

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia
Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**

Patrícia de Oliveira Vasconcelos

Orientação
Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Goiânia
Novembro de 2006

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia
Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**

Patrícia de Oliveira Vasconcelos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em psicologia. Orientação: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Goiânia
Novembro de 2006

Este trabalho foi realizado
na Universidade Católica de Goiás,
sob orientação do prof. Sebastião
Benício da Costa Neto

Banca Examinadora

Profª. Drª. Vera Sonia Mincoff Menegon

Universidade Católica Dom Bosco – Campo Grande (Membro Externo)

Profª. Drª. Sônia Maria Mello Neves

Universidade Católica de Goiás – Goiânia (Membro Interno)

Profª. Drª. Sheila Murta Giardini

Universidade Católica de Goiás – Goiânia (Suplente)

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Universidade Católica de Goiás – Goiânia (Presidente)

Dedico este trabalho ao meu mestre, Sebastião Benício da Costa Neto que, mais que orientador, foi amigo, e a quem admiro pela competência, dedicação e sabedoria. Agradeço pela compreensão e acolhimento que teve nesses dois anos de caminhada juntos. Com ele aprendi, não apenas teorias e regras, mas, principalmente que o exercício profissional deve ser algo que vem de dentro e deve ser exercido com responsabilidade e respeito pelo outro.

A você, Sebá, meu muito obrigada, é impossível colocar em palavras a gratidão que levarei sempre comigo, não pelo orientador apenas, mas pelo amigo que sei que sempre será.

Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Às prof^{as}. Vera Sonia Mincoff Menegon, Sonia Maria Mello Neves e Sheila Murta Giardini, por aceitarem participar da minha banca examinadora, dedicando seu tempo e atenção à realização final desse mestrado.

À colega de mestrado Wandiana V. Castro Pitaluga, pela amizade, troca de conhecimentos, dificuldades e vitórias partilhados nesses dois anos.

À prof^a Suely Vieira Lopes e à colega Margareth Regina G. Veríssimo, pela paciência e ajuda no conhecimento dos caminhos da estatística.

Aos funcionários do mestrado, Wesley Pacheco Calixto e Cristiane Gonçalves Pinheiro, pelas orientações, paciência e amizade.

Às minhas queridas amigas Flávia, Josenilda, Simone e Stefânia que me acompanharam e dividiram comigo todas as etapas dessa caminhada, pelo carinho, apoio e pelos momentos de alegria que passamos juntas.

À amiga Regina, pela amizade e carinho, tanto nos momentos felizes, como nos difíceis.

Às amigas Cristiane e Irenilde, pela amizade mantida ao longo dos anos, pelo carinho e respeito que conquistamos “ultrapassando” os limites do tempo cronológico.

À Eutânia Filgueira, pela compreensão e amizade nos momentos difíceis dessa trajetória.

À amiga Terezinha, pelo estímulo, apoio e amizade que foram tão importantes nesse momento de minha vida.

Aos meus queridos pacientes do HGG pela disponibilidade em participarem desse estudo e pelo carinho que conquistamos.

Aos meus pais e irmãos que acreditaram no meu trabalho e contribuíram para minha realização pessoal e profissional.

Um agradecimento especial ao meu querido esposo Sebastião, pelo incentivo e paciência que teve durante minhas “ausências” e pelo amor e respeito que conquistamos a cada dia.

Aos meus dois “filhos” que, ainda embriões, chegaram para alegrar e me dar força para finalizar esta etapa do meu trabalho.

Finalmente agradeço a Deus por sua presença constante em minha vida e por ter-me orientado e guiado em todos os momentos de minha vida.

A todos meu muito obrigada!

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica, multidimensional e com alto grau de comorbidades associadas, cuja incidência tem aumentado nos últimos anos em muitos países. A perda de peso, por meio da cirurgia bariátrica, pode levar a uma melhoria na Qualidade de Vida (QV) das pessoas com obesidade. Este estudo objetivou avaliar a percepção de QV de pessoas com obesidade, em condição pré e pós-cirúrgica. Trinta pessoas com obesidade, grau III e II com comorbidades associadas que aguardavam a realização da cirurgia bariátrica (Grupo I) e trinta pessoas com obesidade que já haviam se submetido ao procedimento (Grupo II) em um hospital público, responderam o WHOQOL-100 e o SF-36, instrumentos de avaliação de QV, e uma entrevista semi-estruturada visando a avaliação subjetiva da QV desses participantes. No WHOQOL-100, o Grupo II apresentou maior pontuação que o Grupo I em todos os domínios, indicando melhor QV, destacando uma diferença pouco significativa nos domínios de relações sociais e espiritualidade/religião/crença. No SF-36, o Grupo II apresentou melhoria na percepção de QV em todas as dimensões, excetuando-se a dimensão de aspectos emocionais, que manteve igualdade entre os dois Grupos. Na entrevista semi-estruturada foi possível a categorização de nove categorias temáticas que permitiram avaliar os conceitos de saúde, doença e QV dos participantes, bem como sua percepção da rede de suporte social em que estão inseridos, o *locus* de controle e as estratégias de enfrentamento que utilizam em situações de estresse, tais como sua doença e tratamento. Na dimensão social e familiar da QV, os dois Grupos apresentaram um percentual significativo em comportamento positivo frente a rede de suporte social (9.9% - Grupo I e 10.5% - Grupo II). O grupo I apresentou maior percentual em *locus* interno (3.6%), enquanto o Grupo II, em *locus* externo (3.8%) e nas estratégias de enfrentamento a maior percentagem foi na estratégia comportamental (9.5% - Grupo I e 8.7% - Grupo II). Os participantes do Grupo II apresentaram melhoria em todas as dimensões da QV, principalmente, nas dimensões físicas e de capacidade funcional, demonstrando que a perda de peso por meio da cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz no que diz respeito à melhoria na QV geral.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Obesidade; Cirurgia Bariátrica; WHOQOL-100; SF-36.

ABSTRACT

Obesity is a chronic multidimensional disease and with high degree of associated comorbidities, whose incidence has been increasing lately in many countries. The weight loss, through the bariatric surgery, can lead patients with obesity to a better Quality of Life (QOL). This study aimed at evaluate the perception of obese people's QOL, in pré and post-surgical condition. Thirty obese, degree III and II with associated comorbidities that awaited the accomplishment of the bariatric surgery (Group I) and thirty obese that had already submitted to the procedure (Group II) in a public hospital, answered WHOQOL-100 and SF-36, instruments of evaluation of QOL, and a semi-structured interview seeking the subjective evaluation of those participants' QOL. In WHOQOL-100, the Group II presented larger punctuation that the Group I in all the domains, indicating better QOL, detaching a little significant difference in the domains of social relationships and spirituality/religion/values. In SF-36, the Group II presented improvement in the perception of QOL in all the dimensions, excepting the dimension of emotional aspects, which maintained equality among the two Groups. In the semi-structured interview it was possible evaluate nine thematic categories that allowed to evaluate the concepts of health, disease and the participants' QOL, as well as their perception of the net work of social support that are inserted, the *locus* of control and the coping that use in stress situations, such as their disease and treatment. In the social and family dimension of QOL, the two Groups presented a percentage significant in behavior positive front the net work of social support (9.9% - Group I and 10.5% - Group II). The group I presented larger percentile in internal *locus* of control (3.6%), while the Group II, in external *locus* of control (3.8%) and in the coping the largest percentage was in the behavior coping (9.5% - Group I and 8.7% - Group II). The Group II presented improvement in all dimensions of QOL, mainly, in the physical dimensions and functional capacity, proving that weight loss through the bariatric surgery is an effective treatment in concerns the improvement in general QOL.

Key Words: Quality of Life; Obesity; Bariatric Surgery; WHOQOL-100; SF-36.

SUMÁRIO

Resumo	vi
Abstract.....	vii
Lista de Tabelas	x
Lista de Quadro	xi
Lista de Figuras	xii
Lista de Siglas.....	xiii
1 – Introdução	01
2 – Questões Relativas à Obesidade	09
2.1 – Etiologia e Conceito da Obesidade.....	10
2.2 – Epidemiologia da Obesidade.....	15
2.3 – Classificação da Obesidade	17
2.4 – Visão Social e Psicológica da Obesidade de seu Tratamento	18
3 – Questões Relativas à Cirurgia Bariátrica.....	26
4 – Questões Relativas à Qualidade de Vida	32
4.1 – Conceito de Qualidade de Vida.....	32
4.2 – Avaliação da Qualidade de Vida	35
4.3 – Qualidade de Vida e Obesidade.....	38
4.4 – Qualidade de Vida e Cirurgia Bariátrica	42
4.4 – Mediadores da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	44
5 – Objetivos.....	53
5.1 – Objetivo Geral	53
5.2 – Objetivos Específicos	53
6 – Método	54
6.1 – Tipo do Estudo	54
6.2 – Participantes	54
6.3 – Instrumentos	55
6.3.1 – Entrevista Semi-Estruturada em pré e pós-cirúrgico.....	55
6.3.2 – <i>World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)</i>	56
6.3.3 – <i>The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	58
6.4 – Recursos Materiais	60
6.5 – Procedimento.....	60

7 – Resultados	66
7.1 – Análise Quantitativa	66
7.1.1 – Comparação entre o Grupo I e Grupo II.....	75
7.2 – Análise Qualitativa	77
7.2.1 – Descrição das Categorias e Sub-categorias Temáticas de Qualidade de Vida de Pessoas com Obesidade Submetidas à Cirurgia Bariátrica	81
8 – Discussão	89
9 – Considerações Finais	102
Referências	105
Anexos.....	115
Anexo 1 – Entrevista Semi-Estruturada em Pré-Cirúrgico	116
Anexo 2 – Entrevista Semi-Estruturada em Pós-Cirúrgico	119
Anexo 3 – WHOQOL-100	122
Anexo 4 – SF-36.....	136
Anexo 5 – Protocolo de Identificação	142
Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	143
Anexo 7 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal.....	145
Anexo 8 – Avaliação e Preparo Psicológico em Pré-Cirúrgico do HGG.....	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do Peso Segundo o IMC.....	17
Tabela 2 – Classificação do Peso Segundo o IMC e Risco de Comorbidez em Adultos.....	18
Tabela 3 – Características Sócio-Demográficas de Pessoas com Obesidade Grupo I.....	67
Tabela 4 – Média e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-100 do Grupo I.	68
Tabela 5 – Média e Desvio Padrão das Dimensões do SF-36 do Grupo I.....	69
Tabela 6 – Correlação de Pearson entre os dados de SF-36 e WHOQOL-100 do Grupo I.....	70
Tabela 7 – Características Sócio-demográficas de Pessoas com Obesidade Grupo II.....	72
Tabela 8 – Média e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-100 do Grupo II.....	73
Tabela 9 – Média e Desvio Padrão das Dimensões do SF-36 do Grupo II.....	74
Tabela 10 – Correlação de Pearson entre os dados de SF-36 e WHOQOL-100 do Grupo II.....	75
Tabela 11 – Frequência das Categorias e Subcategorias Temáticas de Qualidade de Vida de Pessoas com Obesidade.....	77

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Aspectos Temáticos, Modelo e Objetivo da Pergunta, Segundo o Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada.....	56
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Domínios de QV do WHOQOL-100 dos Grupos I (pré-cirúrgico e Grupo II (pós-cirúrgico).....	76
Figura 2 – Dimensões de QV do SF-36 dos Grupos I (pré-cirúrgico) e Grupo II (pós-cirúrgico)	76
Figura 3 – Categorias Temáticas de QV do Grupo I.....	80
Figura 4 – Categorias Temáticas do Grupo II.....	80

LISTA DE SIGLAS

DSM-IV.....	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales
IMC.....	Índice de Massa Corpórea
QV.....	Qualidade de Vida
WHOQOL-100.....	<i>World Health Organization Quality of Life Assesment</i>
SF-36.....	<i>The Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey</i>
PPCO.....	Programa de Prevenção e Controle da Obesidade
HGG.....	Hospital Geral de Goiânia

1 – INTRODUÇÃO

Desde tempos primórdios, existem relatos sobre a obesidade recebendo diferentes significados em cada época e em cada cultura, tais como: riqueza, beleza, saúde e doença. 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 como aspecto primordial nas relações tanto humanas, quanto profissionais. Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), o padrão de beleza esbelto imposto, principalmente para as mulheres, é uma variável envolvida no processo de ganho de peso, sendo difícil a mensuração de sua força dentro deste contexto. Serra e Santos (2003) afirmam que “... a mídia desempenha papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares” (p.701). Ao mesmo tempo em que impõe uma imagem de corpo ideal, a mídia expõe as “doçuras” que a indústria alimentar oferece, em um paradoxo repleto de significados e sentidos que podem levar ao anseio irreal de corresponder às expectativas do meio, ao mesmo tempo em que podem limitar suas ações para alcançar esse padrão imposto.

Dentro deste contexto, a obesidade tem sido tratada como um aspecto do indivíduo que leva a preconceitos. Para Segal e Fandiño (2002), em países industrializados, a obesidade é alvo de preconceito e discriminação, fato que pode ser observado em diversas situações, tais como aquelas apresentadas pela televisão, pelas revistas, por piadas e situações de emprego que para o obeso resultam em salários mais baixos e outras limitações. A obesidade pode, também, levar ao isolamento social, à distorção da auto-imagem que, segundo Cash (1993, citado por Almeida, Loureiro & Santos, 2002), muitas vezes, advém da insatisfação com o próprio corpo, relacionada ao peso, levando a uma imagem corporal negativa, em decorrência do estigma social da obesidade e da ênfase do culto ao corpo magro.

Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) afirmam que “a obesidade é considerada uma síndrome multifatorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades sócio-econômicas” (p.39). Esses autores afirmam que os aspectos psicológicos de pessoas obesas têm sido objetos de estudos. Fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, relacionados com a obesidade, têm sido investigados. Porém, não existem dados conclusivos na literatura sobre este assunto. Segal e Fandiño (2002) afirmam que, por muito tempo, a obesidade foi compreendida como sendo uma consequência de conflitos psicológicos, em decorrência de uma formação egóica inadequada, mas esta visão não é mais aceita por estudiosos do assunto, apesar de, ainda, ser difundida entre pessoas leigas e alguns profissionais de saúde. É certo que pessoas obesas que procuram tratamento, em sua maioria, apresentam sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar, no entanto este fato não torna possível o estabelecimento de relação de causa-efeito, como, às vezes, é feito. Para Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002), os modelos biológicos/ambientais explicam melhor os comportamentos que levam à obesidade; no entanto, os estudos dos aspectos psicológicos da obesidade são muito importantes para o desenvolvimento de tratamentos clínicos desta doença.

Logo, a obesidade representa um padrão estético indesejado e uma doença que necessita de maiores estudos, a fim de se chegar a um tratamento eficaz, visto que é uma das patologias que mais mata no mundo, em decorrência das comorbidades relacionadas ao seu desenvolvimento (Coutinho & Benchimol, 2002). Entre tais comorbidades, destacam-se a hipertensão arterial, o *diabetes melitus*, a doença coronariana, a apnéia do sono, o câncer, dentre outras. Para os autores, o tratamento de obesidade deve estabelecer metas para a reeducação alimentar, atividades físicas e agentes antiobesidade. Porém, em pessoas cuja

obesidade atingiu um grau maior de severidade, uma abordagem clínica não apresenta bons resultados e, nestes casos, a cirurgia bariátrica surge como uma opção de tratamento.

De acordo com García-Caballero (2005), a cirurgia da obesidade não deve ser compreendida como uma cirurgia digestiva, mas como uma cirurgia para modificar o comportamento nutricional, cujo objetivo é a mudança dos hábitos alimentares de pacientes com obesidade mórbida, especificamente, aqueles que apresentam um alto grau de severidade desta doença, sendo esta compreensão importante para o sucesso nos resultados após a cirurgia. Para o autor, há a necessidade de se procurarem soluções psicológicas, sobretudo comportamentais, para a condição de obesidade, em vista das experiências com esta cirurgia que, freqüentemente, quando suscita conflitos psicológicos, pode levar a pessoa a ela submetida a repetidos episódios de vômitos, devido à ingestão excessiva de alimento, colocando o indivíduo em situação de vulnerabilidade.

Para se pensar em um tratamento eficaz para a obesidade supõe-se que seja importante a avaliação da rede de suporte social que este indivíduo possui, seja para um tratamento clínico ou cirúrgico. A forma como o indivíduo se relaciona com seu meio e o suporte que ele recebe deste mesmo meio podem ajudar ou não em seu prognóstico.

Para Mathias *et al.* (1997), as decisões sobre o tratamento e suas conseqüências na saúde estão muito relacionadas com a percepção e avaliação que a pessoa tem sobre sua própria saúde. Portanto, a forma como o indivíduo avalia sua relação consigo mesmo e com o meio externo e as responsabilidades de cada um destes fatores no desenvolvimento e manutenção de seus êxitos e/ou fracassos podem interferir, direta ou indiretamente, nas suas escolhas e comportamentos de saúde. Estes comportamentos estão relacionados ao *locus* de controle interno ou externo que o indivíduo atribui à relação com o meio. Díaz (1982, citado por Noriega, Albuquerque, Alvarez, Oliveira & Coronado, 2003) afirma que pessoas que

possuem *locus* de controle externo atribuem o êxito às condições do meio externo, enquanto aquelas que possuem *locus* de controle interno tendem a atribuir o êxito ao seu próprio esforço ou habilidades.

Carvalho (2001) relata que vários estudos demonstram que há uma relação entre o *locus* de controle e a perda de peso, sendo que alguns trazem o *locus* de controle interno como um bom preditor para o sucesso em tratamentos de obesidade, enquanto outros contrariam esta afirmação.

Outro fator importante a ser avaliado são as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos que procuram tratamento para a obesidade, verificando se essas estratégias ajudam ou não nesse processo. Como as pessoas percebem sua obesidade e enfrentam as situações advindas da mesma, pode fazer diferença na avaliação global de sua Qualidade de Vida (QV).

A obesidade dentro de seu contexto multifatorial, segundo Kolotkin, Meter e Williams (2001), traz consigo um impacto significativo na saúde, no bem-estar psicossocial, na longevidade e na QV das pessoas que são afetadas por ela. De acordo com os autores, as pessoas obesas podem melhorar a saúde e a QV com a ajuda e o suporte de profissionais da saúde (sobretudo de psicólogos e nutricionistas), de membros da família e dos amigos. Muitos instrumentos de avaliação e de tratamento estão disponíveis para ajudá-las a administrar seu peso e a melhorar as condições de comorbidades relacionadas à obesidade, bem como elevar sua QV.

Desde a década passada, o interesse pela mensuração da QV tem aumentado, tanto na saúde pública, quanto na medicina clínica. A QV baseia-se no princípio de multidimensionalidade e no caráter subjetivo, que se relaciona ao que o indivíduo relata a partir de sua própria experiência (Tsai, Yang, Lin & Fang, 2004). Assim, Ferrans (1990, citado

por Wahl, Hanestad, Wiklund & Moum, 1999) define QV global como “um bem-estar pessoal que vai da satisfação ou insatisfação com importantes áreas de sua vida” (p.428).

É com este intuito que surgiu o interesse pelo tema, ou seja: verificar a configuração da QV de indivíduos obesos, comparando os benefícios que a cirurgia bariátrica pode proporcionar aos mesmos. Por ser este um tratamento relativamente novo dentro do contexto da saúde, pouco se sabe acerca dos benefícios e limitações vivenciados pelos indivíduos que a ele se submetem, a longo prazo. O trabalho desenvolvido com uma população de indivíduos obesos que aguardam a realização da cirurgia bariátrica, ou que já a realizaram, motivou o interesse no desenvolvimento deste estudo. O contato freqüente, na clínica e no hospital, com suas expectativas e anseios aumentou os questionamentos acerca da mesma, sendo que os relatos dos resultados e alterações na vida daqueles que já haviam se submetido à cirurgia proporcionaram a abertura para uma investigação sobre o tema.

A partir da experiência acima mencionada surgiram, então, os seguintes questionamentos: A cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz, no que diz respeito à melhoria na QV geral, para indivíduos com obesidade? Que percepção relacionada à QV os indivíduos desenvolvem antes e depois da cirurgia? Que dimensões de QV mais se alteram no momento pós-cirúrgico em comparação ao pré-cirúrgico? Que avaliação os pacientes de cirurgia bariátrica fazem quanto a sua rede de suporte social? E, finalmente, que estratégias de enfrentamento psicológico são adotadas nas fases pré-cirúrgica e pós-cirúrgica?

As contribuições deste estudo ocorrem tanto no aprimoramento da compreensão da QV, no contexto da obesidade e do tratamento cirúrgico, como no processo de humanização e na assistência à saúde destes indivíduos. Estudar a QV, antes e depois da cirurgia bariátrica, permitirá verificar alterações nestes dois importantes momentos, podendo, assim, contribuir para que haja um melhor preparo, tanto físico, quanto emocional, para o enfrentamento de

possíveis restrições no período pós-operatório e melhores condutas dentro do contexto multidimensional que esta doença impõe.

Além disso, a Psicologia da Saúde, como um campo de produção e aplicação do conhecimento psicológico, poderá incorporar ao conhecimento sobre a obesidade outros conhecimentos, por meio desta investigação, contribuindo para que se problematizem proposições teórico-conceituais e teórico-metodológicas na construção do conhecimento sobre a obesidade, no que diz respeito aos aspectos psicológicos nela inseridos.

De acordo com essa perspectiva, após a revisão da literatura (incluindo o estudo sistemático de investigações sobre o assunto), buscou-se realizar uma explanação dos temas pertinentes ao presente estudo, de acordo com as dimensões que o constitui. Sendo assim, serão apresentados: Questões Relativas à Obesidade; à Cirurgia Bariátrica e, à Qualidade de Vida de Pessoas com Obesidade. Reunindo estudos acerca da questão da obesidade e de sua epidemia crescente; conceitos de obesidade com diferentes enfoques; influências de fatores culturais; normas de classificação do grau de obesidade e formas de tratamento. Com respeito à dimensão de tratamento da obesidade, procurou-se rever modelos teóricos psicológicos que discutem as proposições relativas à obesidade e seu tratamento, assim como discutir a avaliação psicológica para a realização do tratamento cirúrgico para a obesidade.

Apresenta, também, estudos sobre mediadores da QV, tais como: suporte social, *locus* de controle e estratégias de enfrentamento. O suporte social é um dos mediadores que merece atenção, no que diz respeito ao tratamento da obesidade e da cirurgia bariátrica. Foi apresentado com o intuito de favorecer o conhecimento sobre sua importância em relação à situação determinada de procura de tratamento para a obesidade, devido ao fato de ter sido apontado, em estudos, como uma dimensão de importante incidência na área da saúde. Outro mediador apresentado foi o *locus* de controle, que teve como fundamento a investigação da

influência ou da responsabilidade atribuída ao controle da vida a fatores externos ou internos, procurando compreender se esta variável pode ser considerada um fator preditivo para a busca e manutenção do tratamento da obesidade e para a melhoria da QV dos indivíduos que procuram este tratamento. Por fim, foi apresentado o mediador estratégias de enfrentamento visando compreender se a escolha dessas estratégias pode influenciar, de alguma maneira, na procura e manutenção do tratamento de obesidade e na percepção global da QV.

Na tentativa de se compreender o constructo de QV, procurou-se desenvolver uma discussão acerca do tema, procurando focar o aspecto multidimensional que este constructo impõe, visando à compreensão dos aspectos tanto subjetivos, quanto objetivos, de acordo com as dimensões dos domínios físico, psicológico, social e de funcionamento emocional. Uma breve explanação de seu desenvolvimento histórico permitirá a visualização de como este constructo passou a fazer parte dos estudos na área da saúde. Apesar da falta de consenso entre os pesquisadores, quanto à conceituação e mensuração deste constructo, foi possível, sem a pretensão de esgotar o tema, desenvolver uma apresentação geral, favorecendo uma visão dos aspectos multidimensionais da QV relacionada à saúde, assim como discutir alguns estudos desenvolvidos, mais recentemente, sobre o assunto, possibilitando uma compreensão da relação entre QV, saúde e doença.

Após esta explanação, realiza-se a descrição do método utilizado, descrevendo-se os participantes da pesquisa, os instrumentos utilizados, bem como local e procedimentos realizados para o desenvolvimento da mesma.

Em seguida, apresenta-se os resultados que foram organizados a partir dos dados quantitativos obtidos por meio da aplicação dos instrumentos WHOQOL-100 e SF-36 (descritos no método) e qualitativos, obtidos por meio da aplicação de uma entrevista semi-estruturada (descrita no método), sendo que, para os dados quantitativos, a apresentação foi

realizada, primeiramente, com os resultados do Grupo I (pré-cirúrgico) e, após, do Grupo II (pós-cirúrgico), apresentando, ao final, os dados de ambos os grupos para uma visualização das diferenças dos resultados entre os mesmos, sem a pretensão de uma comparação, visto serem grupos de pessoas diferentes em momentos diferentes de suas vidas. O resultado da avaliação qualitativa foi apresentado a partir de categorias temáticas desenvolvidas por meio da análise de conteúdo das entrevistas, utilizando-se o método desenvolvido por Bardin (1977), a partir da qual se procurou verificar a avaliação subjetiva dos participantes sobre sua QV e os mediadores da QV: a rede de suporte social, o *locus* de controle utilizado e as estratégias de enfrentamento, presentes nesse contexto.

Na discussão, são confrontados os dados apresentados, sendo discutidas as características sociodemográficas dos participantes para uma melhor compreensão da população desse estudo e os dados quantitativos e qualitativos, relacionando-os com a teoria estudada.

Finalmente, são apresentadas as Considerações Finais, e, em seguida, os Anexos.

2 – QUESTÕES RELATIVAS À OBESIDADE

A obesidade tem sido um problema de saúde pública, aumentando sua incidência e prevalência na maioria dos países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. Portanto, o interesse em estudos sobre o tema tem aumentado, tornando-se uma ajuda importante e necessária para o controle e a prevenção dessa doença.

A QV de pessoas com obesidade é, normalmente, afetada pela doença e, pode prejudicar vários aspectos de suas vidas, como os aspectos físicos, sociais e emocionais. Existem fatores com os quais as pessoas têm que lidar e que interferem na sua QV, dentre eles, a relação que enfrentam na rede social em que estão inseridas; as dificuldades em desenvolver atividades físicas e, conseqüentemente, em manter uma atividade laboral; a maneira como percebe e atribui a responsabilidade ao contexto que vivenciam e a forma que encontram de enfrentar as situações conflitantes ocasionadas pela doença.

O aporte teórico para o desenvolvimento deste estudo é importante para a contextualização da obesidade e a compreensão do desenvolvimento e manutenção da mesma nas diversas culturas. Para tanto, neste momento, serão discutidas as diversas vertentes que acompanham o aparecimento e desenvolvimento da obesidade enquanto doença, bem como os diversos conceitos que se apresentam de obesidade, sua epidemiologia e tratamentos. O conceito de QV e estudos realizados sobre o tema, principalmente no que concerne à obesidade, e sobre os mediadores da QV também fazem parte desta explanação, com o objetivo de se discutir os valores e conceitos que podem intervir na melhoria e manutenção da QV das pessoas com de obesidade.

2.1 – Etiologia e Conceito da Obesidade

Segundo Fisberg (1995), a obesidade é, provavelmente, uma das enfermidades mais antigas do homem. Desde a pré-história, os desenhos rupestres mostram homens com peso excessivo para sua altura, e supõe-se que assim ocorria nas diversas culturas da idade antiga, quando o sucesso econômico encontrava-se associado ao sobrepeso ou à obesidade. Na idade média, as mulheres com formas arredondadas eram exemplos de um padrão estético feminino privilegiado. Até o final do século XIX, o excesso de gordura corporal era considerado sinal de saúde e sucesso. A partir do século XX, essa conceituação foi invertida: saúde e sucesso foram relacionados à magreza, fato reforçado pela mídia e pelo círculo da moda, pela medicina, entre outras áreas.

Ades e Kerbauy (2002) e Brownell e O'Neil (1999), ao exporem sobre a etiologia da obesidade, mostram mudanças históricas significativas. A obesidade, nos anos de 1950, era considerada um problema psicológico, visto a dominância da teoria freudiana no contexto da psicologia e psiquiatria, que tendia a associar causas psicogênicas a diversas doenças. Nos anos de 1960, com a ascensão dos terapeutas comportamentais, a obesidade foi conceituada como um resultado de hábitos alimentares mal adaptados. Nos anos de 1980, com o advento da era biológica, segundo a qual a genética, o metabolismo e a biologia foram considerados senhores supremos, descobriu-se uma contribuição genética para a obesidade. A partir dos anos de 1990, a obesidade passou a ser reconhecida como uma enfermidade de múltiplos fatores: genéticos, culturais, comportamentais, pessoais e outros.

Segundo Pereira, Francischi e Lancha (2003), muitos estudos vêm sendo realizados para a identificação de fatores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade, devido às demonstrações das conseqüências que a mesma traz para a saúde. Relatam que alguns autores enfatizam os fatores ambientais, em especial as dietas e as atividades físicas que,

juntamente com os fatores genéticos, poderiam explicar o aumento da obesidade na população mundial. Com o aumento do processo de modernização e a transição econômica na maioria dos países, a industrialização de produtos alimentícios tem proporcionado o aumento no consumo de alimentos ricos em proteínas e gorduras, havendo maior disponibilidade destes alimentos, que são associados à baixa demanda de gasto energético da vida moderna.

Segundo Pinheiro, Freitas e Corso (2004), em uma revisão bibliográfica acerca da epidemiologia da obesidade, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, uma hipótese que vem sendo estudada para verificar o aumento da incidência da obesidade é o aumento de ocupações que exigem pouco esforço físico e a redução de atividades físicas associadas ao lazer, juntamente com o aumento de consumo de gorduras e açúcares. O aumento do poder aquisitivo e a melhoria nas condições de vida podem estar diretamente relacionados com a obesidade.

Sendo assim, parece que a melhoria da condição socioeconômica está diretamente relacionada com o crescimento do índice de obesidade nos diversos países, pois quanto maior o poder aquisitivo, maior a possibilidade de as pessoas adquirirem alimentos calóricos. A esse fator associa-se a pouca necessidade de gasto energético nas atividades gerais, em decorrência da modernização tecnológica. Entretanto, é necessário o desenvolvimento de mais estudos nesta área, visto que se tem avaliado a presença de obesidade em populações mais pobres, como sugere a revisão literária acerca da epidemiologia da obesidade desenvolvida por Pinheiro *et al.* (2004).

Rodrigues, Suplicy e Radominski (2003), em um estudo sobre mutações nos genes de hormônios e neuropeptídios, de seus receptores ou de elementos regulatórios, afirmam que, apesar destas mutações serem consideradas como raras, na espécie humana, os estudos destas mutações têm possibilitado um avanço nos conhecimentos sobre a base genética e

fisiopatológica da obesidade. Os excessos alimentares e o sedentarismo contribuem para a prevalência da obesidade; porém, há evidências de que a genética participa na regulação do peso corporal. Malheiros e Freitas (2002) corroboram esse ponto de vista, afirmando que obesidade é uma doença metabólica de origem genética e que indivíduos com este fator predisponente, que permanecem em ambientes que estimulam a ingestão de calorias e o sedentarismo, tendem a tê-lo como o grande fator desencadeante da obesidade.

A obesidade tem-se transformado em epidemia, e é considerada um dos maiores problemas de saúde pública mundial (World Health Organization, 1998). É uma doença que está sendo investigada por estudiosos do mundo todo que, exaustivamente, reavaliam conceitos e formas de tratamento (Almeida *et al.*, 2002; Carvalho, 2001; Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004; Francischi *et al.*, 2000; Porto *et al.*, 2002). A existência de vários fatores que se correlacionam com o aparecimento e a manutenção da obesidade indicam a presença de causalidade multifatorial para esta doença: nutrição, genética, psicológica, atividade física, dentre outras.

Existem diversas maneiras de conceituar obesidade, sendo que a ênfase a determinado fator ocorrerá de acordo com o estudo e enfoque teórico de cada autor. Para Cambi e Marchesini (2002), Betarello (1993, citado por Kaufman, 1997), Jordan *et al.* (1976, citados por Kaufman, 1997) e Pinheiro *et al.* (2004), a obesidade é uma doença multifatorial, sendo que hábitos alimentares errôneos, como alta ingestão calórica e baixo gasto energético, questões psicológicas, genéticas, demográficas etc. apresentam-se como causas para a incidência crescente desta doença. Seguindo este ponto de vista, Villela *et al.* (2004) afirmam que “A obesidade é um doença complexa e multifatorial surgindo do excessivo depósito de gordura que resulta da interação de fatores social, comportamental, cultural, psicológico, metabólico e genético” (p.369).

Numa visão psicossomática, sem, contudo, ignorar o aspecto constitucional da obesidade, Kahtalian (1992) conceitua obesidade como sendo a “expressão sintomática dos conflitos internos e externos que se realimentam como num mecanismo de *feedback*” (p.274).

O Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales DSM-IV (2002) traz um capítulo sobre transtornos da conduta alimentar – descritos como alterações graves das condutas alimentares. No entanto, a obesidade não está inclusa nesta obra, pois:

Ainda que a obesidade simples esteja incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como doença médica, no DSM-IV não aparece, já que não se tem estabelecido sua associação consistente com síndromes psicológicas ou de condutas. Entretanto, quando existem provas de que os fatores psicológicos desempenham um papel importante na etiologia ou no curso de algum caso específico de obesidade, este feito pode indicar-se anotando a presença de fatores psicológicos que afetam o estado físico (p.653).

Os estados psicológicos apresentam-se como característica quando fatores psicológicos ou de comportamento afetam negativamente o estado físico geral. Estes fatores podem afetar o curso da doença e do tratamento, e constituem um risco para a saúde do indivíduo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales [DSM-IV], 2002).

Na Classificação Internacional de Doenças – CID 10, a obesidade encontra-se categorizada no capítulo de transtornos mentais e comportamentais, dentro da categoria de Transtornos Alimentares, na descrição de hiperfagia psicogênica, assim conceituada:

Hiperfagia que tenha levado à obesidade como uma reação a eventos angustiantes (...) Perdas, acidentes, operações cirúrgicas e eventos emocionalmente angustiantes podem ser seguidos por uma ‘obesidade reativa’, especialmente em pacientes predispostos a ganho de peso (...) A obesidade pode induzir o indivíduo

a sentir-se hipersensível acerca de sua aparência e provocar uma perda de confiança em seus relacionamentos pessoais; a avaliação subjetiva das dimensões do corpo pode ser exagerada (Organização Mundial de Saúde, 1993, pp.176-177).

Sendo assim, segundo esta classificação, a ênfase dada à obesidade é de ordem psicogênica e não multifatorial, e está centrada em aspectos psicológicos, fato que pode parecer, em princípio, contraditório em relação ao que o DSM-IV (2002) traz como referência à obesidade. Para o DSM-IV (2002), não há associação psicológica ou de comportamento entre esses fatores e a obesidade. Porém, estas categorizações vêm ao encontro da grande variação de conceitos em estudos sobre a origem desta doença (se de causa física, e/ou genética, e/ou psicológica, e/ou comportamental e/ou ambiental). A continuidade de estudos e pesquisas nesta área se faz necessária até que se estabeleça um consenso sobre o assunto.

Embora as causas da obesidade não estejam bem estabelecidas, é comum as pessoas julgarem que a responsabilidade do tamanho corporal é exclusivamente das pessoas com obesidade, considerando-as pessoas sem autocontrole. Este estigma pode ser internalizado e incorporado à identidade do obeso, que pode passar a ser considerado apenas como um “gordo”.

Para Ades e Kerbauy (2002), a mídia, ao apresentar o corpo magro como o ideal, não leva em consideração as diferenças genéticas e questões relacionadas à saúde, podendo levar ao sofrimento aqueles que não alcançaram um corpo perfeito. Trata-se de um assunto apresentado por todos os meios de comunicação, por meio dos quais chegam informações a respeito da doença, sua epidemiologia mundial e suas possíveis soluções, com ênfase, na maioria das vezes, em seu caráter multifatorial.

2.2 – Epidemiologia da Obesidade

Em uma consultoria convocada pela World Health Organization (1998), com o objetivo de obter informações epidemiológicas sobre a obesidade, foi confirmado que o sobrepeso e a obesidade têm-se tornado uma ameaça para a saúde da população, prevalecendo nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, afetando tanto crianças, quanto adultos. As causas epidêmicas da obesidade são o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas com alto teor de gordura e energia. Este aumento reflete a mudança ocorrida na sociedade e nos modelos de comportamento, através dos quais o indivíduo pode tornar-se obeso. Para os consultores, torna-se urgente uma ação de saúde pública para a obesidade, tendo-se em vista a seriedade do quadro epidemiológico projetado para a próxima década.

De acordo com Porto *et al.* (2002), um estudo da Organização Mundial de Saúde, denominado *WHO MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases)*, realizado entre 1983 e 1986, demonstrou que a incidência da população obesa européia estava estimada entre 15% a 25%, nas mulheres, e de 10% a 20%, nos homens. No Brasil, estimava-se que 26,6% das mulheres e 22% dos homens tinham excesso de peso; que 11,2% das mulheres e 4,7% dos homens tinham obesidade leve e moderada e que 0,5% das mulheres e 0,1% dos homens apresentavam obesidade grave. Portanto, dados epidemiológicos apontam um crescimento na incidência de obesidade na maioria dos países. Ferraz e Albuquerque (2002) afirmam que alguns países industrializados, que apresentam dados epidemiológicos para a obesidade, revelam uma prevalência de 7% a 30% para pessoas que variam entre 30 a 64 anos de idade, sendo maior a prevalência em mulheres do que em homens.

No Brasil, ocorreu um aumento na proporção de pessoas com excesso de peso, de 21% para 31%, entre 1974 e 1989, sendo que a região sul apresentou maiores prevalências de

obesidade (Gigante, Barros, Post & Olinto, 1997). Estudos mais recentes sobre a prevalência da obesidade no Brasil vêm sendo desenvolvidos regionalmente, havendo carência de um estudo global sobre o país até o momento. Na região Nordeste do Brasil, Vasconcelos e Silva (2003) estudaram a prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos entre 1980 e 2000. Eles concluíram que as prevalências de sobrepeso e obesidade nesta região têm sido ascendente, porém, ainda em níveis menores que os dos países desenvolvidos. Na região Sul, Gigante *et al.* (1997), em um estudo com uma amostra de 1035 pessoas, com idade entre 20 e 69 anos, na cidade de Pelotas, concluíram que 21% desta população apresentavam obesidade e 40% sobrepeso. Monteiro, Conde e Castro (2003) realizaram um estudo nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, avaliando a relação entre obesidade e escolaridade, entre 1975 e 1997, obtendo como resultado que, no período de 1975-1989, a obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade. No período de 1989-1997, o aumento da obesidade foi maior nos indivíduos sem escolaridade. A partir destes dados, é possível concluir que o índice de obesidade tem aumentado no Brasil.

Malheiros e Freitas (2002) e Fandiño *et al.* (2004) afirmam que a obesidade tem sido considerada uma epidemia em países ricos e industrializados e em desenvolvimento. Ades e Kerbauy (2002) também apontam para o fato de que a obesidade não tem sido mais exclusividade dos países desenvolvidos, porque hoje ela aparece em países da América Latina, como México, Uruguai, Chile, Peru, Colômbia e Brasil.

Ainda que para Malheiros e Freitas (2002) “(...) apenas os países pobres parecem estar protegidos deste surto de obesidade” (p. 19), Popkin e Doak (1998, citados em Bernardi *et al.* 2005) revelam que a obesidade é um fenômeno mundial que tem atingido, atualmente, todos os níveis socioeconômicos, e não se encontra limitada a uma região, país ou grupo racial/étnico.

2.3 – Classificação da Obesidade

O método mais utilizado no mundo, para a classificação da obesidade, atualmente, é o Índice de Massa Corpórea (IMC), que é um parâmetro considerado confiável. É utilizado para a avaliação de peso corpóreo, que representa a soma de músculos, ossos, água corpórea e gordura de reserva. Para calculá-lo, deve-se dividir o peso em quilos pela altura ao quadrado (P/H^2). “Como qualquer outro índice, o IMC é sujeito a críticas, pois não leva em conta algumas características físicas que podem variar de um indivíduo para o outro (por exemplo, a gordura localizada). Trata-se, todavia, de um parâmetro mais confiável de avaliação do peso do que o encontrado na tabela de peso ideal.” (Domene, s.d, p.16).

A classificação do IMC se encontra na Tabela 1, onde pode ser observada uma variabilidade entre a pessoa “magra” e a “super-obesa”.

Tabela 1 - Classificação do Peso Segundo o IMC

IMC (Kg/ h)	Classificação
< 20	Magro
20 – 25	Faixa de peso ideal
25 – 30	Sobrepeso
30 – 35	Obesidade moderada
35 – 40	Obesidade importante
40 – 50	Obesidade mórbida
> 50	Superobesidade

Fonte: Domene (s.d)

Coutinho e Benchimol (2002) afirmam que “o Índice de Massa Corpórea representa um instrumento importante tanto para a classificação da obesidade, quanto para a estimativa do prognóstico do paciente obeso.” (p. 13). De acordo com a Organização Mundial de Saúde

(OMS), quanto maior o IMC, maior o risco de comorbidades associadas, tais como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, apnéia do sono, doenças cardiovasculares, artropatias, colecistopatias, câncer, dentre outras.

Na Tabela 2 encontra-se a classificação do peso, de acordo com o IMC, e risco de comorbidade, cuja nomenclatura do grau da obesidade, preconizada pela OMS, é a mais utilizada atualmente. O termo obesidade mórbida vem sendo substituído por de obesidade grau III, no uso diário entre profissionais de saúde e destes com pacientes, sendo esta uma nomenclatura menos carregada de significados e estigmas (Coutinho & Benchimol, 2002). Porém, o termo obesidade grau III, ainda não é de uso corrente na maioria dos ambientes que se trabalha com obesidade, prevalecendo, nesses casos, a nomenclatura obesidade mórbida.

Tabela 2–Classificação do Peso segundo o IMC e Risco de Comorbidez em Adultos

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Comorbidez
Baixo peso	<18.5	Baixo
Normal	18.5-24.9	Baixo
Sobrepeso	25.0-29.9	Aumentado
Obesidade grau I	30.0-34.9	Moderado
Obesidade grau II	35.0-39.9	Grave
Obesidade grau III (mórbida)	>40.0	Muito grave

Fonte: Organização Mundial de Saúde

2.4 – Visão Social e Psicológica da Obesidade e seu Tratamento

Especificamente, a experiência clínica tem demonstrado que indivíduos portadores de obesidade grau III, e grau II, com comorbidades associadas, perdem, em sua maioria, a motivação para viver devido à baixa qualidade de vida percebida em decorrência da doença,

levando ao comportamento de isolamento social. Esses fatores são reforçados pela mídia, que veicula o modelo ideal de corpo: ser gordo e ser magro, de acordo com os meios de comunicação, é apenas uma questão de “bom senso”.

Infelizmente, em nossa cultura, a obesidade é apontada como conseqüência da gula e da preguiça. Embora esta seja uma idéia equivocada, é amplamente difundida. Brownell e O’Neil (1999) afirmam que o indivíduo obeso, que não possui um corpo perfeito, demonstra que não tem força de vontade, que apresenta ausência de restrições e de controle e um comportamento preguiçoso e relaxado. “Dados esses valores culturais, é lógico acreditar que a sociedade reagirá negativamente aos que não conseguem alcançar os padrões preponderantes e esses indivíduos sofrerão com essa reação, tanto no nível social, como no psicológico.” (p.357).

Stunkard e Wadden (1992, citados por Bernardi *et al.*, 2005) relatam que a presença de sofrimento psicológico em obesos é decorrente tanto dos problemas relacionados ao preconceito social e à discriminação, quanto às características do seu comportamento alimentar. O obeso torna-se inseguro, ante sua dificuldade em perder peso, o que resulta numa preocupação excessiva com a obesidade e na depreciação de sua imagem física. A carga psicológica, portanto, é enorme, em decorrência do preconceito e da discriminação que sofrem, levando, conseqüentemente, à falta de confiança, à sensação de isolamento e à humilhação.

Segundo essa visão cultural, o indivíduo obeso não tem muito espaço a ocupar na sociedade, tanto nas relações sociais, quanto na vida econômica. Com esta tendência negativa frente à obesidade, dificilmente uma pessoa com obesidade conseguirá emprego, devido ao fato de ser ele considerado preguiçoso e relaxado e à negatividade, no que se refere à aparência, que não é bem aceita, mesmo que a pessoa tenha as qualificações solicitadas para o

emprego.

Segundo Brownell e O'Neil (1999), a discriminação da pessoa com obesidade pode ultrapassar os limites da sociedade e alcançar a auto-discriminação. É comum indivíduos com obesidade se auto-depreciarem, acreditarem que são imperfeitos e que deveriam se esforçar mais para conseguir alcançar um padrão de corpo ideal.

Para Kaufman (1997), a obesidade é uma tentativa de camuflar dificuldades para as quais o indivíduo não vê solução. Comer compulsivamente, geralmente, está associado à baixa auto-estima e à tentativa de mastigar sentimentos de auto-rejeição. Sua “fome” é de amor, de prazer e de vida. O alimento é, na verdade, um condutor de afeto. A pessoa obesa que procura tratamento busca ser compreendido em seu desejo de comer sem limites, de alcançar o prazer sem amargar o desprazer. Por outro lado, alguns podem buscar o apoio para o que pode ser chamado do início de uma nova etapa de vida, porque eles acreditam que poderão colocar fim a esse martírio que a obesidade traz.

Em sua grande maioria, as pessoas são obesas desde a infância, quando são obrigadas a conviver com tratamentos, dietas, psicoterapia, atividades físicas e medicamentos, sem nem mesmo terem noção da complexidade do problema que enfrentam. Há crianças que não aproveitam a infância em decorrência da obesidade. Na adolescência e vida adulta, o problema continua, mesmo após várias tentativas de emagrecimento, às vezes até conseguido, mas não mantido, gerando uma grande frustração nessas pessoas. Sentem que seus esforços não foram recompensados e que é praticamente impossível emagrecer. É difícil um tratamento clínico que resolva definitivamente o problema, que, inclusive, leva as pessoas à perda da vontade de viver (Nasser & Elias, 2002).

Andrade (1995) relata que no ambulatório de obesidade infantil de uma Universidade de São Paulo é freqüente a identificação de aspectos psicogênicos e psicodinâmicos

relacionados ao aparecimento e à manutenção da obesidade na infância. Um estudo psicológico, realizado neste ambulatório, com 134 crianças, revelou padrões de comportamento e respostas características, ou estados emocionais em comum, nos participantes. Para o autor, essas reações encontram-se relacionadas à rejeição materna e à carência de afeto; à depressão e à culpa; às angústias circunstanciais; às mães simbióticas e aos pais superprotetores; aos pais alcoólatras; à criança imatura e a problemas orgânicos. Segundo Soifer (1987, citada por Andrade, 1995), quando a obesidade é considerada um sintoma de grande ansiedade, demonstrando dificuldades internas, afetivas e relacionais, é importante o início de um processo psicoterápico.

Para Kahtalian (1992), a obesidade tem sido associada a vários tipos de psicose e de neurose. Porém, é importante ressaltar que comer, ganhar ou perder peso é apenas parte da questão. É importante conhecer a dinâmica envolvida neste processo, porque o ato de comer pode significar muitas coisas, tais como necessidade de afeto, medo de sofrer privações, reação diante de uma perda e/ou uma separação, dentre outras. De acordo com o autor, a maioria das pessoas com obesidade apresenta mais traços psiconeuróticos que a população não obesa.

Ainda não se faz clara a relação existente entre a obesidade e os aspectos psicológicos e/ou psiquiátricos ou se há um aspecto que precede o outro, isto é, se a obesidade é decorrência de distúrbios emocionais e/ou psiquiátrico ou se a obesidade pode levar a esses distúrbios. O fato é que, como Campos (1995) ressalta, não existe um perfil definido ou uma estrutura mental única para o indivíduo com obesidade, pois fatores psíquicos, assim como orgânicos e ambientais, se interligam, sendo prematuro afirmar que exista uma relação linear de causa e efeito nesse contexto.

A procura por tratamentos que possam proporcionar a cura deste mal é constante. Os

obesos, em sua maioria, consultam vários profissionais em busca da “receita mágica”, seguindo à risca orientações que recebem sobre dietas diversas. Não sabem mais o que fazer, a fim de conseguir realizar o sonho de se livrarem da massa disforme em que tornaram seus corpos.

Uma avaliação da auto-imagem, em 30 mulheres com obesidade mórbida, comparativamente com 30 mulheres não obesas, foi desenvolvida por Almeida *et al.* (2002), por meio do Desenho da Figura Humana e entrevista complementar. Os resultados apontaram para o fato de que as mulheres obesas apresentaram maior dificuldade em expressar, simbolicamente, suas vivências corporais; mostraram-se insatisfeitas com o corpo atual, buscando alternativas para a perda de peso, enquanto as mulheres não obesas, por meio da técnica gráfica, não demonstraram comprometimento com a imagem corporal. No entanto, por meio da entrevista, algumas relataram insatisfação com o próprio corpo, fato que pode estar relacionado com a percepção subjetiva que elas têm sobre o corpo.

De acordo com Kaufman (1993), a imagem corporal é o retrato mental que a pessoa faz de sua aparência física, de como se sente e como se comporta em relação à mesma. Para o autor, o obeso apresenta uma distorção da imagem corporal e, quanto mais precoce o aparecimento da obesidade, mais intensa é esta distorção. Se a obesidade tem início na infância, há uma tendência a sentir o corpo como vergonhoso e grotesco, acreditando que os outros o olham com desprezo. Desde cedo sentem que seu corpo é feio. Começam, assim, a se isolar. A relação com o corpo reflete um retrato de sua impotência, do vazio, da culpa e do medo da destruição. Rejeitando o próprio corpo, pensam que podem preencher o vazio interior com comida.

A distorção da imagem corporal, segundo Kahtalian (1992), pode ocorrer quando ela, a imagem corporal, está associada a aspectos idealizados ou patológicos que são, geralmente, e,

por sua vez, associados à dificuldade em aceitar o próprio corpo. Esta imagem corporal pode ter sido, assim, introjetada ante uma identificação com aspectos patológicos de figuras de pais e parentes obesos, levando a um conflito entre o que se é, o que se quer ser e o que se pode ser, e, nestes casos, o tratamento médico para a redução de peso pode ser de difícil resultado.

Para Kaufman (1997), numa visão psicanalítica, a pessoa que começa uma dieta tem a ilusão de que será definitiva. Entretanto, ao emagrecer começa aos poucos a voltar ao seu padrão de alimentação anterior à dieta. A manutenção torna-se difícil porque, geralmente, a necessidade ou a compulsão alimentar não é tratada, apenas reprimida.

Segundo o modelo cognitivo-comportamental, é importante, de acordo com Brownell e O'Neil (1999), a utilização de técnicas preventivas de recaídas durante e/ou após o tratamento, baseadas na solução de problemas e no conhecimento de habilidades de manejo. Para os autores, deve ser ensinado ao indivíduo como identificar problemas alimentares específicos, como planejar estratégias tanto cognitivo-comportamentais, quanto emocionais, para evitar recaídas ou reagir construtivamente, caso ocorra esta recaída.

No modelo conceitual para avaliação e tratamento da obesidade, esta doença não é considerada um transtorno psiquiátrico pelo DSM-IV (2002), nem é considerada um comportamento. Porém, a mudança de comportamentos, relacionada à ingestão de alimentos calóricos, é fundamental para o manejo da obesidade. Logo, o objetivo do tratamento é o manejo, e não a cura desta doença. Para tanto, é preciso desenvolver padrões de comportamentos duradouros para a manutenção da perda de peso, mesmo que haja influências genéticas, interpessoais e ambientais que a dificultem (Brownell & O'Neil, 1999).

Toda intervenção terapêutica para a perda de peso em pacientes obesos e com sobrepeso deve incluir um programa de modificação do estilo de vida, ou seja, maneiras que o indivíduo pode utilizar para lidar com questões da vida diária e com mudança de

comportamentos, tais como a introdução de dieta e de atividades físicas. Perder o peso e mantê-lo depende da capacidade do paciente em modificar e manter seus hábitos saudáveis de vida (Pardo *et al.*, 2004).

A pressão social pode levar à realização de dietas excessivas, que desencadeiam reações psicológicas e fisiológicas que podem levar à recuperação e ao aumento da obesidade. Assim, as restrições e a auto-imposição das pessoas que fazem dietas podem levar à compulsão alimentar posterior às mesmas, podendo associar-se a conseqüências psicológicas, tais como perda da auto-estima, mudanças de humor e distração. Supõe-se que se deve interromper este ciclo vicioso de perda e recuperação de peso, que pode contribuir para o aumento dos riscos à saúde. A obesidade, como uma condição crônica, requer apoio periódico e reeducação em aspectos comportamentais e exercícios, sendo, portanto, importante uma revisão crítica e desprovida de preconceitos acerca da obesidade e de seu tratamento (Bernardi *et al.*, 2005).

A redução de gordura diminui a morbidade e a mortalidade de pessoas obesas, melhorando sua qualidade de vida. No entanto, é importante questionar a relação entre redução de peso e de gordura corporal que, muitas vezes, são usados como sinônimo. Nem sempre, ao se reduzir a gordura corporal se reduz o peso, pois pode ocorrer um aumento de massa muscular que poderá ser superior à perda da gordura, levando ao aumento no peso corporal total. Logo, a ênfase do tratamento da obesidade deve ocorrer na redução de gordura corporal, pois é essa perda que promoverá benefícios à saúde (Francischi *et al.*, 2000).

Para Cabral (2002), a redução do peso, por meio de dieta, exercício ou tratamento medicamentoso desencadeia alterações compensatórias no apetite e gasto energético, fazendo com que a manutenção da perda de peso seja difícil, para o obeso grau III. Após um 1 ano do tratamento, a recuperação pode ser de 30% a 35% da perda, e, após 5 anos, em torno de 50%

dos pacientes recuperam o peso perdido. Os resultados dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são avaliados à luz dos novos objetivos do tratamento da obesidade, dentre eles, atingir o peso saudável e não o ideal. O autor ressalta que, para a obesidade mórbida, grau III, o tratamento clínico é, na maioria das vezes, frustrante. Acredita que a cirurgia bariátrica é considerada, atualmente, o tratamento mais bem sucedido nestes casos, e deve ter como objetivo o equilíbrio metabólico, da pressão arterial, a melhoria de problemas osteoarticulares e psicológicos, dentre outros, e que não se devem criar expectativas irreais, quanto à perda de peso: a meta deve ser a melhoria da saúde, e não um emagrecimento impossível de ser alcançado.

Entretanto, mais estudos devem ser realizados, a fim de se comprovar a real eficácia da cirurgia bariátrica, pois trata-se de uma técnica recente na medicina, para tratamento da obesidade. Ainda existem poucos estudos de acompanhamento com pacientes que fizeram esta cirurgia, mas acredita-se que um acompanhamento longitudinal aos mesmos poderá esclarecer e/ou confirmar suas vantagens e/ou desvantagens.

3 – QUESTÕES RELATIVAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com Terceiro (2003), a cirurgia da obesidade surgiu por meio de observações de perda de peso em pacientes operados de câncer gástrico ou úlcera péptica, segundo a qual se retirava grande porção do estômago e intestino delgado, na década de 1950. Este tipo de cirurgia passou, então, a ser utilizada para o tratamento da obesidade. As técnicas cirúrgicas foram aprimorando-se com o passar do tempo, e tornando-se cada vez mais conhecidas e procuradas pelas pessoas com obesidade.

A cirurgia bariátrica teve seu início nos Estados Unidos, na década de 1950, sendo realizada para fins de perda de peso, primeiramente, em animais. Na década de 1960, houve os primeiros resultados em seres humanos, sendo utilizadas técnicas que atuavam sobre o intestino delgado, reduzindo a área de absorção dos alimentos, causando, assim, a perda de peso. Apresentava, no entanto, efeitos indesejados, devido à má absorção dos alimentos. Essa técnica foi abandonada em 1970, e começou a ser feita somente sobre o estômago, técnica que é utilizada hoje com várias modificações. No Brasil, a cirurgia bariátrica foi introduzida na década de 1970, mas foi abandonada devido aos efeitos indesejáveis. A partir de 1980, iniciou-se a cirurgia de redução do estômago no Serviço de Cirurgia do Estômago, do Hospital das Clínicas de São Paulo. Após a utilização de vários métodos, verificou-se que a técnica proposta por Rafael Capella era mais segura, pois:

reduz drasticamente o estômago a apenas 20 ml, limita-se a velocidade de esvaziamento do alimento pelo emprego de um anel de restrição na saída dessa pequena câmara e provoca-se uma leve diminuição no aproveitamento desse pouco alimento ingerido, através de uma ligação da pequena câmara de estômago com as primeiras porções do intestino delgado (Garrido, 1988, p. 37).

As principais técnicas cirúrgicas utilizadas para o controle da obesidade são três: 1) Restritivas, que diminuem o tamanho do estômago, restringem a ingestão de alimentos e dificultam a passagem da comida, mantendo a integridade do tubo digestivo; 2) Disabsortivas, que modifica a anatomia do intestino delgado para diminuir a absorção intestinal e alcançar maior perda de peso; reduz, também, o tamanho do estômago, porém bem menos que na operação restritiva; e 3) Combinadas restritivas e disabsortivas, que é a combinação das duas técnicas, na qual há a redução da bolsa gástrica. A maior parte do estômago, do duodeno e dos segmentos variáveis de intestino delgado são transpassados e, por isso, não entram em contato com o alimento (Domene, s.d).

De acordo com Fandiño *et al.* (2004), nos últimos anos, a técnica que associa a restrição à disabsorção, chamada cirurgia de Capella, vem predominando. Para os autores, é uma técnica segura e com baixa morbidade.

Para a realização da cirurgia bariátrica é necessário que se sigam padrões estabelecidos mundialmente para sua indicação: o indivíduo necessita apresentar obesidade mórbida - atualmente denominada obesidade grau III - ou apresentar obesidade grau II com doenças associadas à obesidade que ponham em risco a vida.

Os critérios para a indicação à cirurgia são, de acordo com Domene (s.d):

- IMC igual ou superior a 40;
- IMC igual ou superior a 35 com doenças associadas com grande possibilidade de complicações;
- Não ter conseguido emagrecer com outros tratamentos conservadores, como dietas e exercícios físicos; e,
- Ter avaliação e liberação psicológica para a cirurgia.

Por outro lado, os critérios para contra-indicação à cirurgia são: doença grave que

contra indique um procedimento cirúrgico grande; história de alcoolismo e drogadição e distúrbios psiquiátricos graves.

Os critérios estabelecidos por Domene (s.d) estão de acordo com o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde (2000), acerca da cirurgia bariátrica, quando, em 1999, após consultas à sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, reconheceu-se a necessidade de incluir este tratamento entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo critérios para a indicação cirúrgica, quais sejam:

- a - Paciente portador de obesidade de grandes proporções, de duração superior a 02 anos, com Índice de Massa Corpórea – IMC superior a 40 Kg/m² e resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterápicos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 anos; e,
- b – Pacientes obesos com IMC superior a 35 Kg/m², portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, atropatias, hérnias de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade.

Os pacientes que se enquadrarem nos critérios estabelecidos acima, para ter confirmada a indicação da gastroplastia, deverão apresentar: a) ausência de patologias endócrinas específicas; b) ausência de transtorno mental (alcoolismo, drogadição e outros); e c) ausência de condições físicas/clínicas que contra-indiquem cirurgias de grande porte (cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras).

Segundo Domene (s.d), a opção por esse tratamento deve ser feita após a avaliação de uma equipe multiprofissional, composta por cirurgião, psicólogo, cardiologista, anestesista, endocrinologista, dentre outros. Vários exames devem ser realizados e, além disso, a avaliação psicológica é muito importante, ajudando a identificar possíveis problemas que possam interferir na evolução pós-cirúrgica.

A avaliação psicológica tem como objetivo verificar se há distúrbios psicológicos graves ou não em indivíduos candidatos à cirurgia, sendo que aqueles que apresentarem distúrbios psiquiátricos, tais como psicose, depressão, uso de drogas e/ou álcool, transtornos alimentares como bulimia e anorexia deverão ser encaminhados ao psiquiatra. Esta avaliação tem sido feita utilizando-se a aplicação de uma anamnese detalhada, por meio da qual dados da história de vida e da obesidade do indivíduo são colhidos. Posteriormente, é feita a aplicação de testes e inventário e realizada uma sessão devolutiva, momento em que são trabalhados os principais pontos observados e avaliados durante o processo (Franques, 2002).

Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) afirmam que não há um consenso na literatura para contra-indicações psiquiátricas à cirurgia bariátrica. A presença de transtornos depressivos, afetivo bipolar ou psicótico são, normalmente, considerados fatores para contra-indicação. Porém, não há estudos que comprovem um mal prognóstico para esses casos. Para Cordás (2002), a presença de quadro psiquiátrico no pré-operatório não deve ser considerada contra-indicação absoluta, visto que a cirurgia pode oferecer uma melhor qualidade de vida em detrimento às complicações letais que a obesidade pode trazer. Franques (2002) concorda com este ponto de vista, e afirma que, mesmo em casos de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos, a cirurgia pode ser realizada quando há risco de morte, caso não haja o emagrecimento, desde que exista uma rede de apoio e suporte profissional e familiar.

Para Franques (2003, citado por Oliveira *et al.*, 2004), o momento do pós-cirúrgico é um dos mais difíceis, de acordo com relatos dos pacientes, e a fase da recuperação é a que apresenta maior desconforto. Há expectativa, ansiedade e insegurança, em relação a este novo período, onde ocorrem rápidas mudanças em relação aos hábitos alimentares e ao próprio corpo, o que pode levar ao surgimento de questões emocionais que podem dificultar sua adesão ao tratamento. O trabalho do psicólogo pode, neste momento, ajudar o paciente na

melhor adesão ao tratamento, envolvendo-o e tornando-o responsável por si e pela nova criação de identidade, ou seja, a identidade de uma pessoa magra, fortalecendo, assim, sua participação efetiva no processo do emagrecer.

Numa perspectiva ética, é fundamental que paciente e família tenham acesso ao Consentimento Informado, documento onde estarão expostas, por escrito, as informações sobre os procedimentos pré, trans e pós-cirúrgico. Para Rasera e Shiraga (2002), a finalidade de informar o paciente e seus familiares sobre o tratamento com o Consentimento Informado é de trazê-los à realidade de informações que até então haviam sido apenas verbalizadas, “realidade que cada uma das partes deve cumprir para se chegar a um objetivo comum: melhorar a qualidade de vida do paciente.” (p.47). Neste sentido, o que se estabelece é um contrato de participação e de divisão de responsabilidades. Do ponto de vista psicológico, isto também significa tirar a pessoa com obesidade de uma postura passiva para outra intra-ativa, dando-lhe um *status* de pessoa que avalia, que toma decisões e que divide responsabilidades com a equipe de saúde.

A experiência clínica tem demonstrado que o paciente necessita ser bem preparado e orientado, não apenas sobre o procedimento cirúrgico, mas sobre a repercussão desta cirurgia em sua vida e sobre as mudanças comportamentais e de estilo de vida necessárias ao bom resultado pós-cirúrgico. É imprescindível que o paciente seja informado sobre todo o processo pré e pós-cirúrgico, bem como sobre a responsabilidade de sua participação e adesão ao tratamento, pois a cirurgia impõe limitações e regras que devem ser seguidas, a fim de que haja um bom resultado após a mesma. A equipe multidisciplinar deve, portanto, trabalhar de maneira harmônica, gerando confiança entre si, com o paciente e com a família do paciente, que o acompanha durante os procedimentos realizados e com o qual, normalmente, ele convive após a cirurgia. O papel desempenhado pela rede de suporte familiar é de suma

importância e não deve ser negligenciada pela equipe. Para tanto, informações e orientações devem ser dadas aos familiares, que merecem suporte emocional e informacional da equipe, a fim de poderem ajudar ao paciente e, assim, cooperar no processo de melhoria da qualidade de vida das pessoas com obesidade.

O constructo de qualidade de vida não deve estar dissociado do conceito de saúde que, de acordo World Health Organization (1948), é definida como um conceito multidimensional. Sendo assim, de acordo com Straub (2005), “a vida saudável é uma combinação da expectativa média de vida e da qualidade de vida” (p.579). Para o autor, quanto mais a pessoa se torna consciente de sua saúde, mais se percebe como responsável pelo seu bem-estar físico, social e psicológico, não depositando esta responsabilidade apenas nas mãos dos profissionais de saúde.

O cuidado que cada indivíduo deve ter para com sua saúde física e psicológica demarca o limite entre a saúde e a doença, constituindo padrões de comportamento que podem levar à manutenção e/ou à melhoria da qualidade de vida destes indivíduos. Estudá-la e avaliá-la pode ser um aspecto importante para o conhecimento e a prevenção de situações que podem, direta ou indiretamente, intervir na qualidade de vida dentro de seus padrões de multidimensionalidade.

A esse respeito, Costa Neto e Araújo (2003) afirmam que, “numa perspectiva multidimensional, pensar em qualidade de vida seria o mesmo que refletir sobre as muitas formas e as muitas dimensões de vida” (p.166). Para os autores, cada indivíduo avalia as diferentes dimensões de qualidade de vida de acordo com processos emocional, cognitivo, experiencial e/ou cultural. Com base nesta perspectiva, propõe-se o estudo da qualidade de vida numa perspectiva da saúde, para que se possam avaliar suas dimensões em indivíduos obesos.

4 – QUESTÕES RELATIVAS À QUALIDADE DE VIDA

4.1 – Conceito de Qualidade de Vida

O interesse por Qualidade de Vida (QV) existe há muito tempo. Porém, a preocupação científica e sistemática deste conceito é recente. Na década de 1960, o conceito passou a ser utilizado em várias áreas, como a saúde, a saúde mental, a educação, a economia, dentre outras. Durante a década de 1950 e começo da década de 1960, surgiu a necessidade de mensuração da QV de forma objetiva, devido ao interesse crescente em se conhecer o bem-estar humano. Na década de 1970 e início da década de 1980, QV começou a adquirir um caráter multidimensional, passou a ser definida como um conceito integrador, importando tanto seu caráter objetivo, como subjetivo (Vinaccia, 2005).

Estudos sobre QV têm sido constantes e aumentam a cada dia, em diversos países, fato importante para que se possam estabelecer parâmetros de comparação entre as várias situações, de saúde ou de doença, para a população em geral. Assim, é possível instituir critérios e/ou tratamentos para a melhoria da QV, quando necessário.

A idéia de um conceito multidimensional refere-se não apenas à saúde, mas também à QV, que deve ser compreendida segundo a subjetividade de cada indivíduo. De acordo com Costa Neto e Araújo (2003), “a compreensão do conceito de QV depende muito da forma multidimensional com que se pode concebê-lo, sem que, no entanto, se percam de vista suas singularidades” (pp.165-166). Segundo os autores, essas singularidades advêm do fato de serem tanto um conceito subjetivo, quanto objetivo. QV é algo experienciado pelo sujeito e passível de observação, mesmo que esta observação esteja impregnada pela observação do pesquisador.

Conforme foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental

da OMS, “QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental – Grupo Whoqol, 1998, p.1). Sendo assim, de acordo com Kovács (1998), QV é um termo difícil de ser operacionalizado. Envolve aspectos como satisfação com a vida, além da diminuição do sofrimento e da dor, tanto física, como psíquica, social e espiritual. Essas questões são essencialmente subjetivas, pois o que é valorizado por um pode não ser por outro. Por isso, o indivíduo deve definir o que é QV para ele.

Para Costa Neto (2002), pesquisador da qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço, QV é:

(...) uma resultante das apreciações pessoais e subjetivas de enfermos – e dos que com eles interagem – sobre o que, num dado contexto, represente objetivamente o bem-ser, o bem-estar, o bem-ter e o bem-viver, sendo que a avaliação desse tipo de QV resultará do registro e do posterior estudo de apreciações desta natureza, manifestas especificamente por enfermos, a partir de zonas de sentidos por eles atribuídos à própria vida (p.18).

Nesta perspectiva, é possível haver uma maior compreensão acerca da importância que deve ser dada à avaliação feita pelo indivíduo doente e pelas pessoas que interagem com ele, quanto ao que é ou o que representa a QV para eles. Estudar QV é, sobretudo, avaliar a compreensão subjetiva de cada indivíduo em relação às várias dimensões de vida e quanto ao que é considerado possível e eficaz, de acordo com a situação vivenciada no momento.

Bernhard, Lowy, Mathys, Herrmann e Hürny (2004) afirmam que o aspecto fundamental do construto de QV é sua natureza subjetiva, pelo menos em relação aos relatos

de saúde. Sendo assim, se é possibilitado ao paciente se posicionar em relação às intervenções de avaliação de QV, é possível ampliar a referência do profissional de saúde em relação ao paciente. A avaliação do paciente proporciona validade às medidas de avaliação da QV. Estes autores, em um estudo com pacientes com diagnóstico de câncer precoce de cólon, investigaram a suposição de que o significado da QV permanece constante todo o tempo, durante o tratamento. O resultado do estudo demonstrou que os significados dos domínios de QV se modificaram, no decorrer do tempo, não se mantendo estáveis através das diversas fases do tratamento. Concluíram que QV é um construto em mudança e pode se modificar no decorrer do tratamento.

Segundo Skevington, Lotfy e O'Connell (2004), Thomé, Dykes e Hallberg (2004) e Wray *et al.* (2004), apesar da QV ter se tornado um importante ponto, em relação aos cuidados médicos, ainda não existe um consenso acerca do seu significado e nem de como mensurá-la. Para Elliot, Renier, Haller e Elliot (2004), pesquisas desenvolvidas no campo da oncologia foram uma das primeiras a usar o constructo de QV relacionados à saúde. Recentemente, estas medidas têm sido rotinas para a avaliação de políticas e pesquisas clínicas, sendo reconhecidas como uma ajuda potencial, também para cuidados clínicos. Sobre esse assunto, Kolotkin *et al.* (2001) afirmam que a avaliação de QV pode ajudar no estabelecimento de medidas para a eficácia e a comparação entre diferentes tratamentos, podendo também ajudar na avaliação do impacto do tratamento em relação aos sentimentos e às atividades diárias do paciente.

Apesar da dificuldade em definir QV, há um consenso entre pesquisadores, que inclui um mínimo de dimensões-chaves: funcionamento físico, doença e sintomas relatados no tratamento, funcionamento psicológico e social. Definições de QV, frequentemente, se referem às avaliações subjetivas de vida e à avaliação e satisfação com o nível de

funcionamento comparado com o que se considera o ideal. É descrita como um conceito dinâmico que muda e se desenvolve através do tempo (Thomé *et al.*, 2004).

4.2 – Avaliação da Qualidade de Vida

De acordo com Vinaccia (2005), os avanços da medicina têm proporcionado o prolongamento da vida, gerando, também, o aumento de doentes crônicos, o que tem levado a novas necessidades de estudos referentes à QV relacionada à saúde. A ênfase dada a este tema tem aumentado a valorização de objetivos centrados não apenas na cura de doenças, mas na melhor QV de pessoas doentes. Este autor afirma que:

inúmeros trabalhos de investigação científica usam o conceito de QV relacionada à saúde como um modo de referir-se à percepção e aceitação que o paciente tem em relação aos efeitos de uma doença determinada ou da aplicação de vários tratamentos em diversos âmbitos de sua vida, especialmente as conseqüências provocadas sobre seu bem-estar físico, emocional e social (p.93).

QV relacionada à saúde, segundo Ashing-Giwa (2005), é mais usada para avaliar o impacto ocasionado pelo aparecimento de uma doença na vida de uma pessoa, sendo um componente importante de sobrevivência. É um constructo multidimensional que avalia o bem-estar físico, funcional, psicológico, social, espiritual e sexual, principalmente em indivíduos com doença crônica.

Além de afirmar que a QV deve ser compreendida multidimensionalmente, pensando-se na população em geral, pode-se supor também a inter-setorização, procurando-se avaliar os vários fatores que a influenciam e que são influenciados por ela, assim como todas as

contingências do ambiente, das relações sociais e profissionais envolvidos na situação a ser avaliada.

Por meio de estudos desenvolvidos, é possível compreender a importância de se investigar a QV em indivíduos que apresentam doença crônica, com comorbidades associadas ou não, porque estes estudos poderão aumentar o nível de entendimento nos vários aspectos envolvidos na questão de saúde e de doença, tanto para a implantação e/ou a implementação de políticas de saúde, quanto para o desenvolvimento de trabalhos que visem à melhoria da QV de portadores de doenças crônicas. A respeito disso, entretanto, Rijken, Van Kerkhof, Dekker e Schellevis (2005) afirmam que estudos sobre doenças crônicas estão direcionados a uma doença específica, e, em caso de pacientes que apresentam condições de comorbidades, há uma tendência em se excluir da amostra destes estudos. Segundo os autores, doença crônica é uma ameaça à QV de indivíduos portadores dessas doenças.

A partir desta premissa, Rijken *et al.* (2005) desenvolveram um estudo para investigar os efeitos de pares de doenças crônicas no funcionamento físico e mental de pacientes crônicos. Avaliaram os efeitos separada e conjuntamente das seguintes doenças: cardiovascular, câncer, artrite, doença respiratória crônica, *diabetes melitus* e disfunção da tireóide, em uma amostra de 1673 pacientes, tendo sido os dados médicos fornecidos por clínicos gerais e os dados de funcionamento físico e mental coletados por meio da aplicação do *Medical Outcome Study Short Form-36* (SF-36). Concluíram que a incapacidade física acompanha pacientes com doenças crônicas com comorbidades associadas, o mesmo não ocorrendo em relação à saúde mental. Comparando estes dados com referência à população geral, os autores perceberam que o funcionamento físico foi pior nos seis grupos de pacientes, e que o funcionamento mental foi mais ou menos comparável ao da população geral.

Sugeriram que, nos cuidados de pacientes com comorbidades, a manutenção da capacidade física é muito importante.

Existem instrumentos que são utilizados para avaliação de QV relacionada à saúde. Com o intuito de avaliar a confiabilidade e validade de dois instrumentos genéricos utilizados para esta finalidade, o *World Health Organization Quality of Life Instrument* versão resumida (*WHOQOL-BREF*) e o *Medical Outcome Study Short form-36 (SF-36)*, Hsiung, Fang, Chang, Chen e Wang (2005) avaliaram a QV relacionada à saúde em 224 pacientes infectados pelo vírus da Aids, comparando estes dois instrumentos. O WHOQOL foi desenvolvido pela *World Health Organization*, com a finalidade de mensurar QV relacionada à saúde em diferentes culturas, tendo resultado em uma versão de 100 questões (*WHOQOL-100*), sendo, posteriormente, resumido em 24 itens, o *WHOQOL-BREF*, que avalia os domínios físico, psicológico, social e ambiental. O SF-36 foi desenvolvido para pesquisas em saúde, sendo usado posteriormente para estudos de QV relacionados à saúde. Avalia oito escalas: funcionamento físico, limitações devido a problemas físicos de saúde, dor no corpo, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, limitações devido a problemas emocionais da saúde e saúde mental. Os resultados demonstram que os dois instrumentos são válidos para avaliar QV em pacientes com Aids, e que há uma boa correlação entre os domínios e as escalas destes instrumentos.

Levando-se em consideração os estudos desenvolvidos sobre QV relacionada à saúde em pacientes crônicos, pode-se incluir a obesidade como uma doença crônica, assim definida, atualmente, pela WHO (1998), e vem sendo estudada em suas múltiplas dimensões, levando-se em consideração os aspectos de seu desenvolvimento e tratamento.

4.3 – Qualidade de Vida e Obesidade

De acordo com Mathias *et al.* (1997), muitos estudos têm sido realizados para avaliar QV relacionada à saúde utilizando medidas globais, como o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *Quality of Well-being* (QWB) e o *Nottingham Health Profile* (NHP), mas poucos avaliam o impacto da obesidade na QV relacionada à saúde. Estes autores desenvolveram um estudo visando avaliar a confiabilidade, validade e sensibilidade de medidas de QV relacionada à saúde contendo domínios globais e específicos para a obesidade e a preferência de estados de saúde específicos à obesidade. Para tal fim, foi utilizado um questionário auto-administrado (*Health Related Quality of Life – HRQOL*), para QV relacionada à saúde, e uma entrevista aplicada por um entrevistador (*Obesity-specific Health State Preference – HSP*) para avaliação da preferência de estados de saúde específicos à obesidade. Foram entrevistados 417 indivíduos, subdivididos em três grupos, sendo um de indivíduos com peso normal, um de indivíduos obesos e um de indivíduos com obesidade mórbida (grau III). Os resultados demonstraram que existem diferenças entre indivíduos com peso normal e obesos. Porém, não revelaram diferença significativa entre obesos e obesos mórbidos, apesar de haver muitos casos em que os obesos relataram melhor funcionamento que os obesos mórbidos. Os dois instrumentos mostraram ter bom nível de confiabilidade e validade. No entanto, entende-se que a sensibilidade para avaliar indivíduos com diferentes graus de obesidade necessita de maiores estudos.

A fim de avaliar a associação entre obesidade e dois aspectos da QV relacionada à saúde (auto-percepção geral da saúde e o bem-estar psicológico), Gutiérrez *et al.* (1998) desenvolveram um estudo descritivo transversal, com 167 pacientes obesos, registrados em um centro de saúde de Madrid. Os pacientes participaram de uma entrevista, individualmente,

para coleta de dados clínicos e sociodemográficos, e responderam a dois questionários: a versão espanhola do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) e a versão espanhola do *Psychological General Well-Being (PGWB) index*. Os resultados demonstraram que mulheres com obesidade apresentaram um grau moderado de percepção deteriorada da saúde, enquanto os homens, um grau mínimo desta percepção. Constatou-se, também, que esta percepção não se refere a todas as dimensões por igual: a mobilidade física, para homens e mulheres, dor e reações emocionais para mulheres tiveram pontuações piores do que a população geral.

Nesse contexto, Koloktin *et al.* (2001) afirmaram que, até pouco tempo, haviam poucas medidas padronizadas para a avaliação de QV em obesidade; porém, nos últimos cinco anos, tem aumentado o interesse na avaliação de QV no campo da obesidade. De acordo com os autores, o *The United States Task Force on Developing Obesity Outcomes and Learning Standards (TOOLS)* recomendou a utilização do *Medical Outcomes Study Short Form (SF-36)* para a avaliação de medidas genéricas em pesquisas sobre obesidade. Esta recomendação ocorre devido ao fato deste instrumento ser de fácil compreensão, breve e consistente. Além disso, são recomendadas, também, a inclusão de dados clínicos, laboratoriais, atividades físicas, dietéticas e de satisfações do paciente.

Kortt e Clarke (2005) investigaram o impacto da obesidade (avaliada por meio do Índice de Massa Corpórea – IMC) na qualidade adaptada às expectativas de vida (*Quality-adjusted Life Expectancy – QALE*) e na utilidade em indivíduos residentes na Austrália e que haviam participado, em 1995, de uma pesquisa nacional de saúde. Utilizaram como instrumento o SF-36 e coletaram dados demográficos e outras características, como o hábito de fumar, o auto-relato de peso, de altura e a existência de condições médicas (diabetes, doenças cardíacas, depressão, distúrbios músculo-esquelético e câncer). Os resultados

demonstraram que a relação entre IMC e utilidade foi negativa tanto para homens, como para mulheres. Homens e mulheres com obesidade, na faixa de 40 anos, tiveram menos expectativa de qualidade adaptativa de vida.

Outro estudo, que teve como objetivo avaliar e quantificar o impacto da obesidade em problemas médicos e QV, utilizando o SF-36, foi desenvolvido por Tsai *et al.* (2004), na população asiática de Taiwan. Foram coletados dados de pessoas que procuraram o Centro de Saúde do Hospital Memorial de Chang Gung, no sul de Taiwan, para *check-up*, entre janeiro de 2002 e junho de 2003. Após a realização dos exames e os diagnósticos confirmados por médicos especialistas, foram escolhidas as doenças que, segundo conhecimento dos pesquisadores, estavam mais relacionadas à obesidade ou eram de alta prevalência em Taiwan (sistema metabólico e cardiovascular, sistema respiratório, sistema hepatobiliar ou gastrointestinal e sistema músculo-esquelético). A obesidade foi avaliada pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), enquanto a QV foi avaliada por meio do questionário SF-36. Foram coletados dados sociodemográficos (idade, sexo, grau de instrução, renda familiar, profissão e estado civil) e variáveis de estilo de vida (tabagismo, alcoolismo e atividade física) por meio de um questionário auto-aplicado. Como resultado, observaram que há uma tendência significativa do IMC elevado resultar em algumas doenças e afetar a QV de pessoas em Taiwan. Além disso, concluíram que os taiwaneses obesos são propensos a um funcionamento físico pobre, especialmente nas atividades físicas diárias.

O impacto da obesidade em QV relacionada à saúde foi pesquisado na população dos Estados Unidos por Jia e Lubetkin (2005), por meio da aplicação do SF-12 (versão resumida do SF-36) e do EuroQol EQ-5D (compreende uma auto-classificação e uma escala análoga visual), em 13.646 sujeitos. Os dados sociodemográficos e auto-relatos de condições/doenças

foram obtidos por meio de uma entrevista, e o grau da obesidade, pelo Índice de Massa Corpórea (IMC). Os autores objetivaram analisar o impacto da obesidade em pessoas que não apresentavam nenhuma das doenças crônicas associadas à obesidade. Os escores mostraram que há um decréscimo na QV relacionada à saúde com o aumento do nível de obesidade, mesmo que não haja doenças associadas, sendo que pessoas com obesidade mórbida apresentaram pior escore do que aquelas com obesidade moderada e sobrepeso, apesar de estas representarem o maior problema de saúde pública nos Estados Unidos, por compreenderem 50% da população adulta americana. Assim, concluíram que, mesmo com a ausência de doenças associadas, a QV relacionada à saúde diminui com o aumento do nível da obesidade.

Para Tsai *et al.* (2004) e Jia e Lubetkin (2005), estudos em QV relacionada à saúde podem ser mais importantes para avaliar aspectos de funcionamento físico do que psicológico/mental, pois os estudos nesta área apontam para o fato de que a obesidade diminui a QV nos aspectos físicos em relação à população geral, não se diferenciando nos aspectos emocionais. Nesse contexto, torna-se fundamental uma revisão crítica acerca dos aspectos emocionais considerados em estudos sobre o tema, visto ser a obesidade uma doença que pode levar a características psicológicas como: submissão e passividade, dependência e infantilização, temor de não ser aceito e amado, indicadores de dificuldade de adaptação social, insegurança e culpa, dentre outras (Campos, 1993, citada por Cataneo *et al.*, 2005). Estas características podem ser preditoras de diminuição da QV desta população, pois podem direcionar condutas de isolamento social e de baixa auto-estima. Então, é importante que estudos que envolvam não apenas os aspectos físicos, mas os aspectos emocionais da obesidade, relacionando-os com a QV da população estudada, sejam realizadas.

4.4 – Qualidade de Vida e Cirurgia Bariátrica

A avaliação da QV em pessoas com obesidade que realizam cirurgia bariátrica é um tema relevante que pode proporcionar maior conhecimento do assunto e ajudar na indicação de maneiras que possam manter a melhoria da QV dessas pessoas, visto que a cirurgia proporciona o emagrecimento e, conseqüentemente, melhora no desenvolvimento de atividades rotineiras, aparentemente simples para quem não sofre desta doença. Segundo Björntorp (2003, citado por Oliveira *et al.*, 2004), obesidade é uma doença que ameaça a vida, reduz a QV e a auto-estima, necessitando de tratamento eficaz para a redução do peso. Para a realização da cirurgia bariátrica é importante avaliar, sobretudo, o desejo do paciente, suas expectativas e perspectivas frente ao possível resultado da cirurgia. Qualidade de Vida, porém, vai além dos preceitos das atividades rotineiras. Por isso, é importante definir como a própria pessoa se sente e avalia sua disposição.

De acordo com Villela *et al.* (2004), a cirurgia bariátrica não é livre de riscos e existem fatores que podem interferir nos resultados. No entanto, a despeito dos possíveis riscos, esta cirurgia oferece boas perspectivas de uma melhora na QV, contudo, esta afirmação precisa, segundo os autores, ser confirmada por meio de estudos sistemáticos para avaliar a variação do nível da QV das pessoas que se submetem à mesma. A melhoria na QV tem sido descrita por meio de observações individuais; daí a necessidade de estudos que visem compreender se esse processo é mais ou menos bem sucedido. Ao avaliarem a QV de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, os autores mediram a QV antes e depois da cirurgia. Os pacientes foram avaliados em dois grupos distintos, um com pacientes em pré-cirúrgico e outro com pacientes em pós-cirúrgico. Utilizaram como instrumento o *Medical Outcomes 36-Itens Short-Form Health Survey* (SF-36), traduzido e validado para a língua portuguesa, do Brasil, por Ciconelli

(1997), que avalia a percepção de saúde em uma população geral. Apresenta uma escala de oito perfis de funcionamento da saúde e escores de bem-estar, assim como bases psicométricas de saúde física e mental: componentes de saúde física (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor e Estado Geral de Saúde) e componentes de Saúde Mental (Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspecto Emocional e Saúde Mental). Obtiveram como resultado a demonstração de melhoria na habilidade funcional, vitalidade e saúde geral dos pacientes que já haviam feito cirurgia e, em contrapartida, demonstraram significativa redução na QV de pessoas que ainda não haviam sido submetidas à cirurgia. Segundo os autores, apesar de não se poder comparar os dois grupos, por se constituírem de pessoas diferentes, em momentos diferentes (pré e pós-cirúrgico), constatou-se a necessidade de que novas pesquisas sobre QV sejam desenvolvidas nesta população.

Kolotkin *et al.* (2001) relatam que pessoas com obesidade apresentam diminuição na QV relacionada à saúde devido à mesma, resultando num impacto negativo tanto no funcionamento físico, quanto psicossocial, que estão diretamente relacionados ao grau da obesidade. Assim, segundo estes autores, com a perda de peso há uma melhora na QV relacionada à saúde, podendo esta perda ser pouca ou moderada, e, mais ainda, se a perda é de grande porte pode trazer benefícios por muitos anos a este indivíduo.

Para comparar a situação de emprego de pacientes antes e depois da cirurgia bariátrica, correlacionando-a à perda de peso, à mudança na QV e ao retorno às atividades lucrativas como força de trabalho, Velcu, Adolphine, Mourelo, Cottam e Angus (2005) desenvolveram um estudo retrospectivo com 41 pacientes que haviam se submetido à cirurgia bariátrica. A perda de peso foi avaliada por meio do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) 1, 3 e 5 anos após a cirurgia; a QV foi avaliada por meio da aplicação do *Short Form 36 Health Survey*

(SF-36) e *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II), e a situação de emprego foi analisada antes da cirurgia, 1 e 5 anos após a mesma. Os resultados demonstraram que, apesar da perda de peso e melhora na QV destes pacientes, muitos não retornaram ao emprego. Logo, entende-se que a condição socioeconômica da obesidade mórbida, grau III, persistiu após a cirurgia.

Kolotkin e Crosby (2002) enfatizam a necessidade crescente de medidas para avaliação da QV relacionada à saúde para pessoas com obesidade que participam de pesquisas clínicas para o tratamento da mesma, seja ele clínico ou cirúrgico. Kolotkin *et al.* (2001), em um estudo sobre QV e obesidade, relataram que os dados indicam que há uma melhora na QV relacionada à saúde em pessoas que perdem peso após a cirurgia bariátrica.

Conhecimentos construídos por meio de medidas de QV podem ajudar a priorizar políticas de saúde (Willige, Wiersma, Nienhuis & Jenner, 2005). Para tanto, é importante, inclusive, aprimorar o conhecimento dos mediadores da QV, procurando verificar a avaliação que as pessoas fazem dos fatores que podem auxiliar na sua conquista e manutenção.

4.5 – Mediadores da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Fatores ou condições que potencializam a melhor percepção de QV têm sido denominados mediadores de QV (Font, 1988). Entre estes, podem ser destacados o suporte social, o *locus* de controle e o enfrentamento.

No tratamento da obesidade, a família pode ser uma importante fonte de suporte social ao paciente obeso que se submeterá à cirurgia bariátrica. De acordo com Caplan, Robinson, French, Caldwell e Shinn (1976) e Taylor, Baranowski e Sallis (1994), citados em Duncan, Duncan e Strycker (2005), “Suporte social tem sido definido de diferentes formas, geralmente

referindo a algum comportamento que ajuda um indivíduo a executar um objetivo” (p.3). Lazarus e Folkman (1987, citados por Lima, Norman & Lima, 2005) consideram suporte social um importante recurso que uma pessoa tem para organizar-se ante uma situação que ameaça a vida, como uma doença. O ajustamento a uma situação de estresse tende a ser melhor quando há assistência e encorajamento de outras pessoas.

Para Kahn e Antonucci (1980, citados por Kaunonen, Tarka, Paunonen & Laippala, 1999), suporte social é uma transação interpessoal que inclui afeto (refere-se ao gostar, à admiração, ao respeito e ao amor), e/ou a afirmação (refere-se à expressão de reconhecimento de algum ato ou declaração por outra pessoa) e/ou o apoio (refere-se ao apoio direto ou à assistência, como dinheiro e informação). Thoits (1985, citado por Krohne & Slangen, 2005), no entanto, faz uma distinção entre suporte emocional (refere-se à comunicação verbal ou não verbal de cuidado e interesse) e suporte informacional (refere-se à informação sobre formas de manejar e enfrentar problemas e estresse criado por uma situação). Duncan *et al.* (2005) tratam da questão do suporte instrumental, por meio do qual se pode, por exemplo, compartilhar equipamentos e transporte.

Estudos têm demonstrado que a presença de suporte social pode ser fundamental em determinadas situações de vida das pessoas. Krohne e Slangen (2005) realizaram um estudo com 42 homens e 42 mulheres, para verificar a influência do suporte social na adaptação em cirurgias, utilizando um inventário específico de cirurgia e uma sub-escala de suporte emocional e informacional. Concluíram que os pacientes que tiveram um alto *score* no suporte social demonstraram menos ansiedade, receberam menor dose de narcóticos e permaneceram menos tempo no hospital do que os pacientes com menos suporte social.

Nesse contexto, entende-se melhor o conceito de suporte social formulado, por Weis (1974, citado por Barrera, Fleming & Khan, 2003), segundo o qual suporte social é “(...) um

conceito que envolve a relação com os outros e que pode resultar em sentimentos de afeto, segurança, de ser amado, ser parte de um grupo, reassuramento da auto-estima, a utilidade de ajuda informacional, emocional e material e a confiança na aliança com o outro” (p.104).

O aparecimento de uma doença crônica em um membro da família pode influenciar toda a dinâmica familiar, que, por esse motivo, necessita do suporte social, para que possa fornecer suporte para o membro doente. Tarka, Paavilainen, Lehti e Astedt-Kurki (2003) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi descrever o suporte social fornecido por enfermeiras à família de pacientes com problema cardíaco, num hospital, e avaliar os fatores ligados ao suporte social recebido. Durante a pesquisa, 161 questionários foram preenchidos por familiares em dois hospitais universitários do sul da Finlândia. Os resultados demonstraram que boa parte das famílias respondentes relatou haver recebido suporte inadequado por parte da enfermagem, e que, dentro do suporte recebido, o mais citado foi o suporte emocional; os menos citados foram: o suporte de apoio concreto, que se refere ao tempo gasto em ajudar alguém, e os atos concretos, que se refere a como cuidar de assuntos referentes à doença cardíaca. Os autores concluíram que é necessária maior atenção por parte da enfermagem às famílias, visto serem estas a maior fonte de suporte dos indivíduos doentes.

Por meio de observações clínicas, é possível perceber o importante papel da família como rede de suporte social, para pacientes obesos que buscam a cirurgia bariátrica como forma de tratamento para a obesidade. Este fato desperta para a importância de se trabalhar, inclusive, com a família durante o processo pré e pós-cirúrgico.

Além da importância que deve ser dispensada à família do paciente, outro fator relevante que pode auxiliar na compreensão da dinâmica do paciente em seu processo de doença e/ou tratamento é a maneira pela qual ele atribui a responsabilidade do controle de sua vida, ou seja, a si mesmo ou aos outros. A avaliação deste fator pode ser feita considerando-se

o constructo do *locus* de controle, criado por Rotter (1966, citado por Cataneo *et al.*, 2005), que descreve *locus* interno como a tendência que o indivíduo tem de perceber os eventos da vida como sendo controlados por si mesmo, enquanto *locus* externo é quando o controle passa a ser localizado em outros fatores que não ele próprio.

Burger (1980, citado por Noriega *et al.*, 2003) afirma que, sendo o controle uma habilidade percebida para alterar significativamente os eventos, o importante é a percepção que o indivíduo tem sobre esse controle e não que ele exerça esse controle sobre os eventos. É a partir dessa percepção que sua resposta aos eventos será determinada. De acordo com Noriega *et al.* (2003), parte das investigações sobre *locus* de controle, interno e externo, tem mostrado uma relação positiva entre dimensões internas e ações promotoras de saúde e/ou uma relação negativa entre dimensões externas e ações promotoras de saúde.

Rodriguez-Rossero, Ferriani e Dela Coleta (2002) afirmam que *locus* de controle foi utilizado, inicialmente, como medida generalizada, passando a ser, logo após, medida específica para aspectos particulares tais como trabalho, escola, casamento e saúde. Na área da saúde, seus primeiros estudos estavam voltados para a prevenção, tratamento e controle de várias doenças. Com o desenvolvimento da escala multidimensional de *locus* de controle da saúde foi possível verificar quais as dimensões de controle, interno ou externo, se relacionavam aos problemas de saúde. Nesse artigo, os autores não se referem à origem e às propriedades psicométricas do instrumento, ou seja, à escala multidimensional de *locus* de controle.

Nesse contexto, pode-se afirmar que é importante que mais estudos relativos ao constructo de *locus* de controle e obesidade sejam desenvolvidos, para que se possa avaliar a relação, positiva e/ou negativa, entre estes constructos. Segundo Cataneo *et al.* (2005), alguns estudos relacionam o *locus* de controle com a obesidade; porém, ainda não são conclusivos,

quanto ao fato de serem ou não preditores de sucesso no tratamento para a mesma. Sendo assim, afirmam que estudos em obesidade, e sua relação com constructos diversos relacionados à saúde, necessitam ser aprimorados e aprofundados, para que se possa, cada vez mais, aprender sobre esta doença, seu tratamento e sobre como melhorar a qualidade de vida de pessoas com obesidade.

A obesidade traz em si uma variedade de vivências, sentimentos, sensações e pensamentos que podem contribuir para o desenvolvimento de piora ou melhora na QV da pessoa obesa. Contudo, como essas pessoas percebem sua doença e enfrentam as situações advindas da mesma, pode fazer diferença na avaliação global de sua QV. Desta forma, a QV pode, assim, estar relacionada ao estilo de enfrentamento da pessoa.

O enfrentamento é a tradução correspondente ao termo *coping*, da língua anglo-saxônica. Contudo, para este, não há uma tradução que defina, de maneira literal, seu significado na língua portuguesa, sendo mais próxima a expressão “estratégias de enfrentamento”, que passou, então, a ser utilizada, em português, para definir *coping*. Neste estudo, será utilizado o termo estratégias de enfrentamento como padrão de referência, independente do termo de escolha dos autores pesquisados.

Lazarus e Folkman (1984) definiram estratégias de enfrentamento como “mudanças constantes nos esforços cognitivos e comportamentais para enfrentar demandas específicas externas e/ou internas que são avaliadas pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo seus recursos” (p.141). Para Gimenes (1998), as estratégias de enfrentamento são produtos do contexto, ou seja, a escolha das estratégias de enfrentamento se dá ante à interação de fatores pessoais, exigências da situação e recursos disponíveis que influenciam naquilo em que o indivíduo acredita, no contexto da doença.

As estratégias de enfrentamento têm sido um tema de grande relevância na área da saúde. Lazarus (1999) afirma que estratégias de enfrentamento levam as pessoas enfrentarem condições estressantes, sendo diretamente proporcionais à vivência, ou seja, se o enfrentamento não é eficaz, o nível de estresse é alto e, caso o enfrentamento seja eficaz, o nível de estresse tende a ser baixo. Este fato vem sendo investigado em situações de doença, pois se sabe que esta é uma situação estressante, e traz em si a necessidade de mudanças de atitudes e pensamentos, para que haja um enfrentamento mais adaptativo no contexto de adoecer.

Sendo assim, torna-se importante o estudo das estratégias de enfrentamento no contexto da obesidade, que é considerada uma doença crônica. Porém, não sendo possível encontrar pesquisas relativas às estratégias de enfrentamento e obesidade, acredita-se ser esta uma relação nova em pesquisas, buscando-se, então, um referencial em doenças crônicas a fim de se verificar como as estratégias de enfrentamento podem ajudar pessoas nessas condições.

Uma pesquisa desenvolvida por Santos e Enumo (2003) investigou o enfrentamento de doença em adolescentes com *Diabetes Mellitus* e seu cotidiano, visando descrever e analisar como eles enfrentam a condição de apresentarem uma doença crônica e como organizam suas atividades cotidianas, comparando-os com adolescentes sem diabetes. A amostra consistiu de 15 adolescentes com diabetes e 224 adolescentes sem diabetes, tendo sido feita análise quantitativa do Mapeamento de Atividades Cotidianas (MAC) e análise de conteúdo de entrevista aplicada. Os dados revelaram que não há diferenças significativas entre os dois grupos, que relataram maior número de atividades dirigidas para si e realizadas, na maioria das vezes, dentro de casa. Os adolescentes com diabetes referiram algumas dificuldades com a doença, mas não consideraram seu cotidiano afetado por ela.

Neste contexto, pôde-se perceber que as escolhas de estratégias de enfrentamento dependem de características individuais. Segundo Zanini e Santacana (2005, pp. 74-75), “por ser *coping* um processo complexo que inclui a adaptação do indivíduo ao ambiente, levanta-se a questão se uma característica pessoal é capaz de influenciar uma resposta de *coping* específica, mas não outra.” As autoras afirmam que, na perspectiva da Psicologia Clínica e da Saúde, o estudo de estratégias de enfrentamento e saúde visa o conhecimento acerca da promoção do aprendizado de estratégias de enfrentamento associadas à melhor adaptação e ao desenvolvimento de características de personalidade que são importantes para ajudar no processo de resistência ao estresse e no desenvolvimento de programas de prevenção em saúde.

Lazarus (1999) afirma que estratégias de enfrentamento referem-se a duas grandes funções: a função focada no problema, na qual a pessoa busca informações sobre o que fazer e como agir para mudar a realidade de uma situação problema na relação com o ambiente e a função focada na emoção, que regula a emoção ligada ao estresse sem mudar a realidade da situação estressante.

Drageset e Lindstrom (2004) relatam que há duas maneiras principais na utilização do termo estratégias de enfrentamento nos principais estudos sobre o tema: uma é definida como estratégias e classificada como focada no problema, focada na emoção e focada na evitação ou fuga; a outra é definida como respostas positivas em consequência de expectativas, que é desenvolvida dentro de pesquisas de estresse e da tradicional área cognitivo-comportamental.

Whal *et al.* (1999) salientam que não existe um consenso entre qual o melhor modelo de estratégias de enfrentamento para posturas de solução de problemas, prevenção de dificuldades futuras e alívio de estresse emocional. Para os autores, alguns estudos

demonstram que o enfrentamento focado no problema ajuda na diminuição do estresse emocional, enquanto o enfrentamento focado na emoção aumenta o estresse emocional. No entanto, outros estudos demonstram o oposto. Estudos sobre pacientes que apresentam doença crônica e estratégias de enfrentamento mostram que o enfrentamento que leva o indivíduo a ser ativo expressivo e a ter pensamento positivo melhora os níveis de funcionamento e bem-estar psicológico; porém, ainda não há constatação empírica se as escolhas das estratégias de enfrentamento são as causas ou resultados da QV relacionada à saúde. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre as estratégias de enfrentamento e QV.

Conhecer e aprender mais sobre as estratégias de enfrentamento e sua relação com QV em pacientes com doenças crônicas é importante para o desenvolvimento de cuidados em saúde. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa com o objetivo de investigar a relação entre as dimensões de estratégias de enfrentamento, QV, incapacidade e estados de saúde em pacientes com psoríase. Para este estudo, foram aplicados os seguintes instrumentos: *Jalowiec Coping Scale* (para avaliar estratégias de enfrentamento); *Quality of Life Scale* (para avaliar QV); *Short Form-36* (para avaliar estado de saúde); *Psoriasis disability Index – PDI* (para avaliar incapacidade); uma questão perguntando sobre o sofrimento devido à psoríase e quatro questões para avaliar suporte social. Participaram 273 pacientes com psoríase, tratados em três departamentos de dermatologia da Noruega. Os resultados revelaram que pacientes que usaram estratégias de enfrentamento focada na emoção apresentaram mais incapacidade, saúde mental pobre e pior QV do que aqueles que usaram estratégias de enfrentamento otimistas, que relataram um nível mais alto na saúde mental. A variação na saúde mental e QV pode ser explicada pelas escolhas do paciente em relação às estratégias de enfrentamento, o que não ocorre com a saúde física (Wahl *et al.*, 1999).

Considerando-se os estudos já desenvolvidos sobre QV em pacientes que apresentam doença crônica, supõe-se a necessidade de mais pesquisas nesta área, visto que a Psicologia da Saúde vem crescendo e se desenvolvendo num contexto maior, que é o cuidado geral das pessoas e da comunidade, fato que contribui para uma visão mais integrada e global do indivíduo doente, favorecendo a prevenção e o controle de doenças crônicas.

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.

A grande maioria dos indivíduos com obesidade que procura a cirurgia bariátrica como tratamento acredita que esta cirurgia seja seu único e último recurso. Para ela, cirurgia torna-se uma solução mágica que a livrará de seus males; acredita que, desta forma poderá melhorar sua QV. Enfim, a expectativa gerada pela cirurgia a motiva positivamente. 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, não segundo a mágica de transformação de vida, mas na possibilidade de (re) viver com uma imagem corporal que aumente a sua percepção de qualidade de vida.

5 – OBJETIVOS

5.1 – Objetivo Geral:

Avaliar a percepção de qualidade de vida antes e depois da cirurgia bariátrica.

5.2 – Objetivos Específicos:

1 – Avaliar as dimensões de qualidade de vida obtida pelos instrumentos: *Whoqol* 100 (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais) e *Medical Outcomes Study Short Form* (SF-36), que apresenta componentes de Saúde Física (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde) e componentes de Saúde Mental (Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental).

2 – Avaliar os mediadores de qualidade de vida (rede de suporte social, *locus* de controle e estratégias de enfrentamento) dos participantes ante situações pré e pós-cirúrgica.

3 – Analisar os indicadores subjetivos das dimensões de Qualidade de Vida (aspectos gerais da obesidade, aspectos físicos, aspectos sociais e interacionais, aspectos de autonomia/independência, aspectos psicológicos, aspectos familiares e avaliação geral da QV) obtidas por meio de Entrevista Semi-Estruturada em participantes de pré e pós-cirúrgico

6 – MÉTODO

6.1 – Tipo de estudo:

Foram utilizados os estudos: Transversal (a abordagem aos participantes realizou-se uma ou duas vezes ao longo do tratamento, durante um momento de sua vida); Qualitativo (buscou-se a construção de categorias temáticas decorrentes do próprio discurso do participante, quanto a sua QV e mediadores de QV); Quantitativo (avaliou-se os escores de QV obtidos por meio dos instrumentos padronizados); e Prospectivo (os dados foram colhidos no momento atual da vida dos participantes).

6.2 – Participantes:

Todos os participantes (n=60) eram pacientes do Programa de Prevenção e Controle da Obesidade (PPCO) de um hospital público, com obesidade grau III ou grau II com comorbidades associadas. Este programa consiste no acompanhamento multidisciplinar a pessoas com obesidade, que estão, em sua maioria, inseridas no mesmo desde 1998 quando iniciou o programa. O acompanhamento é realizado por médicos clínicos (endocrinologia) e cirúrgicos (cirurgia geral e plástica), por nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, fisioterapeutas e enfermeiras. O acompanhamento psicológico ocorre tanto em atendimentos individuais, quanto em grupo, sendo desenvolvido um trabalho de avaliação e preparo psicológico para as pessoas que têm indicação à cirurgia bariátrica, permanecendo neste atendimento antes e depois da cirurgia por tempo indeterminado, visto não se ter um parâmetro de tempo necessário para o mesmo, pois essa cirurgia é um procedimento recente dentro da área da saúde.

Os participantes resultaram num total de 51 mulheres e 9 homens, com idade entre 20 e 60 anos e grau de instrução variado. Em sua maioria, os participantes eram procedentes de

Goiânia e do interior de Goiás; apenas uma participante era de outro estado. A renda familiar variou entre 1 e 4 salários mínimos e a maioria afirmou ser profissional autônomo liberal e não estar afastada do trabalho em função da doença ou tratamento. Os participantes foram divididos em 2 grupos: grupo I – 30 pacientes avaliados no momento pré-cirúrgico e grupo II – 30 pacientes avaliados no momento pós-cirúrgico.

6.3 – Instrumentos:

6.3.1 – Entrevista semi-estruturada em pré-cirúrgico (Anexo 1) e em pós-cirúrgico (Anexo 2) – compostas por sete aspectos temáticos subdivididos em questões que abordam os seguintes temas: Aspectos Gerais da Obesidade; Aspectos Físicos; Aspectos Sociais e Interacionais; Aspectos de autonomia/independência; Aspectos Psicológicos; Aspectos Familiares e Avaliação Geral.

Todos os participantes foram entrevistados, porém, para o desenvolvimento da análise de conteúdo, foram avaliados a entrevista de quarenta participantes: vinte do Grupo I (pré-cirúrgico) e vinte do Grupo II (pós-cirúrgico).

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), que é um conjunto metodológico que se aplica ao discurso, oscilando entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, aspectos importantes na avaliação da QV. Essas vertentes, objetividade e subjetividade, não devem ser excludentes, no que se refere a uma avaliação do porte que é uma investigação sobre a QV. Segundo Costa Neto (2002), em uma avaliação de QV, a natureza subjetiva é o principal aspecto, pois legitima a singularidade de cada enfermo.

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo deve seguir algumas regras básicas, como a homogeneidade, por meio da qual não se devem misturar contextos diferentes; a exaustividade, que exige o esgotamento da totalidade; a exclusividade, pois um mesmo elemento não deve ser classificado em categorias diferentes; a objetividade, cujos

codificadores diferentes devem levar a resultados iguais, e a adequação e pertinência, que devem se adaptar ao conteúdo e ao objetivo.

Os aspectos temáticos foram desenvolvidos tendo como finalidade a obtenção de informações de temas de interesse, como pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Aspectos Temáticos, Modelo e Objetivo da Pergunta, Segundo o Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

Aspectos Temáticos	Questões (exemplos)	Objetivo correspondente
Aspectos Gerais da Obesidade	2- Quando iniciou seu quadro de obesidade?	Avaliar a percepção do participante em relação a sua doença e sua postura frente à mesma.
Aspectos Físicos	6- Como descreveria sua saúde física no momento?	Avaliar a relação do estado físico e a obesidade.
Aspectos Sociais e Interacionais	12- Participa de atividades sociais?	Avaliar como estão as relações sociais naquele momento.
Aspectos de Autonomia/Independência	17- Tem conseguido desenvolver atividades gerais sozinho (a)?	Avaliar a percepção do participante quanto a sua capacidade para desenvolver atividades e tomar decisões diárias.
Aspectos Psicológicos	23- Como se sente emocionalmente, em relação a sua obesidade?	Avaliar se a obesidade influencia, de alguma forma, no estado psicológico do participante.
Aspectos Familiares	30- Sente que sua família te apóia quando precisa?	Avaliar a percepção do participante em relação à rede de suporte familiar e a obesidade.
Avaliação Geral	34- Para você, o que é qualidade de vida?	Avaliar a percepção do participante quanto a sua qualidade de vida e quanto ao seu tratamento.

6.3.2 – *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)* (Anexo 3) – Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (QV) que foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde ante a necessidade de um instrumento que avaliasse QV numa perspectiva transcultural e internacional.

De acordo com Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental – Grupo

Whoqol (1998), na última década houve a proliferação de instrumentos de avaliação de QV, sendo em, sua maioria, produzidos nos Estados Unidos, e havendo grande interesse em traduções para outros países. Trata-se, ainda, de um tema de 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.

O projeto para a estruturação deste instrumento foi realizado com a participação de quinze centros, simultaneamente em diferentes culturas, e está disponível, atualmente, em vinte idiomas. A versão em português foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. A estrutura do instrumento é baseada em seis domínios: Domínio Físico; Domínio Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente; e, Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais. Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões cada. Assim, o instrumento é constituído por 24 facetas específicas organizadas hierarquicamente nos 6 domínios. Além das 24 facetas específicas, o instrumento possui a 25ª faceta composta por perguntas gerais sobre QV.

O Grupo WHOQOL (Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental – Grupo Whoqol, 1998), após trabalho desenvolvido para tradução e validação do instrumento para a língua portuguesa, descreve que o WHOQOL-100 apresentou boa consistência interna, medidos pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach (facetas=0.83; domínios=0.82; domínios+facetas=0.89). A validade discriminante demonstrou capacidade de discriminar pessoas doentes de pessoas “normais”, exceto no domínio 6, que se refere à espiritualidade/religião/crenças pessoais (domínios 1, 2, 3 e 4 $p=0.0001$, domínio 5 $p=0.003$ e domínio 6 $p=0.062$). A validade de critério foi avaliada por meio da regressão linear múltipla,

demonstrando que, com exceção do domínio 6, os demais domínios foram importantes na definição de QV em pacientes com doenças diferentes (R quadrado=60,5%). Para a avaliação da validade concorrente, utilizaram as escalas para depressão e desesperança de Beck como instrumentos de avaliação indireta, sendo que todos os domínios apresentaram coeficientes significativos com estas escalas ($p < 0.0001$). No critério de fidedignidade de teste-reteste, observaram que não houve diferença significativa entre as médias dos domínios.

As características psicométricas preencheram, portanto, os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade de teste-reteste.

O instrumento apresenta 100 questões com 5 alternativas de respostas, das quais o entrevistado escolherá a que lhe pareça mais apropriada, seguindo o exemplo abaixo:

Quanto você se preocupa com sua saúde?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

6.3.3 – *The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* (Anexo 4) – Instrumento para a percepção da saúde em uma população geral. Apresenta uma escala de oito perfis de funcionamento da saúde e escores de bem-estar, bem como bases psicométricas de saúde física e mental. Tem sua origem em instrumentos usados desde 1970 e 1980, dos quais pesquisadores do *Medical Outcomes Study* selecionaram e adaptaram itens e instruções de várias fontes desenvolvendo novas medidas para 149 itens de perfil de funcionamento e bem-estar, originando o SF-36 (Ware, s.d).

Traduções do SF-36 tem sido objeto de mais de 500 publicações envolvendo investigadores em 22 países, sendo que 10 ou mais estudos foram publicados em 13 países

(Ware, s.d). A tradução e validação para a língua portuguesa foram descritas por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999), em um estudo que objetivou avaliar a tradução, adaptação cultural e propriedades de medida (reprodutibilidade e validade) do SF-36 em pacientes com artrite reumatóide. Os autores utilizaram o coeficiente de Pearson para avaliar a reprodutibilidade (teste-reteste) e validade, correlacionando os resultados do SF-36 com dados clínicos e laboratoriais e com os resultados dos seguintes questionários: *Nottingham Health Profile* (NHP), *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2) e *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). A coerência interna foi avaliada por meio de correlações entre suas questões, que apresentaram valores entre (r) 0,3 a 0,5. Os autores concluíram que este instrumento demonstrou reprodutibilidade e validade para avaliação da artrite reumatóide e até de outras doenças.

A estrutura do SF-36 inclui uma escala que avalia oito conceitos da saúde: Limitações de atividades físicas, devido a problemas de saúde; Limitações em atividades sociais, devido a problemas físicos ou emocionais; Limitações usuais do papel, devido a problemas de saúde física; Dor corporal; Saúde mental geral; Limitações em atividades usuais do papel, devido a problemas emocionais; vitalidade e percepções gerais da saúde. Foi construído para auto-aplicação por pessoas de 14 anos acima e/ou para aplicação por um entrevistador treinado, tanto presencial ou não, ou por telefone (Ware, s.d). Sintomas e problemas que são específicos para uma condição particular não são incluídos na validade do SF-36 porque este é um instrumento de medida genérica.

O instrumento apresenta 11 questões, que são subdivididas em itens diferenciados, totalizados em 36 itens; para cada questão existem alternativas a escolher que são apresentadas de forma diferenciada, ou seja, não segue um padrão ou não possui uma constante, como se verifica no WHOQOL-100. Três modelos são apresentados abaixo:

Exemplo 1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente.....	1
Muito boa.....	2
Boa.....	3
Ruim.....	4
Muito ruim.....	5

Exemplo 2. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades (ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

Exemplo 3. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem na suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

6.4 – Recursos Materiais:

Permanentes: 01 micro-computador, 01 impressora, 01 gravador de áudio, 01 manual do WHOQOL-100 (Anexo 3) e 01 manual do SF-36 (Anexo 4).

Consumo: 15 fitas cassete; papel chamex; 05 cartuchos de tinta para impressora

colorida e preto e branco; 15 disquetes; material de papelaria; exemplares do Protocolo de Identificação (Anexo 5); exemplares do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 6); 60 exemplares do WHOQOL-100 (Anexo 3); 60 exemplares do questionário de avaliação de saúde geral SF-36 (Anexo 4); 05 exemplares de entrevista semi-estruturada de qualidade de vida em pré-cirúrgico (Anexo 1) e 05 exemplares de entrevista semi-estruturada de qualidade de vida em pós-cirúrgico (Anexo 2).

6.5 – Procedimento:

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 7), foi realizado um estudo piloto com cinco participantes do Programa de Prevenção e Controle da Obesidade (PPCO), do Hospital Geral de Goiânia (HGG), com o objetivo de investigar o grau de compreensão dos participantes quanto aos instrumentos escolhidos.

Por meio do estudo piloto, foi possível observar que os participantes tiveram um bom nível de compreensão, tanto das instruções, quanto dos instrumentos utilizados. Conseguiram compreender os objetivos da pesquisa e seguir as instruções, respondendo aos instrumentos, WHOQOL-100 e SF-36, sem demonstrarem dúvidas quanto ao que era questionado, bem como a forma de responder às questões. Foi dada aos participantes a oportunidade de fazerem perguntas sobre os instrumentos em situação de dúvida a qualquer momento da aplicação.

Durante a entrevista, os participantes tiveram uma compreensão satisfatória ante as questões propostas, exceto nos itens de número 36 e 37, do fator de Avaliação Geral (Questão 36 - Em que medida tem mais ou menos facilidade para obter recursos para o tratamento? Questão 37 - Em que medida que sente que tem dificuldade ou facilidade para acesso aos profissionais e ao tratamento que seja compatível com sua necessidade de saúde?).

Portanto, observou-se a necessidade de se modificarem estas questões, que passaram à seguinte estruturação: Questão 36 - Quais as dificuldades que encontrou para obter recursos ao

buscar seu tratamento? Questão 37 - Como você avalia sua relação pessoal com a equipe que está te atendendo?

Sendo assim, o estudo piloto desta investigação permitiu a constatação da pertinência da utilidade dos instrumentos escolhidos para a realização da investigação principal.

A pesquisa ocorreu entre junho de 2005 e junho de 2006 com dois universos de participantes: 1- aqueles que foram avaliados no momento pré-cirúrgico (Grupo I), ou seja, que ainda não haviam realizado a cirurgia e aguardavam serem chamados para avaliação da equipe do PPCO e, 2 - aqueles que foram avaliados no momento pós-cirúrgico (Grupo II), ou seja, aqueles que já haviam realizado a cirurgia, num intervalo tempo entre 6 meses a 6 anos após a mesma.

Ambos os grupos passaram pelo protocolo da cirurgia estabelecido pela equipe do HGG, qual seja, avaliação e preparo psicológico em pré-cirúrgico (Anexo 8) onde, após a triagem clínica, iniciam o processo de avaliação e acompanhamento com o Serviço de Psicologia, que é desenvolvido, aproximadamente, em oito sessões. Nestas realizam-se entrevista individual, aplicação de testes psicológicos em grupo ou individual, atendimentos em grupo com temas específicos à cirurgia, atendimento aos familiares e uma sessão para devolutiva. Neste momento é discutido com o paciente o resultado da avaliação para posterior encaminhamento à cirurgia, quando o paciente encontra-se emocionalmente preparado, ou para acompanhamento psicológico, quando necessita trabalhar aspectos emocionais relacionados à aderência ao tratamento.

Tanto o paciente encaminhado para a cirurgia, quanto o encaminhado para acompanhamento psicológico permanecem em atendimento em grupo, quinzenalmente, até a realização da cirurgia. Após a realização da mesma, passam a participar de grupo mensal de pós-cirurgiados.

Os participantes do Grupo I iniciaram a avaliação após a triagem feita pela equipe multiprofissional do HGG, momento em que receberam informações sobre a pesquisa, foram esclarecidos sobre seu caráter sigiloso, ausência de ônus para os mesmos e sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo na continuidade do tratamento, caso recusassem.

O paciente, aceitando participar da pesquisa, teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6), iniciando assim, no mesmo encontro, os procedimentos de avaliação, respondendo, primeiramente, ao Protocolo de Identificação (Anexo 5), o WHOQOL-100 (Anexo 3). Em outro encontro, respondeu ao questionário SF-36 (Anexo 4) e à Entrevista Semi-Estruturada (Anexo 1), que foi, por sua vez, gravada em áudio. Concomitantemente à coleta de dados, foi iniciado o preparo psicológico em pré-cirúrgico em grupo de acordo com o Fluxograma da Avaliação e Preparo Psicológico do HGG (anexo 8).

Após o término da avaliação, os participantes do Grupo I encaminhados para exames pré-cirúrgico, ou contra-indicados temporariamente para cirurgia (aqueles que necessitavam desenvolver maior adesão ao tratamento) continuaram em acompanhamento psicológico em grupo, de acordo com protocolo do HGG, até a realização da cirurgia. Até o presente momento não havia tido contra-indicação definitiva para a realização da mesma dentro deste programa.

Os participantes do Grupo II foram convocados por telefone para uma reunião, na qual receberam as informações sobre a pesquisa e foram convidados a participarem da mesma. Aqueles que concordaram se submeteram aos instrumentos na mesma ordem descrita para o Grupo I, sendo que a única alteração realizada com esse grupo foi que, na entrevista semi-estruturada pós-cirúrgico, (Anexo 2) algumas questões eram feitas no passado, devido ao fato de que o grupo já havia realizado a cirurgia.

Os participantes foram atendidos nas instalações do HGG, sendo que as aplicações dos

instrumentos ocorreram no auditório da Instituição, tendo sido realizadas em grupo de até cinco participantes ou individualmente, de acordo com a necessidade do participante (horário não compatível com o do grupo ou não alfabetização, cujos participantes necessitavam de atenção exclusiva na leitura e orientação para execução dos instrumentos da pesquisa) e as entrevistas foram realizadas, individualmente, na sala do Serviço de Psicologia, no ambulatório.

Apenas dois participantes não retornaram para a realização da entrevista semi-estruturada, após haverem respondido ao instrumento WHOQOL-100, sendo que o material foi desprezado para a investigação e foram convocados novos participantes que aderiram à pesquisa, não havendo nenhuma intercorrência após esse fato.

Os resultados foram descritos por meio de análise quantitativa, para os dados sócio-demográficos e os dados obtidos por meio da aplicação do WHOQOL-100 e SF-36, e de análise qualitativa para os dados obtidos por meio da entrevista semi-estruturada.

Para a análise quantitativa utilizou-se da estatística descritiva de frequência para os dados sócio-demográficos e clínico, estatística descritiva de média e desvio padrão para as dimensões de Qualidade de Vida obtidas pelo WHOQOL-100 e SF-36 e a estatística de correlação dos dados entre os dois instrumentos, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.

As questões do WHOQOL-100 são formuladas na escala de resposta Likert, tendo sido, de acordo com Fleck *et al.* (1999), formuladas uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). O escore **1** representa pobre QV e **5** representa boa QV, sendo consideradas, também, as questões invertidas, isto é, em questões nas quais não são possíveis respostas positivas, os resultados são invertidos. Por

exemplo, na questão F1.2 (Você se preocupa com sua dor ou desconforto físico?) a resposta que indicaria boa QV é **nada**, cujo escore é **1**, e a que indicaria pior QV é **extremamente**, cujo escore é **5**. Assim, os escores de questões dessa natureza são invertidos.

É recomendado pela Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental - Grupo Whoqol (1998), que os escores desse instrumento deverão ser pontuados utilizando a Sintaxe SPSS, desenvolvida pelo grupo WHOQOL, dentro do programa estatístico SPSS, sendo desaconselhável a pontuação manual. A pontuação estabelecida segue o critério de uma escala numérica onde:

1	2	3	4	5
↓	↓	↓	↓	↓
4	8	12	16	20

Segundo a *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental - Grupo Whoqol, 1998), quando se analisa o WHOQOL-100, pode ser considerado que escores baixos (maior perda ou condição de QV) encontram-se entre 4 e 8, escores médios (perdas médias de QV) entre 8 e 16 e escores altos (melhor condição de QV) entre 16 e 20.

No que se refere ao SF-36, sua pontuação é dada em porcentagem (numa escala de 0% a 100%), sendo que quanto maior o escore, melhor a percepção sobre a QV.

Os dados para a análise qualitativa foram obtidos por meio da entrevista semi-estruturada, que abarcou dados relativos às dimensões de QV; a percepção quanto à presença ou não da rede de suporte social; o *locus* de controle utilizado por eles e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes, tendo sido transcritas literalmente e, a seguir, foram categorizadas de acordo com a técnica de Bardin (1977).

7 – RESULTADOS

7.1 – Análise Quantitativa

Para a análise quantitativa dos dados do Whoqol-100 e SF-36, primeiramente, foi formado o banco de dados no programa estatístico SPSS versão 12. Após a verificação da ausência de dados perdidos, foram desenvolvidas a análise descritiva de frequência dos dados sócio-demográficos e clínicos, a análise descritiva de média e desvio padrão para os domínios do Whoqol-100 e as dimensões do SF-36 e a correlação de Pearson entre os dados desses instrumentos.

A análise foi desenvolvida, primeiramente, com os dados do Grupo I (pré-cirúrgico) e, posteriormente, com o Grupo II (pós-cirúrgico), seguindo a apresentação nessa seqüência.

Como pode ser observado na Tabela 3, entre as características sócio-demográficas predominantes, destaca-se que a maioria dos participantes do Grupo I foi do gênero feminino (83,3%). Em relação à faixa etária, houve igualdade entre os de 31 a 40 anos e 41 a 50 anos de idade (36,7%, respectivamente). O estado civil prevalente foi de casados (50,0%) e, em sua maioria, os participantes tinham ensino fundamental incompleto (30,0%), procediam do interior de Goiás (56,7%), comungavam da religião protestante (46,7%), eram autônomos liberais (43,3%), com renda familiar entre 1,1 e 2,0 salários mínimos e não se encontravam afastados do trabalho em função da obesidade (70,0%).

Tabela 3 – Características Sócio-demográficas de Pessoas com Obesidade. Grupo I

Variável	Frequência	Percentual em relação a amostra (n=30)
GÊNERO		
Masculino	5	16,7
Feminino	25	83,3
IDADE		
20-30	5	16,7
31-40	11	36,7
41-50	11	36,7
51-60	3	10,0
ESTADO CIVIL		
Solteiro	10	33,3
Casado	15	50,0
Divorciado-Separado	1	3,3
Viúvo	4	13,3
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Ensino fundamental incompleto	9	30,0
Ensino fundamental completo	4	13,3
Ensino médio incompleto	5	16,7
Ensino médio completo	8	26,7
Ensino superior incompleto	2	6,7
Ensino superior completo	1	3,3
Não alfabetizado	1	3,3
PROCEDÊNCIA		
Grande Goiânia	13	43,3
Interior de Goiás	17	56,7
RELIGIÃO		
Católica	11	36,7
Protestante	14	46,7
Espírita	2	6,7
Sem religião	2	6,7
Outras	1	3,3
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Empregado	9	30,0
Empregador	1	3,3
Autônomo liberal	13	43,3
Prestador de serviço	1	3,3
Desempregado	3	10,0
Outros	3	10,0
RENDA FAMILIAR		
Menos de 1 SM	3	10,0
1,0 a 2,0 SM	13	43,3
2,1 a 4,0 SM	10	33,3
Mais de 4 SM	4	13,3
AFASTADO EM FUNÇÃO DA DOENÇA OU TRATAMENTO		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0

Quanto ao índice de massa corporal (IMC), padrão internacional que classifica a obesidade, 93,3% dos participantes apresentava obesidade grau III ($IMC \geq 40$) e 6,7%

obesidade grau II (IMC entre 35-39,9). Desta forma, a maior parte dos participantes apresentavam obesidade grau III.

Os dados obtidos por meio da aplicação do WHOQOL-100 foram analisados pela estatística descritiva de média e desvio padrão, como apresentado na Tabela 4.

Entre os participantes (n=30) do Grupo I, apenas no Domínio 6 (Espiritualidade, religião e crenças) apresentaram escores acima da média (16,53), sendo que em todos os demais Domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente) apresentaram escores médios, variando entre 11,27 a 14,03.

Tabela 4 – Média e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-100 do Grupo I

Domínios	Média	Desvio Padrão
Dom 1 – Físico	11,27	2,60
Dom 2 – Psicológico	13,05	2,25
Dom 3 – Nível de Independência	12,60	3,09
Dom 4 – Relações Sociais	14,03	3,23
Dom 5 – Meio Ambiente	12,35	2,13
Dom 6 – Espiritualidade/Religião/ Crenças	16,53	2,77

Desta forma, os participantes (n=30) do Grupo I pontuaram as dimensões de Capacidade Funcional (41%), Aspectos Físicos (44%), Dor (42%) e Vitalidade (48%) abaixo da média, enquanto as dimensões de Estado de Saúde Geral e Aspecto Emocional tiveram escores um pouco acima da média (53,20% e 57,53%, respectivamente). Já os Aspectos Sociais (62%) e Saúde Mental (60%) foram pontuados como acima da média, como demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Média e Desvio Padrão das Dimensões do SF-36 do Grupo I

Dimensões	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	41,00	23,50
Aspectos Físicos	44,16	41,35
Dor	42,00	19,68
Estado Geral de Saúde	53,20	21,62
Vitalidade	48,16	22,34
Aspectos Sociais	62,16	24,27
Aspecto Emocional	57,53	38,09
Saúde Mental	60,03	25,48

Resultados da correlação realizada entre os dois instrumentos aplicados no Grupo I são demonstrados na Tabela 6. Observa-se que há uma correlação positiva entre o Domínio Físico (D1) com Dor ($r=0,52$, $p<0,01$), Vitalidade ($r=0,59$, $p<0,01$), Aspectos Sociais ($r=0,55$, $p<0,01$) e com Estado Geral de Saúde ($r=0,39$, $p<0,05$). Já o Domínio psicológico (D2) correlacionou-se fortemente com Vitalidade ($r=0,73$, $p<0,01$), Aspectos Sociais ($r=0,55$, $p<0,01$) e Saúde Mental ($r=0,56$, $p<0,01$) e moderadamente com Dor ($r=0,36$, $p<0,05$). O Domínio Nível de Independência (D3) apresentou forte correlação com Capacidade Física ($r=0,67$, $p<0,01$), Dor ($r=0,67$, $p<0,01$), Estado Geral de Saúde ($r=0,67$, $p<0,01$), Aspectos Sociais ($r=0,65$, $p<0,01$) e Aspectos Emocionais ($r=0,48$, $p<0,01$) e moderada com Aspectos Físicos ($r=0,42$, $p<0,05$) e Saúde Mental ($r = 0,36$, $p<0,05$). O Domínio de Relação Social (D4) correlacionou-se fortemente com Vitalidade ($r=0,51$, $p<0,01$) e Saúde Mental ($r=0,55$, $p<0,01$) e moderadamente com Aspectos Sociais ($r=0,42$, $p<0,05$). Já o Domínio Meio ambiente (D5) apresentou uma correlação moderada com Dor e Estado Geral da Saúde ($r=0,31$ e $0,37$, $p<0,05$, respectivamente) e forte com Vitalidade e Aspecto Social ($r=0,56$ e $0,49$, $p<0,01$, respectivamente). O Domínio Espiritualidade/religião/crença (D6), do WHOQOL-100, não apresentou correlação significativa com nenhuma Dimensão do SF-36. As correlações não estabelecem relações de causa-efeito, mas indicam associação entre as

variáveis estudadas.

Tabela 6 – Correlação de Pearson entre os dados de SF-36 e WHOQOL-100 do Grupo I

SF-36									Whoqol					
Dim	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Dom														
CF	1.00													
AF	0.43*	1.00												
D	0.73**	0.47**	1.00											
EGS	0.64**	0.40*	0.77**	1.00										
V	0.16	0.32	0.48**	0.46*	1.00									
AS	0.49**	0.49*	0.69**	0.67**	0.55**	1.00								
AE	0.44*	0.73*	0.50**	0.52**	0.33	0.41*	1.00							
SM	0.20	0.23	0.59**	0.50**	0.61**	0.66**	0.32	1.00						
D1	0.33	0.26	0.52**	0.39*	0.59**	0.55**	0.28	0.28	1.00					
D2	0.17	0.29	0.36*	0.34	0.73**	0.55**	0.26	0.56**	0.50**	1.00				
D3	0.67**	0.42*	0.67**	0.67**	0.50**	0.65**	0.48**	0.36*	0.64**	0.48**	1.00			
D4	-0.02	-0.01	0.15	0.18	0.51**	0.42*	0.17	0.55**	0.20	0.76**	0.17	1.00		
D5	0.00	0,10	0.31*	0.37*	0.56**	0.49**	0.26	0.56**	0.36*	0.64**	0.52**	0.59**	1.00	
D6	0.26	0.88	0.31	0.24	0.28	0.28	0.04	0.15	0.15	0.65**	0.32	0.48**	0.36	1.00

CF=Capacidade funcional, AF= Aspectos Físicos, D= Dor, EGS= Estado de Saúde Geral, V= Vitalidade, AS= Aspectos Sociais, AE= Aspectos Emocionais, SM= Saúde Mental, D1= físico, D2= Psicológico, D3= Nível de Independência, D4= Relações Sociais, D5= Meio Ambiente, D6= Espiritualidade/Religião/Crença.

*Correlação é significativa com nível de 0.05

**Correlação é significativa com nível de 0.01

Por meio dos resultados obtidos junto aos participantes (n=30) do Grupo II, verifica-se, como mostra a Tabela 7, que a maioria dos participantes dessa amostra é do gênero feminino (86,7%), prevalecendo a faixa etária entre 51 e 60 anos (33,4%), sendo que a maioria dos participantes tem um relacionamento marital: casados (50%) e união livre (6,7%). Em relação ao grau de instrução, houve igualdade entre os participantes com ensino fundamental

incompleto e ensino médio completo (26,7% respectivamente). A procedência da maioria é da grande Goiânia, sendo que a religião mais freqüente é a católica (63,3%). Em relação à situação profissional, a maioria diz se encontrar na categoria Outra (26,7%), isto é, não se dizem empregados, nem desempregados, ou autônomos liberal; a segunda categoria de maior destaque é o de empregado (23,3%), sendo a renda salarial da metade dos participantes (50%) entre 2,1 a 4 salários mínimos, e a maioria (83,3%) não está afastada em função da doença ou tratamento.

Tabela 7 – Características Sócio-demográficas de Pessoas com Obesidade Grupo II

Variável	Frequência	Percentual em relação a amostra (n=30)
GÊNERO		
Masculino	4	13,3
Feminino	26	86,7
IDADE		
20-30	3	10,0
31-40	7	23,3
41-50	9	30,0
51-60	10	33,4
61-70	1	3,3
ESTADO CIVIL		
Solteiro	9	30,0
Casado	15	50,0
União Livre	2	6,7
Divorciado-Separado	1	3,3
Viúvo	3	10,0
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Educação infantil (alfabetização)	3	10,0
Ensino fundamental incompleto	8	26,7
Ensino fundamental completo	3	10,0
Ensino médio incompleto	2	6,7
Ensino médio completo	8	26,7
Ensino superior incompleto	1	3,3
Ensino superior completo	4	13,3
Não alfabetizado	1	3,3
PROCEDÊNCIA		
Grande Goiânia	22	73,3
Interior de Goiás	7	23,4
Outros Estados	1	3,3
RELIGIÃO		
Católica	19	63,3
Protestante	9	30,0
Testemunha de Jeová	1	3,3
Sem religião	1	3,3
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Empregado	7	23,3
Empregador	1	3,3
Autônomo liberal	5	16,7
Prestador de serviço	3	10,0
Desempregado	5	16,7
Não respondeu	1	3,3
Outros	8	26,7
RENDA FAMILIAR		
Menos de 1 SM	1	3,3
1,0 a 2,0 SM	8	26,7
2,1 a 4,0 SM	15	50,0
Mais de 4 SM	6	20,0
AFASTADO EM FUNÇÃO DA DOENÇA OU TRATAMENTO		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3

O Índice de Massa Corpórea (IMC) dos participantes (n=30) do Grupo II apresentou maior prevalência no grau de sobrepeso com 36,7% e obesidade grau I com 33,3%, sendo que 16,7% apresentou obesidade grau II e 3,3% obesidade grau III, apenas 10% da amostra apresentou o IMC dentro do índice de normalidade.

De acordo com os dados obtidos por meio do Whoqol-100, demonstrados na Tabela 8, apenas o Domínio 6 (Espiritualidade/religião/crença) apresentou um escore acima da média entre os participantes (16,93). Os demais Domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente) apresentaram escores médios entre 13,37 a 15,53.

Tabela 8 – Média e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-100 do Grupo II

Domínios	Média	Desvio Padrão
Dom 1 – Físico	13,37	2,60
Dom 2 – Psicológico	14,16	2,25
Dom 3 – Nível de Independência	15,53	3,09
Dom 4 – Relações Sociais	14,30	3,23
Dom 5 – Meio Ambiente	13,45	2,13
Dom 6 – Espiritualidade/Religião/ Crenças	16,93	2,77

Em relação aos dados apresentados por meio da aplicação do SF-36 os participantes (n=30) do Grupo II apresentaram escores acima da média para todas as dimensões, sendo que Dor (57%) e Aspecto Emocional (57%) foram pontuados com escore pouco acima da média, enquanto Capacidade Funcional (81%), Aspectos Físicos (65%), Estado de Saúde Geral (74%), Vitalidade (61%), Aspectos Sociais (71%) e Saúde Mental (67%) obtiveram uma pontuação bem acima da média, como demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Média e Desvio Padrão das Dimensões do SF-36 do Grupo II

Dimensões	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	81,16	20,45
Aspectos Físicos	65,16	37,47
Dor	57,66	27,37
Estado Geral de Saúde	74,33	23,55
Vitalidade	61,50	21,17
Aspectos Sociais	71,46	27,75
Aspecto Emocional	57,63	42,83
Saúde Mental	67,50	21,06

A correlação realizada entre os dados do WHOQOL-100 e SF-36 do Grupo II foi apresentada na Tabela 10, e demonstra que o Domínio Físico (D1) correlacionou-se fortemente com Dor ($r=0.56$, $p<0.01$), Estado Geral de Saúde ($r=0.51$, $p<0.01$), Vitalidade ($r=0.46$, $p<0.01$), Aspectos Sociais ($r=0.47$, $p<0.01$) e Saúde Mental ($r=0.61$, $p<0.01$) e, moderadamente com Capacidade Funcional ($r=0.41$, $p<0.05$) e Aspectos Físicos ($r=0.42$, $p<0.05$). O Domínio Psicológico (D2) apresentou forte correlação com Estado de Saúde Geral ($r=0.58$, $p<0.01$), Vitalidade ($r=0.61$, $p<0.01$), Aspectos Sociais ($r=0.60$, $p<0.01$) e Saúde Mental ($r=0.75$, $p<0.01$) e moderada com Dor ($r=0.41$, $p<0.05$). O Domínio Nível de Independência (D3) apresentou forte correlação com Aspectos Físicos ($r=0.46$, $p<0.01$), Estado Geral de Saúde ($r=0.50$, $p<0.01$), Vitalidade ($r=0.51$, $p<0.01$), Aspectos Sociais ($r=0.55$, $p<0.01$) e moderada com Capacidade Funcional ($r=0.40$, $p<0.05$) e Saúde Mental ($r=0.58$, $p<0.05$). O Domínio Relações Sociais (D4) correlacionou-se fortemente com Dor ($r=0.63$, $p<0.01$), Estado Geral de Saúde ($r=0.49$, $p<0.01$), Vitalidade ($r=0.521$, $p<0.01$), Aspecto Social ($r=0.55$, $p<0.01$) e Saúde Mental ($r=0.65$, $p<0.01$). Já o Domínio Meio Ambiente (D5) apresentou uma forte correlação com Estado Geral de Saúde ($r=0.50$, $p<0.01$) e Saúde Mental ($r=0.52$, $p<0.01$). O Domínio de Espiritualidade/religião/Crença (D6) não apresentou correlação significativa com nenhuma dimensão do SF-36.

Tabela 10 –Correlação de Pearson entre os dados de SF-36 e WHOQOL-100 do Grupo II

SF-36									Whoqol					
Dim	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Dom														
CF	1.00													
AF	0.51**	1.00												
D	0.43*	0.36	1.00											
EGS	0.00	0.45*	0.16	1.00										
V	-0.03	0.24	0.28	0.60**	1.00									
AS	-0.06	0.27	0.37*	0.45*	0.62**	1.00								
AE	-0.05	0.25	0.07	0.27	0.26	0.58**	1.00							
SM	-0.07	0.23	0.42*	0.57**	0.76**	0.81**	0.49**	1.00						
D1	0.41*	0.42*	0.56**	0.51**	0.46**	0.47**	0.10	0.61**	1.00					
D2	0.01	0.22	0.41*	0.58**	0.61**	0.60**	0.16	0.75**	0.79**	1.00				
D3	0.40*	0.46**	0.35	0.50**	0.51**	0.55**	0.27	0.58*	0.78**	0.69**	1.00			
D4	0.12	0.23	0.63**	0.49**	0.52**	0.55**	0.22	0.65**	0.69**	0.72**	0.59**	1.00		
D5	0.07	0.27	0.39*	0.50**	0.36*	0.38*	0.12	0.52**	0.59**	0.62**	0.38*	0.60**	1.00	
D6	-0.03	-0.00	0.20	0.27	0.22	0.52	0.06	0.33	0.31	0.48**	0.35	0.18	0.12	1.00

CF=Capacidade funcional, AF= Aspectos Físicos, D= Dor, EGS= Estado de Saúde Geral, V= Vitalidade, AS= Aspectos Sociais, AE= Aspectos Emocionais, SM= Saúde Mental, D1= físico, D2= Psicológico, D3= Nível de Independência, D4= Relações Sociais, D5= Meio Ambiente, D6= Espiritualidade/Religião/Crença.

*Correlação é significativa com nível de 0.05

**Correlação é significativa com nível de 0.01

7.1.2 – Comparação entre o Grupo I e Grupo II

No gráfico, demonstrado na Figura 1, é possível comparar os resultados obtidos, por meio da aplicação do WHOQOL-100, da percepção da QV entre o Grupo I (Pré-cirúrgico) e Grupo II (Pós-cirúrgico). Todos os Domínios apresentaram uma maior pontuação no Grupo II, destacando-se que os Domínios de Relações Sociais e Espiritualidade/Religião/Crença

obtiveram uma diferença mínima entre os dois grupos.

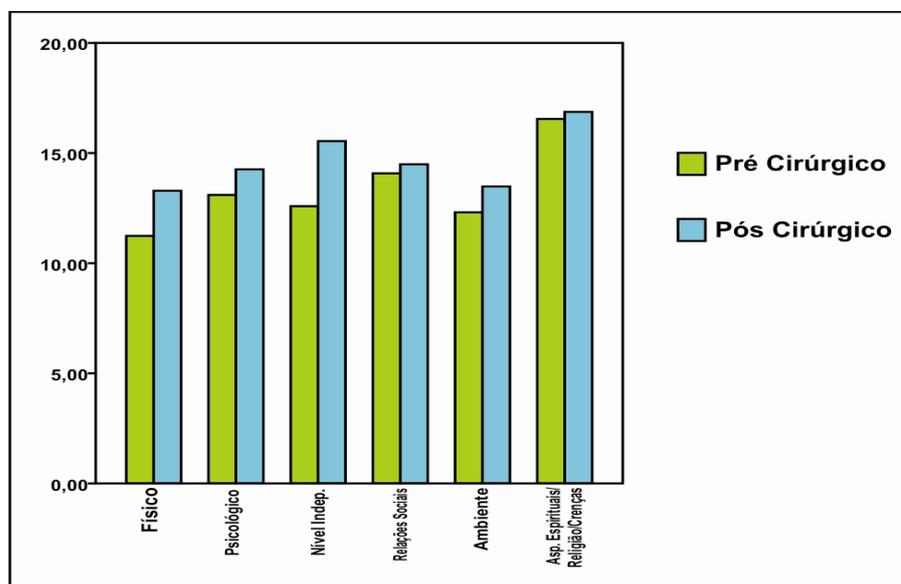


Figura 1 – Domínios de QV do WHOQOL-100 dos Grupos I (pré-cirúrgico) e II (pós-cirúrgico)

O gráfico da Figura 2 demonstra a comparação dos resultados obtidos, por meio da aplicação do SF-36. Excetuando-se a Dimensão de Aspectos Emocionais, todas as demais dimensões (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental) demonstraram uma melhora na percepção da QV entre os participantes.

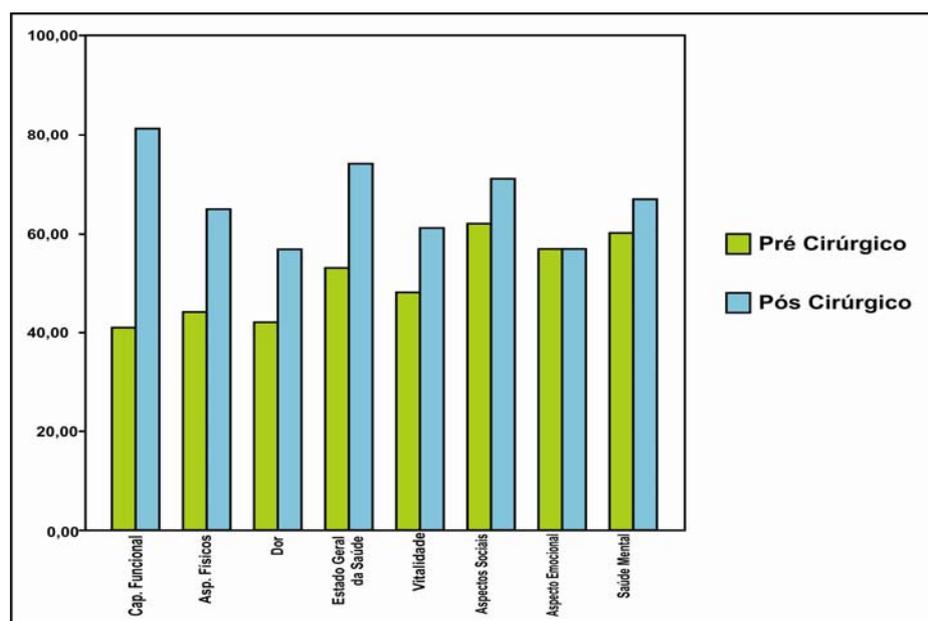


Figura 2 – Dimensões de QV do SF-36 dos Grupos I (pré-cirúrgico) e II (pós-cirúrgico)
7.2 – Análise Qualitativa

A análise qualitativa foi realizada após a transcrição literal das entrevistas, sendo possível destacar nove categorias, que foram divididas em 25 subcategorias, como demonstradas no Quadro 2. Seguem-se as descrições e exemplificações de cada uma delas. Para uma melhor visualização e compreensão, optou-se pela apresentação dos dados obtidos por meio da análise qualitativa, do Grupo I e Grupo II paralelamente.

As categorias que apresentaram maior frequência foram as de Dimensão Funcional (Autonomia *versus* Independência) (4), Dimensão Social e Familiar da QV (6) e Estratégias de Enfrentamento (9). Nessas categorias destacaram-se as subcategorias, Percepção de Autonomia (4.1), com um percentual de 8% no Grupo I e 11.3% no Grupo II; Perda de autonomia (4.2) 6.1% no Grupo I e 5.5% no Grupo II; Comportamento Positivo frente à Rede de Suporte Social (6.1), que apresentou um percentual de 9.9% e 10.5% nos Grupos I e II, respectivamente; Restrição da Dimensão Social (6.3), com 5.2% e 6.3% nos Grupos I e II, respectivamente, e Estratégias Psicológicas de Enfrentamento Comportamental (9.3), com um percentual de 9.5% no Grupo I e 8.7% no Grupo II.

As demais categorias também apresentaram uma frequência significativa, sendo que na categoria Conceito de Saúde, Doença e QV (1) não houve diferença significativa nos percentuais entre as subcategorias nem entre os Grupos I e II, o mesmo ocorrendo com a categoria Histórico Pessoal da Obesidade (2).

Já a categoria Dimensão Física da QV (3) apresentou uma diferença significativa na subcategoria Comorbidades e Sintomatologia (3.1) entre o Grupo I, com 5%, e Grupo II com 2.4%. Na categoria Dimensão Psicológica da QV (5), o maior percentual foi da subcategoria Estado Depressivo (5.4), com 3.2%, no Grupo I, e 3.4%, no Grupo II, não tendo sido

verificada, porém, uma diferença significativa nas demais subcategorias desse item.

No que diz respeito à categoria Adesão ao Tratamento (7), houve uma diferença significativa para a subcategoria Fatores Facilitadores (7.1), com 4.2%, no Grupo I, e 5.2%, no Grupo II, e na categoria *Locus* de Controle para a Obesidade (8), a diferença significativa foi de Controle Interno (8.1), no Grupo I, com 3.6%, e Controle Externo (8.2), no Grupo II, com 3.8%.

Tabela 11 - Frequência das Categorias e Sub-Categorias Temáticas de Qualidade de Vida de Pessoas com Obesidade

Categorias/Subcategorias	Grupo I		Grupo II	
	F	F%	F	F%
1- Conceito de Saúde, Doença e QV				
1.1- Saúde	26	2.9%	29	3.3%
1.2- Doença	28	3.2%	28	3.2%
1.3- QV	27	3.1%	29	3.3%
2- Histórico Pessoal da Obesidade	27	3.1%	26	2.9%
3- Dimensão Física da QV				
3.1- Comorbidades e Sintomatologia	43	5%	21	2.4%
3.2 – Perda da Dimensão Física	18	2%	26	2.9%
4- Dimensão Funcional (Autonomia <i>Versus</i> Independência)				
4.1- Percepção de Autonomia	69	8%	100	11.3%
4.2- Perda de Autonomia	54	6.1%	47	5.5%
5- Dimensão Psicológica de QV				
5.1- Estado	17	2%	15	1.7%
5.2- Auto-Imagem	24	2.7%	27	3%
5.3- Auto-Estima	28	3.2%	25	2.8%
5.4- Estado Depressivo	28	3.2%	31	3.4%
5.5- Satisfação com Estado Emocional Atual	14	1.6%	18	2%
6- Dimensão Social e Familiar da QV				
6.1- Comportamento Positivo Frente à Rede de Suporte Social	87	9.9%	93	10.5%
6.2- Grau de Satisfação com a Rede de Suporte Social	29	3.3%	15	1.7%
6.3- Restrição de Dimensão Social	46	5.2%	56	6.3%
6.4- Apoio Familiar	37	4.2%	23	2.6%
6.5- Grau de Satisfação com Situação Familiar	28	3.2%	32	3.6%
6.6- Percepção de Discriminação ou Preconceito	20	2.3%	26	2.9%
7- Adesão ao Tratamento				
7.1- Fatores Facilitadores	37	4.2%	46	5.2%
7.2- Fatores Inibidores	27	3.1%	22	2.5%
8- Locus de Controle para a Obesidade				
8.1- Interno	32	3.6%	17	1.9%
8.2- Externo	21	2.4%	34	3.8%
9 - Estratégias Psicológicas de Enfrentamento				
9.1- Cognitiva	13	1.5%	11	1.2%
9.2- Emocional	13	1.5%	12	1.4%
9.3- Comportamental	84	9.5%	77	8.7%
Total	877	100%	886	100%

A Figura 3 permite a visualização da ocorrência das principais categorias apresentadas pelos participantes do Grupo I, por meio da análise qualitativa.

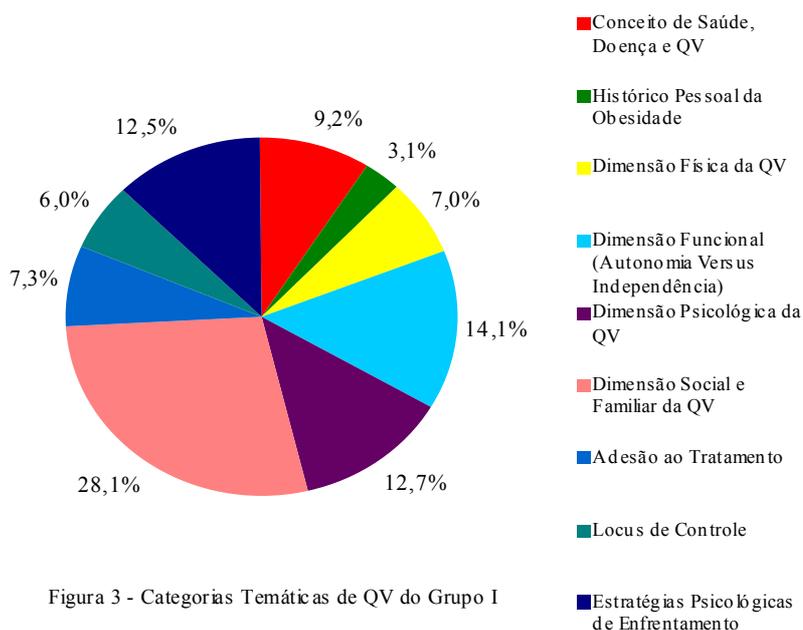


Figura 3 - Categorias Temáticas de QV do Grupo I

A Figura 4 permite a visualização das principais categorias apresentadas pelos participantes do Grupo II.

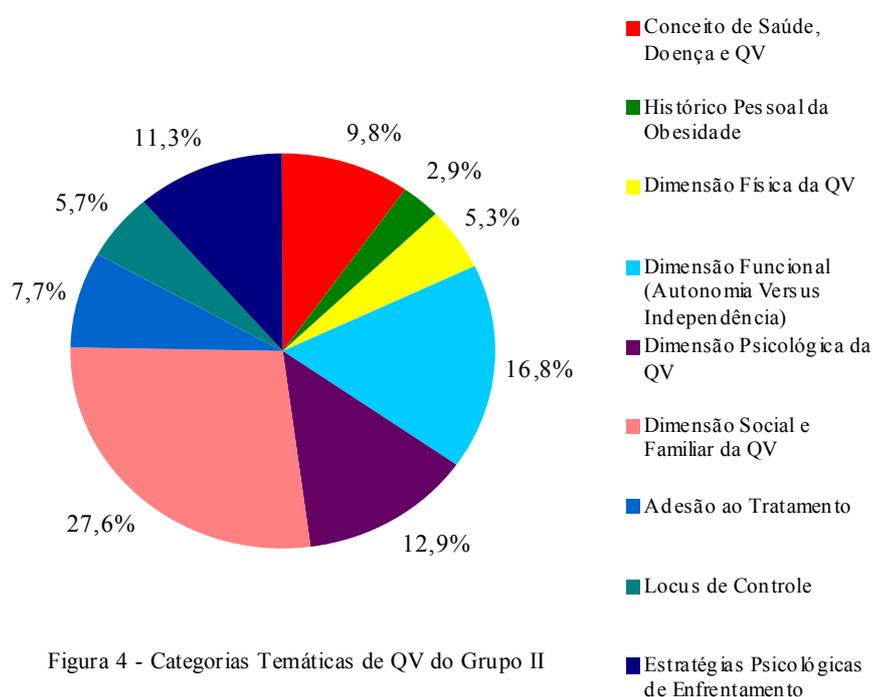


Figura 4 - Categorias Temáticas de QV do Grupo II

É possível perceber, por meio das figuras, que as respostas apresentadas pelos dois grupos, por meio da análise qualitativa, apresentam uma equivalência em termos percentuais

em todas as categorias apresentadas.

7.2.1 – Descrição das Categorias e Sub-categorias Temáticas de Qualidade de Vida de Pessoas com Obesidade Submetidas à Cirurgia Bariátrica:

1 – Conceito de Saúde, Doença e QV: Diz respeito a como o participante conceitua saúde, doença e qualidade de vida.

1.1 - Conceito de saúde: Refere-se a como a participante conceitua a saúde em geral.

“Viver bem e estar bem fisicamente, ter uma saúde física, né? E bem mentalmente, é, mental e espiritual é...” (P1, p.1, grupo I).

“é poder andar, poder brincar, poder correr, poder levantar, poder divertir da maneira que quero, como eu quero sabe? Comer as coisas sem você ter restrição” (P18, p.1, grupo II).

1.2 - Conceito de doença: Refere-se a como o participante conceitua a doença de forma geral.

“É você sentir incapaz de fazer qualquer coisa” (P2, p.1, grupo I).

“Ah, é muitas dores, tudo que você faz, passa um pouco você já está sentindo uma dor, um cansaço” (P3, p.1, grupo II).

1.3 - Conceito de Qualidade de Vida: Refere-se a como o participante conceitua Qualidade de Vida.

“Qualidade de vida para mim é você... levanta de manhã e tá com aquela auto-estima lá em cima, você vai tomando banho, se apronta, se arruma, você veste uma roupa, você se sente bem nela, você vai trabalhar, você tem a seu serviço, eu acho isso maravilhoso, você chegar, levantar, ir pro seu serviço, isso pra mim é qualidade de vida.” (P6, p.6, grupo I).

“Eu acho que é um conjunto de coisas, precisa de tá tudo bem, não adianta eu ter dinheiro e não ter saúde e não ter uma aparência... então eu acho que para ter qualidade, eu acho que as coisa tem que tá tudo paralelo, pertinho uma da outra, eu acho que não pode ser só uma

coisa desligada da outra, eu acho que é um conjunto de coisas. Têm que estar bem em tudo, psicologicamente, tudo se não tiver...” (P20, p.7, grupo II).

2 - Histórico pessoal da obesidade: Diz respeito à evolução da patologia em diferentes momentos da vida e/ou da percepção dessa patologia.

“A partir da segunda gravidez né? Já no início eu já tive um problema que quase perdi minha filha e com isso comecei a engordar.” (P7, p.1, grupo I).

“Eu... eu posso dizer que eu nunca fui uma criança... que eu nunca fui uma pessoa magra, porque desde pequenininha, desde criança eu fui gordinha” (P20,p.1, grupo II).

3 - Dimensão Física da QV: Diz respeito ao conjunto de fatores físicos ou biológicos ou bioquímicos do participante constituintes de QV.

3.1 - Comorbidades e Sintomatologia: Refere-se ao aparecimento de doenças e aos sintomas físicos decorrente da obesidade.

“... Então adquiri uma diabete que eu não queria” (P3, p.2, grupo I).

“Então eu acho muito difícil, pra mim andar eu sinto muita dores sabe? Nas pernas, na coluna... Nossa Senhora... então se eu andar muito, eu sinto uma dor que... daí eu vou inchando sabe? Parece que vai doendo e minhas juntas vai inchando, sabe?” (P6, p.2, grupo I).

3.2 - Perda da Dimensão Física na Saúde: Refere-se à percepção de perda da habilidade física frente à obesidade.

“Porque... eu não dou conta de mais assim... de ficar abaixando, se for para você agachar... para mim lavar os meus pés eu tenho que sentar numa cadeira, por o pé em cima da beirada do vaso pra poder esfregar, sabe?” (P6, p.2, grupo I).

“Ah, com certeza, nem caminhar para mim não era bom, só de pensar em caminhar eu já tava cansada” (P18, p. 3, grupo II).

4 - Dimensão Funcional (Autonomia Versus Independência): Diz respeito à percepção do participante quanto a sua capacidade em tomar decisões e desenvolver atividades rotineiras (lavar-se, vestir-se, andar, higiene, decisões e outras).

4.1 – Percepção de Autonomia: Refere-se à percepção positiva ante a capacidade de desenvolver atividades gerais pelo participante.

“De forma geral sim, eu trabalho, eu tenho minha vida, tudo normal, né?” (P1, p.3, grupo I).

“hoje o trabalho em dois locais, locais diferente, corro o dia inteiro, cuidado de casa, cuidado de marido, cuidado de filho sabe? Resolvo tudo que eu tenho para resolver, numa disposição que eu imaginei que o nunca mais ia ter na minha vida” (P18, p.3, grupo II).

4.2 – Perda de Autonomia: Refere-se à percepção negativa ante capacidade de desenvolver atividades gerais pelo participante.

“Às vezes eu dependo de muitas pessoas dando apoio, às vezes coisas que eu poderia resolver eu vou procurar assim... em outros locais” (P15, p.4, grupo I).

“Já tava de um jeito que eu nem andava mais, não conseguia nem andar, pegar um ônibus... nada mais, não tinha condição de mais nada” (P7, p.2, grupo II).

5 - Dimensão Psicológica da QV: Diz respeito ao conjunto de fatores cognitivos, comportamentais e emocionais do participante e constituinte de sua QV.

5.1 - Estado: Refere-se à condição emocional atual do participante relativo à obesidade.

“Muito ruim, em relação à obesidade eu me sinto muito ruim.” (P19, p.3, grupo I).

“Em relação com obesidade? Olha eu tô tranqüila, não tenho nada assim..” (P4,p.4, grupoII).

5.2 - Auto-Imagem: Refere-se a como o participante se sente frente à percepção de sua auto-imagem.

“Me sinto horrível, horrivelmente horrível porque, tipo assim, tudo que você vai colocar, uma roupa, não fica bem. Eu gorda não me sinto bem” (P5, p.4, grupo I).

“Ah, tô me sentindo outra, porque antes eu não gostava nem de me o olhar no espelho, e hoje eu já gosto.” (P2, p.5, grupo II).

5.3 - Auto-Estima: Refere-se a como o participante avalia sua relação consigo mesmo ou que apreço nutre consigo mesmo.

“Ah, eu gosto de mim, né? Tem vez até que eu olho no espelho e me acho bonita.” (P18, p.5, grupo I).

“Acho que eu perdi muita confiança em mim, deixei de acreditar em mim. todo mundo fala: “ah, você é capaz, você isso, você é aquilo outro e...” eu não percebo.” (P9, p.4, grupo I).

5.4 - Estado depressivo: Refere-se ao estado emocional de humor deprimido, entristecimento e auto-depreciação frente à obesidade.

“Muito mal, eu senti até vontade de morrer, eu senti assim que eu... pra que viver” (P2, p.1, grupo I).

“e eu fui entrando num processo assim de... de tristeza, depressão” (P7, p.1, grupo II).

5.5 - Satisfação com o Estado Emocional Atual: Refere-se ao sentimento de satisfação ante o estado emocional e à percepção de uma condição psíquica organizadora e promotora de bem estar geral e de segurança.

“Olha, eu acho que... se eu colocar aqui de 1 a 10 eu coloco em 10, porque mesmo que... pelo que eu faço, não sou obrigado, é porque gosto de fazer, então eu tenho mesmo que me valorizar, pra que os outros me valorizem também da mesma forma” (P4, p.5, grupo I).

“Tô feliz, não fico mais triste desanimada, nada” (P9, p.4, grupo II).

6 - Dimensão Social e Familiar da QV: Diz respeito ao conjunto de fatores sociais ou interacionais do participante constituinte de QV, como sente-se ante as relações sociais e sua obesidade.

6.1 - Comportamento Positivo Frente à Rede de Suporte Social: Refere-se à percepção do

participante quanto a sua capacidade de buscar recursos ou solicitar ajuda na Rede de Suporte Social e como procura relacionar-se e interagir socialmente.

“Eu peço pras pessoas que são capazes de fazer aquele tipo de ajuda” (P1, p.3, grupo I).

“sempre eu vou... eu participo de reuniões, né? Assim... dos amigos e quando alguém me convida eu sempre vou, às vezes até eu me ofereço para ir em algum lugar.” (P4, p.3, grupo II).

6.2 – Grau de Satisfação com a Rede de Suporte Social: Refere-se à avaliação apresentada pelo participante quanto sua percepção da Rede de Suporte Social.

“do jeito que minha vida é assim com os meus amigos, que eu conheço que eu vou conhecendo mais, eu acho que tá ótimo... não preciso mais assim...” (P12, p.5, grupo I).

“Ah, acredito, deveria ser mais” (P4, p.3, grupo II).

6.3 - Restrição da Dimensão Social: Refere-se à atitude de restringir intencionalmente as relações e/ou atividades sociais devido a obesidade.

“Eu não vou pra lugar nenhum. Eu não vou um a cinema porque eu tenho medo de chegar lá e não servir na cadeira. Tudo isso me perturba, tudo isso me incomoda. Eu não vou no restaurante, eu não vou num barzinho, eu não vou a lugar nenhum, por que me incomoda gordura.” (P6, p.6, grupo I).

“Tem vez que eu prefiro ficar mais isolada.” (8, p.3, grupo II).

6.4 - Apoio Familiar: Refere-se à percepção do participante quanto à presença ou ausência de apoio familiar.

“É, eu queria assim mais apoio... assim, acompanhamento tá entendendo? Por que tudo tem horário assim, horário de eu vir aqui, um o outro o meu irmão que seja... que me acompanhasse sabe? É isso que eu sei que não existe.” (P6, p.3, grupo I).

“(...) o que eu tenho ta bem, minha família é super unida, super estruturada” (P1, p.4,

grupo I.)

6.5 - Grau de Satisfação com a Situação Familiar: Refere-se à satisfação apresentada pelo participante ante a vivência familiar.

“Ta bem, tô muito bem com meus pais, muito bem com minha família, minha filha” (P2, p.5, grupo I).

“Olha muito bem, minha família graças a Deus é muito ligada em casa e a gente é muito ligado a eles também, aos filhos, aos netos, as noras.” (P5, p.5, grupo II).

6.6 - Percepção de Discriminação ou Preconceito: Refere-se a um sentimento de exclusão e/ou auto-exclusão da rede social/familiar devido à discriminação ou preconceito.

“Meus filhos, assim a gente vê que eles sente vergonha diante da sociedade, na escola , quando vai sair eu vejo...” (P10, p.5, grupo I).

“É uma discriminação, eu ouvia piadinha, ficavam me olhando, essas coisa...” (P9, p.1, grupo II).

7 - Adesão ao Tratamento: Diz respeito à percepção do participante quanto aos aspectos relacionados à sua adesão ao tratamento da obesidade.

7.1 - Fatores Facilitadores: Refere-se à percepção do participante quanto aos fatores que facilitam sua adesão ao tratamento.

“Não encontrei dificuldade, né? Pra mim tratando aqui não teve dificuldade” (P1, p.6, grupo II).

“Eu acho que sim porque... acho que se já tivesse fazendo tratamento com umas pessoa que tratasse mau, não te respondesse as coisa tudo direitinho, aí como você fareria tratamento? Mas eu não, graças a Deus aqui tá tudo ótimo, desde o começo aqui tá tudo bem.” (P12, p.9, grupo I).

7.2 - Fatores Inibidores: Refere-se à Percepção do participante quanto aos fatores que

dificultam sua adesão ao tratamento.

“Carro, na época meu esposo não tinha... como me carregar dependia dos outros e as pessoa normalmente corria né? Pôr um obeso dentro do carro é... ninguém gosta, eu dependia da ambulância” (P12, p.7, grupo II).

“Um pouco mais foi a demora, né? Porque assim... é um processo muito longo, e demorado, que em relação a cirurgia mesmo, de um médico do outro Mas, foi a única dificuldade que eu tive mesmo” (P18, p.9, grupo II).

8 - Locus de Controle para Obesidade: Diz respeito a que ou a quem o participante atribui seu estado de obesidade e/ou resultado do seu tratamento.

8.1 - Interno: Refere-se à atribuição de si mesmo como responsável pelo seu estado de obesidade.

“Gula, não vou dizer que foi gula, sossego também não, eu acho que foi eu mesmo o causador de tudo isso.” (P4, p.2, grupo I).

“A mim mesma, porque eu não posso atribuir a ninguém porque quem comia era eu, e a ansiedade é minha.” (P8, p.1, grupo II).

8.2 - Externo: Refere-se à atribuição de um fator externo a si mesmo como responsável pelo seu estado de obesidade.

“A minha família, ela colaborou demais, meu pai muito, muito, meus irmãos” (P2, p.2, grupo I).

“Olha, eu... devo muito os médicos que trataram de mim, que cuidaram de mim, fizeram um tratamento ótimo comigo” (P17, p.2, grupo II).

9 - Estratégias Psicológicas de Enfrentamento: Diz respeito a como o participante enfrenta as situações estressantes de vida que envolve a obesidade.

9.1 - Cognitiva: Refere a quando o participante usa da resignificação da condição de obeso

e/ou idéias ou pensamento ou suposições formuladas acerca da obesidade.

“porque eu tenho na minha cabeça, no meu íntimo, que estar bem não é ser bonita por fora, é estar bem do jeito que eu estou.” (P3, p.5e6, grupo II).

“mas depois eu penso eu não posso desistir das coisas que eu quero. Se é um objetivo da minha vida porque que o vou desistir” (P6, p.5, grupo II).

9.2 - Emocional: Refere-se a quando o participante procura, por meio da expressão ou contenção de sentimentos para enfrentar o problema da obesidade ou questões pontuais relativas a ela.

“aí fui me entregando, cada vez mais, aí eu não queria mais viver, não queria mais cuidar de mim... eu me entreguei, entendeu?” (P2, p. 1, grupo I).

“ficava com raiva. Eu ficava com raiva, maltratava eu mesma, né?” (P1, p.6, grupo II).

9.3 - Comportamental: Refere-se ao enfrentamento de questões relativas à obesidade por meio de comportamentos que possam minimizar o estresse causado pela situação.

“... eu já tentei tudo que estava ao meu alcance, e dos meus conhecimentos e ao meu alcance, a base de dieta, a base de remédio e atrás de médico, já fiz tratamento psicológico, então eu já fiz muita coisa” (P1, p.2, grupo I).

8 – DISCUSSÃO

Como o objetivo deste estudo foi desenvolver uma análise quantitativa e qualitativa da QV de pessoas com obesidade, bem como avaliar o suporte social, o *locus* de controle e as estratégias de enfrentamento, procurou-se descrever as características sociodemográficas dos participantes, a fim de contextualizar a população estudada. Em função da condição homogênea das características sócio-demográficas e clínica dos participantes, não foi possível estabelecer correlação entre os resultados dos instrumentos e os dados sociodemográficos, visto que o nível de significância foi baixo para uma comparação desse porte. Contudo, os dados sociodemográficos demonstram que a maioria dos participantes dos dois grupos é do sexo feminino (Grupo I- 83,3%, Grupo II- 86%), não se tendo uma clara idéia se a prevalência dessa doença recai sobre as mulheres ou se é uma doença que mobiliza mais o sexo feminino em busca de cuidados. Sobre esse aspecto, Bernardi *et al.* (2005) afirmam que, devido à pressão social que apresenta uma reação adversa à obesidade, muitas pessoas se impõem um controle e seleção de alimentos, procurando envolver-se em uma restrição dietética, sendo que as mulheres são, particularmente, mais afetadas nessa busca.

Tanto no Grupo I, quanto no Grupo II, a maioria dos participantes tinha um companheiro (a) com quem tinha uma relação estável (Grupo I – 50% casados; Grupo II – 50% casados e 6% união livre), não sendo possível, porém, afirmar se essa união ocorreu antes ou após o surgimento da obesidade, mas o fato de que a maioria se mantinha casada no momento da pesquisa pode indicar que, mesmo sendo a obesidade uma doença estigmatizante, ela não impede as pessoas de manterem uma relação estável com outra, podendo ter um suporte social que lhes permitam manter suas atividades de vida, mesmo com as dificuldades vivenciadas, devido à doença.

Poucos participantes apresentavam ensino superior completo ou incompleto (Grupo I-10%; Grupo II-16%), o que condiz com as características da população atendida no Programa de Controle e Prevenção da Obesidade do hospital, que é público e realiza atendimento somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os participantes do Grupo I apresentam baixa condição socioeconômica e baixa renda familiar (entre 1 e 2 salários mínimos, 43,3%), enquanto os participantes do Grupo II apresentam uma condição socioeconômica e renda familiar um pouco melhor (entre 2,1 e 4 salários mínimos, 50%). A maioria dos participantes do Grupo I é formada por profissionais autônomos liberais (43,3%), sendo que 30% são empregados e 70% afirmam que não estão afastados do trabalho em função da doença ou tratamento. Já no Grupo II, 16% são profissionais autônomos liberais e 23% são empregados; 83% afirmam que não estão afastados do trabalho em função da doença ou tratamento. Contudo, não se pode afirmar que eles não estão afastados por outro motivo. Assim, com as dificuldades que encontram em diversos setores da vida, os participantes precisam adotar estratégias de enfrentamento para lidar com aspectos muito objetivos da subsistência. As dificuldades de muitas pessoas aderirem a outros tratamentos de obesidade não-cirúrgicos podem, muitas vezes, estar relacionadas ao custo dos mesmos, fato que as leva a buscar a intervenção cirúrgica financiada pelo poder público.

Como pôde ser observado nos dados quantitativos apresentados neste estudo, tanto por meio do WHOQOL-100, quanto por meio do SF-36, a percepção da QV dos obesos participantes, antes da realização da cirurgia bariátrica, apresenta perda expressiva no grau de independência e no bem-estar físico, o que vai ao encontro dos achados descritos por Gutiérrez *et al.* (1998). Por outro lado, os dados indicam áreas de maior preservação da QV (Aspectos Sociais e Saúde Mental) que contrariam os achados de Gutiérrez *et al.* (1998). Possivelmente, isto ocorreu em função dos participantes desta investigação estarem, acerca de

24 meses ou mais, sendo assistidos por uma equipe multiprofissional de saúde do hospital, para controle de sintomas e preparo para a intervenção cirúrgica. Neste processo, a rede de suporte social é fortalecida, inclusive, por meio de encontros regulares em grupos de pessoas com obesidade, o que, também, auxiliavam na aquisição e/ou reforçamento de estratégias de enfrentamento ante as situações vivenciadas como estressantes provenientes da doença. A maioria dos participantes, apesar de apresentar obesidade grau III ou grau II com comorbidades associadas, já havia emagrecido no decorrer dos meses que antecederam ao estudo.

Segundo Stunkard e Wadden (1992, citados por Villela *et al.*, 2004), a piora do quadro clínico da pessoa com obesidade pode ser causada pelas limitações da mobilidade em decorrência das restrições físicas associadas ao peso excessivo, da deterioração psicológica e da depressão ou perda da auto-estima em decorrência de preconceito social. Assim, os resultados do Grupo I ficaram próximos (para mais ou para menos) à pontuação média, podendo-se inferir que, apesar de não estarem satisfeitos com sua condição de saúde e de vida, perceberam sua QV com aspectos relativamente satisfatórios. Estudos anteriores, com enfermos crônicos, demonstraram que, mesmo estando várias dimensões da vida de uma pessoa comprometida, é ainda possível que a mesma a avalie como satisfatória. Neste sentido é que se projeta a dimensão subjetiva e de avaliação pessoal do constructo da QV (Costa Neto, 2002; Costa Neto & Araújo, 2003; Tsai *et al.*, 2004; Wahl *et al.*, 1999). Por outro lado, há de se considerar que a expectativa de um resultado positivo (por exemplo, de já estar sendo assistido por profissionais de saúde e estar numa fila de tratamento cirúrgico) pode exercer uma compensação nas áreas menos satisfatórias da vida.

Já as pessoas com obesidade que haviam realizado a cirurgia bariátrica (Grupo II) apresentaram uma melhor percepção de sua QV após a cirurgia em todos os domínios e

dimensões avaliadas por meio do WHOQLO-100 e SF-36, o que vai ao encontro da afirmação de Mathias et al. (1997), que dizem que a melhoria no estado funcional, a redução no absenteísmo ao trabalho, a ocorrência de melhor interação social e a diminuição da dor e de estados depressivos têm sido demonstrados por vários estudos sobre a obesidade e a perda de peso. Entretanto, destaca-se que, apesar deste grupo de participantes apresentar melhor percepção da QV em todos os aspectos, pode-se perceber que o estado emocional recebeu uma pontuação pouco acima da média, podendo-se inferir que, apesar da perda de peso e melhoria dos aspectos funcionais, o estado emocional apresentou uma margem pequena de melhoria em relação aos demais aspectos. De acordo com Vasques, Martins e Azevedo (2004), os problemas emocionais, apesar de serem percebidos como conseqüências da obesidade, podem ser, muitas vezes, anteriores a ela. Assim, segundo os autores, pessoas obesas podem apresentar um estado emocional fragilizado e esse estado pode ser o causador, a conseqüência e/ou o mantenedor da obesidade.

De acordo com observações clínicas, foi possível perceber que muitas pessoas com obesidade que realizam a cirurgia bariátrica apresentam uma expectativa de melhoria de todos os problemas de sua vida com a perda de peso, fato que pode ser vivenciado como uma decepção, pois problemas de ordem emocional, familiar, financeira, dentre outros, podem manter seu estado, apesar da perda de peso, o que gera sentimentos de tristeza, decepção e quadro de depressão, podendo chegar ao arrependimento do ato cirúrgico. Esse fato reforça que obesidade é, também, um problema de ordem psicossocial e não deve ser delimitada apenas na cirurgia, pois, apesar da perda de peso, dados de outros fatores da vida permanecem e necessitam ser trabalhados pelo paciente, juntamente com a equipe de profissionais que o acompanha.

No Grupo II, os resultados obtidos por meio do WHOQOL-100 demonstraram uma

pontuação média com uma tendência para mais e, por meio do SF-36, demonstraram que a percepção da QV nesse grupo se encontra com uma pontuação acima da média, principalmente nas dimensões de Capacidade Funcional, Estado de Saúde Geral e Aspectos Sociais. Esses resultados confirmam os dados da literatura (Villela *et al.*, 2004; Jia & Lubetkin, 2005; Velcu *et al.*, 2005; Mathias *et al.*, 1997) que afirmam que a obesidade pode ter um efeito negativo na percepção da QV das pessoas que apresentam essa doença e, conseqüentemente, que a perda de peso pode trazer uma melhoria na sua QV.

A correlação entre os dados obtidos pelos dois instrumentos, tanto do Grupo I quanto do Grupo II, demonstra ser significativa, sendo que o Domínio Nível de Independência (do WHOQOL-100) foi o que mais se destacou no Grupo I, correlacionando-se significativamente com todas as dimensões do SF-36 (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). No Grupo II, o Domínio Físico foi o que mais se destacou, correlacionado-se com todas as dimensões do SF-36 com exceção do Estado Emocional, seguido pelo Domínio Nível de Independência que, à exceção das dimensões Dor e Estado Emocional, correlacionou-se com as demais dimensões do SF-36. Logo, pode-se inferir que o nível de independência, apresentado pelos participantes, afeta diretamente o desenvolvimento de todas as atividades com as quais os pacientes se envolvem, principalmente os do Grupo I, que apresentam obesidade grau II ou grau III, mas, também dos participantes do Grupo II, visto que, apesar de já terem realizado a cirurgia, apenas 10% atingiram o IMC dentro do índice de normalidade (entre 20 e 24,9), 36,7% apresentaram sobrepeso (IMC entre 25 a 29,9), 33,3% apresentaram obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9), 16,7% apresentaram obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9) e 3,3% mantinha a obesidade grau III, apesar de haver emagrecido. Esse fator pode ser decorrente do índice elevado do grau da obesidade dos participantes antes da cirurgia; mesmo

perdendo bastante peso, ainda encontram-se dentro de um referencial de obesidade, fato que, de acordo com observações clínicas, não afeta a percepção de QV dessas pessoas, visto que se sentem magras ou próximas do padrão ideal para si.

A partir dos resultados dos dados qualitativos, obtidos por meio da entrevista semi-estruturada, foi possível avaliar, além dos Conceitos de Saúde, Doença e QV relatados pelos participantes, as Estratégias de Enfrentamento, a Rede de Suporte Social e o *Locus* de Controle utilizado pelos mesmos.

De acordo com Viveros (2005), há muito tempo, a saúde tem deixado de ser considerada apenas uma condição física ou orgânica, passando à condição multidimensional, destacando os componentes biológicos, psicológicos e sociais, o que vai ao encontro da avaliação dos participantes, tanto do Grupo I, quanto do Grupo II, que dentro da Categoria Conceito de Saúde, Doença e QV (1) apontam na subcategoria Conceito de Saúde (1.1), conceitos relacionados a aspectos de natureza multidimensional, cuja concepção de saúde encontra-se baseada na totalidade dos elementos físicos, mental, espiritual, hábitos de vida; em aspectos unidimensionais biológicos, baseado no aspecto biológico e/ou corporal; e sociais baseado em aspectos sociais e interacionais. Assim, a percepção de saúde dos participantes desse estudo leva a uma visão biopsicossocial, onde todos os aspectos de vida interagem, dando espaço para a visão social do indivíduo em interação com o meio.

Na subcategoria Conceito de Doença (1.2), destacaram-se conceitos relacionados ao sentimento de incapacidade referindo-se à concepção de doença como algo incapacitante; experiência negativa, desagradável e de sofrimento referindo a uma vivência existencial pautada pelo desconforto e sofrimento, e como estado de desequilíbrio na dimensão física que se refere à vivência de desequilíbrio no estado físico como uma deformidade, por exemplo, a obesidade. Segundo Dethlefsen e Dahlke (1983), a perda da harmonia ou do equilíbrio

significa doença, afirmação que confirma as definições apresentadas pelos participantes nesse estudo, a vivência de um desequilíbrio, seja ele físico ou não, leva à percepção de um quadro de doença que merece atenção na área da saúde.

Na subcategoria Conceito de QV (1.3), os participantes também fazem referência ao bem-estar multidimensional: físico, psíquico e social, avaliando QV como algo próximo do conceito que expuseram de saúde, reforçando a complexidade e subjetividade que deve ser considerada ao se avaliar QV, como afirma Arcieri (2003), quando diz que QV deve ser considerada como o resultado de uma avaliação global e subjetiva da própria vida.

Outro aspecto avaliado pelos participantes foi a gênese da obesidade na vida de cada um. Vários são os estudos acerca da gênese da obesidade. Alguns discutem fatores genéticos (Rodrigues *et al.*, 2003); outros fatores ambientais, ingestão alimentar inadequada e redução no gasto calórico (Pereira *et al.*, 2003); outros apontam causas multifatoriais (Villela *et al.*, 2004). Porém, ainda não se chegou a um consenso sobre o assunto. A partir dos dados da entrevista, avaliados na categoria Histórico Pessoal da Obesidade (2), foi possível perceber relatos de início da obesidade desde a infância, como observado no exemplo: “Desde que nasci, eu já me conheci obesa, toda vida fui obesa” (P12, p. 1, Grupo I), há, também, relatos sobre o início da obesidade associados à gestação, como: “Depois que tive o segundo filho, daí não consegui emagrecer mais” (P2, p. 1, Grupo II) e relatos associados a um acontecimento traumático como: “Com a morte da mãe, eu pesava 90 quilos e aí eu passei para 140” (P9, p.1, Grupo I). Assim, por meio dessa avaliação percebe-se o aparecimento da obesidade em situações diferentes, não se podendo afirmar que há uma causa única nesse universo de participantes, fato que condiz com o apontamento da maior parte dos estudos sobre obesidade que afirma ser, essa uma doença de causa multifatorial.

Os dados da categoria Dimensão Física da QV (3), assim como os dados quantitativos

desse estudo, vão em direção aos estudos de Gutiérrez *et al.* (1998), quanto à perda da independência e do bem-estar físico. Os participantes do Grupo I apresentaram um percentual de 5% na subcategoria Comorbidades e Sintomatologia (3.1), como no exemplo: “Ai eu sinto, sinto dor no corpo, dor nos ombro, dor nas perna mesmo, eu acho que é devido o peso” (P16, p. 3, Grupo I), enquanto no Grupo II o percentual foi de 2.4%, sendo que esse grupo trouxe a rememoração de dados dessa subcategoria, visto já haverem realizado a cirurgia e referirem melhora no estado físico. O mesmo ocorreu na subcategoria Perda da Dimensão Física (3.2), que apresentou um percentual de 2% no Grupo I e de 2.9% no Grupo II, como no exemplo: “porque ... eu não dou conta de mais... assim... de ficar abaixando, se for para você agachar... pra mim lavar os pés eu tenho que sentar numa cadeira, pôr o pé em cima da beirada do vaso pra poder esfregar, sabe?” (P6, p.2, Grupo I).

Na categoria Dimensão Funcional (4), também houve relatos expressivos na Perda de Autonomia (4.1), sendo que 6.1% dos relatos no Grupo I e 5.5% no Grupo II confirmaram a proposição de vários estudos acerca da diminuição da capacidade funcional em pessoas com obesidade (Gutiérrez *et al.*, 1998; Kolotkin *et al.*, 2001; Villela *et al.*, 2004), demonstrando, que o contrário é verdadeiro, isto é, a perda de peso proporciona uma melhora nos aspectos físicos e funcionais, pois os participantes apresentaram um percentual de 8% no Grupo I e 11.3% no Grupo II para Percepção de Autonomia (4.2), sendo possível perceber que a avaliação de percepção de autonomia apresentou um percentual maior do que a perda de autonomia, tanto no grupo que já havia realizado a cirurgia, quanto no grupo que não a havia realizado, ainda. Esta proposição pode ser em decorrência do fato de que todos os participantes deste estudo encontravam-se inseridos no PPCO. Assim, mesmo aqueles que ainda não haviam realizado a cirurgia bariátrica apresentavam uma perda expressiva de peso, apesar de se manterem no quadro de obesidade grau III, em sua maioria.

Brownell e O'Neil (1999), ao estudarem sobre obesidade, apontam que a literatura e a impressão clínica estão em conflito, pois a literatura traz que a obesidade não aumenta o risco para fatores psicológicos. Todavia, em sua maioria, os estudos que examinam os fatores psicológicos comparam grupos de pessoas com obesidade e pessoas que não tem obesidade. Segundo o autor, é comum em um ambiente clínico ouvir auto-depreciação e auto-conceito prejudicado de pessoas obesas. Nesse estudo, na categoria Dimensão Psicológica da QV (5), os relatos da subcategoria Auto-Imagem (5.2) confirmam o que os autores falam, principalmente no Grupo I e na rememoração da auto-imagem no Grupo II, que tendem a se auto-depreciar como no exemplo: “Me sinto horrível, horrivelmente horrível...” (P5, p.4, Grupo I). Porém, em relação à Auto-Estima (5.3), o Grupo I não apresentou uma diferença significativa entre relatos de alta auto-estima e baixa auto-estima, fato que pode ser decorrência de sua participação no PPCO, como referido anteriormente; já o Grupo II não apresentou relatos de baixa auto-estima apenas de alta auto-estima. Assim pode-se considerar que a perda de peso tende a melhorar sua percepção de si mesmo e de sua auto-estima.

Ainda dentro da categoria Dimensão Psicológica da QV (5), houve relatos de Estado Depressivo (5.4), que indicam estado emocional de humor deprimido, entristecimento e auto-depreciação frente à obesidade, não havendo diferenciação expressiva entre o Grupo I (3.2%) e Grupo II (3.4%). Pode-se reafirmar, então, a falta de clareza sobre a relação entre a obesidade e os aspectos psicológicos pré-mórbidos, isto é, qual dos distúrbios precede o outro, pois mesmo os participantes que já haviam perdido peso relataram estado depressivo naquele momento de vida. Vale ressaltar que, segundo Sobal e Devine (citados por Bernardi *et al.*, 2005), ainda não foi demonstrada uma condição psicológica própria, nem traços de personalidade comuns em pessoas com obesidade.

Na categoria Dimensão Social e Familiar da QV (6), foi possível avaliar a visão

subjetiva dos participantes sobre a percepção da rede de suporte social, qual o grau de satisfação com a mesma e a própria atitude na situação de relação na rede de suporte. Tanto os participantes do Grupo I, quanto do Grupo II, apresentaram um percentual elevado na subcategoria Comportamento Positivo frente à Rede de Suporte Social (6.1) (9.9% e 10.5%, respectivamente), considerando-se as outras subcategorias, tendo sido esta a subcategoria de maior percentil desse estudo, o que pode implicar na consideração de que, do ponto de vista dos participantes, há uma percepção positiva em relação à rede de suporte social, sendo que nessa relação os participantes sentem-se capazes de buscar recursos na rede social, e procuram interagir positivamente ante as mesmas, confirmando o resultado dos dados quantitativos em que a relação social apresentou uma satisfação acima da média, apesar de apresentarem um percentual ainda elevado para subcategoria Restrição de Dimensão Social (6.3) (5.2 e 6.3 respectivamente), reforçando que os dados relativos a essa subcategoria, apresentado pelo Grupo II, refere-se à lembrança da restrição de dimensão social anterior à cirurgia.

Segundo Brownell e O'Neil (1999), quando uma pessoa obesa inicia um tratamento para perda de peso raramente mantém secretos seus esforços; os mesmos não são independentes do meio interpessoal em que vive e as pessoas significativas de seu meio podem influenciar em suas chances de sucesso, fato que vai ao encontro da importância que deve ser dada aos aspectos sociais da pessoa em tratamento, pois a obesidade encontra-se relacionada com o contexto biopsicossocial, e deve ser considerada dentro dele.

Outra subcategoria relacionada à categoria 6 é o Grau de Satisfação com Situação Familiar (6.5) que, nos dois Grupos, variou entre a presença ou não do apoio familiar (Grupo I – 3.3% e Grupo II – 3.6%), sendo que a presença de apoio obteve mais relatos do que a ausência do mesmo. Então, ficou claro, de acordo com observações clínicas, que a presença desse apoio ajudou a manter os participantes ativos dentro do PPCO, visto que a maioria

participa no programa há mais de quatro anos a espera da realização de cirurgia bariátrica.

A Adesão ao Tratamento (7) foi outra categoria formulada de acordo com os relatos da entrevista, tendo os participantes relatado Fatores Facilitadores (7.1) (4.2%- Grupo I e 5.2%- Grupo II), apontando como fatores a facilidade de acesso ao tratamento e a qualidade da relação com a equipe. Leite e Vasconcellos (2003) referem que alguns estudos trazem a importância do profissional de saúde como fator central para a adesão ao tratamento, como se o médico tivesse o poder de fazer seu paciente obedecer às regras do tratamento. No entanto, deixam evidente que a confiança do paciente na equipe influencia no processo de adesão. A partir dos relatos dos participantes foi possível perceber o grau de importância da confiança dessa relação, o que pode ser confirmado no seguinte exemplo: “Ah, eu acho que sim, né? Porque a gente, tendo uma confiança com as pessoas que tá tratando da gente, é outra coisa” (P8, p.7, Grupo I). Outra subcategoria apontada na entrevista foi Fatores Inibidores (7.2), sendo ressaltada a dificuldade no transporte para a locomoção até o hospital, fato que pode ser em decorrência da própria obesidade, que dificulta a mobilidade, porque muitos pacientes não conseguem andar de ônibus, por não passar na catraca e/ou se sentirem envergonhados ante os olhares curiosos ou maliciosos, como relata uma participante: “Carro, na época meu esposo não tinha... como me carregar dependia dos outros e as pessoa normalmente corria né? Pôr um obeso dentro do carro é... ninguém gosta, eu dependia de ambulância” (P12, p.7, Grupo II). Outra dificuldade relatada foi com o tempo de espera para a realização da cirurgia, que para os participantes, ocorre em função da natureza pública e gratuita do tratamento, como diz uma participante: “Talvez essa espera, eu acredito que poderia ser um tratamento mais rápido, uma cirurgia mais rápida, eu acho que o tempo de espera é muito, meu caso mesmo... tem quatro anos que eu tô na fila” (P19, p.5 e 6, Grupo I).

A categoria *Locus* de Controle (8) permitiu perceber que o Grupo I apresentou um

maior percentual para *Locus* de Controle Interno (3.6%) do que o Grupo II (1.9%), enquanto o Grupo II apresentou maior percentual para *Locus* de Controle Externo (3.8%) do que o Grupo I (2.4%). Para Diaz (1982, citado por Noriega *et al.*, 2003), controle externo refere-se a quando a pessoa atribui o êxito de sua vida a condições do meio ambiente e controle interno quando a pessoa atribui o êxito ao seu próprio esforço ou habilidade. Noriega *et al.* (2003) afirmam que estudos sobre o assunto apontam uma relação positiva entre a dimensão interna e condutas promotoras de saúde, em contrapartida a uma relação negativa entre dimensão externa e condutas saudáveis ou positivas. Nesse estudo, essa relação não ficou clara entre os grupos, visto que tanto o Grupo I, que apresentou *locus* de controle interno, quanto o Grupo II, que apresentou *locus* de controle externo, observou-se um desempenho semelhante, no que diz respeito à sua própria conduta de saúde: todos os participantes aderiram ao PPCO, demonstrando, naquele momento, atitude positiva de busca à saúde.

Em relação às Estratégias de Enfrentamento (9), esse estudo demonstrou uma predominância na utilização da Estratégia Comportamental (9.3), tanto no Grupo I (9.5%), quanto no Grupo II (8.7%). A estratégia comportamental, de acordo com Font (1990), diz respeito a um comportamento que procura eliminar um problema ou minimizar seu efeito. Nesse estudo, a estratégia comportamental que apresentou mais relatos foi a busca de solução de problemas por meio da qual o participante procura solucionar o problema da obesidade ou as questões pontuais referentes a ela, como pode ser observado no exemplo: “(...) tenho procurado ajuda, os médicos, procuro fazer atividade física, venho fazer as consultas, procurando melhorar... senão já tinha abandonado o tratamento, né?” (P1, p.3, Grupo II). Na estratégia Cognitiva (9.1), os participantes do Grupo I apresentaram um percentual de 1.5% e o Grupo II um percentual de 1.2%, sendo que essa estratégia diz respeito à maneira de pensar que cada pessoa adota frente aos seus problemas (Font, 1990), enquanto a estratégia

Emocional (9.2) diz respeito à busca da regulação das emoções frente aos seus problemas (Font, 1990). Essa última foi apresentada nesse estudo com um percentual de 1.5% e 1.4% no Grupo I e Grupo II, respectivamente.

Finalmente, é possível afirmar que tanto o WHOQOL-100, quanto o SF-36, foram instrumentos capazes de avaliar a percepção de QV na população de pessoas com obesidade participantes deste estudo, apontando áreas de maior risco, quais sejam, os aspectos emocionais e os aspectos físicos, que podem ser tomadas pela equipe de saúde como prioridades de intervenção. A entrevista semi-estruturada atendeu à expectativa da avaliação subjetiva por parte dos participantes sobre a QV, as estratégias de enfrentamento, a rede de suporte social e o *locus* de controle utilizados pelos mesmos a partir da análise de conteúdo realizada, permitindo verificar a importância desses mediadores de QV em obesidade e apontar caminhos para novos estudos que possam aumentar o conhecimento sobre o tema e colaborar na melhoria e manutenção da QV de pessoas com obesidade e aquelas que realizam cirurgia bariátrica.

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A multidimensionalidade, associada à etiologia e ao tratamento da obesidade conduz à valorização dos estudos sobre QV de seus portadores. Nesta perspectiva, QV é um objeto de estudo de interesse das diversas profissões da saúde e, como tal, seu conhecimento auxilia na compreensão processual dos eventos e das alterações importantes que a pessoa com obesidade deve enfrentar, possibilitando, ainda, direcioná-lo para ser assistido naquela área em que apresenta maior perda da QV.

A combinação de instrumentos quantitativos e qualitativos desse estudo possibilitou uma visão ampla sobre os dados objetivos e subjetivos trazido pelos participantes, tendo um instrumento complementado o outro. Assim, por meio da avaliação do WHOQOL- 100 e do SF-36 foi possível verificar a QV nas várias dimensões, tais como física, social e emocional, dos participantes antes da realização da cirurgia bariátrica, bem como a melhoria da QV, revelada por aqueles que já haviam realizado a mesma. Já o estudo qualitativo permitiu a confirmação dos dados quantitativos e, possibilitou aprofundar na compreensão da importância dos mediadores da QV para os participantes, revelando a repercussão dessa cirurgia sobre suas vidas.

Dentre os mediadores de QV, por exemplo, o conhecimento da estrutura e do funcionamento da rede de suporte social dos pessoas com obesidade favorece o aporte assistencial e reforça a pertinência do acompanhamento psicológico em momentos pré e pós-cirúrgico, voltado para a ampliação e/ou manutenção da rede de suporte social, para a obtenção contínua de resultados relacionados ao *locus* de controle interno, bem como a otimização de estratégias de enfrentamento que possam, de acordo com as características individuais e o contexto social em que estão inseridos, contribuir para a manutenção e/ou

ampliação de sua QV.

O *follow-up* de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, por meio de um estudo longitudinal poderia elucidar mudanças significativas nas dimensões de QV e na expressão de seus mediadores. Assim, sugere-se que sejam realizados estudos desse porte, a fim de que se possa haver resultados comparativos que indiquem e/ou confirmem as mudanças ocorridas após a cirurgia nas diversas dimensões de vida das pessoas submetidas à mesma, ao longo do tempo.

O impacto positivo que a cirurgia bariátrica exerceu na percepção da QV das pessoas com obesidade pôde ser verificado em várias dimensões, sobretudo com ênfase na melhoria das condições físicas, funcionais e sociais, ainda que não tenha sido tão expressiva, no grupo estudado, comparando-se as pessoas do grupo pré-cirúrgico com as do pós-cirúrgico, na dimensão psicológica, fato que confirma a necessidade do profissional da área da psicologia da saúde e da saúde mental acompanhar a pessoa com obesidade ao longo do seu tratamento.

Do ponto de vista assistencial, sugere-se a inclusão da avaliação da QV na rotina de atendimento de pessoas com obesidade em preparo para a cirurgia bariátrica e no seguimento da rotina em pós-cirúrgico, favorecendo, também, o repensar das práticas profissionais.

Os resultados desse estudo podem ser utilizados na formação de recursos humanos (ou de profissionais que se propõem a trabalhar com essa população), na medida em que permitem considerar a relevância da conjugação dos fatores multidimensionais e, conseqüentemente, do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Finalmente, constata-se que estudar QV de pessoas com obesidade foi essencial para ampliar a compreensão fenomenológica de suas realidades, a partir de seu próprio ponto de vista. Contudo, o que pode ser verdadeiro para este grupo de investigados, hoje, poderá não o ser amanhã, em função do aspecto processual da percepção da QV. Tal dinamicidade revela a

necessidade de se conceber o sujeito com obesidade como ator de um processo de enfrentamento (aqui entendido na sua mais ampla acepção) nas questões de saúde e de doença - portanto, autônomo para lidar com diferentes aspectos de sua realidade vivida - a partir dos sentidos atribuídos a cada momento. O caráter relativo da experiência de cada um favorece a particular compreensão da uma vida com qualidade, e é esta noção que se insiste em conhecer, à luz da psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS

- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidade e indagações, *Psicologia USP*, 23 (1), 197-216.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 283-292.
- Andrade, T. M. (1995). Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In M. Fisberg & cols (orgs.). *Obesidade na Infância e Adolescência* (pp. 100-104). São Paulo: Fundação BYK.
- Arcieri, J. B. C. (2003). Descuidar-se e perda de qualidade de vida. In J. Quayle & M. C. S. Lúcia. *Adoecer: As Interações do Doente com sua Doença*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Ashing-Giwa, K. T. (2005). The contextual modelo of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framewok. *Quality of Life Reaserch*, 14, (2), 297-307.
- Bardin. L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barrera, M., Fleming, C. F., & Khan, F. S. (2003). The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with câncer. *Child: Care, Health & Development*, 30 (2), 103-111.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-96.
- Bernhard, J., Lowy, A., Mathys, N., Herrmann, R., & Hürny, C. (2004). Health related quality of life: a changing construct? *Quality of Life Research*, 13 (7), 1187-1197.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. In D. H . Barlow (org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos-2ª ed.* (pp.355-403). Porto Alegre: Artmed.

- Cabral, M. D. (2002). Tratamento clínico na obesidade mórbida. In A. B. Garrido (Org.), *Cirurgia da Obesidade* (pp.35-44). São Paulo: Atheneu.
- Cambi, M. P. C., & Marchesini, J. B. (2002). Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In A. B. Garrido (Org.), *Cirurgia da Obesidade* (pp.225-272). São Paulo: Atheneu.
- Campos, A. L. R. (1995). Aspectos psicológicos da obesidade. In M. Fisberg (Orgs.) *Obesidade na Infância e Adolescência* (pp. 71-79). São Paulo: Fundação BYK.
- Carvalho, A. M. P. (2001). Maturidade emocional, *locus* de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia*, 11 (20), 39-47.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, *locus* de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39 (3), 143-150.
- Cordás, T. A. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória A – participação do psiquiatra. In A. B. Garrido (Org.), *Cirurgia da Obesidade* (pp.71-74). São Paulo: Atheneu.
- Costa Neto, S. B. (2002). *Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e de pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver*. Tese de doutorado, Brasília: Universidade de Brasília.
- Costa Neto, S. B., & Araújo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. *Estudos* 30 (1), 165-179.
- Coutinho, W. F., & Benchimol, A. K. (2002). Obesidade mórbida e afecções associadas. In A. B. Garrido (Org.), *Cirurgia da Obesidade* (pp.13-17). São Paulo: Atheneu.

- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1983). *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (supl.3), 63-67.
- Domene, C. E. (s.d). *Tudo o que você precisa saber sobre cirurgia da obesidade e não sabe como perguntar*. Editado por Nutro.
- Drageset, S., & Lindstrom, T. C. (2005). Coping with a possible breast câncer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 217-226.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2005). Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychology*, 24 (1), 3-10.
- Elliot, B. A., Renier, C. M., Haller, I. V., & Elliot, T. E. (2004). Health-related quality of life (HRQoL) in patients with câncer and other concurrent illnesses. *Quality of Life Research*, 13 (2), 457-462.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (1), 47-51.
- Ferraz, A. A. B., & Albuquerque, A. C. (2002). Farmacocinética no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In A. B. Garrido (Org.). *Cirurgia da Obesidade* (pp.135-140). São Paulo: Atheneu.
- Fisberg, M. (1995) Obesidade na infância e adolescência. In M. Fisberg (Orgs.) *Obesidade na infância e adolescência* (pp.9-13). São Paulo: Fundação BYK.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português de instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 21, (1), pp.19-28.

- Font, A. G. (1988). Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. *Tese de Doutoramento*, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Font, A. G. (1990). Estratégias de Afrontamiento, adaptación y calidad de vida. In Marin, J. R. (Org.) *II Congresso Del Colégio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5, subárea: Psicología de la Salud* (pp.90-96). Madrid: Colégio Oficial de Psicólogos.
- Francischi, R. P. P., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopper, M., Santos, R. C., Vieira, P., & Lancha Jr., A. H. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento, *Revista de Nutrição*, 13 (1), 17-28.
- Franques, A. R. M. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória B – participação do psicólogo. In A. B. Garrido (Org.) , *Cirurgia da Obesidade* (pp. 75-79), São Paulo: Athenas.
- García-Caballero, M. (2005). Surgery to modify nutritional behaviour. *Nutrición Hospitalaria*, 20 (1), 2-4.
- Garrido, A. B. J. (1998). Obesidade mórbida e aspectos correlatos. *Revista de psicologia hospitalar*, 15 (1), 36-38.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A., & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 31 (3), 236-246.
- Gimenes, M. G. G. (1998). A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. In M. M. J. Carvalho, (Org.) *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o Viver* (pp. 232-246). São Paulo: Summus.
- Gutiérrez, M. A. B., Martín, E. R., García, N. T., Cuesta, T. S., Martín, P. G., & Somolinos, I. C. (1998). Calidad de vida relacionada com la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 221-231.

- Hsiung, P., Fang, C., Chang, Y., Chen, M., & Wang, J. (2005). Comparison of Whoqol-Bref and SF-36 in patients with HIV infection. *Quality of Life Research, 14* (1), 141-150.
- Jia, H., & Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality of life in the general adult US population. *Journal of Public Health, 27* (2), 156-164.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In J. Mello Filho (Org.). *Psicossomática Hoje* (pp.273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaufman, A. (1993). Obesidade feminina e sexualidade. In T. A. Cordás (Org.) *Fome de Cão: Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade* (pp.83-93). São Paulo: Maltese.
- Kaufman, A. (1997). Aspectos psicodinâmicos da obesidade In R. Fráguas, A. M. A. S. Meleiro, R. L. Marchetti, & S. G. J. Henriques (Orgs.), *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades* (pp.101-111). São Paulo: Lemos.
- Kaunonen, M., Tarka, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (1999). Grief and social support after the death of spouse. *Journal of Advanced Nursing, 30* (6), 1304-1311.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews, 2* (4), 219-229.
- Kolotkin, R. L., & Crosby, D. (2002). Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Quality of Life Research, 11* (2), 157-171.
- Kortt, M. A., & Clarke, P. M. (2005). Estimating utility values for health states of overweight and obese individuals using the SF-36. *Quality of Life Research, 14* (10), 2177-2185.
- Kovács, M. J. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver* (pp.159-185). São Paulo: Summus.

- Krohne, H. W., & Slangen, L. E. (2005). Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychology, 24* (1), 101-105.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stres, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new syntesis*. New York: Springer.
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva, 8* (3), 775-782.
- Lima, E. R. P., Norman, E. M., & Lima, A. P. (2005). Translation end adaptation of the social support network inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarship, 37* (3), 258-260.
- Malheiros, C. A., & Freitas. W. R. J. (2002). Obesidade no Brasil e no mundo. In A. B. Garrido *Cirurgia da obesidade*. (pp.19-23). São Paulo: Editora Atheneu.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales - DSM-IV (2002). Texto revisado. Ed. Masson, S.A. Barcelona (Espanña).
- Mathias, S. D., Williamson, C. L., Colwell, H. H., Cisternas, M. G., Pasta, D. J., Stolshek, B. S., & Patrick, D. L. (1997). Assessing health-related quality-of-life and health state preference in persons with obesity: a validation study. *Quality of Life Research, 6*, 311-322.
- Ministério da Saúde (2000) Portaria nº 196 de 20-02-2000. *Diário Oficial da União*, 01-03-2000.
- Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Castro, I. R. R. (2003). A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública, 19* (supl.1), 67-75.
- Nasser, D., & Elias, A. A. (2002). Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In A. B. Garrido (Org.). *Cirurgia da obesidade* (pp.45-52). São Paulo: Editora Atheneu.

- Noriega, J. A. V., Albuquerque, F. J. B., Alvarez, J. F., Oliveira, L. M. S., & Coronado, G. (2003). Locus de controle em uma população do nordeste brasileiro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (3), 211-220.
- Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 199-201.
- Organização Mundial de Saúde/Genebra (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental. Grupo Whoqol (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida*. Retirado no dia 13/08/2004 do site.<http://www.ufrgs.br/whoqol1.html>.
- Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., Garrido, J., De Rosendo, J. M., & Usán, L. A. (2004). Desarrollo de um cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados com el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19 (2), 99-109.
- Pereira, L. O., Francischi, R. P., & Lancha, A. H. J. (2003). Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (2), 111-127.
- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S. F. T., & Corso, A. C. T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17 (4), 523-533.
- Porto, M. C. V., Brito, I. C., Calfa, A. D. F., Amoras, M., Villela, N. B., & Araújo, L. M. B. (2002). Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46 (6), 668-673.

- Rasera, Jr., I., & Shiraga, E. C. (2002). Informações ao paciente e seu consentimento. In A. B. Garrido (Org.). *Cirurgia da Obesidade* (pp.47-52) São Paulo: Atheneu.
- Rijken, M., Van Kerkhof, M., Dekker, J., & Schellevis, F. (2005). Comorbidity of chronic diseases. *Quality of Life Research*, 14, (1), 45-55.
- Rodrigues, A. M., Suplicy, H. L., & Radominski, R. B. (2003). Controle neuroendócrino do peso corporal: implicações na gênese da obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (4), 398-409.
- Rodriguez-Rossero, J. E., Ferriani, M. G. C., & Dela Coleta, M. F. (2002). Escala de *locus* de controle da saúde – MHLC: estudos de validação. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 10 (2), 179-184.
- Santos J. R., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 411-425.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (supl.3), 68-72.
- Serra, G. M. A., & Santos, E. M. (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3), 691-701.
- Skevington, S. M., Lofty, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's *WHOQOL-BRIEF* quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13 (2), 299-310.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Artmed.
- Tarka, M., Paavilainen, E., Lehti, k., & Astedt-Kurki, P. (2003). In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (3), 736-743.

- Terceiro, D. (2003). Rol de la cirugía manejo de la obesidad. *Evidencia – Atualización en la Práctica Ambulatoria*, 6 (4), 118-119.
- Thomé, B., Dykes, A., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life in old people with and without câncer. *Quality of Life Research*, 13 (6), 1067-1080.
- Tsai, W., Yang, C., Lin, S., & Fang, F. (2004). Impacto f obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. *American Journal of Epidemiology*, 160 (6), 557-565.
- Vasconcelos, V. L., & Silva, G. A. P. (2003). Prevalências de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (5), 1445-1451.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 195-198.
- Velcu, L. M., Adolphine, R., Mourelo, R., Cottam, D. R. & Angus, G. (2005). Weight loss, quality of life and employment status after Roux-en-Y gastric bypass: 5-year analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1 (4), 413-417.
- Villela, N. B., Braghrolli Neto, O., Curvello, K. L., Paneili, B. E., Seal, C., Santos, D., & Cruz, T. (2004). Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. *Nutrición Hospitalaria*, 19 (6), 367-371.
- Vinaccia, S. (2005). Calidad de Vida e insuficiencia renal crónica. In L. Flórez-Alarcón, M. M. Botero., & B. Moreno-Jimenez (Orgs.). *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 91-99). Bogotá: Kimpres.
- Viveros, G. R. O. (2005). Bioética y psicología de la salud. In L. Flórez-Alarcón, M. M. Botero., & B. Moreno-Jimenez (Orgs.). *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 17-30). Bogotá: Kimpres.

- Wahl, A., Hanestad, B. R., Wiklund, I., & Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of Life Research*, 8 (5), 427-433.
- Ware, J. E. J. (s.d). *Sf-36 Health Survey Update*. Retirado no dia 24/10/2004, do site <http://www.sf-36.org/tools/shtml>.
- Willige, G., Wiersma, D., Nienhuis, F. J., & Jenner, J. A. (2005). Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between Euroqol (EQ-5D) and Whoqol. *Quality of Life Research*, 14 (2), 441-451.
- World Health Organization (1948). *World Health Organization Constitution. Basic Documents*. Geneva.
- World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva.
- Wray, J., Al-Ruzzeh, S., Mazrani, W., Nakamura, K., George, S., Ilsley, C., & Amrani, M. (2004). Quality of life and coping following minimally invasive direct coronary artery bypass (MIDCAB) surgery. *Quality of Life Research*, 13 (5), 915-924.
- Zanini, D. S., & Santacana, M. F. (2005). O conceito de risco e proteção à saúde mental e sua relação com a teoria de coping. *Estudos*, 32 (1), 69-80.

ANEXOS

Anexo 1

Entrevista Semi-Estruturada em Pré-Cirúrgico

Prontuário: _____

Idade: _____ Religião: _____

Estado Civil: _____ Grau de instrução: _____

Esta entrevista tem por objetivo avaliar a Qualidade de vida e estados de saúde de pessoas obesas, sendo importante saber o seu ponto de vista neste momento, não havendo respostas certa ou erradas.

Agradeço sua participação e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Aspectos Gerais da Obesidade

1. Para você o que é saúde? E o que é doença?
2. Quando iniciou seu quadro de obesidade?
3. como se sentiu quando percebeu sua obesidade?
4. Fez algo para mudar sua condição de obesidade naquele momento?
5. A que ou a quem atribui o aparecimento da obesidade?

Aspectos Físicos

6. Como descreveria sua saúde física no momento?
7. A quem ou a que você atribui seu estado físico atual?
8. A obesidade prejudica o desenvolvimento de atividades físicas?
9. Sente dores ou desconforto físico que acredita ser decorrente da obesidade?
10. Tem feito algo para melhorar seu estado físico?
11. Acredita que você poderia fazer algo para melhorar seu estado físico atual?

Aspectos Sociais e Interacionais

12. Participa de atividades sociais?
13. Recebe ou faz visitas para amigos, parentes ou conhecidos?

14. Acredita que as pessoas deveriam visitá-la ou procurar interagir mais com você?
15. Quando está em uma reunião com amigos, parentes ou conhecidos procura interagir ou prefere ficar mais isolada?
16. O que tem feito para ter uma boa convivência social?

Aspectos de Autonomia/Independência

17. Tem conseguido desenvolver atividades gerais sozinho(a)?
18. Necessita de algum tipo de ajuda para realização da higiene pessoal?
19. Sente-se capaz de tomar decisões gerais sem solicitar opinião de outras pessoas?
20. Sente-se capaz de decidir sobre seu tratamento sem solicitar opinião de outras pessoas?
21. como você faz quando necessita de ajuda para realizar alguma atividade?

Aspectos Psicológicos

22. Como tem se sentido emocionalmente atualmente?
23. Como se sente emocionalmente com relação a sua obesidade?
24. Como se sente em relação ao seu corpo, hoje?
25. Como avalia sua auto-estima?
26. O que poderia fazer para melhorar seu estado emocional?
27. Acredita que precisa de ajuda para isso?
28. Já deixou ou deixa de realizar alguma atividade por sentir-se envergonhado pela sua obesidade?

Aspectos familiares

29. Como está sua relação familiar no momento?
30. Sente que sua família te apóia quando precisa?
31. Acredita que necessita de maior apoio familiar?
32. Tem alguma dificuldade na família devido a sua obesidade?
33. Como tente resolver situações familiares relacionadas a sua obesidade?

Avaliação Geral

34. Para você o que é qualidade de vida?

35. Sente que tem conseguido enfrentar situações que interferem em sua qualidade de vida?

36. Ao buscar tratamento quais as principais dificuldades que encontra? (dinheiro, trabalho)

37. Como você avalia sua relação pessoal com a equipe que está te atendendo?

Anexo 2

Entrevista Semi-Estruturada em Pós-Cirúrgico

Prontuário: _____

Idade: _____ Religião: _____

Estado Civil: _____ Grau de instrução: _____

Esta entrevista tem por objetivo avaliar a Qualidade de vida e estados de saúde de pessoas que realizaram cirurgia bariátrica, sendo importante saber o seu ponto de vista neste momento, não havendo respostas certa ou erradas.

Agradeço sua participação e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Aspectos Gerais da Obesidade

1. Para você o que é saúde? E o que é doença?
2. Quando iniciou seu quadro de obesidade? Em que momento a percebeu?
3. Como se sentiu quando percebeu sua obesidade?
4. Fez algo para mudar sua condição de obesidade naquele momento?
5. A que ou a quem atribui o aparecimento da obesidade?

Aspectos Físicos

6. Como descreveria sua saúde física no momento?
7. A quem ou a que você atribui seu estado físico atual?
8. A obesidade prejudicava o desenvolvimento de atividades físicas? E agora, tem alguma dificuldade para desenvolver atividades físicas?
9. Sente dores ou desconforto físico que acredita ser decorrente da obesidade após a cirurgia?
10. Tem feito algo para melhorar seu estado físico?
11. Acredita que você poderia fazer algo para melhorar seu estado físico atual?

Aspectos Sociais e Interacionais

12. Participa de atividades sociais? Houve alguma diferença após a cirurgia?
13. Recebe ou faz visitas para amigos, parentes ou conhecidos?
14. Acredita que as pessoas deveriam visitá-la ou procurar interagir mais com você?
15. Quando está em uma reunião com amigos, parentes ou conhecidos procura interagir ou prefere ficar mais isolada? Houve diferença após a cirurgia?
16. O que tem feito para ter uma boa convivência social?

Aspectos de Autonomia/Independência

17. Tem conseguido desenvolver atividades gerais sozinho (a)? Antes da cirurgia conseguia?
18. Necessita de algum tipo de ajuda para realização da higiene pessoal? Antes da cirurgia precisava?
19. Sente-se capaz de tomar decisões gerais sem solicitar opinião de outras pessoas?
20. Sente-se capaz de decidir sobre seu tratamento sem solicitar opinião de outras pessoas?
21. Como você faz quando necessita de ajuda para realizar alguma atividade?

Aspectos Psicológicos

22. Como tem se sentido emocionalmente atualmente? Tem diferença depois da cirurgia?
23. Como se sente emocionalmente com relação a sua obesidade hoje, após a cirurgia?
24. Como se sente em relação ao seu corpo, hoje?
25. Como avalia sua auto-estima?
26. Acredita que precisaria fazer algo para melhorar seu estado emocional?
27. Acredita que precisa de ajuda para isso?
28. Já deixou de realizar alguma atividade por sentir-se envergonhado pela sua obesidade?

Aspectos familiares

29. Como está sua relação familiar no momento?
30. Sente que sua família te apóia quando precisa?
31. Acredita que necessita de maior apoio familiar?
32. Já teve alguma dificuldade na família devido a sua obesidade?
33. Como tentou resolver situações familiares relacionadas a sua obesidade? (caso tenha tido)

Avaliação Geral

34. Para você o que é qualidade de vida?

35. Sente que tem conseguido enfrentar situações que interferem em sua qualidade de vida?

36. Ao buscar tratamento quais as principais dificuldades que encontrou? (dinheiro, trabalho)

37. Como você avalia sua relação pessoal com a equipe que está te atendendo?

Anexo 3

WHOQOL-100Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre “*quão bem você é capaz de se locomover*” referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Obrigada!

Anexo 4

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE	ESCORE
-------------------------	--------

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicados

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- | | |
|-----------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muito boa..... | 2 |
| Boa..... | 3 |
| Ruim..... | 4 |
| Muito ruim..... | 5 |

2. comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- | | |
|---|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás..... | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... | 2 |
| Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás..... | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido a sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escada	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior Parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo..... 1
 A maior parte do tempo..... 2
 Alguma parte do tempo..... 3
 Pequena parte do tempo..... 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo 5

Protocolo de Identificação

Nome: _____

Idade: _____ IMC: _____ Data da Entrevista: _____

Data de Nascimento: _____ Data da Cirurgia: _____

Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino

Estado Civil: 1- () Solteiro 2- () Casado 3- () Divorciado/Separado
 4- () União Livre 5- () viúvo 6- () Outro _____

Escolaridade: 1- () Educação Infantil (Alfabetização) 6- () Superior Incompleto
 2- () Ensino Fundamental Incompleto 7- () Superior Completo
 3- () Ensino Fundamental Completo 8- () Pós-graduado
 4- () Ensino Médio Incompleto 9- () Não Alfabetizado
 5- () Ensino Médio Completo

Procedência: 1- () Grande Goiânia 2- () Interior de Goiás 3- () Outros Estados

Religião: 1- () Católica 2- () Evangélica 3- () Espírita
 4- () Testemunha de Jeová 5- () Sem religião 6- () Outras _____

Situação Profissional: 1- () Empregado 2- () Empregador 3- () Autônomo Liberal
 4- () Prestador de Serviço 5- () Outro 6- () Desempregado
 7- () Não Respondeu

Afastado em função da : 1- () Sim 2- () Não
 Doença ou tratamento

Renda Familiar: 1- () Menos de 1 Salário Mínimo 3- () De 2,1 a 4 Salários Mínimos
 2- () De 1,1 a 2 Salários Mínimos 4- () Mais de 4,1 Salários Mínimos

Anexo 6

Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi Serviço de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: Qualidade de vida de pessoas obesas submetidas à Cirurgia Bariátrica - Estudo comparativo em momentos pré e pós-cirúrgico. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Se aceitar participar e retirar seu consentimento em qualquer momento, não será prejudicado em seu tratamento. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Patrícia de Oliveira Vasconcelos nos telefones: 285-7908 / 2216126 / 99737841.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa de mestrado será realizada no Hospital Geral de Goiânia – Dr. Alberto Rassi (HGG) e no Serviço Integrado de Cirurgia da Obesidade (SICO) com o objetivo de aprimorar o conhecimento a respeito da Qualidade de Vida de pessoas obesas submetidas à Cirurgia Bariátrica, por meio de levantamento de dados qualitativos e quantitativos.

A pesquisa adotará os seguintes procedimentos:

- **Aplicação do Whoqol 100** - Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida que foi preconizado pela Organização Mundial da Saúde;
- **Aplicação do SF-36** - Instrumento para a percepção de medição da saúde em uma população geral;
- **Entrevista Semi-Estruturada** – Serão individuais e, caso haja permissão será gravada, sendo assumido, neste momento, sigilo total deste material e a não identificação pessoal do mesmo.

Estes procedimentos serão novamente aplicados três meses após a cirurgia em pacientes que participarão dos momentos pré e pós-cirúrgico e apenas uma vez nos pacientes que participarão somente do momento pós-cirúrgico.

Durante todo o processo você será acompanhado pela pesquisadora e, indiretamente pelo orientador da pesquisa, que estarão a inteira disposição para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento do curso da pesquisa.

No decorrer do desenvolvimento da pesquisa você passará pelo protocolo da cirurgia estabelecido pela equipe do HGG e/ou do SICO, qual seja, avaliação e preparo psicológico em pré-cirúrgico e acompanhamento em pós-cirúrgico.

Este trabalho não oferece qualquer risco, prejuízo, desconforto ou lesão, podendo você desistir de sua colaboração a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento sem nenhuma penalidade e/ou prejuízo de seu tratamento.

Os resultados desta pesquisa serão publicados bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sendo sempre garantidos o sigilo e privacidade de seus participantes.

Agradecemos antecipadamente sua participação.

Psi. Patrícia de Oliveira Vasconcelos
Pesquisadora Responsável- CRP:2009/09

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Orientador – CRP:01019/09

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu,....., RG,....., CPF,....., n° de prontuário....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Qualidade de vida de pessoas obesas submetidas à Cirurgia Bariátrica: Estudo comparativo em momentos pré e pós-cirúrgico como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Patrícia de Oliveira Vasconcelos sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como aos possíveis riscos e benefícios de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento e tratamento.

Goiânia,_____.

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome:_____ Assinatura:_____

Nome:_____ Assinatura:_____

Anexo 7



HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA

CEPHAComitê de Ética em Pesquisa
Humana e Animal

Goiânia, 22 de junho de 2005.

REGISTRO CEPHA-HGG Nº 111/05

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Patrícia de Oliveira Vasconcelos*

PROJETO DE PESQUISA: "Qualidade de vida de pessoas submetidas à Cirurgia Bariátrica: Estudo comparativo dos momentos pré e pós-cirúrgico".

CARTA DE APROVAÇÃO

Informamos que no dia 22 de junho de 2005, na reunião mensal do **Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal – CEPHA-HGG**, foi analisado e aprovado o Projeto de Pesquisa acima referido, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Lembramos ao Pesquisador Responsável a necessidade de encaminhar ao CEPHA-HGG relatórios trimestrais do andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,

Adryanna Leonor Melo de Oliveira Caiado
Coordenadora do CEPHA-HGG

Adryanna Leonor Melo de O. Caiado
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa Humana e Animal
CEPHA - HGG

CEPHA - HGG
Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal
Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi

Anexo 8

Avaliação e Preparo Psicológico

Fluxograma

