as opiniões de vários autores a respeito do problema de investigação, isto é, conhecer o estado da arte (Idem).

Deste modo, segue-se, uma abordagem acerca do tema obesidade, onde se inclui a sua incidência e prevalência, definição, classificação e avaliação, bem como as comorbilidades associadas e tratamento cirúrgico. Posteriormente, é desenvolvido o tema QV, pretendendo-se esclarecer o conceito e conhecer o instrumento de avaliação da OMS. Por fim, é feita referência à QV do doente submetido a cirurgia bariátrica.

#### 1.1 - OBESIDADE

A obesidade constitui-se, atualmente, como um problema de saúde pública a nível mundial, a sua elevada prevalência levou a OMS a considerá-la como a epidemia global do século XXI (Adolfi & Fisichella, 2018).

## 1.1.1 - Epidemiologia, incidência e prevalência

A OMS alerta os países membros para o facto da obesidade, neste século, apresentar uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infeciosas, constituindo a 2ª causa de morte passível de prevenção, a seguir ao tabagismo. Deste modo, a mesma organização, apela à necessidade de serem tomadas medidas enérgicas para a prevenção e tratamento da obesidade, pois de outra forma em 2025, mais de 50% da população mundial será obesa (Adolfi & Fisichella, 2018).

Estimativas globais recentes da OMS (2017) revelam que a prevalência mundial da obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016, apontando para mais de 1,9 bilhões de adultos maiores de 18 anos, em 2016, com excesso de peso, dos quais, mais de 650

milhões eram obesos. De acordo com esta fonte, 39% da população adulta mundial (39% dos homens e 40% das mulheres) apresenta excesso de peso e cerca de 13% (11% dos homens e 15% das mulheres) é obesa. No que refere às crianças, e relativamente ao mesmo ano (2016) a OMS estima que 41 milhões, com idade inferior a 5 anos e mais de 340 milhões com idade entre 5 a 19 anos, tinham excesso de peso ou obesidade.

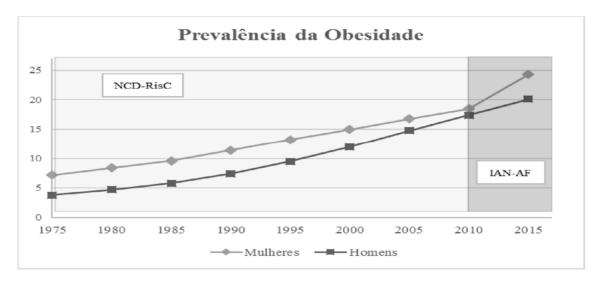
A mesma fonte salienta também, o facto de que embora seja considerado um problema dos países desenvolvidos, o excesso de peso e a obesidade estão agora a aumentar nos países de baixa e média renda, particularmente em ambientes urbanos. Assim, não é invulgar encontrar nestes países situações de desnutrição e obesidade a coexistirem. Tal acontece devido, quer a uma vulnerável e inadequada alimentação pré-natal e infantil, quer à exposição a alimentos com alto teor de gordura, de açúcar e de sal e elevada densidade energética, que tendem a ter um menor custo. A estes padrões alimentares associam-se baixos níveis de atividade física, o que resulta num aumento acentuado da obesidade infantil, enquanto as questões de desnutrição permanecem. A OMS (2017) justifica assim, o facto de no continente Africano, o número de crianças, de idade inferior a 5 anos, com excesso de peso ter aumentado quase 50% desde 2000. Bem como, quase metade das crianças, com menos de 5 anos, com excesso de peso ou obesidade, em 2016, serem da Ásia. O excesso de peso e a obesidade são agora responsáveis por mais mortes em todo o mundo do que a insuficiência ponderal, pois, globalmente, há mais pessoas que são obesas do que com baixo peso.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2017), em 2015, nos seus países membros, onde se inclui Portugal, 19,5% da população adulta (idade igual ou superior a 15 anos) era obesa. Sendo que os países que revelam menores taxas de obesidade são o Japão e a Coreia, em oposição aos Estados Unidos da América (EUA) e México, onde mais de 30% da população apresenta este problema. As taxas de excesso de peso e obesidade cresceram rapidamente em países como Inglaterra, México e EUA desde a década de 1990, enquanto o aumento foi mais lento em outros. Na última década, a taxa de prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou no Canadá, França, México, Suíça e EUA, enquanto estabilizou na Inglaterra, Itália, Coreia e Espanha, não havendo, no entanto, uma redução da epidemia, em qualquer país. Cingindo a análise aos países europeus, a Itália surge com a menor percentagem de adultos com excesso de peso e obesidade (9,8%) enquanto a Hungria apresenta a taxa mais elevada (30%).

A mesma Organização dá conta que, na maioria dos países, as mulheres são mais obesas do que os homens, no entanto, verifica-se que a obesidade masculina tem

crescido mais rapidamente. Também refere que a educação e contexto socioeconómico afetam a distribuição da obesidade. As mulheres com menor formação têm maior probabilidade de apresentar excesso de peso relativamente àquelas que têm um maior nível educacional. Sendo que, a obesidade tem vindo a aumentar mais rapidamente em homens com menor formação e em mulheres de formação média, na maioria dos países. Excecionalmente, nos EUA, as taxas aumentaram mais rapidamente entre pessoas de nível socioeconómico elevado. Reciprocamente, a obesidade contribui para reforçar as desigualdades sociais existentes, uma vez que pessoas obesas têm piores perspetivas de emprego e são potencialmente menos produtivas.

Portugal segue a tendência mundial, e apresenta taxas de obesidade cada vez mais elevadas. De acordo com a Direção Geral de Saúde [DGS] (2017), a prevalência do excesso de peso e obesidade tem vindo a aumentar, quer em adultos quer em crianças e adolescentes. Nos últimos 40 anos verifica-se um aumento consistente e marcado, nos portugueses adultos em ambos os sexos, como representa a figura 1.



**Figura 1** - Prevalência da obesidade nos últimos 40 anos na população adulta portuguesa Fonte: DGS (2017)

Ainda de acordo com a DGS (2017), referindo-se aos resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, atualmente, o excesso de peso atinge mais de um quarto das crianças e adolescentes portugueses e mais de metade da população adulta, como se pode verificar na tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência da pré- obesidade e obesidade em Portugal

| Grupo Etário              | Pré-Obesidade | Obesidade |
|---------------------------|---------------|-----------|
| Crianças (<10 anos)       | 17,3%         | 7,7%      |
| Adolescentes (10-17 anos) | 23,6%         | 8,7%      |
| Adultos (18-64 anos)      | 36,5%         | 21,6%     |
| Idosos (65-84 anos)       | 41,8%         | 39,2%     |

Fonte: DGS (2017)

Um estudo epidemiológico, conduzido pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade concluiu que a prevalência da obesidade era mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas, nas zonas urbanas e em portugueses menos escolarizados (Carmo et al., 2006).

Dados divulgados pela DGS em 2014 revelam, mais uma vez, que os grupos populacionais socialmente mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, insegurança alimentar e excesso de peso associado. A idade e o número de pessoas que compõem o agregado familiar surgem também como fatores significativos.

De acordo com a mesma fonte, embora nos últimos anos pareça haver uma alteração no padrão de consumo, caracterizado ainda por uma excessiva ingestão de energia, mas agora com um abrandamento da disponibilidade de carne e outros produtos de origem animal (em consequência da crise económica vivida) mantém-se uma alimentação de má qualidade, com excesso de sal e baixo consumo de frutos e hortícolas. Esta inadequada alimentação, associada à inatividade física continuam a ser fatores determinantes do aparecimento de obesidade e de doença crónica em Portugal.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016) reportando para 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico de 2015, verifica-se que a prevalência de excesso de peso é superior nos homens enquanto a prevalência de obesidade é superior nas mulheres. O grupo etário entre os 45 e os 54 anos é o mais afetado pelo excesso de peso enquanto o grupo etário entre os 65 e os 74 anos é o mais afetado pela obesidade e pela obesidade abdominal. No que concerne à situação laboral e educação, verifica-se que os portugueses sem atividade profissional remunerada e que não têm qualquer nível de escolaridade ou que têm apenas o primeiro ciclo do ensino básico apresentavam uma maior prevalência de excesso de peso, obesidade e obesidade abdominal, relativamente aos que possuem níveis mais elevados de escolaridade.

Perante estes dados a DGS (2017) considera que a elevada prevalência do excesso de peso e obesidade representam um grave problema de saúde cujo impacto individual, social e económico é tão relevante que representa um potencial risco à sustentabilidade do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS). A mesma fonte, citando Pereira e Mateus, refere que um estudo relativo ao ano de 2002, revela que foram imputados à obesidade cerca de 500 milhões de euros em custos diretos e indiretos. Pelo que se deduz, que atualmente, dado a crescente incidência do problema, os gastos sejam substancialmente superiores.

## 1.1.2 - Definição, classificação e avaliação

De acordo com a OMS a obesidade é uma doença na qual o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Para este desequilíbrio contribuem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Como o desequilíbrio tende a perpetuar-se, a obesidade é considerada uma doença crónica (Andolfi & Fisichella, 2018).

Sendo que, a acumulação excessiva de tecido adiposo pode, simplesmente, ser explicada pela manutenção prolongada de um balanço energético positivo, o aumento exponencial na prevalência da obesidade, verificado nas últimas décadas, é o resultado da interação entre diversos fatores. Assim, a predisposição fisiológica, a multiplicidade de componentes sociais e ambientais, bem como aspetos psicológicos e comportamentais, que promovem e traduzem os dois anteriores, são elementos de uma complexa estrutura que predispõe, promove e mantém o excesso de peso (DGS, 2017).

A pluralidade de fatores, onde se inclui o estilo de vida moderno, caracterizado pelo sedentarismo e uma dieta hiperenergética, contribuem para o crescente aumento da obesidade. Como refere a OMS (2017), globalmente tem-se assistido cada vez mais, a um aumento da ingestão de alimentos com densidade energética rica em gordura e um aumento da inatividade física devido à natureza cada vez mais sedentária do trabalho, mudança de meios de transporte e crescente urbanização, o que influencia diretamente o aparecimento e manutenção da doença.

Também, podemos falar de obesidade enquanto doença de cariz familiar, uma vez que os genes envolvidos no aumento do peso, predispõem ao risco de desenvolvimento de

obesidade quando em condições ambientais favoráveis. Assim, frequentemente, pais obesos têm filhos obesos (Andolfi & Fisichella, 2018).

O diagnóstico de obesidade, como referem Serra et al., (2011) está relacionado com o cálculo do IMC. Este mede a corpulência e diz respeito à relação do peso (Kg) com a altura (m²) [IMC= peso/(altura×altura)]. De acordo com a OMS (2017), este quociente foi proposto por Adolphe Quetelet, no século XIX, como medida da adequação da corpulência em adultos, sendo originalmente designado Índice de Quetelet. Em 1972, passou a adotar a nomenclatura de IMC, por proposta de Ancel Keys et al., que demostraram a sua adequação para estimar a proporção relativa de massa gorda corporal. Mais tarde, Garrow e Webster confirmaram a sua fiabilidade como um indicador da obesidade. Assim, em 1997, a OMS no documento intitulado *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, definiu uma categorização da corpulência, baseada no cálculo do IMC, como é apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da corpulência baseada no IMC

| Classificação   | IMC (Kg/m²)    |
|-----------------|----------------|
| Baixo peso      | <18,5          |
| Peso normal     | 18,5 – 24,9    |
| Excesso de peso | <u>&gt;</u> 25 |
| Pré-obesidade   | 25 - 29,5      |
| Obesidade       | <u>&gt;</u> 30 |
| Classe 1        | 30 – 34,9      |
| Classe 2        | 35 - 39,9      |
| Classe 3        | ≥ 40           |

Fonte: DGS (2017)

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade e Doenças Metabólicas [SPCO] (s.d.), um IMC>50 diz respeito a uma Super Obesidade.

De acordo com a Adolfi & Fisichella (2018), um outro aspeto importante a ter em consideração na avaliação do adulto obeso, é a distribuição morfológica da gordura corporal. Considerando esta distribuição, podemos falar de dois tipos de obesidade, a androide e a ginóide. A obesidade androide, também designada abdominal ou visceral diz respeito à acumulação de tecido adiposo na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, sendo característica do homem obeso. Quanto à obesidade ginóide é

típica da mulher e diz respeito à distribuição da gordura, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região dos glúteos e coxas. É de salientar que existe uma predisposição genética que determina, que naquele indivíduo, exista uma maior acumulação de gordura naquelas zonas, em resposta aos comportamentos alimentares e sedentarismo.

Para uma avaliação precisa da presença de obesidade seria necessário, como refere a DGS (2017) recorrer a métodos de avaliação direta da proporção de massa gorda corporal, como por exemplo, a ressonância magnética nuclear, a densidade corporal, a densitometria, a medição do potássio corporal total e a bio impedância. Mas como se trata de métodos dispendiosos e complexos, na avaliação da obesidade, é mais habitual o recurso à avaliação antropométrica e, particularmente a fórmulas que combinam o peso, altura e/ou os perímetros corporais. Sendo que, a avaliação concomitante do perímetro da cintura pode acrescentar poder prognóstico devido ao risco decorrente da adiposidade excessiva, principalmente pelo impacto da sua localização anatómica. Ashwell, Gunn e Gibson (2012) referem que os índices antropométricos de obesidade abdominal, quer a relação cintura/estatura, quer a circunferência da cintura, têm sido cada vez mais preditores do risco cardiometabólico, comparativamente com o IMC. Sendo que, concluíram no seu estudo (revisão sistemática e meta-análise com 31 artigos) que a relação cintura/estatura é a que revela resultados mais fidedignos.

A avaliação adequada e a identificação precoce de uma excessiva distribuição central de tecido adiposo são importantes em indivíduos com excesso de peso menos acentuado ou normoponderais (DGS, 2017). No entanto, como referem Leitzmann et al., (2011), a avaliação do perímetro da cintura é menos pertinente em indivíduos com obesidade, principalmente, classe 2 e 3 onde a associação entre perímetro da cintura e a mortalidade atenua a correlação. Também para Jensen et al., (2013) a avaliação do perímetro da cintura é desnecessária em indivíduos com IMC superior a 35kg/m2, por não acrescentar informação relevante no que concerne ao risco associado.

## 1.1.3 - Comorbilidades associadas

A investigação epidemiológica documenta de forma consistente a associação entre o excesso de peso e o risco acrescido de incidência e agravamento de diversas doenças (DGS, 2017).

De acordo com Vaz (2008), os riscos associados à obesidade são múltiplos e a sua incidência é proporcional ao grau da doença. Incluem-se nestes riscos a ocorrência de

várias patologias graves, nomeadamente doenças cardiovasculares, metabólicas, respiratórias e músculo-esqueléticas, bem como uma demarcada probabilidade de morte prematura.

Como refere a DGS (2005) existe uma relação direta entre as classes de obesidade e o risco de desenvolver comorbilidades. Esta relação é afetada por fatores, já anteriormente mencionados, como o tipo de alimentação, nível de atividade física e ambiente envolvente. Esse risco é apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades

| Classificação        | IMC (kg/m²) | Risco de Comorbilidades                                  |
|----------------------|-------------|--|
| Baixo peso           | <18,5       | Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos) |
| Variação normal      | 18,5 – 24,9 | Médio  |
| Pré-obesidade        | 25,0 – 29,9 | Aumentado  |
| Obesidade Classe I   | 30,0 – 34,9 | Moderado   |
| Obesidade Classe II  | 35,0 – 39,9 | Grave  |
| Obesidade Classe III | ≥ 40.0      | Muito grave  |

Fonte: DGS (2005)

A obesidade envolve um complexo sistema fisiológico, fazendo-se acompanhar de transtornos metabólicos, hormonais e inflamatórios, assim como de importantes comorbilidades médicas, psicológicas, sociais e económicas (Serra et al., 2011).

Wolfe et al., (2016) enumeram várias comorbilidades associadas à obesidade:

- doença cardiovascular:
  - hipertensão arterial (HTA);
  - aterosclerose:
  - enfarte do miocárdio;
  - acidente vascular cerebral;
  - insuficiência cardíaca congestiva;
  - arritmias cardíacas.
- doenças metabólicas:
  - diabetes mellitus tipo 2;

- dislipidémia;
- doença hepática gordurosa não alcoólica;
- inflamação.
- doenças pulmonares:
  - apneia obstrutiva do sono;
  - asma.
- doenças musculosqueléticas:
  - artrite degenerativa;
  - imobilidade:
  - dor.
- patologias do sistema reprodutivo:
  - síndrome do ovário policistico;
  - infertilidade;
  - disfunção sexual.
- alterações geniturinárias:
  - comprometimento da função renal;
  - nefrolitíase;
  - incontinência urinária de stresse.
- alterações do sistema nervoso central:
  - alteração cognitiva;
  - dor de cabeça;
  - pseudotumores.
- alterações psicossociais:
  - comprometimento da QV;
  - depressão.
- patologias do foro oncológico.

A DGS (2017), associa o excesso de peso e obesidade ao risco acrescido de problemas de saúde, referindo-se ao risco muito aumentado, risco aumentado e risco ligeiramente

aumentado. Assim, refere risco muito aumentado de associação da obesidade com a apneia obstrutiva do sono, insuficiência respiratória, dispneia, insulinorresistência, dislipidémia, doença vesicular e diabetes tipo2. Risco aumentado de associação com doença coronária, HTA, osteoartrite, hiperuricemia e gota. Risco ligeiramente aumentado de associação com alteração hormonas reprodutivas e da fertilidade, síndrome do ovário poliquistico, malformações fetais, lombalgia, cancro (mama, endométrio, cólon) e risco anestésico.

A mesma entidade, não querendo retirar relevância a nenhuma das outras comorbilidades, menciona que o risco de incidência da diabetes tipo 2 e das doenças cardiovasculares têm particular relevância em Portugal, uma vez que estas correspondiam a quatro das cinco primeiras causas de morte em 2009.

O aumento do IMC, como referido pela OMS (2017), é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças não-transmissíveis, sendo que o risco aumenta com o aumento do IMC. A DGS (2017), especifica que o impacto da obesidade na saúde está relacionado com a proporção excessiva de massa gorda corporal e, sobretudo da sua distribuição morfológica. Mais que o excesso de peso, o local onde se depositam as quantidades excessivas de gordura, é determinante no aparecimento de complicações.

A obesidade abdominal associa-se potencialmente ao desenvolvimento de doenças arteriais (HTA, doença coronária e doença vascular cerebral) e doenças metabólicas (diabetes tipo2 e dislipidémia).

De acordo com Cao (2014), os esforços dedicados em encontrar tratamento para a obesidade e distúrbios associados, nas últimas duas décadas levaram a grandes avanços na compreensão mecanicista do tecido adiposo como um órgão endócrino essencial. O tecido adiposo secreta uma série de hormonas, as adipocinas, que sinalizam órgãos chave para manter a homeostasia metabólica. A sua disfunção está associada a diversas doenças metabólicas. Além disso, a obesidade induz a produção de citoquinas inflamatórias e infiltração de células imunes em tecido adiposo, o que conduz a um estado de inflamação crónica. Esta inflamação metabólica é cada vez mais reconhecida como um mecanismo unificador que liga a obesidade e as suas comorbilidades.

## 1.1.4 - Tratamento cirúrgico

O principal objetivo do tratamento da obesidade, como refere Vaz (2008) é conseguir uma redução do peso corporal, suficiente para que este deixe de representar um risco

para a saúde, contribua para a melhoria geral da mesma, bem como da QV, reduzindo a mortalidade e melhorando as doenças crónicas associadas. Tal objetivo, embora seja o que responde às necessidades reais do organismo e que se baseia em pressupostos realistas, tendo assim uma maior probabilidade de sucesso, muitas vezes não vai de encontro aos desejos do doente, que tem expectativas elevadas. Deste modo, é fundamental a abordagem do doente por uma equipa multidisciplinar, também porque o tratamento implica alterações profundas ao nível do estilo de vida, quer nos hábitos alimentares, quer no exercício físico. A cirurgia surge muitas vezes como tratamento de última linha, particularmente nas classes 2 e 3 da obesidade, mas não pode ser isolada das restantes medidas.

O progressivo aumento da incidência de obesidade levou a DGS a incluir no Plano Nacional de Combate à Obesidade desenvolvido em 2005, a cirurgia bariátrica ou cirurgia de obesidade, como parte integrante das estratégias de intervenção.

A avaliação dos doentes requer um seguimento por diferentes profissionais de saúde, para que seja possível determinar com rigor a estratégia de tratamento adequada a cada caso. As orientações da DGS (2012) vêm reforçar esta ideia, salientando que a decisão do tratamento deve ser multidisciplinar, quanto à adequação ou não da solução cirúrgica e quanto ao tipo de técnica cirúrgica bariátrica a utilizar.

Para a realização da cirurgia bariátrica a DGS, nas mesmas orientações, define os seguintes critérios:

- IMC ≥ 40 Kg/m² (obesidade classe 3), com ou sem comorbilidades ou;
- IMC ≥ 35 Kg/m² (obesidade classe 2) com presença de, pelo menos, uma das seguintes comorbilidades:
  - diabetes mellitus tipo 2;
  - dislipidemia;
  - síndrome de apneia obstrutiva do sono;
  - síndrome de hipoventilação do obeso;
  - hipertensão arterial (especialmente se de difícil controlo);
  - patologia degenerativa osteoarticular, com marcada limitação funcional.
- idade entre os 18 e os 65 anos, inclusive;
- insucesso das medidas não-cirúrgicas na redução ponderal, durante, pelo menos, um ano;
- obesidade que não seja secundária a doença endócrina clássica;
- capacidade para compreender o procedimento cirúrgico e para aderir a um programa de seguimento a longo prazo;

- ausência de distúrbios psiquiátricos;
- ausência de dependência de álcool ou estupefacientes;
- relação risco operatório e o risco clínico.

As intervenções cirúrgicas recomendadas para o tratamento da obesidade, como refere Vaz (2008), podem ser divididas em três grupos, em função do mecanismo que induz a perda de peso: intervenções restritivas, intervenções indutoras de mal absorção e intervenções mistas. Nas intervenções restritivas é reduzida a capacidade de ingestão de alimentos e temos como exemplo a banda gástrica ajustável e a gastrectomia em sleeve. Nas intervenções indutoras de má absorção é provocada uma alteração do processo de digestão e absorção. Fazem parte destas técnicas a derivação biliopancreática por duodenal switch e a derivação biliopancreática por operação de Scopinaro, as quais envolvem também algum grau de restrição da capacidade de ingestão de alimentos. Por fim, nas intervenções mistas é reduzida, simultaneamente, a capacidade de ingestão e alterado o processo de digestão/absorção. Deste grupo fazem parte o bypass gástrico em Y de Roux.

De acordo com o mesmo autor, as cirurgias restritivas são tecnicamente as mais simples, no entanto, o êxito a longo prazo é inferior às cirurgias indutoras de mal absorção ou dos procedimentos mistos. Isto porque, implicam um maior comprometimento dos doentes na alteração substancial do seu estilo de vida, pelo que a taxa de insucesso pode ser elevada no caso de incumprimento, havendo reganho de peso.

No entanto, Wolfe et al., (2016) referem que esta divisão pode ser uma simplificação excessiva e até mesmo incorreta. Isto porque, há uma ampla evidência de que as vias de sinalização neural e endócrina que afetam os comportamentos alimentares, a redução do apetite, a saciedade, a ingestão de energia e possivelmente a atividade física são elementos relevantes no processo cirúrgico que conduzem à perda de peso mas também ao tratamento e melhoramento das comorbilidades associadas.

Os mesmos autores fazem referência a outro procedimento cirúrgico, o bloqueio vagal intermitente, no qual cabos colocados sobre os troncos vagais do diafragma, produzem bloqueio vagal, reduzindo o apetite.

Como qualquer cirurgia, a bariátrica também apresenta riscos e complicações. A este propósito Serra et al., (2011) referem que algumas das complicações gerais são a trombose venosa periférica, o tromboembolismo pulmonar e rabdomiólise. Quanto às complicações específicas refere a hemorragia intrabdominal, a deiscência e infeção da

ferida cirúrgica, a deiscência e ulceração das anastomoses, a oclusão intestinal, náuseas e vómitos.

Também, Wolfe et al., (2016) salientam que embora os benefícios da perda de peso nos indivíduos com obesidade severa, particularmente aqueles com comorbilidades associadas, são inquestionáveis, esses benefícios devem ser considerados no contexto de complicações cirúrgicas. Estas, a médio e longo prazo, incluem a obstrução intestinal, úlcera marginal, hérnia ventral e cálculos biliares. Fazem também referência a complicações metabólicas como a nefrolitíase e hipoglicemia. Destacam ainda o reganho de peso, bem como os défices em minerais e vitaminas. O défice de micronutrientes inclui, ferro, cálcio, vitamina D, vitamina B12, cobre e tiamina, pelo que se recomenda a suplementação de nutrientes de rotina, como, multivitaminas, ferro, minerais, cálcio e vitamina D. Em concordância, a DGS (2012), recomenda que independentemente dos eventuais suplementos que possam ser necessários face à instalação de défices específicos, deve ser prescrito suplemento vitamínico/mineral a todos os doentes, dependendo do tipo de cirurgia.

Após a realização da cirurgia, o doente requer ainda um seguimento multiprofissional a fim de contribuir para o sucesso da intervenção, a qual só por si não é suficiente. Assim, a DGS (2012) reforça as orientações no sentido da necessidade do acompanhamento pelos vários elementos da equipa multidisciplinar no período pós-operatório como forma de garantir a continuidade dos cuidados e o sucesso do tratamento. Refere que é fundamental a sensibilização do doente e família para a necessidade de hábitos de exercício físico regular e adequado à perda de peso bem como é necessário o reforço da educação alimentar apropriada ao tipo de cirurgia bariátrica realizada. Quanto à alimentação, salienta que o aporte diário recomendado deverá ser de 60 a 120 g de proteínas (a atingir à terceira/quarta semana após a cirurgia), 1200-1500 mg de cálcio e 5 porções de fruta e vegetais, para permitir uma normal função intestinal. Até à terceira/quarta semana do pós-operatório, deverá ser fornecido o máximo aporte proteico, dentro dos limites de volume tolerados por cada doente.

Wolfe et al., (2016) relatam que a substancial perda de peso que segue à cirurgia e também fatores neuroendócrinos após a modificação gastrointestinal, contribuem para uma diminuição da mortalidade e morbilidade associados à obesidade. Destacam a melhoria de doenças cardiovasculares, mas também de outras como todos os tipos de cancro. Vaz (2008) corrobora estas conclusões, referindo que a cirurgia bariátrica apresenta muitos benefícios para o doente, salientado a perda de peso como o mais imediato. Contudo, importa salientar que a perda de peso não é necessariamente o benefício mais importante. O mesmo autor destaca o facto de a diabetes e a hipertensão

arterial ficarem tratadas em cerca de 80% dos casos e melhorarem nos restantes. Evidencia também que o tratamento cirúrgico da obesidade resulta numa melhoria importante da QV em cerca de 98% dos doentes.

### 1.2 - QUALIDADE DE VIDA

O termo QV está cada vez mais presente nas sociedades contemporâneas, sendo transversal a todas as áreas do conhecimento e debatido sob diferentes perspetivas, nomeadamente social e cultural, apresenta múltiplos significados pois reflete o saber, experiências, valores individuais e coletivos (Post, 2014).

A QV é cada vez mais objeto de estudo de diferentes áreas, tais como psicologia, antropologia, política, sociologia, economia e medicina. A utilização cada vez mais frequente do termo, tem subjacente o desafio de defini-lo. Na ausência de um conceito aceite universalmente, alguns investigadores argumentam que a maioria das pessoas, principalmente do mundo ocidental, está familiarizada com o termo e tem uma compreensão intuitiva do seu significado, os mesmos investigadores partilham a opinião que QV assume significados distintos para diferentes pessoas e adota igualmente diferentes significados de acordo com a área de aplicação (Idem).

Não existe uma definição clara e definitiva de QV. Aristóteles como refere Pimentel (2004), escreveu que qualquer pessoa entende "vida boa" ou "estar bem" como "estar feliz", mas adverte que a felicidade é um estado psicológico discutível e variável conforme a pessoa que a refere e a situação de saúde ou económica, em que se encontra, afirmando que "quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é a riqueza" (p.13).

Admite-se que esta é a referência mais antiga de QV e demonstra bem a complexidade e subjetividade do conceito.

Segundo Fleck et al., (1999) a expressão QV foi aplicada pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos EUA, Lyndon Johnson, quando este referiu que a medição dos objetivos da economia não poderia ser feita apenas considerando os balanços dos bancos, mas sim, através da QV que estes objetivos económicos proporcionavam às pessoas. Até então predominava a análise mercantilista do bem-estar, o qual estava intimamente dependente dos níveis económicos que quanto mais elevados, maior o bem-estar da população. Esta visão foi colocada em causa após a 2ª Guerra Mundial, dado que não se verificava um equilíbrio entre o crescimento económico dos EUA e as problemáticas sociais.

Ao longo da história, o conceito QV foi influenciado pelos diferentes contextos sociais, políticos, económicos e culturais, pelo que o seu significado deve ser entendido à luz da conjuntura em que foi aplicado. De uma forma lata, originalmente associou-se QV à preocupação com a higiene e saúde pública, estendendo-se aos direitos humanos, aos direitos laborais e aos direitos dos cidadãos. Posteriormente, englobou também a preocupação com a vida quotidiana e social dos indivíduos, incluindo a saúde (Martins, 2006).

De acordo com Scatollin (2006), pode afirmar-se que inicialmente o termo QV foi utilizado com o propósito de criticar as políticas que estimulavam o crescimento económico desorganizado, o qual, conduzia a prejuízos para o meio ambiente e condições de vida. O desenvolvimento de políticas sociais passaram a considerar a felicidade, bem-estar e QV, passando estes a ter grande relevância nas medidas efetivas adotadas, surgindo também a preocupação em mensurar tais variáveis.

De acordo com a mesma autora, o conceito de QV foi-se ampliando, sendo considerados como seus indicadores objetivos as condições de saúde, educação, habitação, transporte, lazer, trabalho, mortalidade infantil, esperança de vida, nível de escolaridade, saneamento básico, níveis de poluição, entre outros. No entanto, a constante evolução do conceito demonstrou que estes indicadores não eram suficientes para definir QV, sendo fundamental o nível de satisfação de cada indivíduo com a QV (QV subjetiva). Em consonância com esta ideia, Churchman citado por Martins (2006), refere que a QV representa a subjetividade do indivíduo acerca do grau em que as suas necessidades estão satisfeitas, nos vários domínios da vida.

Esta evolução do conceito está estritamente relacionada com a própria definição de Saúde, a qual, depois da 2ª Guerra Mundial, em consequência da exigência de uma visão mais holística dos problemas de saúde, foi redefinida pela OMS, que lhe acrescentou a noção de bem-estar físico, emocional e social e não apenas ausência de doença (Post, 2014).

De acordo com Frisch (2014) o desenvolvimento tecnológico e do conhecimento científico na área da medicina trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização. Muitas vezes, na busca de aumentar a esperança média de vida, é esquecida a necessidade de acrescentar vida aos anos, pois este aumento não é sinónimo de melhoria da QV. Deste modo, segundo o mesmo autor, a preocupação com a QV deve valorizar, entre outros, a satisfação com a vida. Parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida.

Como referem Canavarro, Pereira, Moreira e Paredes (2010), a partir dos nos 80 o conceito de QV começa a ganhar uma importância crescente no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, aumentando a sua importância no discurso e prática médica. De cordo com os mesmos autores, tal acontece devido ao aumento da expectativa de vida, em consequência do progresso tecnológico da medicina, a mudança nas doenças, nomeadamente as infeciosas, predominando as crónicas, a insuficiência das medidas médicas objetivas e tradicionais na avaliação das limitações impostas pela doença e os seus tratamentos nas diferentes dimensões de vida da pessoa doente e ainda, o movimento de humanização da medicina. Estes fatores, contribuíram para que a QV fosse introduzida na investigação na área da saúde, com o propósito de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, é no âmbito da doença crónica que se tem verificado um maior interesse pela QV, em virtude do seu diagnóstico ameaçador, dos seus tratamentos prolongados e muitas vezes agressivos e da incerteza do prognóstico. A doença crónica, constitui um risco para a QV dos indivíduos, suscitando por isso a necessidade da conceptualização do conceito de modo a que possa ser avaliado.

Seidl e Zannon (2004) referem que a partir do início da década de 90, estabeleceu-se um consenso entre estudiosos da área, quanto a dois aspetos fundamentais do conceito de QV: subjetividade e multidimensionalidade. A subjetividade diz respeito a considerar a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida, isto é, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a QV. Fica assim claro que só o próprio individuo é capaz de avaliar a sua QV. Relativamente à multidimensionalidade, refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões.

Como referem Fleck et al., (1999), embora não exista um consenso no que respeita ao conceito de QV, três aspetos fundamentais referentes ao seu constructo foram obtidos através de um grupo de peritos da OMS, pertencentes a diferentes culturas e sob a coordenação de John Orley: subjetividade; multidimensionalidade; presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor).

O estudo destes elementos, de acordo com os mesmos autores, conduziu à definição de QV adotada pela OMS, desenvolvida pelo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) *Group* como: "a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (p. 20). Trata-se da definição de QV globalmente mais aceite e utilizada, sendo igualmente adotada pela DGS.

De acordo com Scatollin (2006) o reconhecimento da multidimensionalidade do constructo inclui pelo menos três dimensões: física, psicológica e social. De um modo mais complexo e abrangente, Fleck et al., (1999) faz referência a seis domínios da QV refletidos nesta definição: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Este conceito resulta de um consenso internacional, refletindo uma perspetiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características salientes do respetivo meio, na avaliação subjetiva da QV individual (WHOQOL *Group* citado por Canavarro et al., 2010).

Paschoal segundo Scatollin (2006) acrescenta mais duas características fundamentais ao conceito de QV, sendo elas a complexidade e mutabilidade. A complexidade surge do facto do conceito ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o que o torna complexo e difícil de avaliar, a sua avaliação é alterada pelo tempo, pessoa, lugar e contexto cultural. No que toca à mutabilidade, ela verifica-se quando varia para uma mesma pessoa consoante muda o seu estado de humor segundo as circunstancias.

Por sua vez, Sosnowsk et al., (2017), referem que na década de 90, Schipper e colegas introduziram o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), descrevendo-o como sendo o efeito funcional da doença e do seu tratamento, percecionado pelo doente. Observaram que, o estado de saúde de um ser humano pode influenciar significativamente a sua vida, afetando assim o resultado da avaliação da QV. Deste modo, ao realizar a sua avaliação num contexto médico, os profissionais de saúde devem analisar o impacto da doença e da terapia na vida do doente, como subjetivamente percebido por este.

Também Wachterman et.al., (2016) referem que o termo QVRS é muito frequente na literatura, sendo usado com objetivos semelhantes ao conceito mais geral. No entanto, parece implicar os aspetos mais diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde.

## 1.2.1 - Avaliação da Qualidade de Vida: Instrumento de avaliação da OMS

O tema QV tem vindo assumir um importante papel em todas as áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde, constituindo uma meta a atingir em todas as políticas de saúde (Scatollin, 2006).

Para Wachterman et al., (2016), a avaliação da QV, no contexto da saúde, permite a identificação de indicadores acerca da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos. De acordo com os mesmos autores, a avaliação da QV, permite um melhor conhecimento dos doentes e da sua adaptação à situação de saúde, influenciando assim, decisões e mesmo condutas terapêuticas das equipas de saúde.

Fleck et al., (1999) referem que devido ao crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins e das novas necessidades que isso acarretou, a avaliação da QV foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da terapêutica) e da segurança (reação adversa à terapêutica).

Outros autores como, Canavarro et al., (2010) referem que é crescente o interesse de investigadores e clínicos em avaliar a QV de pessoas com doença crónica, pois permite: identificar o impacto da doença e do seu tratamento em diversas áreas da vida do doente; melhorar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos; avaliar o ajustamento psicossocial à doença; medir a eficácia dos tratamentos; definir e desenvolver estratégias com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes e proporcionar informação prognóstica relevante quer para a resposta ao tratamento quer para a sobrevivência.

De acordo com Fleck et al., (1999) existiu uma proliferação de instrumentos de avaliação de QV na sua maioria desenvolvidos nos EUA, com um crescente interesse em traduzilos para aplicação em outros países, todavia, a aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Os mesmos autores referem que em muitos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para a avaliação da QV, a própria definição desta não consta do estudo.

Deste modo, como mencionado por Canavarro et al., (2010), a constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de QV que privilegiasse uma perspetiva transcultural e subjetiva, levou a OMS a reunir um conjunto de peritos, pertencentes a 15 culturas diferentes (WHOQOL *Group*) com o objetivo de debater o conceito de QV e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL-100.

Os mesmos autores, citando o WHOQOL *Group*, referem que o desenvolvimento do instrumento partiu de três pressupostos principais: a essência abrangente do conceito de QV; construir uma medida quantitativa, fiável e válida passível de ser aplicada a várias populações; qualquer fator que afete a QV influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento, este por sua vez deve servir para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na QV.

A estrutura do instrumento assenta em seis domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; ambiente e espiritualidade (Idem).

A necessidade de um instrumento de avaliação da QV que exigisse um menor tempo a preencher do que a versão original, mas que revelasse, igualmente, características psicométricas satisfatórias levou o grupo de estudo da QV da OMS a desenvolver uma versão abreviada do WHOQOL-100: o WHOQOL-Bref. O desenvolvimento deste instrumento seguiu a mesma metodologia, própria, desenhada pela OMS, cumprindo o objetivo de preservar o carater abrangente da versão original e mantendo a essência subjetiva e multidimensional do conceito de QV. O instrumento WHOQOL-Bref permite avaliar a QV a indivíduos adultos, podendo ser aplicado em doentes com qualquer patologia, assim como, em pessoas da população em geral sem qualquer doença em particular (Canavarro et al., 2007).

Esta versão abreviada, está organizada em 4 domínios e uma faceta geral. Esta diz respeito à QV em geral, inclui a perceção da QV geral e a perceção geral da saúde. Os 4 domínios são: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Serra et al., 2006). De acordo com Seidl e Zannon (2004) o domínio físico diz respeito à perceção do indivíduo sobre a sua condição física, o domínio psicológico visa a perceção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, o relacionamento social procura compreender a perceção do indivíduo sobre os seus relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida, por fim, o domínio ambiente diz respeito à perceção do indivíduo acerca de diversos aspetos relacionados com o ambiente onde vive. Estes domínios, cada um dos quais constituído por diversas facetas, bem como a faceta geral, estão representados na figura 2, que seguidamente se apresenta.

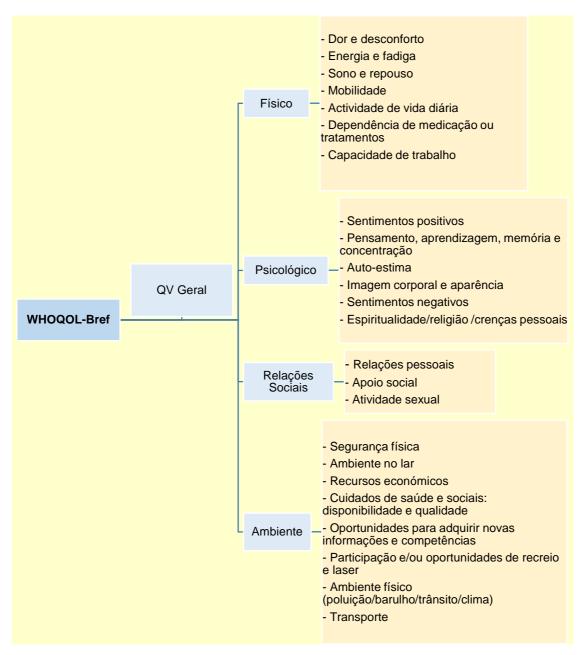


Figura 2 - Estrutura da WHOQOL-Bref: domínios e facetas

Fonte: Serra et al., (2006)

O instrumento, quer na sua versão original, quer na abreviada, está disponível em mais de 40 idiomas diferentes, existindo também a versão portuguesa, a qual resultou da aplicação da metodologia proposta pela OMS. Em Portugal, as duas versões foram desenvolvidas pelo Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida (Canavarro et al., 2010).

O método de construção do WHOQOL permitiu chegar a um instrumento conceptualmente fundamentado, afastando-o de medidas baseadas em indicadores

sociais da QV e de outras medidas tradicionais relacionadas unicamente com a saúde (Canavarro et al., 2007).

A preocupação conceptual, do ponto de vista metodológico e a sofisticação que lhe está subjacente tem contribuído para a imagem de robustez conceptual e psicométrica que o WHOQOL apresenta, sendo dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a QV (Idem). Tratando-se, de acordo com Serra et al., (2006), de um bom instrumento para avaliar a QV da população portuguesa.

Scatollin (2006), refere que este instrumento faz parte do grupo de instrumentos genéricos para a avaliação da QV, amplamente avaliados quanto à sua validade e confiabilidade. Faz também referência aos instrumentos específicos para avaliação da QV, os quais avaliam de forma pontual determinados aspetos da QVRS, proporcionando uma maior sensibilidade na deteção de alterações do problema em estudo.

No entanto, como referido por Seidl e Zannon (2004), existe uma grande controvérsia associada ao uso de medidas específicas da QVRS. Se por um lado alguns autores defendem os enfoques mais específicos da QV, assinalando que esses podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas com uma determinada doença, outros salientam que algumas dessas medidas têm uma abordagem tendencialmente focada nos sintomas e disfunções, contribuindo pouco para uma visão abrangente de todos os domínios implícitos na QV.

### 1.3 - QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é hoje um importante problema de saúde pública, associada a maior risco de doenças não transmissíveis e ao elevado risco de mortalidade. Está também associada a uma diminuição da QV, bem como do bem-estar físico e mental (Abilés et al., referidos por Silva, Ribeiro & Cardoso, 2014).

A cirurgia bariátrica pretende contrariar esta realidade, procurando uma perda de peso significativa e duradoura, capaz de trazer alterações na vida dos doentes a diferentes níveis. No entanto, a experiência e a literatura mostram que os resultados da cirurgia da obesidade dependem em grande parte da capacidade dos doentes em adaptar o seu estilo de vida ao autocuidado pós-cirúrgico. Quando, existe dificuldade em implementar mudanças de estilo de vida, a cirurgia pode levar a resultados não desejáveis como a recuperação de peso, desnutrição, depressão, insatisfação com o sistema de saúde, insatisfação com a cirurgia, mal-estar mental e físico, em suma, má QV (Idem).

De acordo com Vaz (2008), nenhum tratamento da obesidade, incluindo o cirúrgico, é por si só, sinónimo de resultados duradouros ou definitivos. O sucesso do tratamento cirúrgico, a longo prazo, não é garantido pela recuperação depois da intervenção, nem pode, depender exclusivamente dos doentes, pois está estritamente relacionado com o seguimento destes. Para este autor, é essencial o estabelecimento de um programa de *follow-up* a cumprir pelos doentes, capaz de identificar precocemente eventuais problemas que surjam, possibilitando a sua resolução e assim otimizando os resultados cirúrgicos.

A obesidade não tem apenas impacto negativo na saúde física dos doentes, tem também um significativo impacto negativo no domínio subjetivo. A maioria dos doentes propostos para cirurgia bariátrica apresentam comprometimento a nível psicológico, social, familiar, laboral e lazer (Silva et al., 2014).

Segundo Andersen et al., (2015) entre os obesos candidatos à cirurgia bariátrica, a sua grande motivação para realizar a cirurgia é melhorar a QV, pois, devido a múltiplos fatores, apresentam um risco particularmente aumentado de redução da mesma. Em consonância, Sierżantowicz et al., (2017) referem que o grau de perda de peso e a redução do desconforto associado à obesidade são tendencialmente utilizados para avaliar os resultados da cirurgia bariátrica. Mas, os autores reforçam a premissa que do ponto de vista do doente, um elemento importante na avaliação da eficácia da cirurgia é uma melhoria no funcionamento psicossocial e QV.

Andersen et al., (2015), realizaram uma revisão sistemática da literatura com o intuito de perceber as alterações na QV dos doentes que foram submetidos a cirurgia. Os estudos analisados, embora metodologicamente recorrendo a diferentes medidas, indicaram uma melhoria na QV dos doentes após a cirurgia. Sendo que, o auge desta melhoria, ocorreu durante o primeiro e segundo anos após a intervenção. Estes primeiros anos, são frequentemente apelidados de "período de lua-de-mel". De acordo com os autores, é nesta fase que muitas vezes os doentes experienciam, pela primeira vez na vida, uma redução significativa de peso, bem como a sensação de controlo da obesidade. Uma melhor QV coincide com o período de maior perda de peso.

No entanto, os mesmos autores mencionam que, após este período, verifica-se uma diminuição da QV ao longo do tempo, tendendo a estabilizar, permanecendo ainda assim melhor, relativamente ao período antes da cirurgia. Estes autores, admitem que a diminuição da QV possa estar relacionada com a recuperação de peso e menor apoio dos profissionais de saúde. Havendo uma perda de peso adequada e mantida, sem

outras intercorrências, a realização da cirurgia bariátrica parece estar associada a uma boa QV.

Ainda os mesmos autores, afirmam que de quando comparada com a QV da norma da população, a QV dos doentes obesos, mesmo após a cirurgia, é inferior. No entanto, Lier, Biringer, Hove, Stubhaug e Tangen (2011) no seu estudo, onde avaliaram a QV de doentes submetidos a cirurgia bariátrica fazendo associações com a sua saúde mental, verificaram uma melhoria na QV após a cirurgia, sendo que em doentes sem transtornos psiquiátricos, essa QV é comparável à da população em geral. Em doentes com alterações psiquiátricas, verificaram apenas uma tendência de melhoria. A existência de comorbilidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade, segundo estes autores, contribui para uma diminuição menos acentuada de perda de peso após a cirurgia e uma menor QV.

A literatura refere que a realização da cirurgia bariátrica contribui para uma redução do peso, assim como, maioritariamente, uma redução ou melhoria das comorbilidades associadas à obesidade, dados que, para diferentes autores, concorrem claramente para o aumento da QV. Após a intervenção verifica-se geralmente uma melhor QV dos doentes. Sendo que, a melhoria na dimensão física da QV, de um modo geral, é mais expressiva que a melhoria nas dimensões social e psicológica (Duarte et al.,2014; Grans, Warth, Farah & Bassitt, 2012; Ribeiro, Ávila, Santos & Garrote, 2015; Silveira et al., 2015; Tae et al., 2014).

Como referido pela DGS (2012) é necessário o desenvolvimento de intervenções multidisciplinares capazes de terem impacto na mudança de comportamentos dos doentes, potenciando os resultados da cirurgia nas diversas dimensões da QV. Assim, o doente submetido a tratamento cirúrgico da obesidade, requer suporte e apoio a longo prazo de uma equipa multidisciplinar dedicada, para puder consolidar os resultados obtidos e lidar com eventuais complicações e retrocessos, contribuindo assim para obter uma melhor QV (Andersen et al., 2015; Eickhoff, 2008).

## 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica de um estudo consiste na definição dos meios para a sua realização. É determinado num desenho, o método que o investigador pretende aplicar no sentido de obter respostas às questões de investigação colocadas e/ou às hipóteses formuladas (Streubert & Carpenter, 2013).

Assim, neste capítulo é descrita a sequência das etapas percorridas nos diferentes momentos da pesquisa. É apresentado, o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos, a operacionalização das variáveis em estudo, as hipóteses, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, o tratamento estatístico que será posteriormente efetuado e por último, os procedimentos formais e éticos.

#### 2.1 - TIPO DE ESTUDO

O desenho de investigação, isto é, o plano lógico traçado pelo investigador, que norteia a investigação, varia de acordo com o objetivo, as questões de investigação ou as hipóteses. Para conduzir o presente estudo optou-se por uma abordagem quantitativa, num desenho descritivo e correlacional.

De acordo com Fortin, Côte e Filion (2009), a metodologia quantitativa caracteriza-se por enfatizar o raciocínio dedutivo, a explicação e predição, através da medição das variáveis e análise sistemática dos dados colhidos.

O presente estudo é um estudo descritivo-correlacional, pois pretende-se avaliar a QV dos doentes em dois momentos, pré-operatório e pós-operatório (três meses após a cirurgia) e correlacionar os resultados destas avaliações com fatores clínicos e sociodemográficos.

# 2.2 - QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação formula-se através de um enunciado claro, sendo uma interrogação explícita relativa a um tema de estudo que se pretende analisar, com o intuito de desenvolver o conhecimento existente (Fortin et al., 2009). Deste modo, a formulação da questão de investigação é uma etapa crucial no processo de

investigação, pois precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Idem). Assim delineou-se a seguinte questão de investigação:

# Qual o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos doentes de um hospital central?

A questão de investigação orienta a análise do que se pretende estudar e está diretamente relacionada com os objetivos pretendidos. A definição de objetivos num trabalho de investigação deve indicar de forma clara qual a intenção do investigador para responder às questões formuladas (Fortin et al., 2009).

Deste modo, delinearam-se os seguintes objetivos:

- avaliar a qualidade de vida dos doentes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- analisar a qualidade de vida dos doentes consoante o momento da avaliação (pré e pós-operatório);
- identificar fatores sociodemográficos e clínicos que fazem variar a qualidade de vida dos doentes submetidos a cirurgia bariatrica.

# 2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

A definição das variáveis é uma fase fundamental no processo de investigação pois contribui para o rigor e objetividade do estudo. Para Fortin et al., (2009) as variáveis são as unidades base da investigação, podendo ser classificadas, de acordo com o papel que exercem, em dependentes, independentes, de investigação e atributo.

Deste modo, tendo em consideração a questão e os objetivos formulados, foram selecionadas as variáveis do presente estudo. A variável dependente, aquela que no fundo o investigador pretende explicar e compreender, é a QV. Para Fortin et al. (2009), a variável dependente é aquela que é afetada e/ou explicada pelas variáveis independentes, a que sofre o efeito destas.

Os mesmos autores consideram que as variáveis independentes são as que afetam as outras variáveis, não necessitando estar relacionadas entre si. Neste estudo, considerase a realização da cirurgia bariátrica como a variável independente.

Ainda de acordo com os autores supracitados, as variáveis atributo dizem respeito às características, pré-existentes, dos sujeitos em estudo. Neste caso são consideradas variáveis atributo as variáveis sociodemográficas e clínicas. As primeiras são a idade,

sexo, habilitações literárias/académicas, situação profissional, zona de residência, estado civil e situação familiar. Quanto às clínicas dizem respeito ao IMC e comorbilidades (depressão, HTA, diabetes, dislipidémia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doença cardíaca, doença cardiovascular, alterações osteoarticulares).

# 2.4 - HIPÓTESES

As hipóteses são formuladas tendo em conta as variáveis em estudo e a população alvo da investigação. De acordo com Fortin et al. (2009), a hipótese de investigação diz respeito a um enunciado, no qual o investigador antecipa, face a uma interrogação formulada, relações entre variáveis, que necessitam de uma verificação empírica.

Assim, foram enunciadas as seguintes hipóteses de investigação:

- a qualidade de vida dos doentes é melhor 3 meses após a realização da cirurgia bariátrica;
- existe relação entre a qualidade de vida e os fatores sociodemográficos do doente submetido a cirurgia bariátrica;
- existe relação entre a qualidade de vida e os fatores clínicos do doente submetido a cirurgia bariátrica.

# 2.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

No sentido de dar continuidade ao estudo é fundamental definir a amostra da população que vai ser estudada. Segundo Streubert e Carpenter (2013) uma população é um conjunto de pessoas ou objetos que partilham características semelhantes, definidas por um conjunto de critérios de inclusão. Para estes autores, importa fazer a distinção entre população alvo e população acessível. A primeira diz respeito à população que o investigador pretende estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações. A segunda é uma porção da população alvo que está ao alcance do investigador. Neste estudo, a população alvo será constituída pelos doentes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica enquanto a população acessível serão os doentes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica dos serviços de cirurgia geral do CHUC.

Como não é viável ao investigador estudar a população inteira, é necessário constituir uma amostra representativa da mesma. Assim, a amostra do presente estudo surge como uma réplica em miniatura da população alvo, é no fundo uma fração da população que constitui o objeto de estudo (Fortin et al., 2009). Neste caso, optou-se por uma

amostra não probabilística acidental, uma vez que os participantes foram escolhidos pelo facto de se encontrarem naquele local, naquele momento e com aquelas caraterísticas. Foram selecionados através da consulta da lista operatória e de acordo com os critérios de inclusão. A amostra foi constituída por um subgrupo de 30 doentes que foram sendo internados, nas unidades de cirurgia geral do CHUC, para realização de cirurgia bariátrica, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados. Posteriormente, três meses após a realização da cirurgia, foi efetuada nova colheita de informação a esses doentes.

A amostra foi constituída tendo em consideração o seguinte conjunto de critérios de inclusão:

- idade igual ou superior a 18 anos;
- capacidade para ler, interpretar e dar respostas por escrito, na língua portuguesa;
- não ter alterações mentais diagnosticadas;
- encontrar-se no período pré-operatório de cirurgia bariátrica e pós-operatório (3 meses depois).

#### 2.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para proceder à recolha dos dados, o investigador deve adequar os instrumentos de colheita aos objetivos definidos, à questão de investigação, à amostra que selecionou e ao tempo de que dispõe para realização da pesquisa (Fortin et al., 2009). Deste modo, para obter os dados necessários à concretização do presente estudo, foi utilizado o questionário como instrumento de colheita.

Segundo, Pestana e Gageiro (2014) designa-se por questionário um instrumento de colheita de dados em que o participante dá respostas escritas, a um conjunto de questões. De acordo com os mesmos autores, consiste num instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, como é o caso. Permite organizar, normalizar e controlar os dados de modo a que as informações procuradas sejam colhidas com rigor.

A opção pelo questionário, prendeu-se com o facto de ser passível de colher os dados pretendidos e ser um meio rápido de os obter. Com a sua aplicação foi possível a obtenção dos seguintes dados:

 caracterização sociodemográfica da população em estudo: idade, sexo, habilitações literárias, situação profissional, zona de residência e situação

- familiar (estado civil, nº de elementos do agregado familiar e existência de familiares dependentes);
- situação clínica: peso, altura, IMC e comorbilidades (depressão, HTA, diabetes, dislipidémia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doença cardíaca, doença cardiovascular, alterações osteoarticulares);
- avaliação da QV.

O questionário utilizado é constituído por duas partes distintas. A primeira inclui questões relativas a dados sociodemográficos, familiares e clínicos. Foi construída especificamente para este trabalho, focando aspetos considerados fundamentais para dar resposta aos objetivos do estudo. Pretendeu-se conseguir uma boa caracterização da amostra, através da apresentação de perguntas fechadas, com o intuito de facilitar o preenchimento e agilizar a sua posterior análise. Foram elaboradas dez perguntas a fim de determinar: idade, sexo, IMC, habilitações literárias, situação profissional, zona de residência, estado civil, nº de elementos do agregado familiar, familiares dependentes a cargo e existência de comorbilidades (depressão, HTA, diabetes, dislipidémia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, uso de dispositivo respiratório para dormir, doença cardíaca, doença cardiovascular, alterações osteoarticulares). Esta parte do questionário inclui também o tipo de cirurgia.

A segunda parte do questionário, é constituída pela escala de avaliação da QV WHOQOL-Bref, na sua versão em português de Portugal, a qual foi desenvolvida e validada pelo Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida. O pedido da fundamentação teórica relativa à escala, informação acerca da sua aplicação e interpretação encontra-se no Apêndice I e a cedência dos mesmos no Anexo I.

Este instrumento é composto por 26 itens e está organizado da seguinte forma: 24 questões avaliam os 4 domínios da QV (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), sendo que cada domínio é constituído por um conjunto de facetas, correspondendo cada uma a uma questão; 2 questões avaliam a QV Geral, o que inclui a perceção da QV em geral e a perceção geral da saúde, como é esquematizado na tabela 4 que seguidamente se apresenta.

Tabela 4 - Distribuição das questões da WHOQOL-Bref pelos seus domínios e faceta geral

| Domínio 1     | Físico  |
|---------------|---|
| Q3            | Dor e desconforto   |
| Q10           | Energia e fadiga  |
| Q16           | Sono e repouso  |
| Q15           | Mobilidade  |
| Q17           | Atividades da vida diária                                   |
| Q4            | Dependência de medicação ou tratamentos                     |
| Q18           | Capacidade de trabalho                                      |
| Domínio 2     | Psicológico   |
| Q5            | Sentimentos positivos                                       |
| Q7            | Pensamento, aprendizagem, memória e concentração            |
| Q19           | Autoestima  |
| Q11           | Imagem corporal e aparência                                 |
| Q26           | Sentimentos negativos                                       |
| Q6            | Espiritualidade/religião/crenças pessoais                   |
| Domínio 3     | Relações sociais  |
| Q20           | Relações pessoais   |
| Q22           | Apoio social  |
| Q21           | Atividade sexual  |
| Domínio 4     | Ambiente  |
| Q8            | Segurança física  |
| Q23           | Ambiente no lar   |
| Q12           | Recursos económicos   |
| Q24           | Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade    |
| Q13           | Oportunidade para adquirir novas informações e competências |
| Q14           | Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer          |
| Q9            | Ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clima)        |
| Q25           | Transporte  |
| Faceta geral  |   |
| i doota gora. |   |

Fonte: Canavarro et al., (2007)

Como referem Canavarro et al. (2007), todos os itens são cotados de 1 a 5, numa escala do tipo Likert. As perguntas encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa. Assim, três itens, (Q3, Q4 e Q26) que estão formulados de forma negativa devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu valor a seis unidades.

De acordo com os mesmos autores, o Centro de Avaliação da QV, seguindo as tendências atuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. Pelo que, o cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

O Domínio Físico é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18) e o seu cálculo faz-se através da fórmula: ((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18)-7)/28 x 100.

O Domínio Psicológico é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26) e o seu cálculo faz-se de acordo com a seguinte fórmula: ((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)-6)/24 x 100.

O Domínio das Relações Sociais é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22) e o seu cálculo faz-se de acordo com a fórmula que se segue: ((Q20 + Q21 + Q22)-3)/12 x 100.

O Domínio Ambiente é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25) e o seu cálculo faz-se aplicando a seguinte fórmula: ((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25)-8)/32 x 100.

Quanto à Faceta geral é composta por 2 itens (Q1, Q2). O cálculo desta faz-se através da fórmula: (Q1 + Q2) - 2/8 x 100.

A interpretação dos resultados, ainda de acordo com os mesmos autores, é feita de modo linear, pelo que resultados mais elevados correspondem a uma melhor QV. Dada a natureza multidimensional do conceito de QV que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios que compõem a WHOQOL-Bref e faceta geral, não existindo uma "pontuação total" do instrumento. Assim, indicações sobre a QV em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a QV em geral e a perceção geral de saúde.

É de salientar que cada doente que integrou a amostra respondeu ao questionário duas vezes, correspondentes aos dois momentos de colheita de dados: pré-operatório (Apêndice III) e pós-operatório (Apêndice III). Sendo que, no segundo momento de avaliação, a primeira parte do questionário comportava apenas questões relativas às variáveis clinicas, aquelas que poderiam sofrer alterações com a realização da cirurgia. A segunda parte do questionário era mais uma vez constituída pela WHOQOL-Bref.

Este processo implicou uma codificação dos questionários, para no 2º momento de avaliação ser feita a correspondência e assim ser possível encontrar resposta para os objetivos definidos.

#### 2.7 - TRATAMENTO ESTATISTICO DOS DADOS

Após a colheita dos dados é necessário proceder à sua organização com o intuito de posteriormente os analisar. Para tal, recorre-se a técnicas estatísticas que permitem estruturar a informação numérica, descrevendo a amostra e as diferentes variáveis.

Segundo Pestana e Gageiro (2014), dependendo da natureza do estudo, poderão ser utilizadas análises descritivas e inferenciais. As estatísticas descritivas permitem resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas, enquanto a estatística inferencial, por meio dos testes estatísticos, permite verificar hipóteses e aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra.

Deste modo, dado tratar-se de um estudo do tipo quantitativo, os dados colhidos foram tratados informaticamente com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na sua versão 22.

As técnicas estatísticas descritivas utilizadas foram: distribuições de frequências (frequência absoluta e relativa); medidas de tendência central (média, mediana e moda); medidas de dispersão ou variabilidade (amplitude, variância, desvio padrão e coeficiente de variação). Quanto às técnicas de estatística inferencial foram utilizados testes não paramétricos devido ao tamanho reduzido da amostra (N=30).

Assim, para avaliar se após a realização da cirurgia os participantes apresentaram alterações na QV aplicou-se o teste de *Wilcoxon* e para avaliar quais os fatores que influenciam a QV entre o período pré e o período pós-operatório recorreu-se à técnica estatística *Generalized linear model*.

No teste das hipóteses, foram considerados como estatisticamente significativos os resultados para os quais o valor da probabilidade de significância foi inferior a 0,05 (p < 0,05).

Depois de efetuada a análise estatística, os resultados obtidos são apresentados sob a forma de tabelas e figuras por forma a facilitar a sua leitura e interpretação.

## 2.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação em enfermagem, por norma envolve seres humanos, pelo que os investigadores devem ter em conta aspetos éticos e morais. Qualquer que seja o tema investigado, as decisões tomadas têm que se fundamentar nos princípios do respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Fortin et al., (2009) fazem referência aos seguintes princípios éticos a ter em conta na investigação com seres humanos: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes; a otimização das vantagens.

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido de cada participante é traduzido pela sua participação voluntária no estudo, com obtenção de prévio consentimento informado após devidamente esclarecido acerca da finalidade do estudo. Para além disso, o participante foi sensibilizado para o facto de poder cessar a sua participação quando o entendesse e sem qualquer prejuízo para si.

O direito à privacidade e confidencialidade das informações pessoais foram assegurados aos participantes pelo anonimato e confidencialidade durante todo o estudo assim como na sua divulgação.

A participação dos doentes foi precedida pela entrega e explicação de um conjunto de informações, nomeadamente o âmbito e finalidades, procedimentos, riscos e benefícios, alternativas e confidencialidade, no sentido de garantir o seu anonimato e a sua participação voluntária. Ao que se seguiu a obtenção do consentimento informado, validado pela sua assinatura e devolução dos questionários preenchidos como prova da sua anuência na participação no estudo (Apêndice IV).

Após a realização de uma explicação e esclarecimento (autorizada pelos enfermeiros chefes) acerca do estudo às várias equipas de Enfermagem dos diferentes serviços onde foram aplicados os questionários, foi assegurada a privacidade para o preenchimento individual, tal como proporcionadas as condições para o esclarecimento de eventuais dúvidas, pelos colegas enfermeiros, ou pela investigadora no momento de entrega e recolha dos questionários aos doentes.

De modo a garantir todos os princípios éticos e para a aplicação do instrumento de colheita de dados nos vários serviços, foi realizado um pedido de autorização dirigido à

Comissão de Ética do CHUC (Apêndice V), como definido pela instituição, por forma a obter autorização formal para a realização do estudo (Anexo II).

Assumiu-se ainda, o compromisso de divulgar os resultados do estudo à instituição hospitalar, após a sua conclusão.

Depois de concedida autorização, procedeu-se à colheita dos dados.

# 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados, considerando o tipo de estudo, diz respeito à descrição das variáveis e das suas relações, bem como à confirmação ou não das hipóteses formuladas (Fortin et al., 2009).

Assim, de seguida é apresentada a análise descritiva dos resultados obtidos, bem como a análise inferencial através dos testes estatísticos utilizados para dar resposta aos objetivos do estudo. Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas e/ou figuras, precedidas de uma breve análise.

### 3.1 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por um total de 30 participantes. A idade destes variou entre os 24 e os 63 anos, sendo a média de idades de 41,4 anos e o desvio padrão de 10,79 anos. Como se verificou um desvio padrão elevado, foi posteriormente calculada a mediana da amostra, 41 anos, sendo o intervalo de confiança entre 37,37 e 45,43 anos, como se observa na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra por Idade

|       | n  | Mínimo | Máximo | Média | Desvio | Mediana | Intervalo     |
|-------|----|--------|--------|-------|--------|---------|---------------|
|       |    |        |        |       | padrão |         | confiança     |
| Idade | 30 | 24     | 63     | 41,40 | 10,79  | 41      | ]37,37;45,43[ |

Para mais facilmente percecionar a distribuição da amostra em termos de idade, a mesma foi subdividida em 3 grupos etários: dos 24 aos 34 anos; dos 35 aos 50 anos; superior a 50 anos. Verificou-se, como mostra a figura 3, que a maioria dos participantes tem idade compreendida entre 35 e 50 anos.

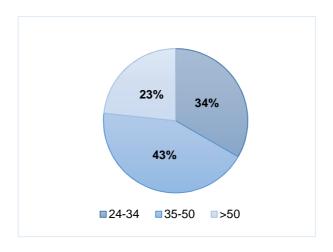


Figura 3 - Distribuição da amostra por Grupos Etários

No que respeita à distribuição da amostra por sexo, verifica-se que apenas 20% (n=6) dos participantes são do sexo masculino, como é observável na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o Sexo

| Sexo      | n  | %   |
|-----------|----|-----|
| Masculino | 6  | 20  |
| Feminino  | 24 | 80  |
| Total     | 30 | 100 |

Quanto às habilitações literárias, pode-se verificar através da análise da tabela 7, que a maior percentagem dos participantes, 43,4% (n=13) tem o ensino secundário ou equivalente. Apenas 3,3% (n=1) tem o 1.º ciclo, dos restantes, 10,0% (n=3) tem o 2.º ciclo, 20% (n=6) o 3.º ciclo e 23,3% (n=7) possui curso superior.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo as Habilitações Literárias

| Habilitações Literárias | n  | %    |
|-------------------------|----|------|
| 1.º Ciclo               | 1  | 3,3  |
| 2.º Ciclo               | 3  | 10   |
| 3.º Ciclo               | 6  | 20   |
| Ensino secundário       | 13 | 43,4 |
| Curso superior          | 7  | 23,3 |
| Total                   | 30 | 100  |

No que concerne à situação profissional dos participantes, como é possível verificar na tabela 8, a maioria, 70% (n=21), estão empregados. Relativamente aos desempregados e reformados apresentam igual percentagem, 10% (n=3), domésticos são 6,7% (n=2) e por último, 3,3% (n=1) é estudante.

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional

| Situação Profissional | n  | %   |
|-----------------------|----|-----|
| Estudante             | 1  | 3,3 |
| Empregado             | 21 | 70  |
| Desempregado          | 3  | 10  |
| Doméstico             | 2  | 6,7 |
| Reformado             | 3  | 10  |
| Total                 | 30 | 100 |

Relativamente à zona de residência, como se constata pela análise da tabela 9, a maioria dos participantes, 70% (n=21) vive em meio urbano, enquanto 30% (n=9) vive em meio rural.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a Zona de Residência

| Zona de Residência | n  | %   |
|--------------------|----|-----|
| Rural              | 9  | 30  |
| Urbana             | 21 | 70  |
| Total              | 30 | 100 |

No que respeita ao estado civil, como revela a tabela 10, a maior percentagem dos participantes, 66,7% (n=20), são casados ou vivem em união de facto. 23,3% (n=7) são solteiros e 10% (n=3) são divorciados ou separados de facto.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo o Estado Civil

| Estado Civil                 | n  | %    |
|------------------------------|----|------|
| Solteiro                     | 7  | 23,3 |
| Casado/União de facto        | 20 | 66,7 |
| Divorciado/Separado de facto | 3  | 10   |
| Total                        | 30 | 100  |

Quanto ao número de elementos que constitui o agregado familiar, verifica-se, pela análise da figura 4, que este no mínimo é constituído por 1 elemento (20% da amostra) e no máximo por 5 pessoas (10% da amostra). Sendo que, a maioria dos participantes, 30%, tem um agregado familiar composto por 3 elementos.

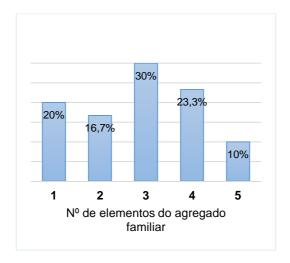


Figura 4 - Distribuição da amostra segundo o Número de Elementos do Agregado Familiar

Relativamente à existência de familiares dependentes a cargo, 53,3% (n=16) da amostra não tem e 46, 7% (n=14) tem, como se verifica na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo a existência de Familiares Dependentes a cargo

| Familiares Dependentes a Cargo | n  | %    |
|--------------------------------|----|------|
| Sim                            | 14 | 46,7 |
| Não                            | 16 | 53,3 |
| Total                          | 30 | 100  |

No que concerne o tipo de cirurgia, os participantes foram submetidos a apenas dois tipos de cirurgia bariátrica. Na sua maioria, 86,7% (26) da amostra foi submetida a *Sleeve* e 13,3% (4) foi submetida a *Bypass* gástrico, como mostra a tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo o Tipo de Cirurgia Bariátrica

| Tipo de Cirurgia | n  | %    |
|------------------|----|------|
| Sleeve           | 26 | 86,7 |
| Bypass gástrico  | 4  | 13,3 |
| Total            | 30 | 100  |

No primeiro questionário, isto é, no pré-operatório, relativamente à distribuição da amostra de acordo com o peso, este variou entre 83Kg e 180kg, sendo a média de 115,67Kg, o desvio padrão 21,16Kg e a mediana 113,0kg. A altura dos participantes, situou-se entre 1,50m e 1,83m com uma média de 1,64m e desvio padrão de 0,08m. O IMC variou entre 35,92Kg/m² e 60,61Kg/m2, sendo a média 42,64Kg/m2 e o desvio padrão 6,07Kg/m2. Tendo em consideração o valor do desvio padrão foi posteriormente calculada a mediana, 40,94Kg/m2. Resultados observáveis na tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo o Peso, Altura e IMC no Pré-operatório

| Variáveis | n  | Mínimo | Máximo | Média  | Desvio padrão | Mediana |
|-----------|----|--------|--------|--------|---------------|---------|
| Peso      | 30 | 83     | 180    | 115,67 | 21,16         | 113     |
| Altura    | 30 | 1,50   | 1,83   | 1,64   | 0,08          | _       |
| IMC       | 30 | 35,92  | 60,61  | 42,64  | 6,07          | 40,94   |

Relativamente ao período pós-operatório, como mostra a tabela 14, a distribuição da amostra de acordo com os indicadores peso e IMC, o primeiro, variou entre 61,5Kg e 140kg, sendo a média de 89,78Kg, desvio padrão 18,16Kg e mediana de 87kg, quanto ao IMC situou-se entre 26,09Kg/m² e 49,59Kg/m², com uma média de 33,08Kg/m², desvio padrão 5,47Kg/m² e a mediana, 31,22Kg/m².

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo o Peso e IMC no Pós-operatório

| Variáveis | n  | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão | Mediana |
|-----------|----|--------|--------|-------|---------------|---------|
| Peso      | 30 | 61,5   | 140    | 89,78 | 18,16         | 87      |
| IMC       | 30 | 26,09  | 49,59  | 33,08 | 5,47          | 31,22   |

Quanto à presença de comorbilidades, como pode verificar-se pela análise da tabela 15, no primeiro questionário, a HTA foi a mais frequente, com 43,3% (13) dos participantes a revelarem ser hipertensos. Seguiu-se a patologia do sono, o uso de dispositivo respiratório auxiliar do sono e as alterações osteoarticulares, com a mesma percentagem: 30% (9). Por sua vez, 20% dos participantes apresentavam colesterol elevado, 16,7% tinham depressão e 10% tinham doença cardíaca. De salientar ainda que 6,7% da amostra era diabética e a mesma percentagem apresentava doença cardiovascular.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a existência de Comorbilidades no Pré-operatório

| Comorbilidades                           | Sim % (n) | Não % (n) | Total % (n) |
|--|-----------|-----------|-------------|
| НТА                                      | 43,3 (13) | 56,7 (17) | 100 (30)    |
| Colesterol elevado                       | 20 (6)    | 80 (24)   | 100 (30)    |
| Diabetes                                 | 6,7 (2)   | 93,3 (28) | 100 (30)    |
| Doença do sono                           | 30 (9)    | 70 (21)   | 100 (30)    |
| Uso de aparelho respiratório para dormir | 30 (9)    | 70 (21)   | 100 (30)    |
| Doença cardíaca                          | 10 (3)    | 90 (27)   | 100 (30)    |
| Alterações osteoarticulares              | 30 (9)    | 70 (21)   | 100 (30)    |
| Doença cardiovascular                    | 6,7 (2)   | 93,3 (28) | 100 (30)    |
| Depressão                                | 16,7 (5)  | 83,3 (25) | 100 (30)    |

Por seu turno, como se observa na tabela 16, os resultados relativos ao período pósoperatório, vieram revelar que 16,7% dos inquiridos era, nesse momento, hipertenso, a mesma percentagem da amostra tinha alterações osteoarticulares. Foram estas as comorbilidades com maior expressão nesta fase da colheita de dados. Quanto à diabetes e colesterol elevado foram as comorbilidades menos frequentes, verificandose, cada uma, em apenas 3,3% dos participantes. Salienta-se que 13,3% dos inquiridos revelaram, neste segundo momento de avaliação, a existência de doença cardiovascular, uma maior percentagem do que no período pré-operatório.

Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a existência de Comorbilidades no Pós-operatório

| Comorbilidades                           | Sim % (n) | Não % (n) | Total % (n) |
|--|-----------|-----------|-------------|
| НТА                                      | 16,7 (5)  | 83,3 (25) | 100 (30)    |
| Colesterol elevado                       | 3,3 (1)   | 96,7 (29) | 100 (30)    |
| Diabetes                                 | 3,3 (1)   | 96,7(29)  | 100 (30)    |
| Doença do sono                           | 10 (3)    | 90 (27)   | 100 (30)    |
| Uso de aparelho respiratório para dormir | 10 (3)    | 90 (27)   | 100 (30)    |
| Doença cardíaca                          | 10 (3)    | 90 (27)   | 100 (30)    |
| Alterações osteoarticulares              | 16,7 (5)  | 83,3 (25) | 100 (30)    |
| Doença cardiovascular                    | 13,3 (4)  | 86,7 (26) | 100 (30)    |
| Depressão                                | 10 (3)    | 90 (27)   | 100 (30)    |

Três meses após a cirurgia (2º momento de avaliação), 30% dos participantes hipertensos no pré-operatório revelaram melhoria. Quanto aos participantes que no pré-operatório apresentavam patologia do sono, 20% refere melhorias no pós-operatório, a mesma percentagem já não necessita de usar aparelho respiratório auxiliar para dormir. Também 20% dos inquiridos que no pré-operatório apresentavam alterações osteoarticulares, revelaram melhorias a esse nível no 2º momento de avaliação. Em 16,7% dos participantes verificou-se descidas dos níveis do colesterol e em 3,3% na diabetes. Quanto às comorbilidades doença cardíaca e doença cardiovascular, nenhum participante revelou melhorias no pós-operatório. Estes resultados podem ser analisados na tabela 17.

**Tabela 17** - Distribuição da amostra segundo a variação Melhoria de Comorbilidades existentes no Pré-operatório

|  |           | Não/Não     |             |
|--|-----------|-------------|-------------|
|  |           | aplicável % |             |
| Comorbilidades                           | Sim % (n) | (n)         | Total % (n) |
| НТА                                      | 30 (9)    | 70 (21)     | 100 (30)    |
| Colesterol elevado                       | 16,7 (5)  | 83,3 (25)   | 100 (30)    |
| Diabetes                                 | 3,3 (1)   | 96,7 (29)   | 100 (30)    |
| Doença do sono                           | 20 (6)    | 80 (24)     | 100 (30)    |
| Uso de aparelho respiratório para dormir | 20 (6)    | 80 (24)     | 100 (30)    |
| Doença cardíaca                          | 0 (0)     | 100 (30)    | 100 (30)    |
| Alterações osteoarticulares              | 20 (6)    | 80 (24)     | 100 (30)    |
| Doença cardiovascular                    | 0 (0)     | 100 (30)    | 100 (30)    |
| Depressão                                | 13,3 (4)  | 86,7 (26)   | 100 (30)    |

Relativamente à aplicação da WHOQOL-Bref, como mostra a tabela 18, no primeiro questionário, verificou-se que no domínio físico a QV reportada pelos participantes variou entre 25 e 92,86, sendo que a mediana foi de 53,57. Este foi o domínio com valor mais baixo nos domínios avaliados pela escala. Em contraste o domínio relações sociais foi o mais elevado, com uma mediana de 66,67, variando a QV, neste domínio, entre 25 e 100. Quanto ao domínio psicológico, a QV revelada pela amostra situou-se entre 29,17

e 91,67, sendo a mediana 58,33. No que respeita ao domínio ambiente e QV em geral, a mediana foi igualmente 62,50, variando a QV, entre 31,25 e 90,63 no domínio ambiente e entre 25 e 100 na QV geral.

Tabela 18 - Amostra segundo os Domínios e QV Geral da WHOQOL-Bref no pré-operatório

| WHOQOL-BREF                 | n  | Mínimo | Máximo | Média | Desvio<br>Padrão | Mediana |
|-----------------------------|----|--------|--------|-------|------------------|---------|
| Domínio Físico              | 30 | 25     | 92,86  | 56,67 | 15,32            | 53,57   |
| Domínio Psicológico         | 30 | 29,17  | 91,67  | 61,25 | 16,60            | 58,33   |
| Domínio Relações<br>Sociais | 30 | 25     | 100    | 64,44 | 20,17            | 66,67   |
| Domínio Ambiente            | 30 | 31,25  | 90,63  | 63,44 | 13,11            | 62,50   |
| Faceta Geral                | 30 | 25     | 100    | 58,75 | 17,42            | 62,50   |

No questionário relativo ao período pós-operatório, com a aplicação da WHOQOL-Bref, como mostra a tabela 19, verificou-se que a QV em geral apresentou uma mediana de 87,5, variando a QV reportada pelos participantes, entre 37,50 e 100. A QV geral foi a que apresentou o valor mais elevado, comparativamente aos restantes domínios avaliados. Já, no domínio ambiente, a QV reportada variou entre 46,88 e 84,38, com uma mediana de 65,63, sendo o domínio com mais baixo valor avaliado pela escala. Quanto ao domínio relações sociais, a QV revelada pela amostra situou-se entre 33,33 e100 sendo a mediana 83,33. No que respeita ao domínio físico, a QV, variou entre 21,43 e 100 com um valor de mediana de 82,14.

Tabela 19 - Amostra segundo os Domínios e Faceta Geral da WHOQOL-Bref no pós-operatório

| WHOQOL-BREF              | n  | Mínimo | Máximo | Média | Desvio<br>Padrão | Mediana |
|--------------------------|----|--------|--------|-------|------------------|---------|
| Domínio Físico           | 30 | 21,43  | 100    | 77,22 | 17,03            | 82,14   |
| Domínio Psicológico      | 30 | 50     | 95,83  | 75,86 | 10,88            | 79,17   |
| Domínio Relações Sociais | 30 | 33,33  | 100    | 78,16 | 15,17            | 83,33   |
| Domínio Ambiente         | 30 | 46,88  | 84,38  | 67,99 | 9,25             | 65,63   |
| Faceta Geral             | 30 | 37,50  | 100    | 88,75 | 14,8             | 87,5    |

Analisando especificamente a Faceta Geral, como mostra a tabela 20, no que concerne à questão "Como avalia a sua QV?", no período pré-operatório, a maioria dos participantes, 40% respondeu "Nem boa/nem má", havendo também uma percentagem significativa, 33,4%, que respondeu "Má". Apenas 3,3% da amostra respondeu "Muito boa". Comparativamente no período pós-operatório, 73,3%, dos participantes responderam "Boa" e 20% "Muito boa". Novamente, ninguém respondeu "Muito má", assim como também ninguém deu a resposta "Nem boa/nem má" e apenas 6,7% respondeu "Má".

Tabela 20 - Amostra segundo a QV Geral da WHOQOL-Bref

| QV Geral          |         | n  | %    |         | n  | %    |
|-------------------|---------|----|------|---------|----|------|
| Má                |         | 10 | 33,4 |         | 2  | 6,7  |
| Nem<br>boa/nem má | Pré op. | 12 | 40   | Pós op. | 0  | 0    |
| Воа               |         | 7  | 23,3 |         | 22 | 73,3 |
| Muito boa         |         | 1  | 3,3  |         | 6  | 20   |
| Total             |         | 30 | 100  |         | 30 | 100  |

Ainda relativamente à Faceta geral, no que respeita à questão "Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?", no período pré-operatório, as respostas variaram entre "Muito insatisfeito", 3,3% dos inquiridos, e "Muito satisfeito", com a mesma percentagem. Sendo que, a maioria dos participantes, 43,3% respondeu "Insatisfeito", seguindo-se a resposta "Nem satisfeito/nem insatisfeito", atribuída por 33,3% dos inquiridos. Já no período pós-operatório as respostas variaram entre "Insatisfeito", manifestada por 3,3% dos participantes e "Muito satisfeito", resposta dada por 26,7% da amostra. A maioria, 63,3% dos inquiridos respondeu "Satisfeito", como se pode verificar na tabela 21.

Tabela 21 - Amostra segundo a Perceção Geral da Saúde da WHOQOL-Bref

| Perceção geral da saúde         |         | n  | %    |         | n  | %    |
|---------------------------------|---------|----|------|---------|----|------|
| Muito insatisfeito              |         | 1  | 3,3  |         | 0  | 0    |
| Insatisfeito                    | Pré op. | 13 | 43,3 | Pós op. | 1  | 3,3  |
| Nem satisfeito/nem insatisfeito |         | 10 | 33,4 |         | 2  | 6,7  |
| Satisfeito                      |         | 5  | 16,7 |         | 19 | 63,3 |
| Muito satisfeito                |         | 1  | 3,3  |         | 8  | 26,7 |
| Total                           |         | 30 | 100  |         | 30 | 100  |

### 3.2 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS

Considerando o tamanho reduzido da amostra (N=30) optou-se pela utilização de testes não paramétricos para a análise inferencial dos resultados.

Deste modo, no sentido de dar resposta à questão de investigação e testar as hipóteses formuladas, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Wilcoxon* e à técnica estatística *Generalized linear model*. Para ambos, considerou-se um nível de significância inferior a 0,05.

Hipótese: a qualidade de vida dos doentes é melhor 3 meses após a realização da cirurgia bariátrica.

O principal objetivo do estudo visa estabelecer eventuais diferenças nos níveis de QV pré-operatórios e pós-operatórios, avaliados pela WHOQOL-Bref. Com a aplicação do teste de *Wilcoxon* verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na QV em geral e em todos os domínios da QV (*p* varia entre 0,0001 e 0,014) à exceção do domínio ambiente. Neste, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa (z=-1,82; p=0,069). Resultados estes, que estão expostos na tabela 22.

Tabela 22 - Resultados do teste de Wilcoxon relativos à QV

| QV           | n  |         | Mediana |         | Mediana | Z     | р      |
|--------------|----|---------|---------|---------|---------|-------|--------|
| Domínio      |    |         |         |         |         |       |        |
| Físico       | 30 |         | 53,57   |         | 82,14   | -3,63 | 0,0001 |
| Domínio      | 30 |         |         |         |         |       |        |
| Psicológico  |    | Pré op. | 58,33   | Pós op. | 79,17   | -3,25 | 0,001  |
| Domínio      |    |         |         |         |         |       |        |
| Rel. Sociais | 30 |         | 66,67   |         | 83,33   | -2,47 | 0,014  |
| Domínio      |    |         |         |         |         |       |        |
| Ambiente     | 30 |         | 62,50   |         | 65,63   | -1,82 | 0,069  |
| QV Geral     | 30 |         | 62,50   |         | 87,5    | -4,33 | 0,0001 |

Deste modo, como comprovam os resultados, a QV percecionada pelos doentes é melhor 3 meses após terem sido submetidos a cirurgia bariátrica.

Inerente aos objetivos do estudo, importa perceber se após a realização da cirurgia os participantes tiveram alterações no IMC. Para tal aplicou-se o teste de *Wilcoxon*. Este revelou que a mediana do IMC baixou o seu valor de 40,94Kg/m², no período préoperatório, para 31,22Kg/m² no pós-operatório, revelando uma diferença estatisticamente significativa (z=-4,78; p=0,0001), como se pode verificar na tabela 23.

Tabela 23 - Resultados do teste de Wilcoxon relativos ao IMC

| IMC     | n  | Mediana | IMC     | n  | Mediana | Z     | р      |
|---------|----|---------|---------|----|---------|-------|--------|
| Pré-op. | 30 | 40,94   | Pós-op. | 30 | 31,22   | -4,78 | 0,0001 |

Hipótese: existe relação entre a qualidade de vida e os fatores sociodemográficos do doente submetido a cirurgia bariátrica

Para avaliar quais os fatores sociodemográficos que influenciaram a QV entre os períodos pré e pós-operatório recorreu-se à técnica estatística *Generalized linear model*. Esta foi aplicada aos diferentes domínios da escala WHOQOL-Bref.

De referir que não foram consideradas as variáveis zona de residência e agregado familiar.

No que respeita ao Domínio Físico da QV, este foi influenciado pela Situação Profissional dos participantes (B=1,13; p=0,05), dado que aqueles que são empregados apresentaram um aumento estatisticamente significativo da QV neste domínio. Também as Habilitações Literárias influenciaram a QV no Domínio Físico (B=7,61; p=0,05). Verifica-se que os participantes com nível secundário ou curso superior apresentam um aumento estatisticamente significativo no Domínio Físico da QV. Relativamente às restantes variáveis, Idade (p=0,21), Sexo (p=0,91) e Estado civil (p=0,91) não foram apuradas diferenças estatisticamente significativas que justifiquem a sua influência no Domínio Físico da QV, o que se pode verificar na tabela 24.

Tabela 24 - Preditores sociodemográficos do Domínio Físico da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                                     | В    | Intervalo de<br>Confiança | р    |
|---|------|---------------------------|------|
| Idade   | 0,47 | ]-0,26;1,20[              | 0,21 |
| Sexo  | 1,18 | ]-20,27; 22,63[           | 0,91 |
| Situação<br>profissional<br>*empregado        | 1,13 | ]-10,27; 2,63[            | 0,05 |
| Hab. Lit.* nível<br>secundário ou<br>superior | 7,61 | ] -0,11;5,35[             | 0,05 |
| Estado Civil                                  | 1,3  | ]-22,27; 18,63[           | 0,91 |

Relativamente à QV no Domínio Psicológico, como mostra a tabela 25, verifica-se que foi influenciada pela Situação Profissional dos participantes (B=3,41; p=0,03), as Habilitações Literárias (B=6,421; p=0,04) e Estado civil (B=1,3; p=0,02). Assim como no Domínio Físico, os participantes empregados e com curso superior ou secundário foram os que apresentaram um aumento estatisticamente significativo da QV. No que concerne ao Estado Civil os participantes casados revelaram um aumento estatisticamente significativo da QV no Domínio Psicológico. Quanto às variáveis, Idade (p=0,428) e Sexo (p=0,09) não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 25 - Preditores sociodemográficos do Domínio Psicológico da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                               | В      | Intervalo de<br>Confiança | р     |
|---|--------|---------------------------|-------|
| Idade                                   | 0,267  | ]-0,39;0,93[              | 0,428 |
| Sexo                                    | 13,514 | ]-2,2; 29,23[             | 0,09  |
| Situação<br>profissional<br>*empregado  | 3,41   | ]8,27; 12,63[             | 0,03  |
| Hab. Lit.* nível secundário ou superior | 6,421  | ] 0,09;12,74[             | 0,04  |
| Estado Civil*<br>casado                 | 1,3    | ]-1,21; 8,33[             | 0,02  |

No que respeita ao Domínio Relações Sociais da QV, verifica-se que foi influenciado pelas variáveis Idade (B=1,06; p=0,01) e Habilitações Literárias (B=2,22; p=0,05). Os participantes pertencentes ao grupo etário com idade superior a 50 anos apresentaram um aumento estatisticamente significativo da QV no domínio Relações Sociais. À semelhança dos domínios já referidos, verifica-se que os participantes com nível secundário ou curso superior apresentam um aumento estatisticamente significativo da QV também neste domínio. Quanto ao Sexo (p=0,56), Situação Profissional (p=0,82) e Estado civil (p=0,74) não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas que justifiquem a sua influência na QV no Domínio Relações Sociais. Resultados apresentados na tabela 26.

**Tabela 26** - Preditores sociodemográficos do Domínio Relações Sociais da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                               |      | Intervalo de    | р    |
|---|------|-----------------|------|
|   |      | Confiança       |      |
| Idade * >50anos                         | 1,06 | ]1,11;1,94[     | 0,01 |
| Sexo                                    | 4,75 | ]-11,48; 20,98[ | 0,56 |
| Situação profissional                   | 5,42 | ]-18,30; 15,65[ | 0,82 |
| Hab. Lit.* nível secundário ou superior | 2,22 | ] -1,79;4,62[   | 0,05 |
| Estado Civil                            | 2,7  | ]-2,27; 19,53[  | 0,74 |

Relativamente ao Domínio Ambiente da QV como se observa na tabela 27, em nenhuma das variáveis estudadas se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 27 - Preditores sociodemográficos do Domínio Ambiente da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis             | В    | Intervalo de<br>Confiança | р    |
|-----------------------|------|---------------------------|------|
| Idade                 | 0,14 | ]-0;6;0,88[               | 0,71 |
| Sexo                  | 1,76 | ]-7,07; 10,6[             | 0,69 |
| Situação profissional | 4,23 | ]-8,30; 25,65[            | 0,88 |
| Hab. Lit.             | 1,56 | ] -3,98;7,09[             | 0,58 |
| Estado Civil          | 1,73 | ]-2,27; 19,53[            | 0,63 |

Quanto à Faceta Geral da QV verifica-se pela análise da tabela 28, que foi influenciada pelas variáveis Situação Profissional (B=2,13; p=0,04) e Habilitações Literárias (B=8,87; p=0,006). Os participantes empregados apresentaram um aumento estatisticamente significativo da QV na sua Faceta Geral. Assim como os participantes com ensino secundário ou curso superior. Por sua vez, nas variáveis, Idade (p=0,39), Sexo (p=0,13) e Estado civil (p=0,79) não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas que justifiquem a sua influência na Faceta Geral da QV.

Tabela 28 - Preditores sociodemográficos do Domínio Faceta Geral da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                               | В     | Intervalo de<br>Confiança | р     |
|---|-------|---------------------------|-------|
| Idade                                   | 0,3   | ]-0;38;0,97[              | 0,39  |
| Sexo                                    | 14,63 | ]-4,18; 33,43[            | 0,13  |
| Situação profissional *empregado        | 2,13  | ]7,21; 15,45[             | 0,04  |
| Hab. Lit.* nível secundário ou superior | 8,87  | ] 2,6;5,14[               | 0,006 |
| Estado Civil                            | 2,23  | ]-4,17; 9,53[             | 0,79  |

Face aos resultados apurados, aceita-se parcialmente a hipótese formulada pois verifica-se relação entre a QV, com a exceção do domínio ambiente e algumas variáveis sociodemográficos analisadas.

<u>Hipótese</u>: existe relação entre a qualidade de vida, e os fatores clínicos do doente <u>submetido a cirurgia bariátrica</u>

Para avaliar quais os fatores clínicos, IMC e comorbilidades, dos participantes que influenciaram a QV entre os períodos pré e pós-operatório, recorreu-se novamente à técnica estatística *Generalized linear model*, a qual foi aplicada aos diferentes domínios da escala WHOQOL-Bref.

No Domínio Físico nenhuma das variáveis clinicas demostrou influenciar a QV, como pode-se verificar na tabela 29.

Tabela 29 - Preditores clínicos do Domínio Físico da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                   | В       | Intervalo de<br>Confiança | р     |
|-----------------------------|---------|---------------------------|-------|
| IMC                         | 0,969   | ]-0,43; 2,37[             | 0,175 |
| НТА                         | -7,423  | ]-22,17; 7,32[            | 0,324 |
| Colesterol elevado          | -3,997  | ]-26,69; 18,69[           | 0,730 |
| Diabetes                    | 1,287   | ]-32,49; 35,07[           | 0,940 |
| Doença do sono              | -1,279  | ]-21,79; 19,23[           | 0,903 |
| Doença cardíaca             | 9,333   | ]-18,55; 37,22[           | 0,512 |
| Alterações osteoarticulares | -14,523 | ]-31,10; 2,06[            | 0,086 |
| Doença<br>cardiovascular    | -28,828 | ]-6,46; 3,81[             | 0,053 |
| Depressão                   | 3,215   | ]-17,44; 23,87[           | 0,760 |

Relativamente ao Domínio Psicológico, como se observa na tabela 30, a QV foi influenciada pela variável doença do sono (B -3,21; p=0,04) ou seja os doentes que após 3 meses melhoraram em relação a esta patologia, reportaram melhor QV. No que concerne às restantes variáveis não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 30 - Preditores clínicos do Domínio Psicológico da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                   | В       | Intervalo de<br>Confiança | р     |
|-----------------------------|---------|---------------------------|-------|
| IMC                         | 0,328   | ]-0,95; 1,61[             | 0,616 |
| НТА                         | -7,597  | ]-21,08; 5,88[            | 0,269 |
| Colesterol elevado          | -0,478  | ]-21,22; 20,26[           | 0,964 |
| Diabetes                    | 4,83    | ]-26,05; 35,70[           | 0,759 |
| Doença do sono              | -3,21   | ]-2,96; 5,54[             | 0,04  |
| Doença cardíaca             | 4,213   | ]-21,28; 29,70[           | 0,746 |
| Alterações osteoarticulares | 0,722   | ]-14,44; 15,88[           | 0,926 |
| Doença<br>cardiovascular    | -19,624 | ]-49,46; 10,21[           | 0,197 |
| Depressão                   | -0,383  | ]-19,27; 18,49[           | 0,968 |

No Domínio Relações Sociais, como mostra a tabela 31, a QV foi influenciada pelo IMC (B 1,485; p=0,037), os participantes com maior IMC no pré-operatório foram aqueles que, após 3 meses, revelaram um aumento estatisticamente significativo da QV neste Domínio. Também os doentes que tiveram melhoria após 3 meses na diabetes (B - 43,289; p=0,026) e doença do sono (B - 2,935; p=0,020,) reportaram melhores índices de QV no Domínio Relações Sociais. Relativamente às restantes variáveis não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 31 - Preditores clínicos do Domínio Relações Sociais da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                   | В       | Intervalo de<br>Confiança | р     |
|-----------------------------|---------|---------------------------|-------|
| IMC                         | 1,485   | ]0,10; 3,07[              | 0,037 |
| HTA                         | -14,394 | ]-31,08; 2,29[            | 0,091 |
| Colesterol elevado          | -14,421 | ]-40,09; 11,26[           | 0,271 |
| Diabetes                    | -43,289 | ]-81,51; -5,06[           | 0,026 |
| Doença do sono              | - 2,935 | ]-4,28; 14,15[            | 0,020 |
| Doença cardíaca             | 4,889   | ]-26,67; 36,44[           | 0,761 |
| Alterações osteoarticulares | -12,375 | ]-31,14; 6,39[            | 0,196 |
| Doença<br>cardiovascular    | -13,512 | ]-50,44; 23,42[           | 0,473 |
| Depressão                   | -12,976 | ]-36,35; 10,40[           | 0,277 |

No que respeita ao Domínio Ambiente, nenhuma das variáveis clinicas demostrou influenciar a QV, como se pode verificar na tabela 32.

Tabela 32 - Preditores clínicos do Domínio Ambiente da QV ao longo de 3 meses

| Variáveis                   | В       | Intervalo de<br>Confiança | р     |
|-----------------------------|---------|---------------------------|-------|
| IMC                         | 0,140   | ]-0,85; 1,13[             | 0,782 |
| НТА                         | -9,268  | ]-19,68; 1,15[            | 0,081 |
| Colesterol elevado          | -7,058  | ]-23,08; 8,97[            | 0,388 |
| Diabetes                    | -5,89   | ]-29,75; 17,96[           | 0,628 |
| Doença do sono              | -1,191  | ]-15,68; 13,29[           | 0,872 |
| Doença cardíaca             | 11,446  | ]-8,25; 31,14[            | 0,255 |
| Alterações osteoarticulares | 2,894   | ]-8,82; 14,60[            | 0,628 |
| Doença cardiovascular       | -16,617 | ]-39,66; 6,43[            | 0,158 |
| Depressão                   | 2,415   | ]-12,17; 17,00[           | 0,746 |

Na Faceta Geral, como mostra a tabela 33, a QV foi influenciada pela melhoria após 3 meses da HTA (B -13,566; p=0,044) e doença do sono (B - 4,149; p=0,013). Relativamente às restantes variáveis não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 33 - Preditores clínicos da Faceta Geral da QV ao longo de 3 meses

|                             | <u> </u> |                           |       |  |
|-----------------------------|----------|---------------------------|-------|--|
| Variáveis                   | В        | Intervalo de<br>Confiança | р     |  |
|                             |          |                           |       |  |
| IMC                         | 0,911    | ]-0,34; 2,16[             | 0,154 |  |
| НТА                         | -13,566  | ]-6,75; 11,39[            | 0,044 |  |
| Colesterol elevado          | -2,951   | ]-23,23; 17,33[           | 0,776 |  |
| Diabetes                    | 9,795    | ]-20,39; 39,99[           | 0,525 |  |
| Doença do sono              | - 4,149  | ]-12,48; 4,19[            | 0,013 |  |
| Doença cardíaca             | 1,097    | ]-23,83; 26,02[           | 0,931 |  |
| Alterações osteoarticulares | -5,231   | ]-20,05; 9,59[            | 0,489 |  |
| Doença<br>cardiovascular    | -1,307   | ]-30,48; 27,86[           | 0,930 |  |
| Depressão                   | 12,882   | ]-5,58; 31,35[            | 0,171 |  |

Deste modo, aceita-se parcialmente a hipótese formulada uma vez que se verifica relação entre a QV, com exceção dos domínios físico e ambiente e algumas das variáveis clinicas analisadas.

## 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa crucial do processo de investigação. Tem como intuito a confrontação com a literatura e resultados de estudos anteriormente desenvolvidos, à luz da questão de investigação e hipóteses formuladas (Streubert & Carpenter, 2013).

Assim, procede-se à discussão dos resultados considerados mais pertinentes e relevantes do estudo. É necessário ter em consideração na interpretação dos resultados o instrumento utilizado para a avaliação da QV, o WHOQOL-Bref, uma vez que na pesquisa efetuada, os estudos consultados utilizaram outros instrumentos para avaliação da QV, nomeadamente, o Método *Bariatric Analysis and Reporting Outcome* (BAROS), que não se encontra validado para a população portuguesa. Como já referido anteriormente, a opção pela WHOQOL-Bref, baseou-se no facto de ser um instrumento validado para a população portuguesa, amplamente avaliado quanto à sua validade e confiabilidade. Capaz de avaliar a QV nos seus diversos domínios, tal como é definido pela OMS.

A amostra da população inquirida (n=30) é constituída na sua maioria por mulheres (80%) com uma média de idades a rondar os 41 anos, sendo que o grupo etário entre os 35 e os 50 anos é o mais representativo (43%). Estas características da amostra são representativas da população do estudo. Isto porque, também no estudo realizado por Silva et al., (2014) com doentes portugueses obesos, à espera de serem submetidos a cirurgia bariátrica, 84,8% dos inquiridos eram mulheres e a média de idades rondava os 39 anos. Bastos, Barbosa, Soriano, Santos e Vasconcelos (2013), referem também uma maior procura por parte das mulheres pelo tratamento cirúrgico da obesidade. Pode admitir-se que isso acontece devido às mulheres tenderem a apresentar uma maior preocupação com a sua saúde e controlo ponderal, também por motivações estéticas, sociais e emocionais. É ainda de salientar que a prevalência da obesidade é maior nas mulheres tanto internacionalmente, como nacionalmente, de acordo com a OCDE (2017), considerando os dados divulgados em 2016, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Na revisão sistemática e meta-análise realizada por Driscoll, Gregory, Fardy e Twells (2016), que inclui a análise de 9 estudos acerca da QV de doentes obesos submetidos a cirurgia bariátrica, em todos eles a maioria dos participantes são mulheres e a média

de idades varia entre 31 e 47 anos. Dados similares aos encontrados no presente estudo.

Em relação às características da amostra do presente estudo, verificou-se que a maioria vive em meio urbano, também a literatura refere que é nas zonas urbanas que existe maior prevalência da obesidade (Carmo et al., 2006; DGS, 2014; OMS, 2017). No entanto, ao analisar outras características da amostra, verifica-se algumas discrepâncias à luz de dados epidemiológicos relativos à população portuguesa obesa. Estes indicam que é nas classes sociais mais desfavorecidas, com nível de escolaridade baixo e sem atividade profissional remunerada, que a prevalência da obesidade é mais elevada (Idem). Dados corroborados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016) o qual revela que a prevalência de obesidade é mais elevada em indivíduos sem atividade profissional, 35,5%, e sem escolaridade ou com o ensino básico, 39,4%, comparativamente a indivíduos com ensino superior, 19,5%. Por seu turno, a amostra do presente estudo é maioritariamente, 70,0%, constituída por elementos com atividade profissional remunerada. Também, na sua maioria, 43,4% tem o ensino secundário ou equivalente e ainda 23,3% possui curso superior.

Uma vez que o estudo foi realizado num hospital público, acredita-se que as oportunidades de acesso ao tratamento cirúrgico sejam similares a toda a população. Assim, o facto de a amostra ser composta na sua maioria por elementos com níveis elevados de escolaridade e com emprego, pode estar associado, a um mais fácil e melhor acesso à informação, bem como uma maior preocupação com a saúde. Por outro lado, a população obesa socialmente mais vulnerável estará focada em aspetos de sobrevivência básicos, nos quais não se inclui o tratamento da obesidade, este ponto é amplamente discutido no artigo de Taylor, Forhan, Vigod, McIntyre e Morrison (2013).

Quanto ao procedimento cirúrgico realizado, 86,7% da amostra foi submetida a gastrectomia em *sleeve* enquanto os restantes 13,3% dos participantes realizaram *bypass* gástrico. Dados que não estão em consonância com aqueles que foram apresentados na 14.ª edição do congresso *Bariatric Endoscopy Surgery Trends*, realizado em dezembro 2017, onde o *bypass* gástrico surge como a cirurgia bariátrica mais frequente em Portugal, seguido da gastrectomia em *sleeve*, ao contrário do que acontece na restante Europa (SPCO, s.d.). A amostra deste estudo revela seguir a tendência europeia e não a nacional, o que estará relacionado com opções por parte das equipas cirúrgicas.

Persistindo na análise dos resultados do presente estudo verifica-se que houve uma melhoria na QV dos participantes no período pós-operatório relativamente ao período

pré-operatório. Esta melhoria é global, abrange a faceta geral da QV e todos os seus domínios. Sendo que apenas no domínio ambiente não foi estatisticamente significativa (p=0,069). Também a QV no domínio ambiente não sofreu a influência de nenhuma das variáveis estudadas. Pode admitir-se que o resultado obtido neste domínio esteja relacionado com os aspetos que avalia, como a segurança física, ambiente físico, recursos económicos e transporte, pelo que é espectável que a este nível a melhoria não seja expressiva. São fatores externos ao sujeito, o que dificulta uma alteração significativa neste domínio, principalmente tratando-se de uma diferença temporal apenas de 3 meses.

Os resultados obtidos são consistentes com outros estudos, os quais revelam que indivíduos obesos sem tratamento cirúrgico apresentam uma baixa QV comparativamente a indivíduos que realizaram a cirurgia. A cirurgia bariátrica surge associada a uma melhoria na QV. É de salientar que estudos como os de Duarte et.al., (2014), Grans et.al., (2012), Ribeiro et al., (2015), Silveira et.al., (2015) e Tae et.al., (2014) entre outros, apesar de metodologicamente distintos, utilizando formas de avaliação diferentes, no que respeita à QV, os resultados são semelhantes aos apurados: uma melhoria da QV no pós-operatório. O facto de o presente estudo ser de cariz longitudinal, onde a mesma amostra foi avaliada em dois momentos distintos, é uma mais-valia, pois permite a obtenção de resultados mais fidedignos, uma vez que os indivíduos conseguem responder com exatidão às perguntas efetuadas no período de tempo definido em protocolo.

Ao analisar os resultados obtidos no que respeita às indicações sobre a QV em geral, no pré-operatório "Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?" as respostas indicaram maior satisfação após a cirurgia. No pré-operatório, a maioria, 43,3%, revelou estar "Insatisfeito", sendo que apenas 3,3% estava "Muito satisfeito". Por seu turno, no pós-operatório a maioria, 63,3% dos inquiridos manifestou estar "Satisfeito" e 26,7% "Muito satisfeito", apenas 3,3% da amostra revelou estar "Insatisfeito" com a sua saúde. Quando questionados, no pré-operatório, "Como avalia a sua QV?", as respostas mais frequentes foram, "Nem boa/nem má" e "Má", 40% e 33,4% da amostra respetivamente, apenas 3,3% da amostra respondeu "Muito boa". Posteriormente, no pós-operatório as percentagens foram bem distintas, uma vez que 73,3%, dos participantes avaliaram a sua QV como "Boa" e 20% "Muito boa". Somente, 6,7% considerou ser "Má". Constatouse que foi na faceta geral da QV, onde os doentes no pós-operatório obtiveram o valor mais elevado de QV.

Num trabalho realizado na Colômbia por Maya, Duque e Acevedo (2014), utilizando o mesmo instrumento de avaliação da QV que o presente estudo, foram encontrados

resultados idênticos. Na questão relativa à avaliação da QV, 71,3% dos participantes que tinham realizado cirurgia bariátrica, avaliou a sua QV como "*Muito boa*" e 20,4% "*Boa*", não havendo ninguém que a avaliasse como "*Má*". É de salientar que o período de tempo pós-operatório era extensível até aos 36 meses, o que poderá ter influenciado esta ausência de avaliações negativas.

Também o estudo realizado por Barros, Frota, Moreira, Araújo e Caetano (2015), no qual se pretendia avaliar a influência da cirurgia bariátrica na QV, numa amostra de 92 participantes, foi possível verificar que no pós-operatório, 75% destes consideraram a sua QV muito melhor após a realização da cirurgia, apenas 5,4% classificaram a QV como inalterada, não havendo nenhum participante que lhe atribuísse classificação negativa.

Reportando ainda ao estudo realizado por Maya et al., (2014), verificou-se que quer na faceta geral da QV, quer nos seus 4 domínios, os *scores* mais elevados foram encontrados entre o 4º e 12º mês após a cirurgia, diminuindo a partir daqui (máximo tempo avaliado 36 meses). Estes resultados, bem como os obtidos no presente estudo, cuja 2ª avaliação se reporta ao 3º mês de pós-operatório, sugerem que nos primeiros meses após a cirurgia os doentes têm uma melhor perceção da sua QV. Tal pode ser justificado quer pela rápida perda de peso (observada em ambos os estudos), quer pela alteração da imagem corporal, quer pelos benefícios que sentem poder acarretar para a sua saúde, quer ainda pela realização da cirurgia em si. Nesta fase os doentes vivenciam o "período de lua-de-mel", no qual sentem que os seus objetivos e desejos começam a ser alcançados (Andersen et al., 2015).

Alguns autores sugerem que após 12 meses, a QV dos indivíduos começa a decrescer, no entanto, continua a ser melhor do que antes da cirurgia. Em outros estudos o período associado a melhor QV é alargado até aos 2 anos de pós-operatório. Tal acontece no estudo observacional, descritivo e transversal conduzido por López (2015), onde, comparou a QV em 5 grupos de doentes. Um grupo constituído por doentes com diagnóstico de obesidade sem tratamento cirúrgico e os restantes grupos formados por doentes já submetidos a cirurgia bariátrica, encontrando-se em distintos tempos de pós-operatório: menos de 6 meses, entre 7 e 12 meses, entre 13 e 24 meses e há mais de 24 meses. Os resultados revelaram melhores pontuações de QV no grupo dos operados entre os 13 e 24 meses, seguindo-se o grupo até aos 6 meses. Após os 24 meses os *scores* de QV diminuíram. No entanto, a QV foi pior no grupo em pré-operatório, relativamente a todos os grupos submetidos a cirurgia.

Assim constata-se que após os primeiros anos, a longo prazo é comum observar algum declínio na perceção da QV dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica, permanecendo ainda assim, melhor relativamente ao pré-operatório, embora com tendência a estar abaixo da norma da população (Andersen et al., 2015). Isto, pode ser explicado por aspetos como o diluir do entusiasmo com a cirurgia, eventuais retrocessos na perda de peso, complicações pós cirúrgicas, alterações menos positivas na imagem corporal consequentes à perda de peso, como o excesso de pele e ainda o menor apoio e acompanhamento pelos profissionais de saúde.

Khawali, Ferraz, Zanella e Ferreira (2012), ao estudarem a QV em doentes obesos propostos para realizar cirurgia bariátrica e em doentes operados há 1 ano, observaram que em todos os domínios da escala que usaram para a avaliação da QV os *scores* obtidos foram melhores do que no grupo do pré-operatório. Concluíram também, que os valores obtidos no pós-operatório, assemelhavam-se aos estudados em populações não obesas. Mais uma vez subentende-se que, tal como é sugerido na literatura, os doentes obesos apresentam uma maior probabilidade de ter uma QV inferior quando comparados com a população em geral (Silva et al., 2014).

Os mesmos autores analisaram que os menores *scores* obtidos estão relacionados com aspetos sociais, para ambos os grupos, pré e pós-cirurgia. Contrariamente, no presente estudo, dos 4 domínios avaliados foi o respeitante às relações sociais, que obteve maior pontuação em ambos os períodos. Esta diferença de resultados pode estar relacionada com o facto de se ter aplicado instrumentos de avaliação da QV distintos, nos quais são abordados aspetos diferentes para o mesmo item. Os resultados obtidos, no presente trabalho, podem ser explicados pelo possível apoio que os indivíduos da amostra sentem por parte dos familiares e amigos, que revela ser muito importante no decorrer de todo o processo.

Outros estudos, como os de Duarte et al., (2014), Grans et al., (2012), Tae et al., (2014) e Silveira et al., (2015), contrariamente ao presente estudo, sugerem que a dimensão social da QV, é aquela que evidencia menor expressão no período pós-operatório. Nestes estudos foi a dimensão física da QV aquela que melhor evolução apresentou após a cirurgia. Todavia, neste trabalho o domínio físico não foi o que revelou maior valor no pós-operatório, no entanto teve uma evolução muito considerável, já que no pré-operatório era o domínio da QV que apresentava menor valor. Esta evolução pode ser justificada pelo facto de em apenas 3 meses após a cirurgia, os participantes terem a perceção que esta está a resultar em perda de peso, regressão de problemas de saúde e diminuição de sintomatologia como dor e fadiga associada à obesidade e suas comorbilidades. Embora, como posteriormente será discutido, não se tenha verificado

uma influência das variáveis clínicas neste domínio da QV, os participantes revelaram melhorias a este nível, o que terá repercussões em aspetos como, a mobilidade, a atividade diária, a qualidade do sono, menor dependência de medicação, entre outros, levando à melhoria significativa na perceção da QV que se verificou no domínio físico.

No estudo realizado por Segura et al., (2014), que tinha como objetivo realizar uma análise da QV dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica e dos hábitos de atividade física adquiridos, verificaram um benefício evidente na capacidade de trabalho dos participantes no pós-operatório. Estes resultados vêm de encontro aos acima apresentados, pois a capacidade de trabalho é também um dos componentes do domínio físico da QV.

No presente estudo verificou-se também uma melhoria significativa no domínio psicológico, do período pré-operatório (apresentava o 2º pior score) para o pósoperatório. O que leva a admitir que os participantes, naqueles 3 meses após a cirurgia, possivelmente por verificarem a perda de peso, melhoraram em termos de autoestima e perceção corporal, vivenciando uma atitude positiva perante a vida e percecionando uma melhor qualidade da mesma. A insatisfação com a imagem corporal e uma baixa autoestima associada, como referem Ribeiro et al., (2013), em doentes obesos, que procuram tratamento cirúrgico, é prevalente. O facto de ficarem mais magros após a cirurgia, pode conduzir a uma maior aceitação da imagem corporal e consequente melhora da QV, uma vez que se sentem a aproximar dos padrões de beleza impostos e aceites pela sociedade. Estes autores, no seu estudo tentaram perceber a manutenção destas mudanças ao longo do tempo, pelo que avaliaram as diferentes perceções relativas à imagem corporal normal, real e ideal de doentes em pré-operatório de cirurgia bariátrica comparativamente a doentes em diferentes momentos de pósoperatório. Os resultados revelaram que muitas vezes o tamanho e forma corporal ideal possível depois da cirurgia bariátrica é bastante diferente do idealizado. Essa incoerência de perceção contribui para que os doentes experimentem falhas no processo pós-operatório, que pode levar a sentimentos de frustração e insatisfação em relação a si próprios ou à própria cirurgia, alterando a perceção de QV.

Quando, no presente estudo, se tentou perceber quais as variáveis sociodemográficas que influenciaram a QV, verificou-se que a faceta geral da QV e todos os domínios, à exceção do domínio ambiente, foram influenciados por uma variável comum, as habilitações literárias. Outra variável a destacar é a situação profissional que influenciou a QV na faceta geral e nos domínios físico e psicológico. Estes resultados revelam claramente que os participantes, com maior nível de escolaridade apresentam uma melhor QV, nos domínios referidos no pós-operatório, assim como os que têm emprego.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo, já mencionado, de Maya et al., (2014), onde foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação da QV. Os autores verificaram que o nível de escolaridade foi significativo na faceta geral da QV pósoperatória e em todos os domínios da escala, incluindo o domínio ambiente. Assim, os participantes com maior nível de escolaridade apresentaram *scores* maiores de QV. Quanto à situação profissional foi estudada em termos de nível socioeconómico, o qual só não influenciou significativamente o domínio físico da QV. Mais uma vez se verifica que *scores* maiores de QV estão associados a níveis socioeconómicos elevados. Estes resultados podem ser explicados, pelo facto de os indivíduos com maior grau académico, maior nível socioeconómico e situação profissional estável possuírem, maior nível de literacia em saúde, o que lhes confere mais competências e capacidades para a gestão e adaptação ao processo pós-operatório, permitindo-lhes retirar benefícios em termos de QV.

O domínio psicológico foi ainda influenciado pelo estado civil dos participantes, sendo que os casados revelam uma melhor QV neste domínio. Este facto pode ser explicado por os doentes casados se sentirem mais apoiados pelos conjugues. Quanto ao domínio relações sociais, foi também influenciado pela variável idade, em que os participantes mais velhos (idade superior a 50 anos) apresentaram melhor QV nesse domínio. Este resultado poderá dever-se ao facto de ao longo dos anos já terem tentado outros tratamentos para a obesidade, nos quais não obtiveram sucesso. Assim, a realização da cirurgia surge como a última oportunidade e os resultados conseguidos e a espectativa do que ainda podem conseguir são impulsionadores das interações sociais que estabelecem e solidificam.

No estudo acima mencionado, de Maya et al., (2014), a variável estado civil, não influenciou o domínio psicológico, mas sim o domínio relações sociais. Já a variável idade à exceção do domínio ambiente, influenciou todas as outras vertentes da QV. Sendo que, no domínio relações sociais, ao contrário do presente estudo, foram os participantes mais jovens, do grupo etário dos 18 aos 29 anos, que apresentaram melhor QV. A variável sexo também foi preditor na QV pós-operatória na faceta geral e todos os domínios, excetuando o domínio ambiente, sendo que valores mais elevados de QV foram verificados no sexo masculino. No presente estudo esta variável não funcionou como preditor em nenhuma dimensão da QV, possivelmente, porque a representação masculina era muito reduzida (20% da amostra) o que não permitiu evidenciar diferenças significativas em termos de sexo.

Relativamente à variável clínica IMC, os resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa (p=0,0001) no IMC, 3 meses após a realização da cirurgia

barátrica. Assim, em termos médios, passou-se de uma amostra com obesidade classe 3 (IMC≥40) para obesidade classe 1 (IMC: 30 - 34,9). Estes resultados estão de acordo com o espectável, pois é esta a realidade espelhada na literatura. Também, Silveira et al., (2015) no seu estudo, que tinha como objetivo identificar alterações nutricionais em doentes submetidos a cirurgia bariátrica e correlacioná-los com a perda de peso, o controlo de comorbilidades e a QV, obtiveram resultados que revelaram que no final do 3º mês, 25,45%, dos participantes tinham perdido 50% ou mais do excesso de peso e 84,7% dos participantes tinham-no perdido ao fim do 6º mês.

No estudo conduzido por López (2015), já anteriormente referido, observou-se no grupo de indivíduos operados até 6 meses e no grupo de indivíduos operados entre 7 e 12 meses, uma perda de peso estatisticamente significativa (p=0,000), existindo uma estabilização nos grupos operados há mais de 12 meses. Verificou-se que os indivíduos operados há mais de um ano, tiveram um aumento de peso, consequentemente um aumento no seu IMC, o qual já tinha, anteriormente, atingido um valor inferior. Neste estudo ressalva-se também o facto de, após a perda significativa de peso inicial, este posteriormente tender a estabilizar e eventualmente regredir.

Também o estudo realizado por Silva e Padez (2014) cujo objetivo era analisar a perda de peso após a intervenção cirúrgica e verificar o seu grau de efetividade em 83 indivíduos operados há mais de 3 anos, num hospital da região centro de Portugal, revelou que 81,3% dos intervencionados perderam peso e estabilizaram enquanto que os restantes 18,7%, após perda de peso inicial, aumentaram mais de 5Kg. Verificandose que a prática de exercício físico esteve associada a um maior decréscimo do IMC, sendo que os melhores resultados foram obtidos pelos indivíduos que simultaneamente cumpriram a dieta e fizeram mais de 30 minutos de exercício físico por dia.

Como referem Bastos et al., (2013), a recuperação de peso após a realização de uma cirurgia bariátrica, é uma realidade e comprova o caráter de doença crónica que é imputado à obesidade. No estudo que realizaram cujo objetivo era identificar fatores determinantes na retoma ponderal em doentes submetidos a cirurgia de obesidade há pelo menos 2 anos, concluíram que 5 anos após a cirurgia se verifica uma retoma de peso significativo. Os autores do estudo apontam como fatores preditores não cirúrgicos (técnicas cirúrgicas restritivas são naturalmente mais passíveis desta retoma) para esta ocorrência, o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, desajustado acompanhamento pós cirúrgico e IMC inicial muito elevado. Karmali et al., (2010) acrescentam a idade avançada e alterações na saúde mental e física que possam afetar o estilo de vida. Deste modo, o acompanhamento contínuo dos doentes por uma equipa multidisciplinar será uma mais-valia, onde o papel do Enfermeiro pode fazer a diferença.

Estudos sugerem que a QV após a cirurgia, está relacionada com a gravidade da obesidade, sendo que um IMC mais elevado está associado a uma pior QV (Khawali et al., 2012). No entanto, existem dados contraditórios. No seu estudo Tae et al., (2014), concluíram que o IMC no pré-operatório não está correlacionado com os domínios da QV no pós-operatório. No presente estudo, embora exista uma diminuição significativa no IMC após a realização da cirurgia, quando se tenta estabelecer uma relação entre o IMC dos participantes no pré-operatório com a sua QV no pós-operatório, verifica-se que funcionou como fator preditivo somente no domínio relações sociais (p=0,037) da QV. Os participantes com maior IMC no pré-operatório foram aqueles que, revelaram um aumento estatisticamente significativo da QV neste domínio.

Como referem Ribeiro et al., (2013), atualmente, de todas as condições estigmatizadas pela cultura ocidental, o estigma do sobrepeso parece ser o mais debilitante, pois é condição visível a todas as pessoas, podendo afetar, em grande proporção, as interações sociais dos indivíduos em especial das mulheres, onde perpetua o estereótipo da magreza. Deste modo, pode-se inferir que as alterações proporcionadas pela rápida perda de peso no pós-operatório, num curto prazo de tempo, sobretudo nos participantes que apresentavam maior IMC, fê-los sentir menos discriminados perante a sociedade, levando-os a percecionarem uma melhor QV nas relações sociais.

A amostra segue as indicações formais para a realização da cirurgia bariátrica, isto é, apresenta IMC maior ou igual a 40 Kg/m² ou, maior ou igual 35 Kg/m² associado a alguma comorbilidade. A literatura é unanime ao estabelecer uma relação direta entre a obesidade e o risco de aparecimento de comorbilidades, as quais, potenciam uma menor QV, quer pela doença em si, quer pelas complicações que daí advém. Diversos estudos têm vindo a demonstrar que a redução do IMC, após a realização de cirurgia bariátrica, é acompanhada por alterações metabólicas, que, frequentemente, resultam na redução ou remissão dessas comorbilidades (Adolfi & Fisichella, 2018; DGS, 2017; Serra et al., 2011; Vaz, 2008).

Os resultados supracitados estão em consonância com os obtidos na realização deste estudo, que embora reportem a um período pós-operatório de apenas 3 meses, permitem constatar que os participantes relatam melhorias nas comorbilidades mais prevalentes. Das comorbilidades estudadas, depressão, HTA, diabetes, dislipidémia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doença cardiovascular e alterações osteoarticulares, todas foram identificadas pelos participantes no período préoperatório, verificando-se uma remissão/redução dessas patologias no pós-operatório, à exceção da doença cardiovascular e cardíaca, onde nenhum participante revelou melhoria.

A comorbilidade mais frequente no pré-operatório foi a HTA presente em 43,3% dos participantes. Após a realização da cirurgia bariátrica 30% destes revelaram melhorias, sendo que apenas 16,7% dos inquiridos no pós-operatório assumiu ser hipertenso. São alterações relevantes, pois a HTA é uma patologia associada a diversos eventos potencialmente fatais e incapacitantes. Rodrigues et.al. (2017) chamam a atenção para a prevalência da HTA estimada para o grupo etário dos 25 aos 44 anos na população portuguesa (dados referentes a 2015), onde se incluiu a média de idades da amostra do presente estudo (41 anos), pois, apresenta uma magnitude não negligenciável (12,1%), evidenciando o aumento da incidência deste problema de saúde nos grupos etários mais jovens. Também, no estudo efetuado por López (2015), numa amostra de indivíduos portugueses, a HTA foi a comorbilidade mais identificada, sendo que 50% dos indivíduos eram hipertensos no pré-operatório e 20,7% estabilizaram a tensão arterial após a cirurgia.

Além da HTA, no presente estudo as patologias com maior expressão no período préoperatório, foram a patologia osteoarticular e a patologia do sono com recurso a dispositivo respiratório auxiliar do sono. Foram também estas onde os participantes revelaram uma acentuada melhoria. Ambas foram identificadas em 30% da amostra no período pré-operatório, dos quais 20% referiram melhorias no pós-operatório.

No estudo de Duarte et.al. (2014) que pretendia avaliar o impacto das cirurgias bariátricas, duodenal switch e bypass gástrico em Y de Roux na QV dos doentes, comorbilidades e perda de peso, no período de 12 a 36 meses após o ato cirúrgico, verificou-se percentagens significativas na resolução de comorbilidades sendo o impacto maior na regressão da HTA e diabetes.

Outros estudos como os de Silveira et.al., (2015), Ribeiro et al., (2015) e Tae (2014) demonstraram igualmente uma melhoria nas comorbilidades dos doentes após a realização da cirurgia bariátrica, a qual correlacionaram com uma melhoria na QV. Os resultados do presente estudo só demonstraram melhoria significativa em relação a algumas comorbilidades em facetas específicas da escala da QV. Contudo, advogamos que num maior período de acompanhamento, é espectável que se verifiquem mais melhorias, além disso, os participantes também poderão vir a percecionar uma melhor QV devido, em parte, à resolução das comorbilidades e aos benefícios que tal acarreta. Até porque, como anteriormente já foi mencionado, quando questionados acerca da satisfação com a sua saúde, as respostas no pós-operatório foram mais positivas que no pré-operatório.

De acordo com Barros et al., (2015), os cuidados de enfermagem são essenciais, sobretudo durante o período pós-operatório, pois é o momento crucial de adaptação do doente ao novo estilo de vida. Consideram fundamental que o enfermeiro amplie a sua participação nos cuidados, sendo a orientação sobre as mudanças no estilo de vida, um fator essencial para o sucesso da cirurgia em termos de bem-estar e QV do doente.

Perante os resultados alcançados com a realização deste estudo e aqueles evidenciados na literatura consultada, acredita-se que a atuação autónoma do enfermeiro, assim como o seu papel na equipa multidisciplinar, tanto no período préoperatório, como no pós-operatório, é essencial para garantir uma melhoria efetiva da QV dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica, em todos os seus domínios e em termos gerais. O acompanhamento do doente e daqueles que lhe são próximos, pelo enfermeiro, permite a identificação de intercorrências e o estabelecimento precoce de intervenções capazes de potencializar o alcance de uma melhor QV. Como referem Barros et al., (2015), a cirurgia bariátrica acarreta mudanças permanentes na vida dos doentes, pelo que o estudo da QV permite conhecer e adaptar o doente a essas mudanças e assim potenciar os ganhos em saúde decorrentes da cirurgia.

## **CONCLUSÃO**

Na prática de Enfermagem é constante o desafio na busca de conhecimento científico, a fim de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao doente e família. A prática baseada na evidência tem como principal propósito o encorajamento da investigação, reforçando a importância da pesquisa para aperfeiçoar a prática clínica, garantindo a melhor tomada de decisão. É na evidência científica que os enfermeiros fundamentam as suas práticas e por outro lado é na prática que surge a necessidade de procurar e atualizar conhecimentos.

A procura por uma melhor QV, é um objetivo comum dos doentes que se submetem a cirurgia bariátrica. A avaliação da QV constitui-se como uma mais-valia para o planeamento de intervenções direcionadas capazes de ajudar os doentes em todo o processo de adaptação a uma nova realidade. Conhecer as dimensões da QV que melhores e piores resultados apresentam, permite a adequação do plano de intervenção.

Neste sentido, de forma a dar um contributo para uma melhor compreensão desta temática, procedeu-se à avaliação da QV dos doentes propostos para cirurgia bariátrica, nos períodos pré e pós-operatório, bem como à análise da relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas com a QV. Considerando a pesquisa realizada, o presente estudo, é precursor em Portugal, na avaliação longitudinal da QV, nos seus diferentes domínios, em doentes submetidos a cirurgia bariátrica. Apesar das limitações, acredita-se que esta investigação poderá fornecer alguns contributos para a reflexão e prática de enfermagem, bem como impulsionar investigações futuras na área, promovendo o desenvolvimento da profissão.

Atendendo aos resultados alcançados, conclui-se que após a realização da cirurgia bariátrica os doentes percecionam uma melhor QV. Esta, no domínio ambiente não foi significativa, nos restantes domínios e faceta geral, revelou uma melhoria significativa. Também foi possível verificar uma diminuição do IMC após a cirurgia, bem como uma melhoria das comorbilidades existentes no pré-operatório. Aspetos que necessariamente contribuíram para a melhoria da QV percecionada pelos doentes.

Face aos resultados apresentados, pode-se afirmar que os objetivos da investigação foram alcançados. Pensa-se que possam contribuir para o desenvolvimento e melhor planeamento dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes obesos que realizam

tratamento cirúrgico, com implicações na prática dos enfermeiros, quer no internamento, quer no seguimento posterior, seja em contexto de consulta hospitalar ou cuidados de saúde primários. Todavia, considera-se que são insuficientes para se retirarem conclusões definitivas, bem como para proceder à sua generalização, dado o reduzido tamanho da amostra e o facto da mesma ser relativa a uma única região do país.

Torna-se pertinente efetuar uma análise das limitações que foram sentidas ao longo da investigação. No decorrer do trabalho surgiram algumas dificuldades, vários fatores, não passíveis de serem controlados pelo investigador, contribuíram para este facto. O fator tempo condicionou de diferentes formas o decorrer do estudo. Desde logo o espaço temporal para a sua realização, influenciou a escolha do momento para a colheita de dados no período pós-operatório, 3 meses, uma vez que não permitiria uma janela temporal maior.

Também condicionou a constituição da amostra, apenas 30 doentes. Assim como, limitações impostas pela própria instituição e serviços, nomeadamente a espera para obtenção da autorização para a colheita de dados. Também o período em que esta decorreu foi condicionado por cancelamentos de cirurgias, devido a greve de profissionais de saúde. O reduzido tamanho da amostra constitui assim outra limitação e provavelmente a mais relevante, uma vez que impossibilita qualquer extrapolação dos resultados.

A existência de diversas atividades simultâneas da investigadora, quer profissionais, quer pessoais, constituiu outra dificuldade para um potencial melhor desenvolvimento do estudo.

Um maior espaço temporal para a realização do trabalho permitiria uma avaliação mais tardia da QV pós-operatória dos doentes o que provavelmente proporcionaria resultados diferentes e possivelmente mais fidedignos. Assim, em termos de perspetivas futuras seria pertinente replicar o estudo, avaliando a QV da amostra em tempos pós-operatórios diferentes, num *follow up* alargado até pelo menos aos 24 meses. Deste modo, seria possível verificar a evolução da QV dos doentes ao longo do tempo, compreendendo melhor o impacto que a cirurgia bariátrica acarreta a longo prazo, na sua vida. Sugere-se também a introdução de novas variáveis, como os hábitos alimentares e de atividade física, no sentido de compreender de que forma influenciam a QV do doente submetido a cirurgia bariátrica.

Admite-se também a pertinência de, futuramente, realizar um estudo interventivo, no sentido de explorar intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes que melhorem a QV dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

Como revela a literatura, a longo prazo a QV alcançada no pós-operatório tende a diminuir. Assim, acredita-se que o seguimento contínuo dos doentes, pelo enfermeiro desde o período pré-operatório até ao pós-operatório tardio, pode influenciar a QV destes doentes, nos seus diferentes domínios. Como preconizado pela DGS (2012) o tratamento cirúrgico da obesidade não se esgota no ato cirúrgico, implica sim o envolvimento da equipa multidisciplinar numa abordagem global da pessoa com obesidade, doença de cariz crónico.

A prática clínica da investigadora revela que, embora a concretização da cirurgia em si, constitua muitas vezes o alcançar de um objetivo e a motivação para a concretização de outros, frequentemente os doentes não têm consciência de todas as alterações que o processo implica e principalmente da importância do seu papel na recuperação e adaptação pós-operatória. Papel esse que é definitivo nos resultados obtidos. Os cuidados de enfermagem, nomeadamente os especializados, prestados pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que têm como principal finalidade a melhoria da QV da pessoa, revelam-se deste modo determinantes para alcançar os melhores, mais realistas e satisfatórios resultados possíveis. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem competência para cuidar da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Diário da República, 2018).

Um acompanhamento baseado numa abordagem de educação orientada para o doente e família, tendo em vista a continuidade dos cuidados, onde é fortalecida a interação com o doente, permitirá conhecer a sua evolução e adaptação ao processo pósoperatório, identificando precocemente necessidades de ajustamento a diferentes níveis. Para tal, é importante considerar aspetos como a evolução ponderal, o grau de aceitação das mudanças na imagem corporal e complementar orientações quanto ao estilo de vida, com o intuito de potenciar a QV dos doentes. Também conhecer os domínios da QV que possam estar comprometidos permite uma atuação concertada a esse nível.

Deste modo, sugere-se que as instituições de saúde, promovam e criem programas de formação e estruturas que permitam aos enfermeiros e mais especificamente aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, desenvolver capacidades científicas e técnicas para a assistência ao doente obeso submetido a tratamento cirúrgico. Deste modo estarão também a promover o desenvolvimento de programas que permitem melhorar a QV destes doentes. Com o desenvolvimento destes programas, o enfermeiro adquire competências cognitivas e desenvolve habilidades,

que contribuem para a obtenção de ganhos em saúde quer para o doente, quer para a sociedade em geral.

Em jeito de conclusão, considera-se que a investigação na prática de enfermagem constitui-se como uma mais-valia para a sua evolução como ciência e profissão, afirmando-se como uma disciplina importante no mundo do conhecimento científico. Os resultados do presente estudo possibilitam a reflexão acerca da temática e podem ser promotores de futuras pesquisas na área. Podem contribuir para a consciencialização da importância e relevância dos cuidados de enfermagem prestados ao doente submetido a cirurgia bariátrica com a finalidade de proporcionar uma melhoria da sua QV.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, J., Aasprang, A., Karlsen, T., Natvig, G., Vage, V., & Kolotkin, R. (2015). Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. Surgery for Obesity and Related Diseases, 11, 466-473.
- Andolfi, C. & Fisichella, P.M. (2018). Epidemiology of Obesity and Associated Comorbidities. *Journal Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 16 Jul. doi: 10.1089/lap.2018.0380.
- Ashwell, M., Gunn, P., & Gibson, S. (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: Systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 13, 275-86. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00952.x
- Barros, L., Moreira, R., Frota, N., Araújo, T., & Caetano, J. (2015). Qualidade de vlda entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Eletr. Enf.*, 17(2). Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27367.
- Bastos, E., Barbosa, E., Soriano, G., Santos, E. & Vasconcelos, S. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD Arq. Bras. Cir. Dig., 26, 26-32.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10400.21/770
- Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartillho, M.,...Carona,
   C. (2007). WHOQOL-Bref Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da
   Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L.
   Almeida (Eds.), Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (pp. 77-100). Coimbra, Portugal: Quarteto.

- Cao H. (2014). Adipocytokines in obesity and metabolic disease. *Journal Endocrinology*, 220(2), 47–59. doi:10.15JOE-13-0339.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L.,...Teles, A.
   (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews* 7, 233-237.
- Decreto-Lei nº 429/2018 de 16 de Julho. Diário da República nº 135/2018 II Série.
   Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2005). Circular Normativa nº 03/ DGCG Programa
   Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde (2012). Orientação nº028/2012 Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde (2014). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde. Lisboa, Portugal: Autor.
- Driscoll, S., Gregory, D., Fardy, J., & Twells, L., (2016). Long-term health-related quality of life in bariatric surgery ppatients: a systemattic review and meta-analysis. Obesity 24(1), 60-70. Doi:10.1002/oby.21322
- Duarte, M., Bassitt, D., Azevedo, O., Waisberg, J., Yamaguchi, N., & Junior, P.(2014). Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded Roux-en-Y gastric bypass. Revista arq. Gastroenterol, 51 (4), 320-327.
- Eickhoff, H. (2008) Tratamento da obesidade mórbida. Recuperado de: http://www.essaude.pt/userfiles/file/Tratamento%20da%20Obesidade%20M%C3% B3rbida.pdf

- Fleck, M., Leal O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon,
   V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Revista Brasileira Psiquiatria, 21(1), 19-28.
- Fortin, M., Côte, J. & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Frisch,M.B. (2014). Quality-of-Life-Inventory. In: Michalos A.C. (Ed.), Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer Dordrecht Heidelberg New York London doi: 10.1007/978-94-007-0753-5
- Grans, R., Warth, C., Farah, J., & Bassitt, D. (2012). Quality of life and prevalence of osteoarticular pain in patients submitted to bariatric surgery. *Einstein*, 10(4), 415-421.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico. Lisboa, Portugal: Autor.
- Jensen, M., Ryan, D., Apovian, C., Ard, J., Comuzzie, A., Donato, K.,... Yanovski, S. (2013). Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Accepted Article doi: 10.1002/oby.20660
- Karmali, S., Stoklossa, C., Sharma, A., Stadnyk, J., Christiansen, S., Cottreau, D., & Birch, D. (2010). Bariatric surgery: a primer. *Clinical review*, 56, 873-879. Disponível em: http://www.cfp. ca/content/56/9/873.long.
- Khawali, C., Ferraz, M., Zanella, M., & Ferreira, S. (2012). Evaluation of qulity of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arg. Bras. Endocrinol. Metab.* 56 (1), 33-38.
- Leitzmann, M., Moore, S., Koster, A., Harris, T., Park, Y., Hollenbeck, A., & Schatzkin, A. (2011) Waist circumference as compared with body-mass index in

- predicting mortality from specific causes. Recuperado de: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018582
- Lier, H., Biringer, E., Hove, O., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2011). Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9 (79). Recuperado de: http://www.hqlo.com/content/9/1/79
- López, A. (2015). Impacto na Qualidade de Vida em resposta à Cirurgia Bariátrica (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10451/25061
- Marcel Post (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 20 (3), 167-180. doi: 10.1310/sci2003-167.
- Martins, T. (2006). Acidente Vascular Cerebral qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau.
- Maya, A., Duque, T. & Acevedo, L. (2014). Perception of quality of life of a group of individuals subjected to bariatric surgery. *Invest. Educ. Enferm.* 32(1): 22-32.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). Obesity
   Update 2017. Recuperado de: http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Pimentel, F. (2004). Qualidade de vida em oncologia. Portugal: Permanyer.
- Ribeiro, E., Ávila, R., Santos, R., & Garrote, C. (2015). Impact of Bariatric Surgery on Patients from Goiás, Brazil, Using the BAROS Method: A Preliminary Study. Portuguese Journal of gastroenterology, 93-102.

- Ribeiro, G., Giampietro, H., Barbieri, I., Pacheco, R., Queiroz, R., & Ceneviva, R. (2013). Perceção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.*, 26(2),124-128.
- Scatollin, F. (2006). Qualidade de vida a evolução do conceito e os instrumentos de medida. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 8, 1-5.
- Segura, D., Nascimento, F., Beuren, T., & Wozniak, S. (2014). Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e hábito de atividade física pósoperratória. Brazilian jornal or surgery and clinical research, 9(1), 12-19.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos Saúde Pública, 20(2),580-588.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.,...Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Serra, M., Martin, M., Chamizo, S., Pérez, M., Alcalde, J., & Sola, M. (2011).
   Obesidad Mórbida. Revista ROL Enf., 34(10), 26-28.
- Sierżantowicz, R., Lewko, J., Hady, H., Kirpsza, B., Trochimowicz, L. & Dadan, J. (2017). Effect of BMI on quality of life and depression levels after bariatric surgery. Advances in *Clinical and Experimental Medicine*, 26(3), 49-496. doi:10.17219/acem/62246
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2014). Estado psicológico, alimentação, qualidade de vida de candidatos a cirurgia de obesidade. *Psicologia, Saúde & doenças*, 15(3), 707-722.
- Silva, M., Padez, C. (2014). Antropologia Portuguesa. In Centro de Investigação em Antropologia e Saúde da Universidade de Coimbra (Ed), *Obesidade ante et post cirurgia* (pp. 113-130). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:OI:http://dx.doi.org/10.14195/2182-7982\_31\_6 Accessed: 6-Jul-2018

- Silveira, S., Albuquerque, M., Nascimento, R., Rosa, L., Hygidio, D., & Zapelini, R. (2015). Nutritional repercussions in patients submitted to bariatric surgery. *ABC arq. Brasileiro cirurgia digestiva*, 28 (1), 48-52.
- Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade e Doenças Metabólica. (s.d.).
   Recuperado de: http://www.spco.pt
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętalewicz, U., Wolski, J., Nowakowski, R., Bakuła, R. & Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. Central European Journal of Urology, 70, 206-211.
- Streubert, H. J.,& Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem:* Avançando o imperativo humanista (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Tae, B., Pelaggi, E., Moreira, J., Waisberg, J., Matos, L., & D'Elia, G. (2014). Impact
  of bariatric surgery on depression and anxiety symptons, bulimic behaviors and
  quality of life.. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgia, 41 (3), 155-160.
- Taylor, V., Forhan, M., Vigod, S., McIntyre, R., & Morrison, K. (2013). The impact of obesity on quality of life. Best practice & research clinical endocrinology & metabolism, 27(2), 139-146. DOI: https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.04.004
- Vaz, C. (2008) Tratamento da obesidade mórbida. Recuperado de: http://www.essaude.pt/userfiles/file/Tratamento%20da%20Obesidade%20M%C3% B3rbida.pdf
- Wachterman, M., Pilver, C., Smith, D., Ersek, M., Lipsitz, S., & Keating, N. (2016).
   Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses. *JAMA Intern Med.*, 176(8),1095-1102.
   doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1200
- Wolfe, B., Kvach, E., & Ecke, R. (2016). Treatment of Obesity Weight Loss and Bariatric Surgery. In Scherer, P. & Hill, J. (Eds), Circulation research compendium on obesity, diabetes, and cardiovascular diseases (pp 1844-1855) Dallas, EUA: American Heart Association. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.307591



## ce.pm@hotmail.com - Correio



Boa tarde, Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro,

o meu nome é Célia Manso e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que frequento na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estou a desenvolver um trabalho relacionado com a Qualidade de Vida dos doentes submetidos a cirurgia de obesidade. Para o desenvolvimento deste, a Escala WHOQOL- bref é um instrumento fundamental. Assim, em anexo envio o formulário WHOQOL para que me possa ser facultado o instrumento e o material adicional que considero ser uma mais valia para a realização do trabalho.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e com os melhores cumprimentos, Célia Manso



# **QUESTIONÁRIO**

Caro utente,

Sou enfermeira e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado. Para a concretização deste trabalho, necessito da sua colaboração, respondendo às questões que de seguida lhe apresento. As respostas são simples e têm por objetivo conhecer a sua qualidade de vida antes de realizar a cirurgia de tratamento de obesidade, com o intuito de poder vir a melhorar os cuidados de Enfermagem prestados Não existem respostas certas ou erradas. Peço-lhe que não deixe nenhuma questão

por responder.

As respostas serão usadas exclusivamente para a realização do estudo, pelo que a confidencialidade e o anonimato das respostas são garantidos.

Tem o direito de decidir livremente se quer ou não responder ao questionário.

| Tipo de cirurgi     | ia:<br>I PARTE   | Código do questionário:                |
|---------------------|--|--|
| (não preencher)     |  |  |
|                     |  |  |
| Assin               | ale com um 🗵 a alternativa escolhida ou pi                               | reencha as linhas em branco.           |
| 1) Idade:           | Anos   | 5) Situação Profissional:              |
|                     |  | Estudante □ Empregado □ Desempregado □ |
| <b>2) Sexo:</b> Mas | sculino  Feminino  | Doméstico □ Reformado □                |
| 3) Peso:            | _Kg <b>Altura:</b> m   |  |
| 4) Habilitaçã       | ões Literárias:  | 7) Estado Civil:                       |
| 1 º Cialo Ena       | ina Pásica 4 8 Classa (4.0. 4.0 Ana)                                     | Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐     |
|                     | ino Básico, 4.ª Classe (1.º - 4.º Ano) □<br>ino Básico (5.º - 6.º Ano) □ | Divorciado/Separado de Facto ☐ Viúvo ☐ |
|                     | ino Básico (7.º - 9.º Ano) □   |  |
|                     | ndário ou Equivalente (10.º - 12.º Ano) □                                |  |
| Curso Super         | ior 🗆  |  |
|                     | 8) Número de elementos do agreg  | ado familiar:                          |
|                     | 9) Tem familiares dependentes a seu car                                  | go? Sim □ Não □                        |
|                     | 10) Se tem algum dos seguintes problemas                                 | assinale por favor:                    |
|                     | Hipertensão ☐ Colesterol elevado ☐ Dia                                   | abetes 🗆                               |
|                     | Doença do sono ☐ Uso de dispositivo auxili                               | ar da respiração para dormir $\square$ |
|                     | Doença cardíaca ☐ Problemas dos ossos e                                  | articulações □                         |
|                     | Problemas de circulação sanguínea ☐ Dep                                  | pressão 🗆                              |

**II PARTE** 

As perguntas que se seguem dizem respeito à Escala WHOQOL – BREF a qual procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Parra responder, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimoslhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

|  | Na | Ро | Moderadame | Bastan | Completame |
|--|----|----|------------|--------|------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1  | 2  | 3          | 4      | 5          |

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

|           |                                      | Muito<br>Má | Má | Nem<br>Boa | Воа | Muito<br>Boa |  |
|-----------|--------------------------------------|-------------|----|------------|-----|--------------|--|
| 1<br>(G1) | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1           | 2  | 3          | 4   | 5            |  |

|           |   | Muito<br>Insatisf<br>eito | Insatisfe<br>ito | Nem<br>satisfeit<br>o nem<br>insatisf | Satisfeit<br>0 | Muit<br>o<br>Satisf |
|-----------|---|---------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------|---------------------|
| 2<br>(G4) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua<br>saúde? | 1                         | 2                | 3                                     | 4              | 5                   |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas

|           |  | Na<br>da | Pouco | Nem<br>muito | Muito | Muitíssi<br>mo |
|-----------|--|----------|-------|--------------|-------|----------------|
| 3 (F1.4)  | Em que medida as suas<br>dores<br>(físicas) o(a) impedem de<br>fazer o que precisa de fazer? | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 4 (F11.3) | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?                      | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 5 (F4.1)  | Até que ponto gosta da   | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 6 (F24.2) | Em que medida sente que a sua vida tem sentido?  | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 7 (F5.3)  | Até que ponto se consegue concentrar?  | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 8 (F16.1) | Em que medida se sente<br>em segurança no seu dia-   | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |

| 9 (F22.1) Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
|---|---|---|---|---|---|--|

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

|               |  | Na<br>da | Po<br>uco | Moderadame<br>nte | Basta<br>nte | Completame<br>nte |
|---------------|--|----------|-----------|-------------------|--------------|-------------------|
| 10<br>(F2.1)  | tem energia suficiente para<br>a<br>sua vida diária?                             | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 11<br>(F7.1)  | É capaz de aceitar a<br>sua aparência física?                                    | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 12<br>(F18.1) | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?                    | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 13<br>(F20.1) | Até que ponto tem fácil<br>acesso às informações<br>necessárias para organizar a | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 14<br>(F21.1) | Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de                      | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |

|              |   | Muito<br>Má | Má | Nem<br>boa | Boa | Muito<br>Roa |
|--------------|---|-------------|----|------------|-----|--------------|
| 15<br>(F9.1) | Como avaliaria a sua<br>mobilidade<br>[capacidade para se<br>movimentar e deslocar por si<br>próprio(a)]? | 1           | 2  | 3          | 4   | 5            |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

|               |   | Muito<br>Insatisf | Insatisfe<br>ito | Nem<br>satisfeito<br>nem | Satisfe<br>ito | Muit<br>0 |
|---------------|---|-------------------|------------------|--------------------------|----------------|-----------|
| 16<br>(F3.3)  | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com o seu<br>sono?  | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 17<br>(F10.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua<br>capacidade para<br>desempenhar as actividades<br>do seu dia-a-dia? | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 18<br>(F12.4) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua<br>capacidade de trabalho?  | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 19<br>(F6.3)  | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?  | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 20<br>(F13.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com as suas<br>relações pessoais?   | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 21<br>(F15.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua vida<br>sexual?   | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |

| 22<br>(F14.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|--|---|---|---|---|---|
| 23<br>(F17.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com as<br>condições do lugar em que<br>vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24<br>(F19.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com o acesso<br>que tem aos serviços de      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25<br>(F23.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com os  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

|              |  | Nunca | Pou<br>cas | Algu<br>mas | Frequenteme | Sem |
|--------------|--|-------|------------|-------------|-------------|-----|
| 26<br>(F8.1) | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1     | 2          | 3           | 4           | 5   |

Obrigado pela sua participação!



**QUESTIONÁRIO** 

Código do questionário:

Caro utente,

Sou enfermeira e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado. Para a concretização deste trabalho, necessito da sua colaboração, respondendo às questões que de seguida lhe apresento. As respostas são simples e têm por objetivo conhecer a sua qualidade de vida depois de realizar a cirurgia de tratamento de obesidade, com o intuito de poder vir a melhorar os cuidados de Enfermagem.

Não existem respostas certas ou erradas. Peço-lhe que não deixe nenhuma questão por responder.

As respostas serão usadas exclusivamente para a realização do estudo, pelo que a confidencialidade e o anonimato das respostas são garantidos.

Tem o direito de decidir livremente se quer ou não responder ao questionário.

| Enfermeira Célia Manso |
|------------------------|

## **I PARTE**

| Assinale com um 🗵 a alternativa escolhida ou preencha as linhas em branco.  |
|---|
| <b>1) Peso:</b> Kg <b>Altura:</b> m   |
| 2) Se presentemente tem algum dos seguintes problemas assinale por favor:   |
| Hipertensão □ Colesterol elevado □ Diabetes □   |
| Doença do sono $\square$ Uso de dispositivo auxiliar da respiração para dormir $\square$                              |
| Doença cardíaca ☐ Problemas dos ossos e articulações ☐  |
| Problemas de circulação sanguínea $\square$ Depressão $\square$   |
| 3) Se após ter realizado a cirurgia apresentou melhoras relativas a algum dos seguintes problemas assinale por favor: |
| Hipertensão □ Colesterol elevado □ Diabetes □   |
| Doença do sono $\square$ Uso de dispositivo auxiliar da respiração para dormir $\square$                              |
| Doença cardíaca $\square$ Problemas dos ossos e articulações $\square$  |
| Problemas de circulação sanguínea $\square$ Depressão $\square$   |

### **II PARTE**

As perguntas que se seguem dizem respeito à Escala WHOQOL – BREF a qual procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Parra responder, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimoslhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

|  | Na | Ро | Moderadame | Bastan | Completame |
|--|----|----|------------|--------|------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1  | 2  | 3          | 4      | 5          |

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

|           |   | Muito<br>Má | Má | Nem<br>Boa | Boa | Muito<br>Boa |
|-----------|---|-------------|----|------------|-----|--------------|
| 1<br>(G1) | Como avalia a sua qualidade<br>de vida? | 1           | 2  | 3          | 4   | 5            |

|           |   | Muito<br>Insatisf<br>eito | Insatisfe<br>ito | Nem<br>satisfeit<br>o nem<br>insatisf | Satisfeit<br>o | Muit<br>o<br>Satisf |
|-----------|---|---------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------|---------------------|
| 2<br>(G4) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua<br>saúde? | 1                         | 2                | 3                                     | 4              | 5                   |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas

|           |  | Na<br>da | Pouco | Nem<br>muito | Muito | Muitíssi<br>mo |
|-----------|--|----------|-------|--------------|-------|----------------|
| 3 (F1.4)  | Em que medida as suas<br>dores<br>(físicas) o(a) impedem de<br>fazer o que precisa de fazer? | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 4 (F11.3) | Em que medida precisa de<br>cuidados médicos para<br>fazer a sua vida diária?                | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 5 (F4.1)  | Até que ponto gosta da   | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 6 (F24.2) | Em que medida sente que a sua vida tem sentido?  | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |
| 7 (F5.3)  | Até que ponto se consegue concentrar?  | 1        | 2     | 3            | 4     | 5              |

| 8 (F16.1) | Em que medida se sente<br>em segurança no seu dia- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|--|---|---|---|---|---|
| 9 (F22.1) | Em que medida é saudável o seu ambiente físico?    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

|               |  | Na<br>da | Po<br>uco | Moderadame<br>nte | Basta<br>nte | Completame<br>nte |
|---------------|--|----------|-----------|-------------------|--------------|-------------------|
| 10<br>(F2.1)  | tem energia suficiente para<br>a<br>sua vida diária?                             | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 11<br>(F7.1)  | É capaz de aceitar a<br>sua aparência física?                                    | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 12<br>(F18.1) | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?                    | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 13<br>(F20.1) | Até que ponto tem fácil<br>acesso às informações<br>necessárias para organizar a | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |
| 14<br>(F21.1) | Em que medida tem<br>oportunidade para<br>realizar actividades de                | 1        | 2         | 3                 | 4            | 5                 |

|              |   | Muito<br>Má | Má | Nem<br>boa | Boa | Muito<br>Roa |
|--------------|---|-------------|----|------------|-----|--------------|
| 15<br>(F9.1) | Como avaliaria a sua<br>mobilidade<br>[capacidade para se<br>movimentar e deslocar por si<br>próprio(a)]? | 1           | 2  | 3          | 4   | 5            |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

|               |   | Muito<br>Insatisf | Insatisfe<br>ito | Nem<br>satisfeito<br>nem | Satisfe<br>ito | Muit<br>0 |
|---------------|---|-------------------|------------------|--------------------------|----------------|-----------|
| 16<br>(F3.3)  | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com o seu<br>sono?  | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 17<br>(F10.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua<br>capacidade para<br>desempenhar as actividades<br>do seu dia-a-dia? | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 18<br>(F12.4) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua<br>capacidade de trabalho?  | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 19<br>(F6.3)  | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?  | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |
| 20<br>(F13.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com as suas<br>relações pessoais?   | 1                 | 2                | 3                        | 4              | 5         |

| 21<br>(F15.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com a sua vida<br>sexual?                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|--|---|---|---|---|---|
| 22<br>(F14.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23<br>(F17.3) | Até que ponto está<br>satisfeito(a) com as<br>condições do lugar em que<br>vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24<br>(F19.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25<br>(F23.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com os  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

|              |  | Nunca | Pou<br>cas | Algu<br>mas | Frequenteme | Sem |
|--------------|--|-------|------------|-------------|-------------|-----|
| 26<br>(F8.1) | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1     | 2          | 3           | 4           | 5   |

Obrigado pela sua participação!



### INFORMAÇÃO AO DOENTE

O meu nome é Célia Maria Pessoa Manso, sou enfermeira e encontro-me atualmente a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para concluir este curso, pretendo avaliar a qualidade de vida dos doentes que realizam cirurgia para o tratamento de obesidade. Com o intuito de melhorar os Cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

<u>Procedimentos:</u> aplicação de um questionário antes da realização da cirurgia e posteriormente aplicação de novo questionário 3 meses após realização da mesma. Nestes questionários serão solicitadas algumas informações gerais sobre si, o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluído o trabalho poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

<u>Riscos:</u> não haverá danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

<u>Benefícios</u>: participando no estudo tem a oportunidade de dar a conhecer a sua qualidade de vida antes e depois de realizar a cirurgia para tratamento de obesidade, ajudando a encontrar estratégias de avaliação, implementação e atuação capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes submetidos a esta cirurgia.

Alternativas: a sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. A qualquer momento poderá desistir de participar, o que não trará qualquer consequência para si, continuando a receber os cuidados de saúde que necessita e a ser acompanhado da mesma forma.

<u>Confidencialidade:</u> a garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados do trabalho só serão usados para o fim previsto. Este estudo foi sujeito a aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

<u>Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:</u> Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me (através do telemóvel 963677785 ou email: ce.pm@hotmail.com), se decidir participar no estudo.

| A Enfermeira               |  |
|----------------------------|--|
|                            |  |
| (Célia Maria Pessoa Manso) |  |

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Declaro que, relativamente ao trabalho a desenvolver pela Enf.ª Célia Maria Pessoa Manso, com o título "Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes", fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento (inclui o preenchimento de 2 questionários, o primeiro no período pré operatório e o segundo cerca de 3 meses após a realização da cirurgia), os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas. Li e percebi o documento "Informação ao Doente".

Abaixo assino, afirmando que aceito participar voluntariamente no estudo.

|                               | _ Data_ | /_ | _/2017 |
|-------------------------------|---------|----|--------|
| Assinatura do(a) participante |         |    |        |



Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Assunto: Aplicação de questionários a utentes do CHUC, no âmbito da realização de um estudo de investigação sobre a temática "Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de vida dos Doentes".

Célia Maria Pessoa Manso, enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a exercer funções no serviço de Cirurgia C - Mulheres, com o número mecanográfico 26103, e a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação de questionários, aos doentes internados propostos para cirurgia de obesidade, nos serviços de internamento de Cirurgia Geral B e C. E ainda, solicita autorização, para, aos mesmos doentes, 3 meses após a realização da cirurgia, ser aplicado novo questionário. A aplicação destes questionários tem como objetivo a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema "Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de vida dos doentes", inserido no plano curricular do referido curso, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Compromete-se em assegurar que o presente estudo seja assertivo do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça. É assegurado o anonimato e liberdade de aceitação após consentimento informado, podendo o doente suspender a sua participação em qualquer momento. A realização do estudo não acarreta quaisquer tipos de encargos nem para os doentes, nem para a instituição. Prevê-se a aplicação dos questionários no período compreendido entre Junho e Novembro do ano em curso. O autor compromete-se a divulgar os resultados do estudo após o seu término (previsto para Março de 2018), assim como, facultar exemplares do trabalho ao Hospital, nomeadamente aos serviços colaborantes.

Coloca-se à disposição de V. Ex.ª para esclarecimento de qualquer dúvida. De modo a possibilitar uma maior rapidez na execução do estudo, solicito a V. Ex.ª a brevidade possível na resposta.

Sem outro assunto, envio os mais respeitosos cumprimentos e solicito deferimento.

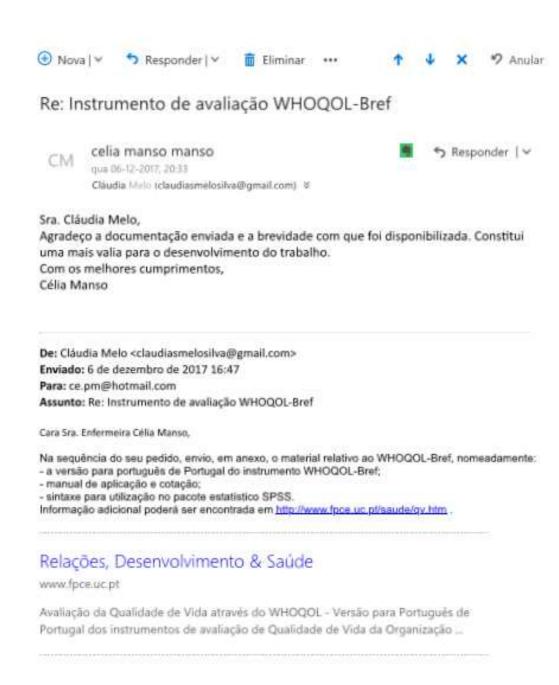
Coimbra, Abril de 2017

Célia Maria Pessoa Manso

(Enfermeiro/Estudante)



#### ce.pm@hotmail.com - Correio



P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida Atenciosamente, Cláudia Melo.









SAÚDE

### Comissão de Ética para a Saúde

Exmo. Senhor Dr. Francisco Parente Digm<sup>o</sup> Director Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

N.º 0113/CES

03-07-2017

Proc. N.º CHUC-040-17

ASSUNTO: Estudo Observacional "Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes" - Célia Maria Pessoa Manso, enfermeira do Serviço de Cirurgia C do CHUC e aluna do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado nos Serviços de Cirurgia A, B e C do CHUC) (Entrada do processo na CES a 20.04.2017)

Cumpre informar Vossa Ex.º de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 23 de Junho de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

O consentimento informado tem de conter informação, alertando o doente de que voltará a ser contactado, novamente, mais tarde.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sausa Barros; Prof.\* Doutora Maria Fátima Pinto Soraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.\* Adélia linoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fordes Ribeiro; Padre José Antônio Afonso País; Dr. José Antônio Feio; Dr. José Alves Grito Gonçalves; Enf.\* Fernando Molteus; Dr. José Antônio Pinheiro; Dr.a. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.