

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
SÂMEA MARINE BEZERRA DA SILVA

**PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA:** estudo da  
percepção acerca de sua qualidade de vida

MACAPÁ  
2013

SÂMEA MARINE BEZERRA DA SILVA

**PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA:** estudo da percepção acerca de sua qualidade de vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde na Universidade Federal do Amapá, para obtenção do título de Mestre, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anneli Mercedes Celis de Cárdenas. Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública.

MACAPÁ  
2013

SÂMEA MARINE BEZERRA DA SILVA

**PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA:** estudo da percepção acerca de sua qualidade de vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde na Universidade Federal do Amapá, para obtenção do título de Mestre, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anneli Mercedes Celis de Cárdenas. Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública.

Data da aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anneli Mercedes Celis de Cárdenas (1º Membro - Presidente)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ediluci do Socorro Leôncio Tostes Malcher (2º Membro)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ártemis do Nascimento Rodrigues (3º Membro)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorraine Izabel da Silva Hage Melim (4º Membro)

---

Prof. Dr. Moacir Bentes Monteiro Neto (5º Membro - Suplente)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus avós

Marina e "Dico" (*in memoriam*)

pelo amor e carinho que me dedicaram durante nossa convivência

## **AGRADECIMENTOS**

**À Deus**

Por me abençoar todos os dias, a cada amanhecer

**A Minha mãe**

Pelo apoio, incentivo e cuidado incansável

**Aos meus irmãos**

Pelo carinho

**Ao querido Bernardo Craveiro**

Pelo companheirismo, incentivo, apoio e paciência durante esta trajetória

**À amiga Érika Fernandes**

Pela valiosa amizade e pelas contribuições durante a realização deste estudo

**À eterna mestre Francineide Pena**

Por ter me ensinado os caminhos da pesquisa

**A minha orientadora Dr.<sup>a</sup> Anneli Mercedes de Cárdenas**

Pelas suas contribuições e acompanhamento durante a elaboração deste trabalho

**Ao Dr. Alcides Pingarilho**

Pelo seu apoio durante a coleta de dados

**Aos participantes da pesquisa**

Principal motivação para a realização deste estudo, pela disponibilidade e carinho com o qual me receberam

**Aos meus "velhos" amigos**

Pelo carinho, incentivo, e por compartilharem comigo a realização deste trabalho

**Aos novos amigos**

Pessoas especiais que Deus colocou em meu caminho durante este tempo

**Agradeço imensamente a vocês**

Ter qualidade de vida  
É um direito, uma vaidade  
Que a todos é permitida  
Sem olhar a beleza ou a idade  
O corpo e a cabeça  
Terão que estar equilibrados  
Para que a qualidade de vida  
Faça parte dos sonhos alcançados  
Ter qualidade de vida  
Não é apenas ter poder e dinheiro na mão  
É ter a consciência remida  
E ter Paz e Amor no coração  
Ter qualidade de vida  
É saber se alimentar  
Ter postura definida  
E esportes praticar  
Ter qualidade de vida  
É ter Paz, respeitando a Criação  
Com fé e vida vivida  
Tendo Cristo na direção.

**Oswaldo Correia**

## RESUMO

A obesidade é considerada atualmente, um problema de saúde pública e constitui um fator de risco importante para outras doenças. Este estudo teve como objetivo identificar as características sócio-demográficas, antropométricas, comorbidades e fatores de risco associados à obesidade de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica; descrever o significado de qualidade de vida para os participantes do estudo; identificar de que maneira a qualidade de vida encontra-se afetada. Foi realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa e análise de conteúdo (análise temática), sendo os dados coletados através de entrevista semi-estruturada. Participaram do estudo, quinze pessoas, 86,6% do sexo feminino e 13,3% do sexo masculino; a faixa etária variou entre 21 e 52 anos; na escolaridade houve destaque para o ensino médio e superior completo; 46,6% eram servidores público e 20% estavam desempregados; 73,3% são casados. Em relação aos dados antropométricos, mais da metade dos participantes apresentaram o IMC a partir de 40 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grave, o restante apresentou IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade moderada; a medida da circunferência abdominal variou entre 101 cm e 148 cm, 73,3% dos participantes apresentou a medida entre 121 cm e 148 cm, representando alto risco para doença metabólica. Quanto às comorbidades, destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica, distúrbio do sono, doenças articulares ou osteomusculares e problemas psiquiátrico-emocionais como as de maior incidência. Os hábitos que representam fatores de risco identificados foram o alcoolismo, em apenas 13,3% e o sedentarismo com 86,7%. Após a análise das entrevistas, foram originadas sete categorias temáticas: percepção de qualidade de vida; repercussão da obesidade no aspecto físico da QV; obesidade X auto-estima; obesidade X vida sexual; interferência da obesidade nas atividades de vida diárias e profissionais; a vivência do preconceito de ser obeso; avaliação da qualidade de vida de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica. O significado de qualidade de vida foi percebido pelos participantes como multidimensional, pois entendem como um bem estar físico, mental e social. Perceberam sua qualidade de vida afetada pela obesidade de forma negativa e não satisfatória, com desejo de mudanças em vários aspectos como o bem estar relacionado às doenças, prática de atividade física, alimentação saudável, melhora do desempenho profissional. A cirurgia bariátrica foi descrita como esperança de mudança, e as melhorias na qualidade de vida estão condicionadas à realização do procedimento. Conclui-se que há necessidade de implementar as políticas de prevenção, controle e tratamento da obesidade instituídos nacionalmente, tendo em vista sua repercussão negativa diante da qualidade de vida.

Palavras - chave: Qualidade de vida. Pré-operatório. Cirurgia bariátrica.

## ABSTRACT

Obesity is now considered a public health problem and is an important risk factor for other diseases. This study aimed to identify the socio-demographic, anthropometric, comorbidities and risk factors associated with obesity of people in pre-bariatric surgery; describe the meaning of quality of life for the study participants; identify how the quality of life is affected. We conducted an exploratory study with a qualitative approach and content analysis (thematic analysis), and the data were collected through semi-structured interviews. The participants were fifteen people, 86.6% females and 13.3% males, the age ranged from 21 to 52 years, there has been predominance of high school education level and higher education, 46.6% were public servants and 20% were unemployed, 73.3% are married. Regarding to anthropometric, more than half of participants had BMI from 40 kg/m<sup>2</sup>, severe obesity, the rest had a BMI between 35 and 39.9 kg/m<sup>2</sup>, moderate obesity, the waist circumference ranged between 101 cm and 148 cm, 73.3% of participants showed the measure between 121 cm and 148 cm, representing high risk for metabolic disease. Regarding to comorbidities, hypertension, sleep disorder, musculoskeletal and joint diseases or mental-emotional problems are the most common ones. Habits that represent risk factors were: alcoholism, in only 13.3% of the cases and inactivity corresponding to 86.7%. After analyzing the interviews, it were originated seven thematic categories: perception of quality of life: impact of obesity on the physical aspect of QoL, obesity versus self-esteem, obesity versus sex life; effect of obesity in the professionals and daily living activities, the experience of prejudice for being obese; assessment of quality of life of people in pre-bariatric surgery. The meaning of quality of life was perceived by participants as multidimensional as well understood as a physical, mental and social well being. They perceived their quality of life affected by obesity negatively and unsatisfactory, with desire for change in many aspects as well be related to disease, physical activity, healthy eating, furthering career. Bariatric surgery was described as a hope for change, besides, improvements in quality of life are conditioned to this surgical procedure. It is concluded that there is a need to implement policies of prevention, control, and obesity treatment nationally set up, due to its negative repercussion to life quality.

Keywords: Quality of life. Preoperative. Bariatric surgery.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos participantes do estudo .....	50
Tabela 2 - Medidas antropométricas dos participantes do estudo .....	52
Tabela 3 - Comorbidades associadas à obesidade identificadas nos participantes do estudo .....	53
Tabela 4 - Hábitos associadas à obesidade identificados nos participantes do estudo .....	54

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
cm	Centímetros
COESAS	Comissão das Especialidades Associadas
DANTs	Doenças e Agravos Não-Transmissíveis à Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IASO	International Association for the Study of Obesity
IMC	Índice de Massa Corpórea
IWQOL-Lite	Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire
Kg	Kilograma
m <sup>2</sup>	Metro Quadrado
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SF-36	Short Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization of Life Assessment

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
3.1	CONTEXTUALIZANDO A OBESIDADE.....	19
<b>3.1.1</b>	<b>Epidemiologia e Classificação da Obesidade</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Tratamento e Políticas de Controle da Obesidade</b> .....	<b>23</b>
3.2	CIRURGIA BARIÁTRICA.....	26
<b>3.2.1</b>	<b>Indicação da Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2.2</b>	<b>A Rotina Pré-operatória em Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>29</b>
3.3	QUALIDADE DE VIDA .....	32
<b>3.3.1</b>	<b>Qualidade de Vida Relacionada à Saúde</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Avaliação da Qualidade de Vida</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Qualidade de Vida, Obesidade e Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>40</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA .....	40
4.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	40
4.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	41
4.4	PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS .....	42
4.5	LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA .....	43
4.6	TRATAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	44
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>47</b>
5.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	47
5.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	51
<b>5.2.1</b>	<b>Percepção da Qualidade de Vida</b> .....	<b>52</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Repercussão da Obesidade no Aspecto Físico da Qualidade de Vida</b> .....	<b>55</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Obesidade X Auto-Estima</b> .....	<b>59</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Obesidade X Vida Sexual</b> .....	<b>64</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Interferência da Obesidade nas Atividades Diárias e Profissionais</b> .....	<b>66</b>
<b>5.2.6</b>	<b>A vivência do Preconceito de Ser Obeso</b> .....	<b>70</b>
<b>5.2.7</b>	<b>Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas em Pré-operatório de Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>73</b>

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados.....	89
Apêndice B - Convite aos participantes.....	90
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	91
<b>ANEXO</b>	
Anexo A - Certificado de autorização do comitê de ética e pesquisa.....	93

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta as particularidades que envolvem a obesidade, um grave problema de saúde pública vivenciado mundialmente na atualidade. Inclui especificamente, pessoas com obesidade grave, no período pré-operatório de cirurgia bariátrica e os aspectos referentes à sua qualidade de vida.

Durante a graduação, no Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, foi possível observar os diversos aspectos envolvidos na assistência ao obeso e na realização deste tratamento cirúrgico. A cirurgia bariátrica é um procedimento instituído há pouco tempo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas com obesidade grave. Nesta prática, também foram notáveis as deficiências da assistência em todo o período perioperatório, como a falta de equipamentos e materiais adequados, demora na realização das avaliações e exames pré-operatórios, demora na marcação das cirurgias e suspensão do procedimento. Todas essas dificuldades podem contribuir para o desencadeamento de estresse, ansiedade e angústia, podendo gerar complicações nos períodos trans e pós-operatório.

Diante disso, como trabalho de conclusão de curso na graduação, surgiu o interesse em realizar um estudo que identificasse a percepção das pessoas que se submeteriam à cirurgia bariátrica, para melhor conhecer essa clientela e suas particularidades, em especial, suas necessidades humanas básicas afetadas.

Com o estudo, foi possível conhecer a percepção dessa clientela a respeito do significado de obesidade, das alterações que sofreram como portadores dessa doença crônica, seus sentimentos diante desta vivência, reações frente ao diagnóstico da obesidade, quando pensaram na cirurgia bariátrica pela primeira vez e o significado dessa cirurgia para os mesmos. A partir da apresentação geral da análise das categorias, foram identificadas as necessidades humanas básicas afetadas e as implicações destas para os cuidados de enfermagem.

Posterior à graduação, na prática como residente de enfermagem cirúrgica, os questionamentos referentes aos aspectos que envolvem a cirurgia bariátrica persistiram e culminaram na realização de uma revisão bibliográfica que objetivou identificar o conhecimento científico produzido e publicado pela enfermagem no período de 2005 a 2012 a respeito desta cirurgia. Foram identificados dez estudos referentes à aspectos assistenciais, dificuldades enfrentadas pela equipe, perfil

sócio-demográfico de candidatos ao procedimento, repercussões do tratamento cirúrgico da obesidade, infecção no pós-operatório, dentre outros. Percebeu-se que os estudos referentes à cirurgia bariátrica são recentes e escassos, diante de toda a complexidade da assistência que envolve o paciente obeso.

Ao vislumbrar o campo da pesquisa na pós-graduação *strictu sensu*, optou-se por dar continuidade nos estudos com cirurgia bariátrica, desta vez enfatizando a qualidade de vida do paciente no pré-operatório. Conhecer e compreender, de forma científica e subjetiva, os aspectos da qualidade de vida da pessoa com obesidade grave e a maneira que se encontram comprometidos, foram as principais motivações para a realização desta pesquisa.

A obesidade é considerada atualmente, um problema de saúde pública e constitui também um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas doenças, sendo responsável pelo aumento da morbimortalidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade como uma doença crônica, de origem multifatorial e de proporções epidêmicas.

Dentro desse contexto, a obesidade tem sido tratada como uma doença crônica complexa de diversas etiologias, que se desenvolve ao longo do tempo, caracterizada por acúmulo de tecido adiposo no organismo. Tal excesso dá-se por ingestão calórica que ultrapassa o gasto energético. Quando a obesidade é associada à comorbidades, pode ser considerada de difícil tratamento e nem sempre apresenta quadro reversível após intervenção terapêutica (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007).

De acordo com estudo publicado em 2011 pelo periódico britânico *The Lancet*, os Estados Unidos registraram a maior alta nas taxas de obesidade. Em 2008, 9,8% dos homens e 13,8% das mulheres de todo o mundo eram obesos (com IMC acima de 30 Kg/m<sup>2</sup>). No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que, entre 2006 e 2009, o percentual de obesos na população passou de 11,4% para 13,9%, já o índice daqueles que estão acima do peso ideal (com sobrepeso ou obesidade) subiu de 42,7% para 46,6% (YARAK, 2011).

Segundo estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), produzido pelo Ministério da Saúde e pela Universidade de São Paulo (USP), no Brasil, 48,1% da população brasileira sofre com excesso de peso e 15% da população adulta está obesa. Na cidade de Macapá, capital do Estado do Amapá, 48,7% da população foi identificada

com excesso de peso, onde 16% são obesos segundo o mesmo estudo (BRASIL, 2010).

O tratamento clínico do obeso envolve várias abordagens, o acompanhamento nutricional, uso de medicamentos antiobesidade e prática de exercícios físicos, porém, quando não há resposta satisfatória, faz-se necessária a realização da cirurgia bariátrica, técnica que tem se mostrado eficaz no tratamento da obesidade. A realização desta operação vem crescendo nos dias atuais e é antecedida por uma análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente (FÃNDINO et al., 2004).

Contudo, por ser de causa multifatorial e resultante da interação de muitos fatores como: genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, a obesidade causa forte impacto tanto na saúde quanto no bem-estar psicológico e, principalmente, na qualidade de vida. Também interfere negativamente causando desequilíbrios bioquímicos e doenças físicas, comprometendo o desempenho escolar, profissional, a auto-estima, a adaptação social e até mesmo, o auto-cuidado (MANCINI, 2006).

Várias doenças são relacionadas com a obesidade, como dislipidemias, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias do tipo apnéia do sono, litíase biliar, distúrbios dermatológicos e distúrbios alimentares (Couto, Andrade e Topázio (2007). A complexidade de toda a vivência da pessoa acometida por doenças crônicas tem levado ao desenvolvimento de diversos estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição sobre a qualidade de vida das pessoas sob diferentes aspectos (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002).

A QV se refere às condições nas quais o ser humano vive e envolve os vários aspectos de sua vida diária como o físico, mental e social. Reflete a percepção que o indivíduo tem de a toda a realidade que o cerca e o equilíbrio entre diversos fatores como saúde, educação, escolaridade, lazer, transporte, família, moradia, trabalho, religião (FLECK, 2008). Deve ser avaliada sob a ótica da subjetividade e da multidimensionalidade. Pode-se afirmar que a QV está intimamente relacionado à definição de saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946).

Neste sentido, o grupo World Health Organization of Life Assessment (WHOQOL) definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no

contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive em relação as suas expectativas, a seus padrões e suas preocupações”. O conceito QV é considerado como um conceito bastante amplo que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com os aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL, 1995).

E é sob essa ótica holística que surgiu o interesse em realizar um estudo a fim de conhecer a QV e a percepção de pessoas obesas em pré-operatório de cirurgia bariátrica a respeito de sua qualidade de vida, bem como identificar e relacionar outros aspectos pertinentes como: condições sócio-demográficas, informações clínicas associadas à obesidade e características antropométricas.

Estudar QV de pessoas com obesidade inclui compreender e analisar a sua experiência diante dos diversos fatores que englobam sua condição, na maioria das vezes, limitada, visualizando o outro como um todo, não apenas seus problemas de saúde isolados, mas considerar todas as alterações experimentadas e relacionar com os demais aspectos incluindo os biopsicossociais.

Torna-se válido ressaltar um aspecto importante da avaliação da QV que é sua abordagem baseada nas vivências particulares do indivíduo, onde esses são vistos e motivados pelas suas necessidades, pois a QV reflete o nível de bem estar e satisfação, e quando o indivíduo é acometido por uma doença crônica como a obesidade sua QV pode estar afetada de diversas formas.

Estudos como este, produzem conhecimento científico e permitem conhecer grupo específico de pessoas em sua individualidade e totalidade (relevância científica), o que possibilita transformações em todas as esferas da assistência, visando o bem estar, mudança de estilo de vida e melhora da QV. A melhora da qualidade de vida de uma pessoa obesa gera aumento da sua expectativa de vida, evolução da sua produção profissional (relevância econômica), minimiza as dificuldades no desenvolvimento de suas atividades diárias, e também melhora sua relação com ambiente social (relevância social).

Sabe-se que pessoas obesas experimentam efeitos psicológicos negativos como auto-estima baixa, preconceito e discriminação. O ambiente que o rodeia também não se apresenta acessível para sua vivência gerando dificuldades para sua locomoção e execução de suas atividades no trabalho. Diante deste cenário, questiona-se:



- Quais as características sócio-demográficas e antropométricas, comorbidades e fatores de risco associados à obesidade da população em estudo?
- Qual o significado de qualidade de vida para pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica?
- De que forma a qualidade de vida em pessoas com obesidade mórbida encontra-se afetada?

A relevância desta pesquisa também está na possibilidade de compreensão do processo de adoecimento da pessoa obesa, entendendo as repercussões físicas e emocionais na busca de sua recuperação. A partir disso, profissionais da saúde, assim como pacientes terão a possibilidade de reconhecer aspectos importantes que possam estar causando sofrimento. Poderá ser utilizado como ferramenta durante o processo de recuperação da saúde, contribuindo para a identificação de fatores estressores presentes em pacientes que se submeterão à cirurgia bariátrica.

Ressalta-se a escassez de estudos relacionados à obesidade na região amazônica, bem como no Estado do Amapá, onde somente há pouco tempo, iniciaram-se pesquisas envolvendo pessoas com obesidade grave. O conhecimento produzido ao final deste permite aos profissionais realizar adequação do cuidado, reorientação das intervenções, reorganização do funcionamento das equipes em todos os níveis de atenção, e assistir essas pessoas de forma específica, integral e humanizada, além de contribuir na compreensão da qualidade de vida dentro do contexto da obesidade.

## **2 OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 GERAL**

- Analisar a percepção de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica a respeito de sua qualidade de vida.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar as características sócio-demográficas, antropométricas, comorbidades e fatores de risco associados à obesidade da população em estudo;
- Descrever o significado de qualidade de vida para pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica;
- Identificar de que maneira a qualidade de vida encontra-se afetada em pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONTEXTUALIZANDO A OBESIDADE

A obesidade é uma doença considerada como epidemia mundial, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna, definida como “doença crônica caracterizada por grave acúmulo de tecido gorduroso com resposta refratária ao tratamento dietético” (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007, p. 1). O portador de obesidade tem risco aumentado para outras doenças desenvolver como diabetes melito, dislipidemia, doença cardio e cerebrovascular, alterações de coagulação, doenças articulares degenerativas, esteatose hepática e apnéia do sono (MANCINI, 2006).

Halpern (2006) acrescenta que o excesso de tecido adiposo no organismo se dá devido ingestão calórica que sobrepassa o gasto calórico, logo, a fisiopatologia dessa doença envolve dois fatores: ingestão e queima calórica. No entanto, também há influência dos fatores genéticos e ambientais que variam de indivíduo para indivíduo.

A etiologia da obesidade também pode estar associada à síndromes genéticas, envolvendo retardo mental e hipogonadismo; e à causas endócrinas como hipotireoidismo, hiperinsulinização no tratamento de diabetes mellitus e alterações hipotálamo-hipofisárias. No entanto, estas formas de obesidade genética ou de causa orgânica representam uma minoria em relação ao total de obesos. Outras causas ainda incluem o ganho de peso induzido por medicamento, cessação do tabagismo, fatores psicológicos, étnicos e sociais (MANCINI, 2006).

De acordo com Halpern (2006) a obesidade é multifatorial, de origem genética e metabólica, agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo. O crescente aumento da obesidade está relacionado ao aumento da ingestão de alimentos gordurosos, doces e álcool. Além disso, o hábito alimentar compulsivo com causas psíquicas também é um fator a ser considerado na origem da obesidade.

Neste aspecto, o aumento da prevalência da obesidade tem sido associado à mudanças nos padrões de consumo alimentar. O nível de escolaridade e a renda são variáveis que podem interferir na forma como a população escolhe seus

alimentos, na adoção de comportamentos saudáveis e no acesso às informações sobre cuidados para a saúde (ANJOS, 2006).

Outro fator que a ser considerado na análise do aumento dos índices de sobrepeso e obesidade é o processo de globalização e urbanização que vem provocando mudanças no estilo de vida da população mundial. Estas mudanças podem ser relacionadas com o capitalismo e a industrialização intensificados a partir da Segunda Guerra mundial o que refletiu na diversificação da produção e do consumo de produtos. Acompanhando todo esse processo, também houve a migração dos moradores das áreas rurais para as urbanas, o que ainda pode ser observado atualmente (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

A urbanização provoca mudanças nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações. O tipo de alimento consumido na zona rural é diferente daquele consumido na cidade, pois está relacionado ao nível socioeconômico. Estudos demonstram que a população urbana de baixa renda apresenta uma ingestão calórica inferior, se comparados à população rural, apesar de a primeira consumir proporcionalmente mais proteína e gordura animal do que a segunda. A população urbana consome maior quantidade de alimentos industrializados, em relação à população rural, onde a ingestão de cereais, raízes e tubérculos é mais elevada (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Os mesmos autores ainda afirmam que a alimentação, a redução da atividade física e outros aspectos vinculados à vida urbana têm contribuído para mudanças no perfil epidemiológico de diversos países, com aumento da prevalência da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares, câncer e diabetes, identificadas também como problema de saúde pública.

### **3.1.1 Epidemiologia e Classificação da Obesidade**

A obesidade é avaliada como problema médico e social de dimensões endêmicas, sua incidência e prevalência vêm aumentando anualmente no Brasil e no mundo. É a segunda principal causa de morte evitável e leva a 300 mil mortes por ano nos Estados Unidos, reduzindo a expectativa de vida (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007).

De acordo com dados da World Health Organization (WHO) 1,6 bilhão de pessoas acima de 15 anos foram classificadas em sobrepeso e 400 milhões estavam obesas em 2005. As projeções para 2015 são de aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e mais de 700 milhões de obesos, mundialmente (ANEP, 2008).

A nova análise da Internacional Association for the Study of Obesity (IASO) estima que aproximadamente 1,0 bilhão de adultos estão com sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>), e mais de 475 milhões são obesos. O número de adultos considerados obesos no mundo é mais de 600 milhões (IASO, 2010).

Nos Estados Unidos, 34% da população é formada por obesos e 68% com sobrepeso e obesos. Em números, aproximadamente 134 milhões de norte-americanos apresentam sobrepeso, 64 milhões são obesos e 15 milhões são obesos mórbidos (STURM, 2007).

No Brasil, têm sido realizados estudos (inquéritos antropométricos) nacionais ou regionais, com determinados intervalos de tempo que permitem o acompanhamento da situação nutricional da população. Os dados revelam redução expressiva na prevalência de desnutrição em crianças e um aumento importante de sobrepeso e da obesidade. Nos países que apresentam esse quadro, pode-se afirmar que atravessam um período de transição epidemiológica e nutricional, ocorrendo também transformações de altas prevalências de doenças transmissíveis para as de doenças crônicas não transmissíveis (ANJOS, 2006).

A SBCBM realizou pesquisa por amostragem com 4.223 indivíduos nas cinco regiões brasileiras em 2007 estima que 51% das mulheres e 50% dos homens apresentam sobrepeso, enquanto 14% das mulheres e 11% dos homens são obesos. Os obesos mórbidos representam 4% das mulheres e 2% dos homens brasileiros. O Brasil tem aproximadamente 65 milhões de indivíduos com sobrepeso, 14 milhões de obesos e 4 milhões de obesos mórbidos Segundo o Relatório da OMS, as doenças associadas à obesidade, são responsáveis por aproximadamente 60% da mortalidade mundial e 47% da carga de doença, números previstos para aumentar para 73% e 60%, respectivamente até 2020 (WHO, 2012).

Mesmo com a realização de estudos epidemiológicos periódicos, vale ressaltar a dificuldade de obtenção de dados mais recentes de prevalência de obesidade no Brasil, pois as pesquisas são relacionadas à despesa familiar (Estudo Nacional de despesa Familiar), saúde e nutrição (Pesquisa Nacional sobre Saúde e

Nutrição), orçamento familiar (Pesquisa de Orçamentos Familiares), inquéritos telefônicos (VIGITEL). A realização de estudos epidemiológicos são essenciais para conhecer a incidência e prevalência de doenças como a obesidade que é fator de risco de diversas outras doenças crônicas.

Para a identificação da obesidade, é utilizado o valor do índice de massa corpórea (IMC), calculado pela divisão do peso em quilogramas (Kg) pela altura em metros ao quadrado ( $m^2$ ), essa identificação é feita na prática clínica e em estudos (ANJOS, 2006).

Segundo a OMS, para a classificação da obesidade é considerado o cálculo do IMC, para adultos em ambos os sexos, sendo dividida em três níveis (obesidade grau I, II e III). Essa classificação também é conhecida como Índice de Quetelet, aceita mundialmente, e é expressa pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (MANCINI, 2006). A classificação da obesidade com base no IMC, passou a ser adotado pelo Instituto Nacional de Saúde desde 1998 e também representa um importante instrumento para a estimativa do prognóstico do paciente obeso (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007).

Observa-se, no quadro a seguir, a classificação da obesidade conforme o IMC:

QUADRO 1: Classificação da obesidade segundo a WHO, conforme o IMC

<b>Classificação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
Normal	20-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidade Leve ou Grau I	30-34,9
Obesidade Moderada ou Grau II	35-39,9
Obesidade Grave ou Grau III	>40

FONTE: Fonte: Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997)

No entanto, a classificação aceita pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e pela Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade divide a obesidade em seis níveis: obesidade pequena (27 a 30 Kg/m<sup>2</sup>), obesidade moderada (30 a 35 Kg/m<sup>2</sup>), obesidade grave (35 a 40 Kg/m<sup>2</sup>), obesidade mórbida (40 a 50 Kg/m<sup>2</sup>), superobesidade (50 a 60 Kg/m<sup>2</sup>) e super-superobesidade (maior de 60 Kg/m<sup>2</sup>) (PUGLIA, 2004).

Conforme Coutinho e Benchimole (2006, p.13) “á medida que ocorre um aumento do IMC, aumenta o risco de cormobidez como: hipertensão, diabetes, dislipidemia, apnéia do sono, doenças cardiovasculares, artropatias, colecistopatias, câncer, entre outras”. Logo, o diagnóstico de uma pessoa obesa é clínico e deve ser

baseado no aspecto geral e no excesso de tecido adiposo (COUTINHO; BENCHIMOLE, 2006).

Para o diagnóstico da obesidade também podem ser estabelecidos basicamente dois tipos: um diagnóstico quantitativo, referente à massa corpórea, e um diagnóstico qualitativo referente à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral (perímetro abdominal, relação cintura-quadril) (MANCINI, 2006).

No Brasil, se utiliza a circunferência abdominal para o indicador antropométrico de obesidade central, cuja medida é aferida no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca Antero-superior, conforme recomendação da OMS (2000). Apenas no caso de indivíduos obesos, na impossibilidade de identificar a cintura natural, essa aferição deve ser feita no nível da cicatriz umbilical, de acordo com Van Der Kooy e Seidell (1993). A WHO (1998) preconiza a circunferência da cintura a partir de 94cm para homens e 80cm para mulheres, como medida de risco metabólico aumentado e risco muito elevado para para mulheres a medida a partir de 88 cm e para homens a partir de 102 cm.

Diante do exposto, é essencial a identificação do IMC e da circunferência abdominal para o conhecimento dos riscos de co-morbidades mais frequentemente associadas à obesidade. A identificação dessas medidas permite diagnóstico precoce por meio de avaliação precisa dos riscos e planejamento de intervenções adequadas.

### **3.1.2 Tratamento e Políticas de Controle da Obesidade**

A finalidade do tratamento do paciente com elevados índices de massa corpórea é “alcançar níveis plasmáticos de glicose adequados, triglicerídeos, colesterol total e subfrações, ácido úrico, equilibrar a pressão arterial, assim como melhorar problemas osteoarticulares e psicológicos” (Cabral, 2006, p. 35).

É importante enfatizar os antecedentes pessoais, familiares e socioculturais do paciente e identificar o momento do início de ganho de peso e seu curso clínico, fatores desencadeantes, hábitos nutricionais, atividade física, estilo de vida e aspectos psicológicos. Além disso, a investigação de tratamentos anteriores e seus resultados, sintomas sugestivos de doenças endócrinas, uso de medicamentos para perda de peso e presença de fatores de risco associados e seus tratamentos são

extremamente úteis no planejamento do tratamento. (NONINO-BORGES; M. BORGES; SANTOS, 2006).

No que se refere ao tratamento clínico não medicamentoso, os mesmos autores afirmam que este deve incluir prática de atividade física formal, aumento da atividade física informal e mudanças de hábito alimentar como realizar refeições sem pressa e em ambientes tranquilos, evitar associar emoções com ingestão alimentar, mastigar bem os alimentos, além da correção dos erros alimentares (tratamento dietético).

A atividade física regular apresenta vários benefícios no tratamento da obesidade como aumento do gasto energético, estímulo da resposta termogênica que aumenta a taxa metabólica em repouso e termogênese induzida pela dieta, aumento da capacidade de mobilização e oxidação da gordura, melhora da disposição, dos níveis pressóricos e do condicionamento cardiovascular, aumento da capacidade vital e contribui para a redução do ganho de peso (CABRAL, 2006).

Em relação ao tratamento medicamentoso da obesidade, este visa auxiliar o processo de mudança de estilo de vida e facilitar a adaptação às mudanças dietéticas. Os medicamentos utilizados no processo de perda de peso podem agir de três formas: diminuindo a fome ou modificando a saciedade, reduzindo a digestão e a absorção de nutrientes e os que agem aumentando o gasto energético, sendo que estes últimos não são aprovados no Brasil (WHO, 1998, apud NONINO-BORGES; M. BORGES; SANTOS, 2006).

A redução do peso através da dieta, exercício ou tratamento medicamentoso desencadeia alterações compensatórias no apetite e gasto energético, tornando a manutenção da perda de peso pouco provável no grande obeso (CABRAL, 2006).

No entanto, para os pacientes que apresentam obesidade mórbida essa abordagem pode ser ineficaz, sendo a cirurgia bariátrica uma importante opção de tratamento de suas formas mais graves. Os resultados metabólicos por longos prazos em relação às diversas comorbidades, principalmente sobre o controle do diabetes tipo 2 que supera qualquer tratamento clínico (DINIZ; MACIENTE, 2012).

Com base no reconhecimento de que 60% das mortes no mundo são causadas por doenças crônicas não transmissíveis e de que 66% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, devido o quadro de transição demográfica e de modificações no estilo de vida, a OMS desenvolveu a Estratégia Global sobre



Dieta, Atividade Física e Saúde que inclui ações que promovam estilo de vida com alimentação saudável, prática de atividade física capazes de manter o balanço energético da população (ANJOS, 2006).

Neste sentido, o MS criou Guias de Alimentação Saudável para a população adulta e para crianças, além disso, os programas e ações de para o controle e prevenção da obesidade também são focados em recomendações para prática de atividades físicas, tanto no Brasil quanto em nível internacional. Dentro desse contexto a prevenção e o controle da obesidade se apresentam como um grande desafio (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

Com o objetivo de subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, incluindo a Estratégia de Saúde da Família, na atenção ao paciente obeso o MS também elaborou o Caderno de Atenção Básica Nº12, com ênfase no manejo alimentar e nutricional. Destaca-se nesta publicação a abordagem integral e humanizada do paciente com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis, bem como incluir nas rotinas dos serviços de saúde da atenção básica a abordagem nutricional como uma prática efetiva e cotidiana (BRASIL, 2006).

Considerando os casos de portadores de obesidade que não respondem aos tratamentos habituais e o aumento da morbimortalidade foi intitulada a Portaria GM/MS nº 628, de 26 de abril de 2001 que aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida, criando mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade mórbida à realização do procedimento cirúrgico para tratamento, quando tecnicamente indicado (BRASIL, 2001).

No entanto, desde de 1999, o MS reconheceu a necessidade do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida incluiu a gastroplastia entre os procedimentos coberto pelo Sistema Único de Saúde, após consultas à Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

Tendo em vista a necessidade de regulamentar a atenção aos pacientes com indicação de cirurgia bariátrica foi instituída a portaria Nº 390 de 06 de julho de 2005, estabelecendo diretrizes para a atenção ao paciente portador de obesidade, definindo as unidades de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, bem como determinando os papéis destas na atenção à saúde, e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas

funções; auxiliando também o gestor no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave (BRASIL, 2005).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) vêm realizando ações para alertar sobre o crescimento da obesidade e das doenças crônicas relacionadas, sugerindo às autoridades a necessidade de dispensar uma maior quantidade de recursos econômicos para prevenção, diagnósticos e tratamento dessa doença (BERTI; CATAVATTO, 2012).

Diante do exposto, pode-se afirmar que as políticas de atenção ao portador de obesidade são recentes e tem alcançado grandes avanços em todos os níveis de atenção permitindo o acesso da população ao tratamento. Vale ressaltar que a terapêutica em questão deve objetivar a melhoria do estado de saúde e conceber o indivíduo como um todo.

### 3.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

Atualmente, a cirurgia bariátrica é considerada a única opção terapêutica viável para a perda de peso em indivíduos com IMC acima de 35 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidades e para aqueles com IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup>, portadores ou não de comorbidades. O termo cirurgia bariátrica foi utilizado, por muito tempo, para designar as técnicas cirúrgicas realizadas afim de reduzir o peso corporal. Entretanto, após fortes evidências de que, além da redução do peso, algumas dessas técnicas levam à modificações metabólicas, incluindo a remissão do diabetes mellitus tipo 2 e redução de níveis pressóricos, atualmente, utiliza-se o termo cirurgia bariátrica e metabólica (DINIZ; MACIENTE, 2012).

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50, e as técnicas foram sendo aperfeiçoadas com o passar do tempo. Por isso, várias técnicas cirúrgicas foram propostas e experimentadas, com base em diferentes conceitos fisiopatológicos (LEITE; RODRIGUES, 2006). Os três tipos de básicos de técnicas de cirurgia da obesidade: as restritivas, as disabsortivas e as mistas.

Nas cirurgias restritivas, o emagrecimento ocorre através da redução da quantidade de alimentos ingeridos, devido à construção, no estômago, de um pequeno reservatório de aproximadamente 30 ml que se comunica com o restante do órgão impedindo que se comam grandes volumes de alimento (SCHIAVON, 2003).

Já nas cirurgias disabsortivas, é utilizada uma técnica onde a absorção de nutrientes pelo intestino é dificultada para promover o emagrecimento. Essa redução da absorção intestinal é feita por retirada do duodeno e do jejuno e por diminuição do volume do estômago (SOARES; FALCÃO, 2007).

E no que diz respeito às técnicas mistas, segundo a SBCBM, essas associam a restrição à ingestão do bolo alimentar com disabsorção, ou seja, produzem um desvio intestinal menor. Entre essas técnicas, que, segundo Marchesini (2007), são atualmente as mais utilizadas, estão o by-pass gástrico com anel ou a cirurgia de Fobi-Capella, o bypass gástrico sem banda e a gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux, considerada como o padrão ouro em cirurgia bariátrica, devido a sua eficácia e baixa morbimortalidade.

A gastrectomia vertical foi realizada, inicialmente, para melhorar as condições clínicas de pacientes de alto risco até que pudessem se submeter a uma cirurgia mais definitiva. Atualmente, essa técnica tem sido proposta como tratamento único e pode ser realizada por laparoscopia. O procedimento consiste em uma gastrectomia vertical, na qual se excluem a região fúndica e cerca de 80% do corpo gástrico (DINIZ; MACIENTE, 2012).

Segundo os mesmos autores, no Brasil, a cirurgia bariátrica teve início na década de 1970 e atualmente ocupa o segundo lugar em número de procedimentos bariátricos em todo o mundo.

No Estado do Amapá a cirurgia bariátrica vem sendo realizada desde o ano de 2005. Atualmente a cirurgia é efetuada apenas de por meio de convênios de saúde e particular. A realização do procedimento pelo Sistema Único de Saúde encontra-se suspensa desde o ano de 2009 devido à carência de materiais e equipamentos necessários.

### **3.2.1 Indicação da Cirurgia Bariátrica**

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50 e as técnicas foram sendo aperfeiçoadas com o passar dos anos. Quanto melhores os resultados, maior sua divulgação e aceitação tanto no meio médico como entre os pacientes (NASSER; ELIAS, 2006).

Segundo os mesmos autores, frequentemente o cirurgião é procurado por pacientes com sobrepeso ou graus moderados de obesidade quando o

procedimento é contra-indicado. Desta forma, tornou-se necessária a elaboração de diretrizes para a indicação correta da cirurgia no tratamento da obesidade.

Nos Estados Unidos foram elaborados consensos sobre os critérios de aplicação do tratamento cirúrgico da obesidade referendados pela Federação Internacional para Cirurgia da Obesidade e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. Os parâmetros adotados incluem: grau de obesidade acentuado; resistência a tratamento clínico; presença de doenças associadas; risco cirúrgico aceitável; capacidade do paciente em compreender as implicações da cirurgia (NASSER; ELIAS, 2006).

A portaria SAS/MS Nº 390 de 06 de julho de 2005, apresenta pré-requisitos para a realização da cirurgia bariátrica como: a obesidade não ser decorrente de doença endócrina; faixa etária entre 18 e 60 anos; capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento cirúrgico bem como dispor de suporte familiar constante; compromisso com o seguimento posterior à cirurgia; ausência de distúrbios psíquicos graves, história recente de tentativa de suicídio, alcoolismo, dependência química e outras drogas; pacientes com esses antecedentes devem ser submetidos à cuidadosa avaliação psíquica e liberação por psiquiatra (BRASIL, 2005).

Alguns aspectos desta portaria foram redefinidos atualmente e foi instituída a portaria nº 424, de 19 de março de 2013, que estabelece as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, considerando que a obesidade é uma condição crônica, fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida.

A partir desta portaria, a idade mínima para a realização da cirurgia bariátrica foi alterada de 18 para 16 anos. Portanto, a avaliação clínica do jovem deve incluir a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

De acordo com Brasil (2013) a cirurgia bariátrica é indicada para:

- a) Indivíduos que apresentem IMC igual ou maior que 50 Kg/m<sup>2</sup>;
- b) Indivíduos que apresentem IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c) Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

### **3.2.2 A Rotina Pré-operatória em Cirurgia Bariátrica**

Diante da complexidade do procedimento e das comorbidades associadas à obesidade, a avaliação desses pacientes é de extrema importância e tem o objetivo de minimizar os riscos no pós-operatório. O preparo para o tratamento cirúrgico da obesidade deve incluir, essencialmente, avaliação clínica, exames pré-operatórios, exame físico e orientações ao paciente (VIEIRA, 2012).

De acordo com o mesmo autor, na avaliação do paciente obeso é essencial entender o contexto em que o indivíduo está inserido, assim como o processo pelo qual se iniciou o ganho de peso. Neste momento também devem ser investigados os tratamentos previamente realizados (medicamentoso, nutricional, atividade física) e ajuda de profissionais qualificados.

Matielli e colaboradores (2006) afirmam que a investigação da história e dos antecedentes clínicos são mais precisos quando os pacientes são bem esclarecidos sobre a cirurgia: como é realizada, os riscos envolvidos e de como será o pós-operatório imediato. Também devem ser avaliados os hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, uso de substâncias químicas, uso de medicamentos e problemas de saúde pré-existentes.

O preparo do paciente para cirurgia bariátrica é estabelecido no anexo V da portaria SAS/MS Nº 390 de 06 de julho de 2005 e é dividido em três fases conforme a seguir:

- Fase Inicial

a) Avaliação pelo cirurgião bariátrico – o paciente deve ser entrevistado pelo cirurgião sobre sua história clínica. Nessa anamnese, devem ser levantados dados como tempo de obesidade, tratamentos clínicos realizados previamente e resultados obtidos, hábitos alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo, dependências químicas, além da existência de comorbidades orgânicas e psicológicas. O exame físico, também realizado nesta fase, permite quantificar o grau de obesidade e suas conseqüências orgânicas. As orientações sobre o tratamento cirúrgico, os aspectos envolvidos no processo, bem como possíveis complicações operatórias e pós-operatórias e medidas que devem ser adotadas para evitá-las também são fornecidas neste momento.

b) Avaliação por endocrinologista – essa avaliação deve ser realizada a fim de propiciar tratamento e o acompanhamento adequados.

c) Avaliação e preparo psicológico - nessa fase, transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser abordados, orientados e tratados, quando presentes.

- Fase Secundária

a) Avaliação cardiológica – com realização de eletrocardiograma e, quando indicado, o ecocardiograma.

b) Avaliação respiratória – a radiografia de tórax e as provas de funções respiratórias devem ser realizadas e contribuem para o diagnóstico e orientação do quadro respiratório. Nos pacientes portadores de apnéia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório. Os pacientes fumantes exigem especial atenção, pois o fumo deve ser abolido, pelo menos, dois meses antes do procedimento cirúrgico.

c) Avaliação endoscópica – a endoscopia digestiva alta é indispensável para o diagnóstico de doenças esôfago-gastro-duodenais e pesquisa do *Helicobacter pylori*. Quando encontrada, essa bactéria deve ser tratada e erradicada no pré-operatório.

d) Avaliação ultra-sonográfica – a ultra-sonografia abdominal é indicada para diagnosticar colelitíase e esteatose hepática, presentes num percentual elevado de pacientes obesos. Nas mulheres, o exame favorece ainda a investigação de órgãos pélvicos.

e) Avaliação odontológica – devem ser feitas correções ortodônticas antes da operação, e é provável que usuários de próteses precisem ajustá-las após a cirurgia.

f) Avaliação de risco cirúrgico - de posse de todos os exames e avaliações anteriores, o paciente deve ser submetido a uma avaliação clínica para emissão do risco cirúrgico.

g) Nessa fase secundária, o monitoramento nutricional é importante já que hábitos alimentares incorretos são cada vez mais freqüentes. Caberá ao nutricionista desenvolver um programa de reeducação alimentar que possibilite perda de peso no pré-operatório.

h) Também nessa etapa, os candidatos ao tratamento cirúrgico são obrigados a freqüentar as reuniões do grupo de suporte psicológico, realizadas mensalmente.

i) Em algumas situações especiais, pacientes obesos mórbidos que tenham comorbidades orgânicas graves, incluindo dificuldade séria de locomoção, podem precisar ser internados para facilitar a realização de todos os exames do preparo pré-operatório, além de medidas hospitalares para diminuição de peso antes da cirurgia.

j) Avaliação laboratorial – inclui exames como: hemograma, coagulograma, eletrólitos, lipidograma, glicose, hemoglobina glicosilada, uréia, creatinina, proteínas totais e frações, transferases (transaminases), fosfatase alcalina, gama GT, ácido úrico, T3, T4 e TSH, além de exame de urina e fezes. Outros exames podem ser necessários de acordo com a avaliação do paciente.

k) Outros exames – nos pacientes com doença venosa de membros inferiores grave ou antecedentes de tromboembolismo, um ecodoppler de membros inferiores e região pélvica deve ser solicitado.

- Fase Terciária

Após a realização de todos os exames pré-operatórios e estando o paciente liberado para a cirurgia, ele deve preencher de próprio punho e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual lhe são informados os aspectos éticos e legais do procedimento e também as possíveis complicações da cirurgia.

O objetivo do preparo pré-operatório é diminuir riscos e complicações do ato cirúrgico e otimizar a segurança e os resultados pós-operatórios. Para alcançar esse

resultado é fundamental o envolvimento de uma equipe multidisciplinar capacitada para este fim (REIS; CANÇADO JÚNIOR, 2012).

O trabalho multidisciplinar visa oferecer um tratamento apropriado e preparar o paciente para adotar as mudanças necessárias no seu estilo de vida para o sucesso da cirurgia, reduzir os riscos do procedimento operatório e prevenir ou tratar deficiências metabólicas ou nutricionais futuras (PEREIRA FARIA; LEITE FARIA, 2012).

Neste sentido, em 2003, a SBCBM abriu espaço para a criação da Comissão das Especialidades Associadas (COESAS) no V Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica. A partir daquele momento, 14 profissionais de outras especialidades poderiam se unir a sociedade e atuar no atendimento ao paciente no pré e pós-cirúrgico, promover troca de conhecimentos e atualização profissional, estabelecer protocolos, incentivar o estudo e a especialização e, assim, fortalecer a participação das especialidades associadas junto ao cirurgião bariátrico (FRANQUES, 2008).

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA

Definir qualidade de vida não é tarefa simples, pois sua definição é ampla e variável conforme cultura, tempo, ambiente e indivíduo. A QV tem sido bastante estudada e seu conceito bastante discutido. A princípio, foram cientistas filósofos, políticos e sociais que começaram a se interessar pelos conceitos de QV.

O termo qualidade de vida foi citado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar, onde discutiu o suporte do governo para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas, e sobre o orçamento do Estado (WOOD-DAUPHINEEA, 1999, apud KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Porém, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, quando o presidente dos Estados Unidos declarou que "... os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (FLECK et al., 1999).

Segundo Paschoal (2001), com o decorrer do tempo a expressão QV passou a ser associada à melhoria do padrão de vida e aquisição de bens materiais. O termo foi utilizado para medir como uma sociedade havia se desenvolvido



economicamente. Com o passar dos anos, o conceito se expandiu, denotando, além de crescimento econômico, desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer.

O pensamento de que QV envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno. A partir do início da década de 90, começou a se concretizar um consenso de dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade (considerando a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida) e multidimensionalidade cujo construto é composto por diferentes dimensões (WHOQOL, 1995).

O termo qualidade, por sua natureza abstrata, explica porque a expressão boa qualidade, tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em locais e situações diferentes. Por isto, são múltiplos os conceitos de qualidade de vida (PASCHOAL, 2001). Não há consenso sobre seu conceito, porém, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são geralmente aceitos pela maioria dos pesquisadores (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Neste aspecto, Seidl e Zannon (2004) defendem que apesar das dificuldades conceituais, a QV é interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual. Considera-se também que a avaliação da qualidade de vida pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural (PASCHOAL, 2001).

Ainda que não haja consenso sobre o conceito de qualidade de vida, um grupo de especialistas da OMS, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade (incluindo, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (FLECK, et al., 1999).

Tendo em vista a necessidade de esclarecer o conceito de qualidade de vida, a OMS definiu que é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, como (WHOQOL, 1995). A partir de então, essa definição passou a guiar as pesquisas sobre qualidade de vida.

Desde 1996, a OMS define saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”, no entanto, Fleck (2000) critica que somente nos últimos tempos é que os profissionais da saúde

passaram a compreender o processo saúde – doença além das manifestações das patologias, aspecto considerado na avaliação da qualidade de vida.

Contudo, um novo termo tem sido utilizado pelos pesquisadores dessa área: “qualidade de vida relacionada à saúde”, tradução da expressão inglesa Health-related Quality of Life, com aplicação variada, (PASCHOAL, 2001), sendo considerados aspectos relativos às patologias, às disfunções, às intervenções relacionadas à saúde, bem como o impacto destes aspectos na qualidade de vida.

### **3.3.1 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**

Saúde e QV são dois temas estreitamente relacionados, a saúde contribui para a melhora da qualidade de vida e esta, por sua vez, é essencial para a manutenção de um indivíduo saudável. Para estudos clínicos, é freqüentemente utilizado o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que faz referência qualidade de vida relacionada aos aspectos que envolvem determinado tratamento e doença (FERREIRA; SANTOS, 2009).

Há duas tendências quanto ao conceito do termo qualidade de vida na área de saúde: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde. No primeiro caso, QV apresenta uma acepção que abrange estudos sociológicos, sem fazer referência à disfunções ou agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem em vista a saúde e funcionamento normal do organismo, aceita como importante dentro do ambiente médico-hospitalar. Em 1989, Patrick e Deyo mostravam que a QVRS incluía cinco categorias da vida do indivíduo: duração da vida, nível funcional, percepções, oportunidades sociais e incapacidades, todas relacionadas à doença.

Alguns autores defendem enfoques mais específicos da qualidade de vida que podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas a um determinado agravo. Nesta avaliação, são ressaltados aspectos de qualidade de vida relacionada à saúde com abordagem específica dos sintomas e das disfunções, Outros autores afirmam que essa abordagem contribui pouco para uma visão abrangente dos aspectos não-médicos associada à qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

A QVRS foi definida por LIMA (2006, p.18) como:

“(...) valor atribuído, à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções”.

Os estudos sobre a avaliação da QV e do estado de saúde vêm aumentando nas últimas décadas. Da mesma forma, instrumentos de medida estão sendo desenvolvidos e utilizados, com o propósito de avaliar a QV, freqüentemente relacionada à saúde (BONOMI et al., 2000).

A avaliação da QVRS de indivíduos com condições crônicas, como a obesidade, é considerada como importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas. A partir da avaliação dos mecanismos que incidem de forma negativa na QVRS, é possível o planejamento de intervenções psicossociais que levem a um maior bem estar (NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2007).

### **3.3.2 Avaliação da Qualidade de Vida**

Alguns estudiosos enfatizam que a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário dos tempos antigos, quando QV era avaliada por um observador, geralmente um profissional de saúde. Neste aspecto, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva do indivíduo, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Os testes que pedem aos sujeitos para classificar a sua própria saúde são os que estão em consonância com o significado de saúde segundo uma percepção mais global (OGDEN, 2004).

Testa e Simonson (1996) defendem que as avaliações da QVRS medem modificações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar os custos e os benefícios de novos programas e intervenções. As expectativas com relação à saúde e a habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar a percepção de saúde e a satisfação do indivíduo com sua vida, podendo duas pessoas com o mesmo problema de saúde ter percepções de QV diferentes.

A Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental afirma que na última década houve a expansão do uso de instrumentos de avaliação de QV, sendo em, sua maioria, produzidos nos Estados Unidos, e com grande interesse em traduções para outros países. Trata-se de um tema ainda em discussão, visto que a

tradução de um instrumento de avaliação de uma cultura para outra pode apresentar variáveis relativas às diferenças culturais entre estes países (VASCONCELOS, 2006).

A partir da identificação da falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que se considera a transculturalidade, a OMS desenvolveu uma metodologia única para sua criação. Inicialmente foi desenvolvido o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), instrumento composto de cem questões. A necessidade de um instrumento mais curto para uso em grandes estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões, o WHOQOL-Bref (FLECK, 2000).

Alguns estudos que têm como objetivo a avaliação da QVRS tem utilizado como metodologia a aplicação de instrumentos específicos como Item Short Form Health Survey (SF-36), que é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população.

Este questionário foi traduzido, validado e adaptado culturalmente, no Brasil, por Ciconelli, 1997, sendo desenvolvido um protocolo para tradução e validação do SF-36 (CICONELLI, 1997). É bastante aplicado em estudos que envolvem portadores de doenças crônicas, bem como pessoas obesas. Avalia tanto aspectos negativos da saúde (doença) como os aspectos positivos (bem-estar) e apresenta um escore final de 0 (pior estado geral de saúde) a 100 (melhor estado de saúde), sendo analisada cada dimensão em separado (WARE, 1992).

Considerando as características peculiares que se desenvolvem em pessoas com determinados problemas de saúde de relevância epidemiológica, como portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS), a OMS desenvolveu módulos específicos (WHOQOL-HIV) para avaliar essa população, tendo em vista a necessidade de generalização e comparação com outros estudos (ZIPEL; FLECK, 2008). Encontra-se em fase de desenvolvimento e validação outro módulo WHOQOL, o WHOQOL-SRPB, para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (ROCHA et al., 2008).

E no que diz respeito à avaliação da QV de pessoas com obesidade foi desenvolvido por Engel et al. (2005) versão portuguesa do instrumento Impact of Weight on Quality of Life — Lite Questionnaire (IWQOL-Lite) com excelentes qualidades psicométricas. O IWQOL-Lite é um questionário específico de avaliação

da qualidade de vida para indivíduos com diagnóstico de obesidade. Constituído por 31 itens, avalia os efeitos que o peso tem em 5 áreas de funcionamento incluindo, funcionamento físico, auto-estima, vida sexual, estresse público e trabalho.

Considerando a importância de avaliar a perda de peso e os demais resultados do tratamento cirúrgico da obesidade, foi elaborado em 1997 um instrumento para avaliar a perda de peso, melhora da comorbidez e QV. O questionário denominado Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) é constituído de perguntas sobre auto-estima, disposição para atividade física, convivência social, disposição para o trabalho e atividade sexual. No instrumento também são consideradas as complicações e reoperações (GARRIDO, 2006).

A respeito da avaliação da QV, Vasconcelos (2006) defende que por meio da realização de estudos, é possível compreender a importância de se pesquisar a QV em indivíduos portadores de doença crônica, com comorbidades associadas ou não, pois permitem o entendimento dos vários aspectos envolvidos na questão que envolvem o processo saúde-doença, tanto para a implantação e/ou a implementação de políticas de saúde, quanto para a realização de trabalhos que visem à melhoria da QV de pessoas com doenças crônicas como a obesidade.

A mesma autora defende ainda que a obesidade é uma doença crônica que tem requerido maior atenção quanto aos cuidados e à prevenção que ajudem a controlá-la e/ou erradicá-la. A maneira como o indivíduo avalia a sua QV e vivencia a obesidade pode mostrar as possíveis estratégias de enfrentamento que poderá usar em momentos do seu tratamento.

### **3.3.3 Qualidade de Vida, Obesidade e Cirurgia Bariátrica**

A obesidade é uma importante causa de morbidade, incapacidade e morte prematura, aumenta o risco para o desenvolvimento de diversas de doenças crônicas. O elevado IMC aumenta cerca de 60% o risco de desenvolver diabetes tipo 2 em mais de 20% do que para a hipertensão e doença cardíaca coronária, e entre 10 e 30% para vários tipos de câncer. Outras co-morbidades incluem vesícula biliar doença, esteatose hepática, apnéia do sono e osteoartrite (WHO, 2004).

Neste sentido, o risco de morte para pessoas obesas (apartir de 35 anos) aumenta de 1,5 para 2,5, quando comparadas com pessoas de IMC normal. Quando

associada a outras afecções, compromete a QV e leva à mortalidade precoce. A obesidade contribui para o desenvolvimento de diversas patologias piorando a QV e acarretando gastos para o sistema de saúde (COUTO; ANDRADE; TOPÁZIO, 2007).

Na esfera psicossocial, depressão e baixa auto-estima são conseqüências da obesidade que podem afetar a qualidade da saúde mental, realização educacional e as perspectivas de emprego de um indivíduo. Fatores culturais e étnicos produzem um impacto social da obesidade, bem como a sua percepção. Em algumas partes do mundo - nomeadamente as ilhas do Pacífico e partes da África - a obesidade pode ainda carregar conotações históricas e culturais de beleza, poder e riqueza (IASO, 2011).

Em estudo realizado na Suécia, os obesos apresentavam um estado de saúde debilitado e uma diminuição do bom humor, sendo estas perturbações mais graves nas mulheres do que nos homens; a ansiedade e/ou a depressão e a morbidade psiquiátrica tinham maior grau de incidência nos obesos, sendo as mulheres as mais afetadas (SILVA et al., 2006). Já na população de obesos que procura tratamento, há um aumento de prevalência de sintomas psicológicos, como sintomas depressivos, ansiosos e alimentares (BRAY, 1992; WADDEN; STUNKARD, 1993, apud SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002).

A obesidade é também considerada uma doença crônica, e como qualquer doença crônica, embora seja passível de controle, as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas. A partir do diagnóstico de uma doença crônica o indivíduo passa a ter novas responsabilidades como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança (MARTINS, FRANÇA, KIMURA, 1996).

A pessoa obesa pode experimentar vivências, sentimentos, sensações e pensamentos que podem contribuir para o desenvolvimento de piora ou melhora na sua QV. Contudo, como essas pessoas percebem sua doença e enfrentam as situações relacionadas a mesma, pode fazer diferença na avaliação geral de sua QV. Desta forma, a QV pode estar relacionada ao estilo de enfrentamento de cada indivíduo.

A obesidade é uma doença crônica que tem requerido maior atenção quanto aos cuidados e à prevenção que ajudem a controlá-la e/ou erradicá-la como doença.

A maneira como o indivíduo com obesidade avalia sua obesidade e seu modo de vivenciá-la pode mostrar as possíveis estratégias de enfrentamento que poderá usar em momentos pré e pós-cirúrgico, caso necessite e deseje submeter-se à cirurgia bariátrica e, assim, desenvolver estratégias que o auxiliem na melhoria de sua QV no momento pós-cirúrgico (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2006).

A grande maioria dos indivíduos que procura a cirurgia bariátrica como tratamento acredita que esta cirurgia seja sua única e última opção de tratamento. A expectativa gerada pela cirurgia motiva a pessoa positivamente acreditando que o procedimento poderá melhorar sua QV. Caso o indivíduo procure tratar-se com uma equipe multiprofissional que o acompanhará em todo o processo pré e pós-cirúrgico, sua expectativa pode vir a ser realizada na possibilidade de (re) viver com uma imagem corporal que melhore a sua percepção de qualidade de vida (VASCONCELOS, 2006).

Os mesmos autores, após realização de estudo, afirmam que o impacto positivo da cirurgia bariátrica sobre a percepção de QV em pessoas com obesidade e recomendam o seguimento de pacientes no pós-operatório e a inclusão da avaliação da QV como rotina no pré-operatório de cirurgia bariátrica.

Em pesquisa com 70 pacientes pós-operados observou-se que as doenças associadas à obesidade são significativamente melhoradas com a cirurgia bariátrica, mostrando ainda que a perda de peso está diretamente relacionada à melhora das condições clínicas. Não houve paciente cuja condição tenha sido agravada ou que tenha permanecido inalterada, ou seja, em todos os participantes sua condição clínica foi melhorada ou resolvida (MARQUEZ, 2005).

Quanto à análise da qualidade de vida em relação à auto-estima, pesquisas mostraram que quase a totalidade dos pacientes sentia-se muito melhor após a realização da cirurgia bariátrica (WADDEN, 2001). Outro estudo destaca ainda que a cirurgia devolve ao indivíduo a condição de vida normal ou próximo dela, melhora a auto-estima, fazendo com que se sintam capazes para o trabalho, para os relacionamentos, para o olhar não discriminador, para a possibilidade de se expor e de usufruir da vida (MARCHESINI, 2001).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa já que se buscou conhecer, compreender e analisar alguns aspectos que permeiam a vivência de um grupo de pessoas específico.

Destaca-se a importância da compreensão e análise das experiências que permeiam a qualidade de vida da população em foco, tendo em vista os aspectos biopsicossociais que se encontram afetados pela obesidade grave.

### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram pessoas com obesidade que se encontravam no pré-operatório de cirurgia bariátrica. A princípio, não foi delimitado o número da amostra de participantes, tendo em vista que o número de pessoas em pré-operatório ser variável a cada mês. Havia, no período da pesquisa, aproximadamente vinte pessoas em pré-operatório, com a data da cirurgia bariátrica agendada.

Além disso, optou-se por aplicar o método da amostra por saturação dos dados, também chamado de fechamento amostral por saturação.

Diante do exposto, foram entrevistados 15 participantes ao final do estudo. Para garantir a preservação da identidade de cada um e o sigilo das informações coletadas, utilizaram-se siglas para identificação e discussão dos resultados, tais como, P1 para o primeiro participante, P2 para o segundo participante, e assim sucessivamente.

Para que fossem alcançados os objetivos da pesquisa foram estabelecidos alguns pré-requisitos e critérios de inclusão, conforme descritos a seguir:

- a) Ser portador de obesidade mórbida, considerando-se a classificação estabelecida pela OMS;
- b) ter indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade, após avaliação por um médico cirurgião bariátrico;
- c) está com idade entre 18 e 60 anos;



- d) ter iniciado o pré-operatório da cirurgia bariátrica;
- e) aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desta forma, foram excluídos da pesquisa os seguintes participantes:

- a) Pessoas que não se encontravam no período pré-operatório de cirurgia bariátrica;
- b) pessoas que já haviam realizado a cirurgia bariátrica;
- c) pessoas que não tinham idade entre 18 e 60 anos;
- d) pessoas que não aceitaram participar da pesquisa;
- e) pessoas que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Houve apenas um participante que não aceitou participar da pesquisa.

#### 4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento elaborado pela própria pesquisadora que inclui um questionário e um roteiro de entrevista semi-estruturada.

Para alcançar os objetivos da pesquisa foi elaborado um questionário (parte inicial do apêndice A) que faz referência às características sócio-demográficas (idade, sexo, raça, escolaridade, profissão, situação profissional, renda familiar, moradia, estado civil, naturalidade e religião); antropométricas (peso, altura, IMC e perímetro abdominal); comorbidades (presença de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, trombose venosa, doenças articulares, distúrbios do sono, problemas psiquiátrico-emocionais, distúrbios endócrinos); e fatores de risco associados à obesidade (sedentarismo, tabagismo, álcool ou outros).

Também foi elaborado um roteiro de entrevista contendo perguntas abertas (parte final do apêndice A) com questões a respeito da percepção dos participantes da pesquisa sobre sua qualidade de vida.

Os questionamentos referentes à percepção dos participantes em sobre sua qualidade de vida foram elaborados com base nos domínios do instrumento IWQOL-Lite, já mencionado anteriormente. Foi investigado a respeito da saúde física, auto-estima, vida sexual, estresse público e trabalho. Também foi questionado a respeito do desejo de modificação de algum aspecto na qualidade de vida.

#### 4.4 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

O contato inicial com os possíveis participantes da pesquisa foi realizado nas reuniões pré-operatórias da cirurgia bariátrica que ocorrem mensalmente no Hospital Escola São Camilo e São Luís, realizada pelo cirurgião bariátrico, com a participação de outros profissionais da equipe. A participação dos pacientes em pelo menos uma reunião é um requisito do pré-operatório de cirurgia da obesidade estabelecido pelo cirurgião que atualmente realiza o procedimento no Estado do Amapá. O principal é informar o paciente e familiares a respeito de todos os aspectos referentes ao procedimento como riscos de complicações e seguimento no pós-operatório.

Neste primeiro contato, foi entregue uma ficha para o preenchimento de dados de identificação pelo próprio participante na reunião. Essas informações consistiam em nome, idade, endereço, telefone, peso, altura, realização da cirurgia bariátrica, realização de pré-operatório ou não.

Em seguida, após análise desses e seleção dos pacientes que se encontravam em pré-operatório e atendiam os requisitos para a pesquisa, foi realizado contato telefônico. Neste momento, era feita a apresentação da pesquisadora e da proposta de estudo (suscintamente). Em seguida, fazia-se o agendamento de uma visita, para esclarecer os objetivos do estudo e realizar o convite para participação na pesquisa. As visitas foram realizadas na residência ou no local de trabalho dos participantes, conforme a disponibilidade de tempo e espaço de cada um.

Ressalta-se que a maioria das entrevistas foi realizada no domicílio e em local privado, tendo em vista as particularidades dos conteúdos nas falas. A opção por realizar a entrevista no domicílio teve o objetivo de tornar a coleta de dados mais simples e de fácil acesso para os participantes.

Após explanação dos objetivos da pesquisa e procedimento de coleta de dados, era entregue um convite ao proposto participante da pesquisa (apêndice B) para o esclarecimento de qualquer dúvida remanescente. Após aceitar participar do estudo, era solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) (apêndice C), bem como a permissão para gravação da entrevista. Antes do preenchimento do questionário era informado também sobre a

manutenção do sigilo e anonimato das informações, atendendo os preceitos éticos exigidos para pesquisa com seres humanos.

O tempo de duração das entrevistas era de aproximadamente quarenta minutos, com variações mínimas de acordo com os entrevistados, que davam mais ou menos detalhes sobre as questões do roteiro da entrevista, mesmo sendo essas, basicamente, as mesmas para cada um.

Para melhor obtenção dos resultados, a coleta de dados, propriamente dita, foi dividida em duas etapas:

1ª Etapa: preenchimento, pelo participante, das questões referentes às características sócio-demográficas, antropométricas e comorbidades associadas à obesidade (apêndice A). Alguns questionários foram preenchidos pela própria pesquisadora, por preferência de alguns participantes, após leitura do instrumento em voz alta. As medidas antropométricas também foram mensuradas pela pesquisadora, nesta mesma etapa, com a utilização de fita métrica e balança.

2ª Etapa: foram feitos os questionamentos utilizando o roteiro para entrevista (apêndice A). Nesta fase, foi utilizado um aparelho eletrônico MP4 para a gravação das entrevistas na íntegra. Os arquivos de áudio ficaram arquivadas por um período de dez anos.

É válido mencionar que ao realizar as entrevistas, houve preocupação em deixar os participantes à vontade para responder aos questionamentos e esclarecer qualquer dúvida a respeito dos mesmos. No entanto, não houve dificuldade ou limitação no entendimento dos entrevistado.

#### 4.5 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

O local da pesquisa foi, em grande parte, o domicílio dos participantes. Apenas três optaram por realizar a entrevista em seu local de trabalho.

A coleta de dados (realização das entrevistas) ocorreu no período de 12 de março à 28 de junho de 2013. Esta etapa foi precedida da seleção dos participantes, pela própria pesquisadora, nas reuniões pré-operatórias mensais de Cirurgia Bariátrica no Hospital São Camilo e São Luiz, no período de novembro de 2012 à maio de 2013.

## 4.6 TRATAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio-demográficos, medidas antropométricas, hábitos e comorbidades associadas à obesidade foram organizadas e analisadas de forma descritiva. Enquanto os questionamentos da entrevista foram tratados com a análise de conteúdo na busca da interpretação dos mesmos.

Os dados sócio-demográficos, medidas antropométricas, hábitos e comorbidades associadas à obesidade foram apresentados em tabelas para melhor visualização e compreensão das informações. Foi utilizado o método descritivo e porcentagem simples para apresentar a frequência da ocorrência dos fatores e variáveis pesquisados.

O modelo de estudo escolhido para analisar as informações extraídas das entrevistas gravadas foi a Análise de Conteúdo, técnica de análise que busca compreender o homem; interpretar os significados dos fenômenos apresentados ao pesquisador; esclarecer o sentido dos fenômenos; desvelar as intenções, avaliando e reconhecendo o essencial para que se possa dar sentido às ações.

Para Minayo (2006) esta técnica parte de uma leitura das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, os procedimentos levam a relacionar estrutura semântica (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Dentre os tipos de análise de conteúdo, foi aplicada neste estudo a análise temática que pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Este tipo de análise consiste em descobrir os núcleos do sentido que compõem uma fala, cuja presença ou frequência signifiquem algo para a análise (MINAYO, 2006).

A técnica divide-se em três etapas, conforme a autora citada anteriormente, que foram criteriosamente seguidas neste estudo:

- Primeira etapa: Pré-análise - consiste na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, tomando contato direto e intenso do material (entrevistas transcritas) com exploração do mesmo de maneira exaustiva. Nessa fase, foram determinadas as unidades de registro (palavra chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do

contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos de teóricos.

- Segunda etapa: Exploração do material – consistiu em uma classificação que buscou alcançar os núcleos de compreensão do texto, as categorias (expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala foram organizado). A categorização é um processo no qual o conteúdo das falas é reduzido à palavras ou expressões significativas.

- Terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – os resultados foram analisados propondo-se inferências, realizando interpretações e relações.

Os pesquisadores buscam a compreensão dos significados no contexto da fala e tentam ultrapassar o alcance puramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda. Alguns teóricos entendem que é importante estudar a frequência para que os temas tenham a medida exata de sua importância. (MINAYO, 2006).

O conteúdo das falas foi organizado de forma sistemática e objetiva, ordenado e integrado às categorias escolhidas, de acordo com os objetivos estabelecidos na pesquisa. As unidades de registro foram destacadas (em negrito) a fim de facilitar sua compreensão.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Tendo em vista que o estudo proposto envolve a participação de seres humanos, foi atendido o disposto na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais como eticidade; confidencialidade e sigilo das informações; dignidade, autonomia e anonimato dos sujeitos da pesquisa; beneficência e não-maleficência (danos previsíveis são evitados); adequação da pesquisa aos princípios científicos e garantia do retorno dos benefícios da pesquisa.

Considerando que a qualificação do projeto de pesquisa contendo a proposta deste estudo ocorreu no ano de 2011, utilizou-se o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e não a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, estabelecida atualmente. Para o desenvolvimento do estudo foi

utilizado o TCLE (apêndice C) atendendo a exigência da resolução citada e garantindo, dessa forma, os direitos dos participantes e os deveres do pesquisador.

Conforme protocolo do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e aprovação, após ter sido qualificado. Somente após a aprovação do CEP, em reunião realizada no dia 08 de outubro de 2012 (anexo A), é que foi iniciada a coleta de dados, conforme descrita no percurso metodológico.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por 15 participantes, todos em pré-operatório de cirurgia bariátrica. As características sócio-demográficas são apresentadas na tabela 1, conforme a seguir:

TABELA 1- Dados sócio-demográficos dos participantes do estudo

Variável	Freqüência	Porcentagem em relação à amostra (n=15)
<b>Idade</b>		
De 20 a 30 anos	2	13,3%
De 31 a 40 anos	5	33,3%
De 41 a 50 anos	6	40,0%
De 51 a 60 anos	2	13,3%
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	86,7%
Masculino	2	13,3%
<b>Raça</b>		
Branca	6	40,0%
Negra	1	6,7%
Parda	8	53,3%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	2	13,3%
Ensino Médio Incompleto	1	6,7%
Ensino Médio Completo	5	33,3%
Ensino Superior Incompleto	1	6,7%
Ensino Superior Completo	4	26,7%
Pós Graduação	2	13,3%
<b>Situação Profissional</b>		
Autônomo	1	6,7%
Desempregado	4	26,7%
Empregado	2	13,3%
Estudante	1	6,7%
Servidor Público	7	46,7%
<b>Renda Familiar</b>		
Entre 1 e 2 salários mínimos	1	6,7%
Entre 2,1 e 4 salários mínimos	3	20,0%
Entre 4,1 e 6 salários mínimos	4	26,7%
Entre 6,1 e 8 salários mínimos	3	20,0%
Acima de 8 salários mínimos	4	26,7%

TABELA 1: Dados sócio-demográficos dos participantes do estudo

<b>Tipo de Moradia</b>		
Própria	13	86,7%
Mora com os pais	2	13,3%
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a)	11	73,3%
Solteiro(a)	3	20,0%
Outros	1	6,7%
<b>Naturalidade</b>		
Macapá/AP	11	73,3%
Pará	4	26,7%
<b>Religião</b>		
Católica	10	66,7%
Evangélica	4	26,7%
Espírita	1	6,7%

FONTE: Instrumento de coleta de dados

De acordo com o conteúdo descrito na tabela 1, quase a totalidade dos participantes era do sexo feminino, com 13 participantes (86,6%), e apenas dois (13,3%) eram do sexo masculino. A faixa etária variou entre 21 e 52 anos, com média de 39 anos e com destaque para os intervalos de 31 a 40 e 41 a 50 anos, que representaram 73,3% da amostra. Quanto à raça, mais da metade, oito participantes (86,6%), eram pardos, seis brancos (40%) e apenas um (6,6%) negro.

À respeito dos fatores demográficos, Garrido (2006) assegura incidência maior de obesidade em mulheres que homens, em mulheres negras do que brancas. Outros estudos mencionam que o fato das pesquisas envolvendo obesos serem composto por mais mulheres pode ser devido à população feminina procurar mais o tratamento. Em pesquisa feita no Brasil, a maior incidência de obesidade mórbida encontra-se na faixa etária entre 46 e 55 anos (BERTTI; CARAVATTO, 2012).

Quanto à escolaridade dos entrevistados, percebe-se que houve destaque para o ensino médio e superior completo com 5 e 4 participantes (33,3%) e (26,6%) respectivamente. Ao analisar a profissão, foram identificados professores, enfermeiros e nutricionistas como profissionais de nível superior (46,5%); vigilante, policial militar e técnico administrativo como profissionais com ensino de nível médio (26,4%); os demais participantes foram estudante, autônomo e secretária do lar representando 26,5%. Quase a metade dos entrevistados é servidor público (46,6%) e 20% estão desempregados.



Quanto à moradia, a maior parte tem casa própria (86,6%). Quanto à renda, 26,7% dos participantes informaram que esta é entre R\$ 2, 692,00 e R\$ 4.038,00 (quatro a seis salários mínimos) e outros 26,7% a partir de R\$ 5.384,00, caracterizando mais da metade da amostra (tabela 1).

É importante mencionar que os participantes da pesquisa são pessoas que fariam o procedimento cirúrgico pela cobertura do plano de saúde, logo se subentende que tenham uma posição sócio-econômica mais favorecida do que de pacientes que buscam a realização da cirurgia pelo SUS.

Em relação ao estado civil, grande parte dos entrevistados respondeu que é casada (73,3%). Quanto à naturalidade, a maioria é do Estado do Amapá (73,3%). E a respeito da religião, 66,6% são católicos, 26,6% evangélico e um participante apenas (6,6%) informou ser espírita.

Também foram identificadas nos pesquisados as medidas antropométricas como peso, altura, IMC e circunferência abdominal. O menor peso foi de 88 Kg, uma participante do sexo feminino e o maior 139 Kg, do sexo masculino. O intervalo de altura variou entre 141 cm e 180 cm. As medidas de peso e altura foram necessárias para o cálculo do IMC. Estas características estão descritas na tabela 2 a seguir:

TABELA 2: Medidas antropométricas dos participantes do estudo

Variável	Frequência	Porcentagem em relação à amostra (n=15)
<b>IMC</b>		
35 - 40 Kg/m <sup>2</sup>	6	40,0%
Acima de 40 Kg/m <sup>2</sup>	9	60,0%
<b>Circunferência Abdominal</b>		
100 – 110 cm	2	13,3%
111 – 120 cm	2	13,3%
121 – 130 cm	6	40,0%
131 – 140 cm	2	13,3%
141 – 150 cm	3	20,0%

FONTE: Instrumento de coleta de dados

Pode-se observar que mais da metade dos participantes apresentaram o IMC a partir de 40 kg/m<sup>2</sup>, obesidade mórbida, o restante apresentou IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade moderada, de acordo com a classificação da OMS. A medida da circunferência abdominal variou entre 101 cm e 148 cm, a maioria dos participantes apresentou a medida entre 121 cm e 150 cm (73,3%).

Os valores estabelecidos pela OMS apontam medidas de circunferência abdominal a partir de 88 cm para mulheres e 94 cm para homens como risco para

ocorrer doenças metabólicas, e a partir de 102 cm da mesma medida apresentam esse risco elevado. Logo, os participantes deste estudo apresentam risco elevado para desenvolverem doenças metabólicas, considerando os valores da circunferência abdominal a partir de 102 cm, exceto em um participante.

A respeito disso, Janssen e Mark (2006) afirmam que a obesidade e a localização abdominal de gordura têm grande impacto sobre as doenças cardiovasculares por associar-se com grande risco para condições tais como dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares, particularmente os coronarianos

As comorbidades identificadas neste estudo são descritas na tabela 3, a seguir:

TABELA 3: Comorbidades associadas à obesidade identificadas nos participantes do estudo

<b>Comorbidades</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem em relação à amostra (n=15)</b>
Diabetes	2	13,3%
Dislipidemia	3	20,0%
Distúrbio do Sono	6	40,0%
Distúrbios Endócrinos	3	20,0%
Doenças Articulares	6	40,0%
Hipertensão Arterial Sistêmica	7	46,7%
Problemas Psiquiátricos / Emocionais	6	40,0%
Trombose	1	6,7%

FONTE: Instrumento de coleta de dados

Apenas 13,3% dos pesquisados apresenta pelo menos uma comorbidade associada à obesidade, em 26,7% ocorrem dois dessas doenças, e 20% informaram ter três. Uma participante informou a ocorrência de oito doenças.

Somente três entrevistados (20%) não referiram não ter nenhuma doença associada, no entanto, informaram ter lombalgia ou dores em outras partes do corpo relacionadas ao excesso de peso. Ressalta-se que esses participantes se encontram na faixa etária entre 24 e 33 anos. Neste sentido, Garrido (2006) afirma que o excesso de peso e a obesidade aumentam com a idade. A idade também é fator de risco para as doenças associadas à obesidade.

Também foi informado por 60% dos pesquisados outras doenças ou problemas de saúde como cardiopatia, osteoporose, labirintite, esteatose hepática, ovários policísticos, lombalgia, dispnéia ao esforço. Foram consideradas para este

estudo as doenças nas quais os participantes receberam diagnóstico e fazem tratamento médico.

Além das comorbidades associadas à obesidade, também foram identificadas alguns hábitos que se apresentam como fatores de risco para a saúde e quando associados à obesidade representam riscos elevados. Estes dados foram descritos na tabela 4:

TABELA 4: Hábitos associadas à obesidade identificados nos participantes do estudo

Variável	Frequência	Porcentagem em relação à amostra (n=15)
Alcoolismo	2	13,3%
Sedentarismo	13	86,7%
Tabagismo	0	0,0%

FONTE: Instrumento de coleta de dados

Destacou-se a presença do sedentarismo em 86,7% dos entrevistados, 13,3% informou o hábito do alcoolismo e nenhum informou ser tabagista. A falta de atividade física é uma condição que contribui de forma importante para o aumento de peso e obesidade.

A atividade física é conhecida como componente essencial da vida diária do indivíduo por promover benefícios psíquicos, físicos e cognitivos à saúde. Segundo Matsudo e Matsudo (2007), a prática regular e orientada de atividade física auxilia a perda de peso corporal em função da redução ou, manutenção da gordura corporal e aumento da massa magra, contribuindo para a prevenção e controle de doenças.

Diante da descrição dos dados sócio-demográficos, antropométricos, doenças e fatores de risco identificados nos participantes do estudo, têm-se conhecimento de características importantes que permitirão o entendimento dos aspectos envolvidos em sua qualidade de vida.

## 5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias elaboradas a partir dos aspectos temáticos em foco. Cada pergunta teve o objetivo de conhecer a percepção dos participantes a respeito de uma dimensão de sua QV e originou uma categoria para discussão, como pode ser visualizado no quadro a seguir:

QUADRO 2: Apresentação dos questionamentos/objetivos e categorias temáticas do estudo

	<b>Questionamento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Categoria</b>
1.	O que você entende por qualidade de vida?	Conhecer percepção do participante sobre sua QV	Percepção da QV
2.	Como você descreveria sua saúde física?	Identificar a maneira que a saúde pode encontrar-se afetada pela obesidade	Repercussão da obesidade no aspecto físico da QV
3.	A obesidade afeta sua auto-estima de alguma forma? Como?	Identificar o comprometimento da auto-estima pela obesidade	Obesidade X auto-estima
4.	A obesidade interfere em sua vida sexual? De que forma?	Conhecer de que forma a obesidade interfere na vida sexual	Obesidade X vida sexual
5.	A obesidade interfere na realização de suas atividades diárias em casa e no trabalho? De que forma?	Conhecer a interferência da obesidade na realização das atividades diárias em casa e no trabalho	Interferência da obesidade sobre as atividades diárias e profissionais
6.	Já se sentiu constrangido em público por causa da obesidade?	Conhecer a percepção dos participantes diante do constrangimento em público relacionado à obesidade	A vivência do preconceito de ser obeso
7.	Você está satisfeito com sua qualidade de vida? Gostaria de modificar algum aspecto?	Avaliar a QV dos participantes e desejo de mudança	Avaliação da QV

FONTE: Instrumento de coleta de dados

Posteriormente, serão mostradas algumas unidades de significado, ou seja, parágrafos das entrevistas que permitem um melhor acompanhamento do sentido dessas categorias.

### 5.2.1 Percepção da Qualidade de Vida

Ao perguntar aos participantes “o que você entende por qualidade de vida”, as respostas faziam referência aos aspectos multidimensionais desse conceito. Mencionaram entender a QV como um bem estar físico, mental e social conforme representado nas falas a seguir:

[...] é você se sentir bem com você mesmo, tanto fisicamente como mentalmente, e principalmente no ambiente familiar né? P2

[...] eu entendo como um bem estar físico, psíquico, social né? E emocional da pessoa, em que ela tem estar bem consigo mesma, com seu ambiente e com... Com seu lar, com a sua família. E todas as questões acerca do que agente faz, em relação a nossas atitudes alimentares ou sociais afetam a nossa qualidade de vida. P10

A percepção da QV foi descrita com expressões de bem estar como “se sentir bem”, “bem estar físico, psíquico e social”, denotando o significado para QV de bem estar completo.

Os discursos descritos anteriormente indicam que os participantes entendem QV como satisfação com seu bem estar e conforto. Um bem estar que percorre pela ótica psíquica, social e biológica.

A respeito de QV Minayo et al. (2000, p.10) a define como:

(...) uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (...)

Para Kluthcovsky e Takayanagui (2007) não há consenso sobre o conceito de qualidade de vida, mas os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são geralmente aceitos pela maioria dos pesquisadores. A realização de estudos voltados para o entendimento da QV possibilitou que fossem considerados em sua avaliação, os aspectos objetivos e os subjetivos, em conjunto ou separadamente.

Quanto à multidimensionalidade, característica identificada nos discursos dos participantes neste estudo, WHOQOL (1998) refere-se como um conceito composto por diferentes dimensões, que se origina a partir de quatro grandes dimensões ou fatores:

- a) Física – percepção do indivíduo sobre sua condição física;
- b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva;
- c) relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida;
- d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

As quatro dimensões, subdivididas em 24 facetas, mais os itens referentes à QV geral constituem o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS.

Retomando os conteúdos das falas, o participante P13 também citou sua percepção de QV com expressões positivas e relacionadas ao bem estar. Percebe-se ainda que aludiu alguns aspectos que compõem instrumentos de avaliação da QV, como o físico “dormir bem”, “alimentação saudável”; o psicológico “saúde

emocional”; o social “vida social de qualidade”, “poder trabalhar”; do ambiente “andar bem”, conforme pode ser observado:

[...] é você poder desempenhar as suas atividades, você poder trabalhar, ter uma alimentação saudável [...] P13

[...] dormir bem, poder andar bem, poder manter uma vida social de qualidade, praticar atividade física [...] P13

[...] uma saúde emocional [...] P13

Outros fatores como satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade também tem sido considerados para definir QV (NAHAS, 2001).

A expectativa de um indivíduo em relação ao seu conforto e bem estar depende das condições históricas, ambientais e socioculturais que ele vive, desta forma, o entendimento e a percepção sobre QV são relativos e variáveis. QV não se resume nas condições de vida disponíveis, tampouco no tempo de vida, mas no significado que dão a essas condições e à maneira que vive (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Considerando o viés da vivência individual como fator essencial para determinar a percepção da QV, outros participantes mencionaram apenas algumas das dimensões abarcadas pela multidimensionalidade da QV como o físico, o social, o espiritual e/ou o emocional, de acordo com as falas seguintes:

[...] sair com sua família, passear, fazer suas atividades, sem ter problemas de saúde. P1

Eu entendo que seja viver bem, satisfeita, assim, na plenitude, emocional, espiritual e social. P9

Outros entrevistados discorreram somente sob o ponto de vista biológico, sob a ótica do bem estar físico, conforme a seguir:

[...] levar uma vida tranqüila, saudável [...] P1

[...] uma boa alimentação. Quanto à prática de esportes, fazer alguma atividade física pra movimentar o corpo [...] P5

[...] é quando se tem uma vida com saúde porque com saúde você pode fazer tudo, você pode trabalhar você pode é... Desenvolver todas as tarefas [...] P6

Come comidas saudáveis [...] P7

[...] eu não sei lhe responder, eu só sei dizer que é saúde né? Saúde boa.

P8

[...] é você ter saúde né? [...] P12

Vale ressaltar que nesta categoria, buscou-se conhecer a percepção de pessoas com obesidade em graus elevados sobre sua QV. Logo, era esperado que referissem à dimensão do bem estar físico, relacionado à saúde, ao corpo biológico e à alimentação adequada. Entende-se que a alimentação caracteriza-se como um fator, possivelmente, determinante na QV de pessoas com obesidade mórbida, como aspecto desencadeador de diversos problemas de saúde.

Para Almeida, Gutierrez e Marques (2012), conhecer a percepção a respeito da QV de qualquer indivíduo é conhecer percepção do seu próprio existir, o que pode ser feito a partir das esferas objetivas e subjetivas. Logo, entende-se que cada entrevistado tenha discorrido a respeito do que entende por QV a partir de sua compreensão subjetiva das experiências, conhecimento, características sócio-culturais do ambiente no qual está envolvido e expectativas próprias quanto ao seu bem estar.

Diante do exposto, é possível analisar que a percepção dos participantes sobre a QV é multidimensional, no entanto, parte dos entrevistados mencionou apenas um ou outro aspecto da QV.

## **5.2.2 Repercussão da Obesidade no Aspecto Físico da Qualidade de Vida**

Ao abordar a saúde física foi identificado que a mesma encontra-se afetada em todos os participantes, seja pelas doenças que estão associadas à obesidade ou pelos sintomas relacionados do excesso de peso. Os participantes descrevem a sua saúde física com expressões negativas e citam doenças e sintomas, como pode ser observados nas falas a seguir:

[...] a pior, porque eu não me sinto bem da forma como eu sou, eu gostaria muito mesmo de voltar a pelo menos a metade do que antes eu era. P2

[...] comprometida [...] P3

[...] não tá muito boa [...] P4

[...] muito difícil, devido à questão da obesidade. P6

Hum, muito mal (risos). Muito mal mesmo [...] P7

Eu não sei... Até responder. Mas eu sei dizer que eu queria está boa de saúde porque eu sou complicada. P8

Não satisfatória. P9

[...] um pouco prejudicada [...] P10

Péssima. P11

A minha saúde física até agora tá mais ou menos. Se eu não cuidar da minha saúde física eu, com certeza, ela vai piorar muito [...] P13

[...] bastante debilitada [...] P15

Observa-se que foram utilizadas expressões como “a pior”, “comprometida”, “difícil”, “não está muito boa”, “muito mal”, “complicada”, “prejudicada”, “não satisfatória”, “péssima” e “debilitada”, significando que a obesidade lhes gerou prejuízo à saúde.

Ao considerar que obesidade é uma doença relacionada a diversos fatores como hábitos alimentares errôneos, alta ingestão calórica e baixo gasto energético, questões psicológicas, genéticas e demográficas, torna-se necessário referir alguns conceitos e autores para a compreensão de sua interferência sobre a saúde física e QV,

Segundo Villela et al. (2004) a obesidade é uma doença complexa e multifatorial que resulta da interação de fatores social, comportamental, cultural, psicológico, metabólico e genético. O crescente aumento da obesidade, em especial quando o IMC está acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, e a sua associação com comorbidades influenciam diretamente o bem-estar físico, emocional e psicossocial, com impacto significativo sobre a QV do obeso.

Inúmeras pesquisas indicam que doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes *mellitus*, problemas hepáticos e ortopédicos estão associadas ao excesso de gordura corporal (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008). Podem ser citadas como doenças associada à obesidade: doença do refluxo gastroesofágico, asma brônquica, insuficiência renal crônica, infertilidade, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, disfunção cognitiva e demência, neoplasias, doenças psiquiátricas, osteoartrose e síndrome metabólica, conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).

Diante do discurso dos participantes, entende-se que a obesidade implicou em piora da saúde física com impacto no bem-estar e, conseqüentemente, na QV. O



uso de expressões negativas na descrição da saúde física e a relação feita com as doenças associadas à obesidade denotam um significado de saúde comprometida e/ou ruim, como se pode observar nas falas seguintes:

A diabetes minha aumentou muito, meu colesterol [...] P2

[...] Devido à obesidade eu adquiri problemas é... de...esporão de calcâneo [...] P3

[...] eu não posso realizar atividade física e... É... Além da síndrome do túnel do carpo também devido à obesidade e esteatose. P3

Não satisfatória. Pelo fato de eu estar gorda, acima do peso, eu tenho muita dificuldade. A minha saúde, eu vivo no limite, pra não é... Desencadear uma doença [...] P9

Retomando a análise feita sobre as comorbidades associadas à obesidade neste estudo, ressalta-se que a hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade que mais incidiu nos participantes, seguida de problemas psiquiátrico-emocionais, distúrbios do sono e nas articulações que eram 40%.

Tendo em vista que a ocorrência de qualquer doença, ainda que tenha efeito mínimo, provoca efeitos negativos sobre o bem estar de um indivíduo, e ainda que a obesidade esteja estreitamente relacionada à ocorrência de outras doenças crônicas ou agudas, entende-se que a QV em pessoas com obesidade grave tende a ser avaliada negativamente principalmente na dimensão física.

Neste sentido, percebe-se a influência das condições de saúde sobre a QV e vem à tona o conceito de QVRS proposto por Cleary e colaboradores (p. 91 apud SEIDL; ZANNON, 2004) como “vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.”

De acordo com Ashing-Giwa (2005), qualidade de vida relacionada à saúde é mais usada para avaliar o impacto ocasionado por uma doença na vida de uma pessoa. É um constructo multidimensional que avalia o bem-estar físico, funcional, psicológico, social, espiritual e sexual, principalmente em indivíduos com doença crônica.

Outros participantes ainda relacionaram os problemas de saúde ao elevado índice de IMC, pois referem à relação de seu peso e altura para justificar seu estado de saúde, como nas falas de P6 e P11:

[...] como a minha altura é mínima, um metro e cinqüenta, o peso que eu tô hoje é 102 quilos mais ou menos, isso trás transtorno para as articulações, pra... É pra diabetes, hipertensão arterial, isso trás dificuldades endócrinas [...] P6

[...] Péssima. Eu não tenho saúde né? Com 124 quilos, 123... E 1 metro e 63, dá pra fazer duas [...] P11

Torna-se válido lembrar que 60% dos participantes nesta pesquisa apresentaram IMC igual ou maior a 40 Kg/m<sup>2</sup>. Um IMC acima de 40 Kg/m<sup>2</sup> é classificado como obesidade grave pela OMS. Ainda em relação às medidas antropométricas, 40% obtiveram a medida do perímetro abdominal entre 121 e 130 cm, e 20% entre 141 e 150 cm. Os elevados valores da circunferência abdominal são considerados acima de 102 cm e caracterizam obesidade abdominal.

À medida que aumenta o IMC aumenta também os riscos e a incidência de doenças associadas à obesidade afetando de diversas formas o estado de saúde do indivíduo. Ainda que a pessoa obesa não seja portadora de alguma doença, pode apresentar comprometimentos biológicos relacionados à dor e à mecânica corporal, levando a uma descrição negativa da saúde física.

A respeito disso, Chacur e colaboradores (2008) mencionam que a circunferência abdominal aumentada pode causar alteração do centro de gravidade, o que associado ao excesso de peso, possivelmente, provoca alteração da marcha e aumento do estresse articular. Alguns estudos apontam que IMC tem repercussão sobre doenças osteoarticulares (JANSSEN; MARK, 2006). Alterações na mecânica corporal foram identificadas em três participantes deste estudo, conforme a seguir:

[...] a coluna começou a pesar mais, problemas na caminhada com meu pé [...] P4

[...] não tá muito boa, devido peso, alguns problemas como a retenção de líquido, [...] tá muito acima do peso, demais. Dói, eu sinto dores, é isso. P7

[...] um pouco prejudicada porque eu não tô conseguindo fazer atividade física, pois eu sinto muita dor no nível da coluna devido a... O problema da obesidade. P10

[...] muitas dores nas articulações, excesso de peso, uma vida sedentária, a auto-estima muito baixa, não tô conseguindo... Eu não tenho força de vontade de lutar contra isso. P15

A dor é um aspecto avaliado em vários instrumentos de avaliação da QV como o IWQOL-Lite, o SF-36 e o WHOQOL-100, no âmbito da dimensão física, e se

apresentou, neste estudo, como um fator que interfere de forma não positiva na QV de pessoas no pré-operatório de cirurgia bariátrica, como identificado nas falas dos participantes P7 e P10 apresentadas anteriormente.

A obesidade associa-se não só ao aumento da prevalência de algumas doenças, mas também ao aumento dos níveis de dor (com síndromes de dor crônica em alguns casos) (SILVA, et al., 2006). O nível, a extensão e a localização da dor podem gerar comprometimentos para a realização das atividades diárias e para a autonomia dos obesos.

Nos discursos dos participantes P4, P10 e P15 a dor foi relacionada a problemas osteoarticulares. A respeito disso, Vasconcelos e colaboradores (2006) citam as dificuldades funcionais do obeso nas atividades de locomoção que demandam movimentação e descarga de peso sobre as articulações.

Foi mencionado ainda o sedentarismo como fator associado a uma saúde física prejudicada, observado nos discursos dos participantes P10 e P15. O participante P10 justifica a impossibilidade de realizar atividade física devido lombalgia. No caso de P15, as dores, o excesso de peso e uma vida sedentária implicaram em baixa auto-estima. Percebe-se que a dor relacionada ao excesso de peso afetou a locomoção e levou à impossibilidade de realizar atividade física.

Diante da análise dos discursos nesta categoria, entende-se que a obesidade afeta a saúde física de forma significativa, pois o excesso de peso implicou na incidência de doenças e outros comprometimentos relacionados à saúde que geram conseqüências negativas para o bem estar físico/emocional e comprometem a QV.

### **5.2.3 Obesidade X Auto-estima**

Foi identificado neste estudo que a maioria dos participantes tem sua auto-estima afetada pela obesidade, pois descreveu essa relação com a percepção de seu corpo feio, com o bem estar comprometido e dificuldades no convívio social e familiar. Seguem algumas falas onde os participantes afirmam o comprometimento da auto-estima pela obesidade quando foi perguntado “A obesidade afeta sua auto-estima de alguma forma?”:

Afeta [...] P2

Com certeza [...] P3

Muito (risos). P5

Sim. Afeta bastante [...] P10

Sim [...] P12

[...] afeta. P13

Grande parte dos entrevistados citou o momento de experimentar e de comprar roupas, para descrever a maneira que a obesidade afeta sua auto-estima, como corroboram os discursos seguintes:

[...] agente veste uma roupa não, não entra, ou então, se entra fica estranho né? Quando você vai comprar uma roupa é ruim porque a maioria dos lugares não vende roupa pra gordinho. E quando agente encontra parece um saco que não tem modelo, não tem nada [...] P5

[...] quando você vai procurar uma, uma roupa. Você procura, procura, procura e dificilmente você encontra uma roupa adequada pra se vestir [...] P6

E... Eu tenho vontade, muitas vezes de comprar uma roupa adequada que não senta no meu corpo. E pra mim comprar uma roupa eu tenho que comprar um pano agora e fazer do meu jeito, porque a roupa que eu vejo não é adequada pra mim. P8

Afeta. Ah, eu me sinto feia né? O tempo todo, eu acho que nenhuma roupa serve, é..., quando eu vou comprar roupa é muito... É complicado porque eu nunca acho o tamanho. P11

Percebe-se que a prática do vestir, uma atividade diária comum ao ser humano, vem acompanhada por experiências e sentimentos negativos advindos da dificuldade em encontrar roupas com modelos e tamanhos adequadas para vestir o corpo obeso.

Neste sentido, a imagem corporal se apresenta como um aspecto de grande importância na vida do indivíduo obeso, principalmente os do sexo feminino, pois é o corpo que estabelece o contato com o outro através do seu dinamismo, relacionando-se conforme a situação em que esse corpo se coloca para o outro (FERREIRA; ARGUELHO, 2006).

Hoje o corpo exerce várias funções sociais. Um indivíduo de um determinado grupo expõe o corpo através da vestimenta, como um símbolo, um meio de comunicação. As mulheres dão muita importância à imagem corporal, acreditando que essa possa lhes proporcionar o sucesso pessoal, e quando não conseguem atingir esses objetivos estéticos, costumam apresentar sentimentos de inferioridade, pois ficam vulneráveis perante o culto ao corpo, (SEGAL, 2002).

Desta forma, a obesidade surge como causa, não só de desequilíbrios bioquímicos e de doenças físicas, mas também de sintomatologia e perturbações psicológicas e, naturalmente, de dificuldades no nível da adaptação social (ODGEN, 2005).

Ainda analisando a percepção dos pesquisados quanto à maneira que a obesidade afeta a auto-estima, identifica-se concepção de corpo feio provocando auto-estima baixa, e os encontros em relação à vivência com a aparência e vaidade. As falas seguintes denotam esta afirmativa:

[...] quero me vestir, me arrumar, eu quero me despir à frente do meu marido  
[...] P2

[...] eu me sinto bem envergonhada. P2

[...] Minha maneira de me ver no espelho, né? Não costumo nem me olhar tanto, tipo assim, só pra eu, uma olhadinha mesmo e vou embora [...] P3

Porque quando você olha pro espelho, aí você vê os pneus pulando pra um lado, pulando do outro [...] P5

[...] eu nunca tô satisfeita com a minha aparência e isso entristece, é constrangedor. P9

[...] Como é que ela afeta? Auto-estima, a sua... A visão do seu corpo né? Você não tem, você não tem uma boa amizade com espelho, tanto que eu nem tenho espelho na minha casa. P13

A imagem corporal, a concepção do corpo gordo como feio produz sentimentos de vergonha, insatisfação, constrangimento, tristeza. As falas representam a aparência do corpo como a medida da auto-estima. A insatisfação com a visão do corpo obeso provoca o desejo de não olhar no espelho, pois se tem estabelecido como bonito o corpo magro e esbelto, de acordo com os padrões impostos pela mídia e pela sociedade.

Para Matsudo e Matsudo (2007), a imagem corporal é o modo que o indivíduo se vê, é a representação mental do corpo. A representação do corpo é, muitas vezes, influenciada pelos conceitos e valores da sociedade. O indivíduo cria sua imagem corporal através das sensações, entretanto os conceitos e valores sociais influenciam de forma significativa neste processo.

A insatisfação com aparência do corpo obeso pode ainda interferir nos relacionamentos interpessoal e amoroso. A vergonha do corpo tende a fazer o obeso não sentir atraente, como uma companhia indesejada e evitar o convívio entre

amigos e com o sexo oposto. Muitas vezes, pode ter receio de sentir-se constrangido e inadequado.

A mídia, a família e os amigos influenciam os indivíduos a cuidar de seus corpos e transmitem um padrão de “corpo perfeito” que nem sempre é compatível com o biótipo do indivíduo. Essas pressões sociais despertam o desejo de adequação da aparência. Neste caso, quando o objetivo não é alcançado, acaba gerando descontentamento e insatisfação com seu próprio corpo (POLITO, 2001).

No mundo contemporâneo, a obesidade traz consigo o estigma, não apenas de uma doença limitante, mas também de um padrão estético indesejado, dentro de uma ordem cultural que estabelece o culto ao corpo perfeito (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008). Silva e colaboradores (2006) afirmam que há alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso, produzindo diminuição da auto-imagem e desvalorização no seu auto-conceito psicológico.

A obesidade também tem efeitos sobre o convívio familiar e social. A insatisfação com a imagem corporal conduz a dificuldades nas relações interpessoais, atividades sociais e de lazer. Os sentimentos e experiências negativas frente à vivência de ser obeso podem provocar desejo e atitudes de isolamento, como representam os seguintes discursos:

[...] Às vezes, até com meus filhos. A impressão que eu tenho, parece assim, que eles têm vergonha de mostrar a mãe que é gorda. P5

[...] me privo de ir a determinados lugares né? Por que, eu fico com vergonha, eu me sinto mal. P5

Ah... Afeta muito fortemente porque eu... Fico desanimada de sair [...] P9

[...] aumentei muito de peso. Eu... Não tenho mais vontade tanto assim de sair... De... Comprar uma roupa, ou mesmo assim de, de, de me divertir com os amigos. P10

Foram utilizadas expressões como “me privo de ir a determinados lugares”; “fico desanimada de sair”; “não tenho mais vontade tanto assim de sair... de me divertir com os amigos” que caracterizam dificuldades e falta de motivação para a realização das atividades de lazer com a família e com os amigos. O desânimo frente ao convívio social está relacionado à percepção de si como obeso e à insatisfação com a imagem corporal.

A dificuldade na utilização no transporte público também foi uma experiência negativa relatada ao analisar a fala do participante P12:

[...] muitas vezes você chega em algum lugar, por exemplo, você vai andar no ônibus e você não consegue passar na roleta [...] P12

O participante P15 ainda citou ter sua auto-estima afetada pela impossibilidade de praticar esportes, como pode ser observado a seguir:

[...] no que eu gostava de fazer antigamente, praticar esporte, futebol principalmente [...] P15

A dificuldade de adaptação ao transporte público e a impossibilidade de praticar atividade física podem ser analisadas, neste contexto, como aspectos que geram efeitos negativos sobre a auto-estima. Estas ações podem ser citadas como atividade de vida diária, logo, entende-se que a obesidade afetou a auto-estima ao comprometer a realização de atividades comuns e essenciais no cotidiano de qualquer indivíduo.

No entanto, os participantes P1, P4, P6 e P14 afirmaram que sua auto-estima não se encontra afetada pela obesidade. Vale ressaltar que a participante P14, apesar da afirmativa, menciona a maneira que os outros a percebem e a descrevem como pessoa com obesidade grave. Os discursos destes participantes podem ser observados a seguir:

Não, não afeta. P1

[...] mas hoje eu já tô bem comigo mesma, vou fazer a cirurgia é... Por questão de saúde, mas não assim de auto-estima. P4

É só no sentido de saúde mesmo [...] P6

Pra mim como pessoa não afeta. Mas agente aí fora, as pessoas te vêm Tem uns que dizem né? Mas tu tá enorme! P14

Para estes, ainda que apresentem dificuldades relacionadas ao bem estar social, físico ou psicológico, não percebem que a obesidade afeta sua auto-estima. As afirmativas podem estar relacionadas ao mecanismo de enfrentamento desenvolvido por cada um individualmente, ou pela aceitação particular da sua imagem corporal que gerou sentimento de adequação. Exceto P4, todos estes informaram ser casados, o que também pode ter contribuído para o não comprometimento da auto-estima, por se sentirem bem aceitos pelo cônjuge.

Vale lembrar, que a auto-estima é um aspecto investigado em um domínio específico no instrumento de avaliação da QV em obesos, o IWQOL-Lite. O instrumento avalia aspectos como constrangimento, insegurança, gostar de si, rejeição, evitar olhar no espelho ou ver fotografias e sentir vergonha em público

relacionada ao peso. A auto-estima, a imagem corporal e aparência, e sentimentos negativos são aspectos pesquisados no domínio psicológico do instrumento WHOQOL-100, também usado para avaliar a QV.

Neste contexto, percebe-se que mesmo sem utilizar um instrumento específico e padronizado para avaliar a QV, os participantes relataram experiências negativas relacionadas à auto-estima e mencionaram expressões/palavras iguais ou semelhantes as dos instrumentos para descrevê-las.

A auto-estima apresenta-se como um aspecto psicossocial importante da QV já que reflete a satisfação pessoal de cada indivíduo diante de suas expectativas pessoais e em relação ambiente externo. Em pessoas que se encontram no pré-operatório de cirurgia bariátrica, a auto-estima relacionada à insatisfação com a imagem corporal desempenha um papel significativo e contribui de forma negativa para a avaliação da QV.

#### **5.2.4 Obesidade X Vida Sexual**

Ao analisar os discursos dos participantes sobre a forma que a obesidade interfere na vida sexual, identificou-se que a falta de condicionamento físico, o cansaço e a imagem corporal de corpo obeso promovem uma baixa auto-estima. Alguns relataram perder a libido ou deixar de praticar o ato sexual devido os sentimentos negativos envolvidos no momento. Destacam-se nas falas seguintes as expressões “me sinto constrangida”, “perde até a libido”, “não tenho prazer”, “não tenho apetite sexual”, “me sinto envergonhada”, “posso até deixar de fazer”:

[...] acho que ela interfere porque eu não consigo fazer de forma é... digamos assim, ágil, todas aquelas posições sexuais que os homens gostam né? Consigo fazer algumas, mas com muito esforço [...] P13

[...] eu tô ali mantendo a relação, mas, morrendo de vontade de acabar porque eu tô muito cansada [...] P13

[...] Que na hora que agente tá intimamente, ele não me fala nada, mas eu me sinto constrangida, entendeu? P2

[...] às vezes, você perde até a libido né? [...] P5

[...] eu não tenho prazer na verdade, meu marido até compreende [...] P8

Interfere muito. Muito mesmo. Pelo fato de eu não ter a auto-estima, aliás, ter baixa auto-estima, não tenho apetite sexual [...] P9



Sim, sim. Sim porque, pelo fato de eu tá gorda eu me sinto envergonhada né? E na hora de tirar a roupa essas coisas eu não me sinto bem. E aí eu posso até deixar de fazer [...] P11

Em relação a este aspecto, Araújo e colaboradores (2009) defendem que sexualidade é parte integrante da vida e do corpo, e a percepção da auto-imagem representa um aspecto importante na vida do homem contemporâneo, na relação com o mundo e com seus pares. A obesidade mórbida por sua vez caracteriza-se por condição extrema que vai além dos problemas de ordem física e biológica. As alterações da auto-imagem e auto-estima ocorrem com frequência interferindo na qualidade de vida, inclusive na sexual.

As falas dos participantes P5 e P12 apresentam a vergonha com aparência, no momento de tirar a roupa e de mostrar o corpo. A impressão de ter um corpo feio devido à obesidade provoca baixa auto-estima interferindo no desejo sexual. Os discursos a seguir comprovam o enunciado:

Muito. Por que... eu já tive um período assim, que eu não tinha nem vontade mais de ter uma vida sexual, porque você fica com vergonha, você já só quer ver o outro no escuro, não quer mais que a pessoa te veja, né? Determinadas posições, situações que antes você fazia já não consegue mais. O seu corpo não lhe permite mais, né? P5

No cansaço, da aparência, porque muitas vezes você sente vergonha de tirar a roupa né? Esse é dos um requisitos que realmente atrapalha, você não se sentir à vontade por conta da obesidade, você se acha feia, você se acha, ah sei lá. É complicado! P12

Neste contexto, o corpo do indivíduo obeso caracteriza-se por uma imagem corporal alterada gerando conflito interno e influenciando diretamente a vivência da sexualidade não apenas pessoal, mas com o outro, favorecendo a insatisfação, a frustração e impotência, o que contribui para que sua sexualidade fique fortemente reprimida (GONÇALVES; MORAES; 2004).

Torna-se relevante mencionar que quatro participantes afirmaram não ter sua vida sexual afetada pela obesidade, conforme as falas abaixo:

[...] nunca interferiu de nenhuma forma. P1

Não. A minha vida sexual eu não, eu nunca tive problema nenhum. Tanto da minha parte como do meu parceiro [...] P4

Não. P7

Não interfere. Tudo é normal. P15

Vale ressaltar que os participantes P1 e P15 são do sexo masculino, pode-se entender que não valorizam a imagem corporal tanto quanto as mulheres, já que é a principal maneira de a obesidade interferir na sexualidade.

Corroborando com a análise da interferência da obesidade na vida sexual neste estudo, cita-se a pesquisa realizada por Koloktin e colaboradores (2001) onde avaliaram a relação entre obesidade e QV sexual utilizando o instrumento específico para obesos (IWQOL-Lite). Em pessoas com obesidade grau III e naqueles que iriam se submeter a cirurgia bariátrica, houve elevada frequência de dificuldades sexuais atribuídas ao peso e, com isso, a QV sexual era particularmente prejudicada. Houve muito mais relatos de comprometimento da QV sexual das mulheres obesas do que dos homens obesos. Concluiu-se que a obesidade estava associada à falta da atividade sexual, do desejo sexual, das dificuldades no desempenho sexual e a negativa em ter encontros sexuais.

Diante da análise desta categoria, conclui-se que a obesidade, altera a percepção do corpo negativamente e tem forte impacto no estado psicológico do indivíduo obeso incluindo alterações na vivência sexual, aumento da ansiedade, depressão e baixa auto-estima gerando uma imagem corporal negativa. Perante a vivência desses sentimentos negativos, afirma-se que a sexualidade de grande parte dos participantes deste estudo encontra-se afetada pela obesidade.

### **5.2.5 Interferência da Obesidade nas Atividades Diárias e Profissionais**

Nesta categoria, buscou-se conhecer a percepção dos pesquisados quanto à realização das tarefas diárias em casa e no trabalho. Após análise, identificou-se que o cansaço ocasionado pela condição física e biológica associadas à obesidade é o principal fator que prejudica a prática das atividades diárias e profissionais.

Os discursos a seguir indicam que o cansaço é o aspecto de maior interferência na realização das atividades diárias em casa:

[...] Em casa, por exemplo, eu deixo muito a desejar na parte doméstica, porque eu chego, quando eu chego, já é pra pôr a minha perna pra cima, né? E o que eu puder fazer eu tenho que fazer sentada. P3

Sim. Eu me sinto muito cansada por causa do meu peso. Eu tenho que fazer as coisas devagar, assim... E cansa muito [...] P9

[...] além das atividades de casa quanto do trabalho, a obesidade ela faz com que agente se sinta cansada, como se fosse ficar o dia inteiro cansada, por mais, às vezes, até não está fazendo as atividades de trabalho, mas tá em casa, mas se sente cansado mesmo assim. P10

[...] eu fico muito cansada varrendo, passando pano, no almoço, cuidando de criança [...] P13

Neste sentido, Hulens e colaboradores (2003) afirmam que a habilidade de andar é reduzida em mulheres com obesidade, principalmente na obesidade mórbida. Estudos envolvendo mulheres eutróficas e obesas indicam que não somente os parâmetros antropométricos influenciam na capacidade funcional, mas também na aptidão física. Indivíduos severamente obesos possuem uma aptidão cardiorrespiratória extremamente reduzida (GALLAGHER et al., 2006).

O excesso de peso provoca diversas alterações influenciando o bem estar de maneira negativa. Para as mulheres, o serviço doméstico é comum e exige determinada capacidade de esforço físico. Para as obesas, o cansaço limita a execução das tarefas cotidianas e restringe sua capacidade de produção.

Desta forma, a obesidade compromete a vida do indivíduo no aspecto biopsicossocial, a ocorrência de doenças associadas, dos sintomas diários, pode prejudicar a capacidade funcional. Ao analisar os discursos a seguir, podem ser identificadas lombalgia, dificuldade na movimentação, dor e inchaço nos membros inferiores, tontura e outros, como fatores que limitam a realização das atividades diárias nos pesquisados:

[...] tem certas coisas que eu não faço, eu tenho certas limitações [...] P4

[...] eu canso muito rápido e não consigo fazer. Dói muito a minha costa, meus tornozelos [...] P7

[...] porque cansa e minhas pernas incha né? Aí quando não é, é o enjôo, quando não é, é a tonteira, e assim vai... P8

Lavar roupa começa a doer a costa [...], às vezes eu deixo de fazer por isso, pago alguém, porque se eu ficar naquela movimento de passar também, muito parado só numa posição, pronto! Começa a doer, dá uma dor lombar assim, as minhas pernas também doem, se eu ficar muito tempo sentada parece que meu sangue não circula, meus pés começam a ficar inchados. P11

[...] a minha casa eu não dou conta, eu limpo malmente o pátio, aqui a sala e depois e já não dou mais conta. Eu fico cansada, eu fico indisposta [...]. P12

Em estudo realizado, Moraes (2004) constatou que as mulheres obesas referiram dificuldades em fazer o que precisava ser feito durante o dia, em razão da presença de dor e desconforto físico, fadiga, falta de energia, cansaço. Estes aspectos também foram identificados nas mulheres pesquisadas neste estudo com pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica.

A obesidade não interfere nas atividades profissionais quando este não exige esforço físico e envolve apenas a capacidade cognitiva e intelectual, como descrito nos discursos de P1 e P4:

No trabalho não, porque trabalho usando mais o meu intelectual. Já em casa me atrapalha nas atividades que envolvem esforço físico. P1

[...] No trabalho não, porque meu trabalho geralmente é sentado, não tem esforço físico. P4

O cansaço também é referido como o fator que limita e compromete a realização da atividade laboral. Quando a profissão requer algum tipo de esforço físico, movimentação ou outra tarefa que envolve a mecânica corporal, a produtividade e a excelência no trabalho podem ficar prejudicadas. As dificuldades vivenciadas pelos obesos frente as atividade profissionais podem ser interpretadas nas seguintes falas:

[...] o professor da sala de aula ele se sente super cansado se ele ficar quatro horas em pé, então isso vai... Dificulta o trabalho. P6

No meu trabalho interfere assim na questão da agilidade [...] P11

[...]. E no trabalho pior ainda né? Eu fico muito cansada, subindo escada, descendo escada, dando aula, de tanto falar, falar, eu fico muito cansada. P13

[...] você que tá sentado e não existe isso, você dar uma aula sentado, totalmente sentado, né? Você tem que tá realmente ali sendo flexível numa sala de aula e não tem condições você com obesidade, ela atrapalha. P12

Ao realizar uma tarefa, o ser humano articula funções motoras, senso perceptivas, cognitivas e afetivas, atribuindo simbologia particular em seu ato. Por outro lado, ele também é transformado a partir de sua ação, o trabalhador vai modificando sua identidade, seus valores e sua visão de mundo (POLITO, 2001).

Além de relatar a associação do excesso de peso com a dificuldade na execução de uma tarefa doméstica, o discurso do participante P15 também aponta a interferência da baixa auto-estima e a falta de estímulo na realização da atividade profissional. Esta afirmativa pode ser observada a seguir:

[...] tenho quase 140 quilos, sinto uma certa dificuldade em subir numa escada, ou então alguma coisa eu pegar uma queda, o tombo vai ser muito grande [...] P15

[...] a força de vontade, a auto-estima, o vestir. Então isso incomoda muito, bastante mesmo. P15

O participante P2 referiu o desemprego ocasionado por sentimentos de preconceito relacionado à obesidade: “[...] eu saí do meu trabalho e não quis mais outro trabalho. Não quis mais voltar a trabalhar porque eu me sentia assim, diferente de outras pessoas, porque eu tava obesa”. Seu desemprego não foi provocado pela limitação física, mas por uma vivência de estigmas.

O obeso também pode ser visto no mercado de trabalho como indivíduo com capacidade de produção diminuída, devido suas limitações na mecânica corporal. O preconceito da sociedade com a aparência desfavorece este grupo diante de algumas profissões, como as que se relacionam diretamente com grandes públicos. As situações de adoecimento relacionadas às comorbidades associadas podem contribuir para o para o absenteísmo e representar o obeso como menos produtivo em diversos aspectos, levando a uma menor remuneração.

O desfavorecimento do trabalhador obeso e seus reflexos no bem estar emocional pode ser visualizado na fala a seguir:

[...] por exemplo, agora né? Eu trabalho no Fortcap, eles só querem aquelas meninas magrinhas, tudo... Na verdade, tão até querendo me tirar daqui, eu tô com problema emocional já. P8

A ergonomia física, as doenças, o cansaço, a vivência do preconceito, a limitação, a auto-estima baixa podem comprometer a produtividade do trabalhador obeso. E seja qual for a forma que o indivíduo experimente a dificuldade no trabalho, as repercussões dessa vivência estarão presentes e provocando efeito sobre a QV.

O trabalho também é uma dimensão que compõe a avaliação da QV, e inclui aspectos como diminuição da quantidade e tempo, dificuldades, dor e sentimentos negativos na realização de tarefas em instrumentos de avaliação da QV como o SF-36, IWQOL-Lite e WOQOL-100.

### 5.2.6 A Vivência do Preconceito de Ser Obeso

A obesidade já apresentou diferentes significados em determinado tempo e cultura, como riqueza, beleza e saúde. Atualmente, a obesidade é visualizada sob um ótica negativa nos aspectos biopsicossociais. A vivência de ser obeso traz consigo um paradigma, não apenas de uma doença limitante biologicamente, mas também de um padrão estético indesejado, dentro de uma cultura que estabelece o culto ao corpo perfeito como aspecto essencial nas relações interpessoais.

Esta categoria temática surgiu ao questionar os participantes a respeito do constrangimento em público relacionado à obesidade, muitos relataram situações que envolvem brincadeiras preconceituosas de amigos e/ou familiares, como pode ser observado nas falas a seguir:

[...] quando eu vejo que eles ficam fazendo chacota, você fica constrangida. Apesar de ser meu amigo, de saber que é apenas uma brincadeira [...] P4

Já. Já aconteceu uma vez uma situação, com um parente meu mesmo que eu fiquei assim muito chateada. P5

[...] Já me senti porque muitas vezes assim, os próprios colegas [...] P12

[...] eles não medem esforços em tirar certas brincadeiras [...] P12

[...] Então ela tem a imagem da mãe dela que é uma pessoa gorda, desarrumada, desajeitada, descabelada, mas por quê? Porque a auto-estima tá lá embaixo. Quando ela vê uma pessoa assim ela diz: “Mãe, é igual você”. P13

[...] e uma determinada dessa pessoa, simplesmente se levantou e disse “Ainda mais se eu gostasse de gorda!”. Aí naquele momento eu senti assim uma diferença né? Mas... Eu levei por dez assim, levei na base da brincadeira. P14

Percebe-se que cada participante experimenta o preconceito em situações do convívio social como a “chacota”, brincadeiras de amigos, colegas e parentes. Uma participante referiu a maneira que acha ser vista pela filha (criança): “uma pessoa gorda, desarrumada, desajeitada, descabelada”.

A vivência do preconceito pela pessoa com obesidade mórbida demonstra o não preparo da sociedade para conviver com essas pessoas, de forma a compreender que estas precisam ser ajudadas e não criticadas nem estigmatizadas. A pessoa com excesso de peso sofre prejuízos na vida social relacionados ao preconceito do outros em relação a si, além disso, também experimenta o seu

próprio preconceito em relação a si. Muitos relataram constrangimento ao serem olhados pelas pessoas, se sentem incomodados ao serem percebidos como obesos:

[...] quando agente vai pra comprar uma roupa e já te olham de um jeito diferente [...] P4

Sim. Muito. Várias vezes. Sempre parece que as pessoas tão olhando pra mim, de uma forma negativa, pejorativa. P9

[...] principalmente em relação à questão de roupa [...] P10

[...] em relação à questão de, de ir a uma boate, de ir a algum barzinho, algum outro local que você ver que todo mundo tem um corpo bacana, tem um corpo... Ver uma roupa que fica legal, e você não. Você tá se sentindo constrangido porque você tá com esse excesso de peso. P10

[...] quando agente chega num lugar, as pessoas olham logo, olha aí... Tem gente que fala “olha aquela gorda!” [...] P11

Já. Já me senti. Já me senti mesmo. Você vira referência, porque eu já sou careca, entendeu? “Olha aquele careca é gordinho”, então... Agente já fica aquela baixa moral da gente [...] P15

Como visto nas frases acima, o obeso enfrenta no seu cotidiano comentários desonrosos e de conotação negativa o que pode gerar limitações relacionadas à sua imagem corporal. O sentimento de preconceito surge diante da maneira como cada um se percebe como obeso, como sentem diante de cada olhar. O constrangimento é sentido na hora de comprar roupa, de mostrar a sua aparência diante de outras pessoas, no convívio entre amigos e familiares, ao ouvir comentários negativos e pejorativos.

Sobre as alterações psicossociais que ocorrem em obesos, as normas sociais de magreza exercem fortes influências sobre a percepção da imagem corporal. De acordo com Franques (2006, p. 78), “a imagem corporal é a figuração do nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta a nós”.

Neste aspecto Silva e colaboradores (2006) defendem que na dimensão psicológica, a alteração da imagem corporal ocasionada pelo aumento de peso poderá provocar uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito, no obeso, diminuindo a sua auto-estima. Em consequência disto, poderão surgir sintomas depressivos, diminuição da sensação de bem-estar e um aumento da sensação de inadequação social.

No entanto, três participantes relataram não sentir-se constrangidos e públicos como demonstrado a seguir:

Não muito [...] P1

[...] sempre tem alguém que faz algum comentário ou cria um estereótipo [...]

P1

Não tive dificuldade porque eu não ando de ônibus, eu tenho transporte próprio. P6

Ainda não [...] P7

Apesar do participante P1 informar não se sentir muito constrangido em público, mencionou o fato das pessoas fazerem comentários criando estereótipo, logo, entende-se que experimenta o preconceito, pois se sente incomodado com o que outras pessoas falam e o modo que o relacionam com a obesidade, de alguma forma.

A percepção de corpo alterado e os sentimentos envolvidos neste processo tendem a provocar desajustes psicológicos. O modo de existir do obeso, sua interação com o mundo e sua inserção no ambiente social e familiar também se faz por intermédio do corpo.

As experiências expressas nas falas mostram a vivência dos sentimentos adquiridos a partir do ambiente familiar e extra familiar. Sentimentos de constrangimento, humilhação e inferioridade influenciam de forma negativa na auto-estima. Segundo Townsend (2002, p. 183) “auto-estima é o grau de consideração de respeito que os indivíduos têm em relação a si mesmos e a uma medida do valor que eles atribuem as suas capacidades e seus julgamentos”.

O mesmo autor refere que a auto-estima está relacionada a outro componente do conceito do eu, como ocorre com a imagem corporal e com a identidade pessoal, o desenvolvimento da auto-estima é influenciado principalmente pela percepção de como se é visto pelos outros entes queridos.

No presente estudo, 40% dos entrevistados informaram ter algum tipo de problemas emocional/psiquiátrico e fazer acompanhamento médico ou psicológico. Diante do exposto, a obesidade também traz conseqüências sobre o bem estar psicossocial do indivíduo, influenciando negativamente a QV. A dimensão emocional e os fatores envolvidos nas relações sociais se apresentam como aspectos importantes da QV de pessoas com obesidade grave.



Nos obesos grau III, a percepção da má QV pode ser mais evidente, já que o isolamento social é mais significativo e perceptível, devido à sensação de inadequação diante dos padrões sociais vigentes (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Além das limitações provocadas pelas doenças associadas, o obeso carrega consigo uma existência de preconceito que, juntamente com os demais aspectos psicossociais já abordados até aqui, implicam na avaliação da QV que será discutida na próxima categoria.

### **5.2.7 Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas em Pré-Operatório de Cirurgia Bariátrica**

Essa categoria emergiu do questionamento “Você está satisfeito com sua qualidade de vida? Gostaria de modificar algum aspecto?”, e teve como objetivo avaliar a QV dos pesquisados e identificar os desejos de mudança.

A percepção e a avaliação da QV dependem da forma como cada pesquisado vivencia a obesidade e que significado atribui aos eventos do seu cotidiano. Ao analisar as falas dos depoentes verificou-se que todos fazem uma avaliação negativa de sua QV com reflexos de insatisfação como pode ser visualizado nas falas a seguir:

Olha, não, eu não tô satisfeita, né? Eu tenho muitas responsabilidades e isso também afeta, essa questão de obesidade. P3

[...] não estou satisfeita com a minha qualidade de vida porque agente precisa melhorar essa questão, pra que agente possa melhorar em todos os sentidos da nossa vida. P12

[...] Não estou satisfeito. Muito pelo contrário, tô muito incomodado com isso e já que eu não tô tendo força de vontade própria pra ir atrás desse meu objetivo e a medicina me dá essa oportunidade [...] P15

A obesidade provoca desordens biológicas devido às doenças associadas e o mal estar desencadeado por cada uma delas. Já foram discutidas as diversas formas que cada dimensão da QV pode estar afetada na pessoa obesa e seus efeitos de limitação. Diante disso, e de toda a subjetividade que pode estar envolvida no processo de avaliação da QV de qualquer grupo, entende-se que os obesos pesquisados neste estudo avaliam sua QV de forma negativa e não satisfatória.

Para Minayo e colaboradores (2000), cada sociedade estabelece culturalmente seu padrão de vida e isso direciona as expectativas e os níveis de satisfação dos indivíduos que a compõem. Essa percepção exerce influência sobre o que é e o que não é uma boa QV. O grau de satisfação dos sujeitos com suas realizações pessoais, assim como os bens materiais obtidos, variam de acordo com o padrão de sua sociedade, e, de forma mais profunda, com seus valores pessoais.

Outro aspecto importante que foi analisado nesta categoria temática foi o significado atribuído à escolha pela realização da cirurgia bariátrica. Vários participantes alegaram estar buscando uma melhora e vêem no procedimento uma esperança de mudança para a auto-imagem, bem estar físico, alimentação e desempenho profissional. Os discursos seguintes denotam esta afirmativa:

[...] e eu tenho certeza que logo eu vou fazer essa cirurgia e eu vou voltar a ser a pessoa que eu era antes. P2

[...] optei pela cirurgia para tentar modificar essa minha qualidade de vida [...]  
P10

Não. Eu quero modificar. Eu vou modificar. Eu acredito que fazendo a cirurgia [...] P11

[...] eu tô com fé que ela vai resolver o meu, não vai resolver que ela é só um dos, um dos pontos pra, pra redução de peso né? Ela não, ela não é a solução de tudo, ela é só um ponto, tá? Mas eu acredito que ela vai melhorar 100% a minha vida, a minha atividade física, a minha auto-estima, as doença associada que deveriam aparecer, não vai mais ter [...] P13

As frases descritas mostram que a cirurgia bariátrica é vista como um instrumento que vai modificar a QV dos obesos de forma positiva, com perspectiva “de ser a pessoa que era antes” como mencionada pela participante P2.

A cirurgia bariátrica é a única opção de tratamento para a perda de peso no paciente obeso mórbido. Ela diminui o peso, resolve ou melhora as comorbidades e contribui para a melhora da QV. Baseia-se na alteração anatômica gastrointestinal normal, com conseqüências psicológicas e físicas significativas (PEREIRA FARIA; LEITE FARIA, 2012).

Quanto aos aspectos da QV que gostariam de modificar, a dimensão biológica foi citada por meio do desejo de ter uma alimentação saudável, poder praticar atividade física, diminuir o peso corporal, normalizar as situações patológicas e ter um bem estar físico, como pode ser comprovado nos recortes a seguir:

Ah, eu queria poder realmente ter mais condições assim pra... Com relação à alimentação mesmo. E... a atividade física também [...] P5

[...] E a questão da doença também [...] P7

Não. Porque eu sempre pratiquei atividade física e depois de estar acima do peso eu não fiz mais. P9

[...] gostaria de modificar em termos de ter que adequar a minha vida a reeducação alimentar pra vida toda [...] P10

[...] acho que a cirurgia vai me ajudar nesse ponto e também pela qualidade de vida né? Que aí o meu estômago vai ser menor, vou me alimentar menos. Eu acho que vai melhorar muitas questões. P11

Cada participante cita o aspecto que gostaria de modificar em sua QV diante dos comprometimentos de seu bem estar e das suas necessidades particulares. Segundo Barbosa (1998), esse aspectos devem ser analisados a partir da percepção que os sujeitos possuem do seu viver, associada às transformações ambientais e às necessidades básicas sentidas.

Vários estudos realizados indicam que a perda de peso ocasionada pela realização da cirurgia bariátrica há melhoria no estado funcional, na redução no absenteísmo ao trabalho, há ocorrência de melhor interação social e diminuição da dor e de estados depressivos (MATHIAS, 1997). Estas mudanças, por sua vez, contribuem para a melhora da QV.

A mudança no padrão alimentar foi citada nesta categoria como um aspecto a ser modificado após a cirurgia. A quantidade e o tipo de alimento a ser ingerido, e a manutenção de uma dieta adequada são essenciais para assegurar os efeitos esperados da cirurgia (perda de peso) e para atender as demandas metabólicas do organismo. O desejo de manter uma alimentação equilibrada se apresenta como fator importante para a mudança na QV de vida neste estudo.

A prática da atividade física foi mencionado por alguns participantes que associam este aspecto à melhora na QV. A obesidade é doença que limita e dificulta a mobilidade, o cansaço também aparece associado ao excesso de peso. Por esses motivos, nas expectativas acerca da cirurgia bariátrica, trouxeram a realização de atividade física como um desejo, pois além de trazer benefícios para a saúde, possibilita a manutenção do emagrecimento, melhora a auto-estima e, conseqüentemente, as relações sociais.

Alguns aspectos envolvidos na vivência dos ambientes sociais e familiar também foram citados como desejo de mudança para a melhora da QV, identificados nas falas abaixo:

[...] estou buscando uma melhora, estou procurando mudar para poder fazer as coisas normalmente com minha família [...] P1

A cirurgia. É só é isso. Eu tenho vergonha, e eu sinto também, os meu neto né? O meu neto diz “Não vovó, tu não vai na escola não, não porque o pessoal fica me chamando que a senhora é gorda” [...] P8

[...] eu não estou bem porque eu estou gorda, não tô conseguindo desenvolver minhas atividades profissionais, então isso também interfere na minha qualidade de vida porque eu penso que a qualidade de vida está ligada também com o trabalho [...] P12

[...] eu penso em ver qual a condição pra eu trabalhar fora, se eu vou poder fazer isso [...] P14

[...] No trabalho, na vida financeira também [...] P15

As frases acima demonstram que a redução de peso, principal objetivo da cirurgia bariátrica, foi vislumbrada como um efeito positivo também sobre outros aspectos da QV como a aceitação e a boa convivência com a família, melhora no desempenho profissional e na vida financeira.

Quanto a isso, Souza e colaboradores (2005) defende que há prejuízos sociais associados à obesidade atrelando a imagem do obeso a uma imagem negativa. Isso causa sofrimento e dificuldades, tanto socialmente como profissionalmente, gerando incapacitação física, absenteísmo, aumento de licenças médicas, perda e/ou recusa de emprego, queda de renda, depressão, ansiedade, baixa auto-estima e isolamento social.

Diante disso, a cirurgia bariátrica também se apresenta com seus efeitos sobre a dimensão psicológica da QV por produzir melhora nos aspectos biológicos e bem estar físico. Nas falas a seguir, a perda de peso também é a condição que promoverá a melhora na QV:

[...] eu acredito que eu emagrecendo, eu vá poder me sentir melhor porque eu sou muito estressada, quando eu tô estressada eu não brinco com meus filhos, quando agente vai em passeio eu não usufruo totalmente porque eu não entro, por exemplo, se for piscina eu não entro, se for na praça eu não corro com eles. Então assim, fica comprometido né? E eu acredito que se eu emagrecer vai melhorar a qualidade de vida, vou me sentir mais

satisfeita, se eu me sentir satisfeita eu vou viver melhor em todos os aspectos. P3

[...] qualidade de vida, realmente eu pretendo mudar com essa cirurgia, radical. Auto-estima melhorar ainda mais, essa questão social, muito importante, como eu tenho como profissão a nutrição, então eu sou muito mal vista ainda [...] P4

[...] me sinto mal, questão de roupa, de tudo. Eu me sinto muito mal. Eu me sinto envergonhada [...] P11

O meu corpo, a auto-estima, a minha imagem corporal, eu quero mudar! Não tô satisfeita com a minha imagem, quero uma outra mulher. Quero outro corpo e eu tenho esse corpo, só falta tirar o excesso. P13

[...] no dia-a-dia, voltar a praticar esportes, chegar numa loja e comprar a roupa que eu achar que vai dar em mim [...] P15

Percebe-se nestes trechos das entrevistas a esperança de ver o corpo modificado e a expectativa da nova imagem corporal que surgirá após a realização da cirurgia bariátrica. Diante dessa nova percepção de corpo, os participantes referem outras mudanças que esperam surgir como não sentir vergonha do corpo, comprar roupas, diminuição do estresse, lazer, o que contribuirá para uma auto-estima melhorada.

Benedetti (2003) ressalta que os pacientes com obesidade mórbida buscam através da cirurgia bariátrica uma possibilidade de mudança, de um futuro diferente, e vão para a cirurgia com a esperança de melhorar a qualidade de vida e mesmo de mudar radicalmente de vida. A cirurgia bariátrica é um grande auxílio para o tratamento da doença, mas não é a cura da obesidade, pois é necessário que sejam feitas mudanças globais no comportamento para que possa alcançar o sucesso almejado. (SEGAL; MANCINI, 2007).

Ainda em relação ao desejo de mudança, a participante P2 mencionou que gostaria de ter sua QV modificada nos aspectos biopsicossociais, como pode ser observado em seu discurso a seguir:

[...] eu gostaria assim de pesar menos, de viver uma vida tranqüila, de poder ir em qualquer lugar, é... , vestida com a roupa que eu quero [...] P2

[...] sentar num restaurante, comer e saber comer, e saber o que está comendo [...] P2

[...] viver bem com as pessoas, viver bem comigo mesma com meus filhos, é isso que eu tô buscando. P2

Vivenciar a obesidade grave implica em experiência marcada por alterações biopsicossociais, espirituais e culturais, cheias de estigmatização. É uma vivência composta por sentimentos e significados que vislumbra a cirurgia bariátrica como essencial para melhora da QV. A perda de peso pela cirurgia bariátrica está relacionada à expectativa de uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo verificou-se que a percepção da qualidade de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica é multidimensional, pois entendem como um bem estar físico, mental e social. No entanto, alguns mencionaram apenas um ou outro aspecto como o biológico, o psicológico e/ou o social. A alimentação equilibrada também foi relacionada ao entendimento de qualidade de vida. A percepção da qualidade de vida é decorrente da experiência de vida de cada indivíduo e corresponde aos valores culturais e sociais de cada grupo.

O aspecto físico da qualidade de vida encontra-se comprometido em todos os participantes, devido às doenças que estão associadas à obesidade ou aos sintomas relacionados do excesso de peso. Os participantes descreveram a sua saúde física com expressões negativas.

Na categoria “obesidade X auto-estima” foi identificada que a maioria dos participantes tem sua auto-estima afetada pela obesidade, pois descreveram essa relação com a percepção de seu corpo feio, com o bem estar comprometido e dificuldades no convívio social e familiar. A auto-estima relacionada à insatisfação com a imagem corporal desempenha um papel significativo e contribui de forma negativa para a avaliação da QV.

A obesidade interfere na vida sexual de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica por meio da falta de condicionamento físico, do cansaço e da imagem corporal alterada que geram uma baixa auto-estima. Alguns relataram perder a libido ou deixar de praticar o ato sexual devido os sentimentos negativos envolvidos no momento.

A interferência da obesidade nas atividades de vida diárias e profissionais foi descrita por meio do cansaço ocasionado pela condição física e biológica associadas ao excesso de peso. O desemprego foi citado associado à obesidade, bem como a vivência do preconceito no ambiente de trabalho, segundo alguns poucos participantes.

A vivência do preconceito de ser obeso foi descrita com sentimento de preconceito que surgiu diante da maneira como cada um se percebe como obeso, como sentem diante do olhar do outro sobre si. O constrangimento é sentido na hora de comprar roupa, de expor sua aparência, no convívio entre amigos e familiares, ao ouvir comentários negativos e pejorativos.

Os pesquisados perceberam sua qualidade de vida afetada pela obesidade de forma negativa e não satisfatória, com desejo de mudanças em vários aspectos como melhorar o bem estar relacionado às doenças, praticar atividade física, manter uma alimentação saudável, melhorar o desempenho profissional e a renda familiar. Na categoria “Qualidade de vida de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica”, a cirurgia foi descrita como esperança de mudança, e as melhorias na qualidade de vida estão condicionadas à realização do procedimento.

O conhecimento dos dados sócios demográficos, antropométricos, de comorbidades e fatores de risco associados à obesidade, bem como a análise das categorias temáticas, apresentadas como resultado do estudo, contribuem para conhecer a percepção de pessoas com obesidade grave acerca de sua qualidade de vida e para compreender os fatores envolvidos no processo saúde-doença. Estas informações colaboram para o reconhecimento da importância da prevenção e controle da obesidade, já que sua alta incidência vem acompanhando o processo de transição demográfica, epidemiológica e sócio-econômica no país.

Contudo, ainda é visível a necessidade de reconhecimento da obesidade como doença, de suas conseqüências para a saúde e importância do tratamento por grande parte da população. Da mesma forma, os profissionais envolvidos na assistência precisam estar capacitados e habilitados para orientar a população e cuidar de maneira holística a fim de garantir uma assistência (clínica ou cirúrgica) eficaz para obesidade, e possibilitar a melhora de sua qualidade de vida.

Logo, reforça-se a necessidade de implementar as políticas de prevenção, controle e tratamento da obesidade instituídos nacionalmente, tendo em vista que é um problema de saúde pública que provoca grandes repercussões na qualidade de vida, e compromete a vivência individual e em grupo.

Conclui-se que esta pesquisa teve todos os seus objetivos alcançados, no entanto, temas envolvendo a obesidade e seus reflexos na vida do indivíduo estão longe de ser esgotados, já que os estudos relacionados à obesidade e à cirurgia bariátrica são escassos nas publicações científicas, principalmente nas nacionais. Faz-se necessário a realização de investigações que alcancem, principalmente, propostas eficazes de prevenção e controle da obesidade.



## REFERÊNCIAS

ABESO. Associação brasileira para o estudo da obesidade. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/calc\\_imc.htm](http://www.abeso.org.br/calc_imc.htm)> Acesso em: 30 out. 2012.

ALMEIDA, M. A. B; GUTIERREZ, G. L; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 142 p., 2012.

ANEP. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica. Brasil. 2008**. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/mural/anep/06-2007-cceb.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2011.

ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, 100p.

ARAÚJO, A. A. et al. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Rev. Col. Bras. Cir.** Pernambuco, v.36, n.1, p. 042-048, 2009.

ASHING-GIWA, K. T. **The contextual modelo of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framewok**. Quality of Life Reaserch, v. 14, n. 2, p. 297-307, 2005.

BARBOSA, S. R. C. S. **Qualidade de vida e ambiente: uma temática em construção**. In: BARBOSA, S. R. C. S (Org.). A temática ambiental e a pluralidade do ciclo de seminários do NEPAM, p. 401-223, 1998.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. 1ª Ed. São Paulo: Vetor, 2003.

BERTI, L. V; CARAVATTO, P. P. P. **Importância da obesidade no Brasil e no mundo**. In: DINIZ, M. T. C. et al. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012.

BONOMI, A. E. et al. Quality of life measurements. Will we never be sotasfied? **Journal Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 1, p. 19-23, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil, 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 390 de 6 de julho de 2005**. Estabelece as diretrizes para atenção ao Paciente Portador de Obesidade [on line]. Brasil; 2005.

Disponível em: <[http://atr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT - 390.htm/](http://atr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-390.htm/)> Acesso em: 15 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 424 de 19 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasil, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 628 de 26 de abril de 2001.** Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida–Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasil, 2001. Disponível em: <[na.saude.gov.br/legisla/legisla/tab\\_sih/GM\\_P%20628\\_01tab\\_sih.doc](http://na.saude.gov.br/legisla/legisla/tab_sih/GM_P%20628_01tab_sih.doc)> Acesso em: 15 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 12.** Brasília, 2006. p. 108.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009 - uma Análise da Situação de Saúde e da Agenda.** Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, 2010.

CABRAL, M. D. **Tratamento clínico da obesidade.** In: GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 35.

CALVERT, M. J.; SKELTON, J. R. The need for education on health related-quality of life. **BMC Medical Education**, v. 8, n. 2, jan. 2008.

CHACUR, E. P. et al. Obesidade e sua correlação com osteoartrite de joelho em mulheres. **Fisioter. Mov**, v. 21, n. 2, p. 93-98, abr/jun 2008.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36).** (Tese de doutorado) São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. **Obesidade mórbida e afecções associadas.** In: GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 13.

COUTO, L. D. P.; ANDRADE, J. C.; TOPÁZIO, K. F. **Assistência de enfermagem ao paciente obeso: pré, trans e pós-operatório.** Rio de Janeiro: Medbbok, 2007.

DINIZ, M. T. C; MACIENTE, B. A. **Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica.** In: DINIZ, M. T. C. et al. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012.

ENGEL, S. G. et al. **Psychometric and cross-national evaluation of a Portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life – Lite (IWQOL-Lite) Questionnaire.** European Eating Disorders Review. v. 13: n. 2, p. 133-143, 2005.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 26, n. 1. Porto Alegre, Jan./Apr. 2004.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-11, jul/set, 2009.

FERREIRA, J. S; ARGUELHO, R. S. Percepção dos pacientes frente ao tratamento clínico da obesidade grave. **Lecturas: Efy Deportes Digital**, v. 11, p. 100, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 1, p. 19-28, 1999.

\_\_\_\_\_. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**.v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRANQUES, A. R. M. (Org.). **As especialidades associadas à cirurgia bariátrica**. São Paulo: COESAS - Comissão das Especialidades Associadas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória**: In: GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

GALLAGHER, M. J. et al. Comparative impact of morbid obesity vs heart failure on cardiorespiratory fitness. **Chest**, v.2, p. 493–494, 2006.

GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2006.

GONÇALVES, A. F; MORAES, D. E. B. Obesidade e sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 15, n.1, p.103-112, 2004.

HALPERN, A. **Fisiopatologia da obesidade**. In: GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

IASO. **Sobre obesidade**. Disponível em:

<[http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=pt-BR&langpair=en|pt&rurl=translate.google.com.br&u=http://www.iaso.org/policy/about obesity/&usg=ALkJrhjkOoa6tdhGnMkiVWjspKKaKbVY6Q](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&langpair=en|pt&rurl=translate.google.com.br&u=http://www.iaso.org/policy/about%20obesity/&usg=ALkJrhjkOoa6tdhGnMkiVWjspKKaKbVY6Q)>. Acesso em: 25 ago. 2011.

JANSSEN, I; MARK, E. Separate and combined influence of body mass index and waist circumference on arthritis and knee osteoarthritis. **Intertional Journal Obesity**, p. 1-6, 2006.

KLUTHCOVSKY, A. C. G; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida-aspectos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**. v. 1, n. 1, jan./jun. 2007.

KOLOTKIN, R. L. et al. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res**, v. 9, n. 2, p. 102-11, 2001.

LEITE, M. A. M.; RODRIGUES, J. J. G. **Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave**. In: GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

LIMA, M. O. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico**. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: M.O.P, 2006. 86 p.

MANCINI, M. C. **Noções fundamentais - diagnóstico e classificação da obesidade**. In: GARRIDO JÚNIOR, A.B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

MARCHESINI, J. B. **Aos novos magros**. Curitiba: Centre Desginn, 155 p., 2001.

\_\_\_\_\_. **Técnicas cirúrgicas para a obesidade mórbida**, 2007. Disponível em: <<http://www.gastronet.com.br>>. Acesso em: 9 ago. 2011.

MARQUES, L. Z. **Qualidade de vida em pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à gastroplastia vertical com banda com derivação em y de Roux**. Santa Catarina, 2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA. A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, 1996.

MATHEUS, M. C. C. **Os fundamentos da pesquisa qualitativa**. In: MATHEUS, M. C. C. São Paulo: Médica Paulista, p. 17-22, 2006.

MATIELLI, J. D; et al. **Adolescência e gestação após a cirurgia bariátrica**. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. **Atividade Física e Obesidade: Prevenção e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007.

MINAYO, M. C; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M.C. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006.

MORAIS, L. V. **A vida cotidiana das mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional**. Dissertação (Mestrado), Ribeirão Preto, 2004.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina (PR): Midiograf, 2001.

NASSER, D; ELIAS, A. A. **Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave**. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. Tratamento clínico da obesidade. In: Simpósio Distúrbios Respiratórios do Sono. **Anais**. Ribeirão Preto, Medicina, p. 246-252, abr./jun, 2006.

NOVATO, T. S.; GROSSI, S. A. A.; KIMURA, M. Instrumento de qualidade de vida para jovens com diabetes (IQVJD). **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 28, n. 4, p. 512-9, 2007.

ODGEN, J: **Psicologia da Saúde**. 2 ed. v. 389, p. 161-224, 2005.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da Saúde**. Lisboa, Climepsi, p. 397, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição. Nova York: OMS, 1946.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

PATRICK, D. L; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Medical Care**, v. 27, n. 3, p. 217-32, mar., 1989.

PEREIRA FARIA, O; LEITE FARIA, S. **Equipe disciplinar em um programa de cirurgia bariátrica**. In: DINIZ, M. T. C. [ET AL]. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012.

PINHEIRO A. R. O; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, p. 523-533, 2004.

POLITO, F. M. **O significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso: vivendo preconceitos e buscando reconhecimento**. 2001. Dissertação. 110 f. (Mestrado em engenharia de produção)- Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas. Florianópolis, 2001.

PUGLIA, C. R. **Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida**. Revista da associação Médica Brasileira. São Paulo, v.50, janeiro. 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br>. > Acesso em 4 ago. 2011.

REIS. G. M. F; CANÇADO JÚNIOR, O. L. **Abordagem pré-operatória: avaliação e preparo cirúrgico**. In: DINIZ, M. T. C. et al. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012.

ROCHA, N. S. et al. **Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB)**. In: A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCHIAVON, C. A. **Cirurgia para a obesidade: videolaparoscopia**. 2003. Disponível em: <<http://www.laparoscopia.med.br/obesi.shtml>>. Acesso em: 5 ago. 2011.

SEGAL, A. **Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: Psicoterapia cognitivo-comportamental**. In: HALPERN, A. C. M. Manual de obesidade para o clínico, São Paulo: Roca, p. 128-131, 2002.

SEGAL, A.; CARDEAL. M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.

SEGAL, A.; MANCINI, M. **Tudo que você precisa saber antes de reduzir seu estômago**: guia completo da cirurgia da obesidade. São Paulo: Brasiliense, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar- abr, 2004.

SILVA, M. P. et al. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Medica Portuguesa**, v. 19, p. 247-250, 2006.

SOARES, C. C; FALCÃO, N. C. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 55-64, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Tipos de cirurgia para a obesidade. 2006. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/paciente.php?cod=4>>. Acesso em: 9 Ago. 2011.

SOUZA, J. M. B. et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Revista Brasileira Terapia Cognitiva**, v. 1, n. 1, p. 59-67, jun. 2005.

STURM, R. Increases in morbid obesity in the USA: 2000-2005. **Public Health**, v. 121, n. 7, p. 492-6, 2007.

TARDIDO, A. P; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p.117-24, 2006.

TAVARES, T, B; NUNES, S. M; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.

TESTA, M. A; SIMONSOM, D. C. Assesment of quality of life outcomes. **New. English Journal**. v. 334, n. 13, p. 835-40, Med; 1996.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3° ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.

VASCONCELOS P. O; COSTA NETO, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 39, n. 1, p. 58-65, 2008.

VASCONCELOS, K. S. S. et al. Relação entre intensidade e dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 213-218, 2006.

VASCONCELOS, P. O. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de Goiás Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. nov., 2006.

VASCONCELOS, P. O; COSTA NETO, S. B. **Qualidade de Vida em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica em momentos pré e pós-Cirúrgico**. 2006. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2006.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G; PIMENTA, A. M.; KAC, G. **Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional**. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 16, n. 5, p. 308-314, 2004.

VIEIRA, C. M. A. F. **Pré-operatório de cirurgia bariátrica: avaliação e preparo clínico/endocrinológico**. In: DINIZ, M. T. C. et al. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012.

VILLELA, N.B. et al. Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. **Nutrición Hospitalaria**, v.19, n. 6, p. 367-37, 2004.

WADDEN, T. A. et al. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. **Obesity Surgery**, v. 81, p. 1001-1023, 2001.

WARE, J. E.; SHERBOURNE C. D. The MOS 36 Item Short - and item selection. **Med Care**. v. 30, p.473-83, 1992.

WHO. World Health Organization. **Controlling the global obesity epidemic**. 2012. Disponível em: <<http://www.Who.int/nutrition/topics/obesity/en/>>. Acesso em 10 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Health and development through physical activity and sport**. Geneva, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Obesity epidemic puts millions at risk**, 1997.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **WHO Technical Report Series**, 894, Geneva, World Health Organization, 1998.

WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc Sci Med**. v. 4, n. 10, p. 1403-09, 1995.

\_\_\_\_\_. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**. v. 46, p. 1569-85, 1998.

YARAK, A. Saúde: obesidade afeta 10% da população mundial. **Revista veja**, Rio de Janeiro, n. 2202, 02 Fev. 2011. Disponível em: <[veja.abril.com.br/noticia/saude/obesidade-afeta-10-da-populacao-mundial](http://veja.abril.com.br/noticia/saude/obesidade-afeta-10-da-populacao-mundial)>. Acesso em: 27 jul. 2011.

ZIPEL, R.; FLECK, M. P. A. **WHOQOL-HIV: desenvolvimento, aplicação e validação**. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.



## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

### 1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Feminino

RAÇA:  Branca  Parda  Negra  Indígena  Asiática

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:  Estudante  Aposentado  Desempregado  
 Autônomo  Empregado  Servidor público  Outros \_\_\_\_\_

RENDA FAMILIAR: R\$ \_\_\_\_\_

MORADIA:  Própria  Alugada  Mora com os pais  Cedida  Outros

ESTADO CIVIL:  Casado  Solteiro  União estável  Separado  
 Viúvo  Outros \_\_\_\_\_

NATALIDADE: \_\_\_\_\_ RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

### 2 DADOS ANTROPOMÉTRICOS

PESO: \_\_\_ ALTURA: \_\_\_ IMC: \_\_\_ CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: \_\_\_\_\_

### 3 HÁBITOS E COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE

Hipertensão arterial  Diabetes  Dislipidemia (colesterol alto)

Trombose venosa  Distúrbios do sono  Doenças articulares

Problemas psiquiátricos/emocionais  Distúrbios endócrinos

Tabagismo  Sedentarismo  Álcool  Outros \_\_\_\_\_

### 4 QUESTIONAMENTOS

4.1 O que você entende por qualidade de vida?

4.2 Como você descreveria sua saúde física?

4.3 A obesidade afeta sua auto-estima de alguma forma? Como?

4.4 A obesidade interfere em sua vida sexual? De que forma?

4.5 A obesidade interfere na realização de suas atividades diárias em casa e no trabalho? De que forma?

4.6 Já se sentiu constrangido em público por causa da obesidade?

4.7 Você está satisfeito com sua qualidade de vida? Gostaria de modificar algum aspecto?

## APÊNDICE B – Convite aos participantes

Prezado Sr ou Sr<sup>a</sup>,

Eu, Sâmea Marine Bezerra da Silva, enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), turma 2011, estou realizando uma pesquisa intitulada “**PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**: estudo da percepção acerca de sua qualidade de vida”, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr. <sup>a</sup> Anneli Mercedes Celis de Cárdenas.

O estudo tem por objetivo geral: conhecer a percepção de pessoas com obesidade mórbida em pré-operatório de cirurgia bariátrica a respeito de sua qualidade de vida; específicos: Identificar as características sócio-demográficas, antropométricas, comorbidades e fatores de risco associados à obesidade da população em estudo, descrever o significado de qualidade de vida para pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica e Identificar de que maneira a qualidade de vida encontra-se afetada em pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica.

Neste sentido, convido você a participar da referida pesquisa e informo que os dados serão coletados por meio de questionário e de entrevista dialogada e gravada, se assim você permitir. A sua participação é voluntária, não decorrendo em qualquer implicação a sua decisão de participar ou não.

As informações serão divulgadas somente no trabalho preposto, sendo garantido o seu anonimato. A divulgação dos resultados e análise será realizada sem sua identificação, sob a forma de tese de dissertação (trabalho de conclusão de curso).

Agradeço sua atenção e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa.

---

Enfermeira Sâmea Marine Bezerra da Silva  
Telefone: (96) 9112-2650/Email: samea\_ap@yahoo.com.br

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. <sup>a</sup> Anneli Mercedes Celis de Cárdenas  
Telefone: (96) 8112-1834/Email: celis@unifap.br

### APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e domiciliado à \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_. Declaro que consinto em participar da pesquisa intitulada “**PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**: estudo da percepção acerca de sua qualidade de vida”, que tem como objetivo geral: conhecer a percepção de pessoas com obesidade mórbida em pré-operatório de cirurgia bariátrica a respeito de sua qualidade de vida; específicos: Identificar as características sócio-demográficas, antropométricas, comorbidades e fatores de risco associados à obesidade da população em estudo e descrever o significado de qualidade de vida para pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica. A pesquisa está sob responsabilidade da pesquisadora Enf.<sup>a</sup> Mestranda Sâmea Marine Bezerra da Silva, orientada pela Dr.<sup>a</sup> Anneli Mercedes Celis de Cárdenas.

Esse estudo tem como principal motivação a necessidade de obter conhecimentos a respeito da qualidade de pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica, tendo em vista a adequação do cuidado a esta clientela, reorientação das intervenções, reorganização do funcionamento das equipes em todos os níveis de atenção, e assistir de forma específica, integral e humanizada, além de contribuir na compreensão da qualidade de vida dentro do contexto da obesidade. Vale ressaltar a escassez de estudos relacionados à obesidade na região amazônica, bem como no Estado do Amapá, onde há pouco tempo iniciaram-se pesquisas envolvendo pessoas com obesidade.

Diante do exposto, declaro que fui satisfatoriamente esclarecido a respeito de que:

- a) Preencherei um questionário e será realizada uma entrevista seguindo um roteiro, que com minha permissão será gravada em MP4;
  - b) Os riscos a minha saúde serão mínimos, não interferindo no meu tratamento, haja vista que serão utilizadas para o estudo apenas informações por mim fornecidas;
-

- c) Posso consultar a pesquisadora responsável em qualquer época, antes, durante ou após o término da pesquisa, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida;
- d) Estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso, e também não serei prejudicado em meu tratamento e de nenhuma outra forma;
- e) Todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em anonimato e sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação, sendo conservadas com confidencialidade;
- f) Não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa;
- g) A minha participação neste estudo não traz complicações legais e nem oferece riscos a minha vida ou dignidade, pois o que será realizado obedece aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Sâmea Marine Bezerra da Silva (Pesquisadora)  
Telefone: (96) 9112-2650/ Email: samea\_ap@yahoo.com.br

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**CERTIFICADO**

Certificamos para os devidos fins que o Protocolo de Pesquisa sobre **"PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ESTUDO DA PERCEPÇÃO ACERCA DE SUA QUALIDADE DE VIDA"**, sob a responsabilidade de **Sâmea Marine Bezerra da Silva**, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 08/10/2012.

**Data para apresentação do relatório no CEP-UNIFAP: 09/10/2013**

**CERTIFICATE**

We certify that the protocol about **"PESSOAS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ESTUDO DA PERCEPÇÃO ACERCA DE SUA QUALIDADE DE VIDA"**, **Sâmea Marine Bezerra da Silva**, is in agreement with the Ethical Principles in Human Research adapted by National Ethical Committee (CONEP) and was approved by the Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) – Ethical Committee for Research (CEP) in 08/10/2012.

Macapá, 08 de outubro de 2012

Prof. Msc. Alexandre Souto Santiago  
*Coordenador - CEP-UNIFAP*

Universidade Federal do Amapá  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNIFAP  
Rod. JK km 2, Marco Zero CEP 68908-130 – Macapá – AP - Brasil  
Email: cep@unifap.br