



**ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES
FACULDADE DE CIÊNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**



GÉSSICA DANTAS TOSCANO

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIÁTRICA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT.**

CÁCERES-MT

2013

GÉSSICA DANTAS TOSCANO

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIÁTRICA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT.**

Projeto de Pesquisa apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Fátima Aparecida da Silva Ioccacomo requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem ministrado pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Huama Monteiro de Brito.

Co-Orientadora: Enf^a Dayane dos Santos Souza.

CÁCERES-MT

2013

SUMÁRIO

Sumário

SUMÁRIO	8
I. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. JUSTIFICATIVA	8
4. HIPÓTESE	9
5. PROBLEMÁTICA	9
6. REFERENCIAL TEÓRICO	10
6.1 Obesidade	10
6.2 Etiologia	11
6.2.1 Genética	11
6.2.2 Gasto Calórico	12
6.2.3 Doenças Genéticas e Congênitas	12
6.2.4 Endócrina	13
6.2.5 Fármacos	14
6.2.6 Dieta	14
6.2.7 Atividade Física e Sedentarismo	15
6.2.8 Outros Fatores	16
6.4 Obesidade Mórbida	17
6.5 Cirurgia Bariátrica	18
6.5.1 Equipe Multidisciplinar	19
6.5.2 Indicações	20
6.5.3 Tipos	20
6.6 Qualidade de Vida	21
6.6.2 Qualidade de Vida e Cirurgia Bariátrica	26
7. METODOLOGIA	29
7.1 Tipo de Estudo	29
7.2 Local do Estudo	29

7.3 Sujeitos do Estudo	29
7.4 Instrumentos para coleta de dados:.....	30
7.5 Análise dos dados	31
7.6 Aspectos ético-legais do estudo.....	31
8. RESULTADOS ESPERADOS	33
9. Cronograma de atividades	34
10. REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
Apêndice I	41
Apêndice II	43
Apêndice III	44
Apêndice IV	46
Apêndice V	47
Apêndice VI	48
Apêndice VII	49

I. INTRODUÇÃO

Dentro do conceito fisiológico, a fome é uma necessidade visceral de introduzir alimentos no estômago, e apetite é o desejo de comer determinados alimentos. O homem procura alimentos não só para suas necessidades viscerais, como também para atender aos seus desejos de ingerir certas preparações, simplesmente pelo fato de serem agradáveis, saborosas, de aroma atraente, ou porque são conhecidas como extremamente apetitosas. Este é um fator predisponente à obesidade, pois não considera adequadamente os aspectos nutricionais. A sensação de fome faz com que procuremos alimento e, é influenciada desde o meio ambiente imediato, como a variação do clima, da companhia, do local, etc., sendo que tudo isso influenciará tanto na qualidade como na quantidade de alimento ingerido (ANGELIS, 2001).

Define-se obesidade como o aumento de peso corporal devido ao excesso de gordura acumulada. Esta definição fica excluída para as pessoas com peso elevado devido à retenção de líquidos, como as pessoas que apresentam edemas ou ascite (RIOBÓ, 2002). Segundo Casalnuovo (2004), a obesidade é caracterizada por um número excessivo de células de gordura aumentadas de tamanho (hipertrofiadas).

Segundo Mancini *et al*(2001), vários distúrbios fisiopatológicos são causados pela obesidade, principalmente nas pessoas com IMC acima de 30 kg/m². Podem ser citados os distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, trombose venosa profunda, entre outros), distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus* tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva), entre outras patologias.

Nos anos 2008-2009 no Brasil, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, o excesso de peso atingiu 33,5% das crianças de 5 a 9 anos, destes 6,6% do total de meninos são obesos e 11,8% do total de meninas são obesas, em adultos, os homens com excesso de peso somam 50,1% e obesos 12,4% em mulheres os índices são ainda maiores com índices de excesso de peso em 48% e obesidade 16,9%.

As projeções para 2015 são de aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e mais de 700 milhões obesas (VELASQUEZ, et al., 2004). Existem itens objetivos para definir a obesidade, mas pode-se dizer que uma pessoa é obesa quando seu peso ultrapassa o limite compatível com sua saúde física e mental e com as expectativas normais de vida. A

palavra obesidade deriva do latim *obesus* que significa “engordar por comer” (FERNANDEZ; ALVAREZ, 2004).

A obesidade grau III é uma condição clínica grave associada a uma alta morbidade e mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Seguindo-se critérios de avaliação adequados, a cirurgia bariátrica passa a ser a única intervenção eficaz, em longo prazo, no tratamento da obesidade grau III. Pacientes com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias (FANDIÑO et al. 2004).

Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

A qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgias bariátricas foi analisada por Vasconcelos e Costa Neto (2008) que analisaram 30 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 20 e 60 anos, que aguardavam a cirurgia bariátrica. Entre os pacientes avaliados, 93,3% apresentavam obesidade grau III ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) e 6,7% grau II (IMC entre 35-39,9 kg/m^2). A QV foi investigada por meio do WHOQOL 100 – *World Health Organization Quality of Life Assessment*. Observaram que, tanto por meio do WHOQOL 100 quanto do SF-36, a percepção da QV pelos obesos, antes da realização da cirurgia bariátrica, apresentava perda expressiva no grau de independência e no bem-estar físico.

Houve também mais preservação da QV, como nos aspectos sociais e saúde mental. Acreditaram que isso poderia ter ocorrido por estarem esses pacientes sendo assistidos aproximadamente 24 meses por uma equipe multiprofissional de saúde do hospital para controle de sintomas e preparo para intervenção cirúrgica.

Nesse sentido o presente estudo visa avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cáceres - MT, afim de, verificar as mudanças no estilo de vida dos pacientes e os benefícios/efeitos adversos decorrentes da cirurgia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica residentes no Município de Cáceres - MT.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil sócio demográfico do sujeito da pesquisa;
- Identificar as mudanças nos hábitos de vida após a cirurgia bariátrica (qualidade de vida sexual, autoestima, bem estar físico, emocional e social);
- Descrever as dificuldades encontradas na adaptação aos novos hábitos alimentares;
- Identificar o grau de satisfação do paciente com os resultados obtidos após a realização da cirurgia;
- Identificar a existência de efeitos adversos após a cirurgia e o surgimento de patologias secundárias a cirurgia.

3. JUSTIFICATIVA

A implantação deste estudo é de suma importância, pois permite contribuir de forma que não só enfermeiros e os demais profissionais de saúde, mas também os acadêmicos de enfermagem possam obter conhecimento de como as pessoas que realizaram cirurgia bariátrica se sentem após a mudança de vida proporcionada pela tal, cabendo aqui lembrar, que em diversas vezes, principalmente durante os estágios, os então futuros enfermeiros poderão estar diante de um cliente que realizou tal procedimento e com isso estará munido de informações quanto a possível gama de sentimentos que ele apresentará.

Quanto aos resultados encontrados pretendo disponibilizá-los a UNEMAT, para que ela possa conhecer a fundo o tema proposto, de forma que sirva como preparo a todos os acadêmicos do curso, justifica-se nosso interesse pelo estudo, por acreditar ser de interesse social.

4. HIPÓTESE

Existe a percepção de melhorias na qualidade de vida em diferentes aspectos (autoestima, aspectos gerais da obesidade, aspectos físicos, aspectos sociais e interacionais, aspectos de autonomia/independência, aspectos psicológicos, aspectos familiares e afetivos) em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica frente às situações pré e pós cirúrgicas residentes no município de Cáceres-MT.

5. PROBLEMÁTICA

Através da minha experiência com a obesidade mórbida grau III e a realização da cirurgia bariátrica observou-se a importância que a cirurgia bariátrica tem na vida de muitas pessoas que passam a grande parte da vida lutando contra o sobrepeso, no entanto a cirurgia é apenas o começo de outra grande luta devido às mudanças nos hábitos de vida e principalmente na mudança radical da dieta alimentar. Por esta razão pôde-se perceber o quão é importante avaliar a qualidade de vida deste paciente após a realização da cirurgia bariátrica onde envolve o bem estar físico, psicológico e social.

Sabendo das dificuldades que os pacientes obesos encontram no dia a dia, do preconceito ao qual estão expostos, da resistência para reverter essa doença crônica, e das preocupações no que diz respeito à interrupção de suas vidas, problemas de ordem social, e das mudanças que a cirurgia bariátrica impõe a estes no que refere a um novo estilo de vida caracterizado por restrições no que tange os aspectos alimentares e hídricos, bem como na autoestima, surgiu o interesse em desenvolver um estudo que investigasse a qualidade de vida dos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, visando sempre aumentar o elo de confiança existente entre profissional e paciente.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Obesidade

A obesidade, segundo Francischiet al (2000), apud Blumenkrants (1997) é provavelmente a desordem metabólica mais antiga, devido à existência de relatos deste distúrbio em múmias egípcias e esculturas gregas.

Esta desordem é uma condição crônica, que afeta crianças e adultos, sendo definida por um excesso de tecido adiposo no organismo, sendo, atualmente, a desordem nutricional mais importante e que vem adquirindo proporções epidêmicas alarmantes em um caráter universal (MANCINI, 2001).

A prevalência da obesidade, portanto, atinge níveis crescentes tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento e está associada a um risco aumentado de diversas patologias crônicas e cirúrgicas. Considera-se, assim, que a obesidade é uma condição limitante de vida para o indivíduo, com significativa morbidade, diminuição da qualidade e expectativa de vida e que pode levar à morte prematura (MANCINI e HALPERN, 1999).

Esse prognóstico está, portanto, associado à uma série de distúrbios fisiopatológicos que a obesidade pode levar. Entre estes se podem citar distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, com ou sem insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, trombose venosa profunda, entre outros); distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros); distúrbios respiratórios (apnéia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva,...); e ainda distúrbios gastrintestinais como hérnia de hiato e colecistite; distúrbios dermatológicos como estrias e papilomas; distúrbios geniturinários como anovulação e problemas gestacionais; distúrbios musculoesqueléticos como osteoartrose e alterações posturais, neoplasias como câncer de mama ou próstata, distúrbios psicossociais como sentimento de inferioridade e isolamento social; e ainda outras implicações como aumento do risco cirúrgico e anestésico e diminuição da agilidade física (MANCINI, 2001).

De acordo com esta situação clínica, este distúrbio se tornou um importante problema de saúde pública, notadamente nas três últimas décadas do século passado, principalmente quando se considera as possíveis complicações médicas, que variam de risco aumentado de morte prematura a graves patologias não letais, porém debilitantes, e os custos relacionados ao tratamento (MANCINI, 2001).

Com isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a obesidade de acordo com o IMC e risco de doença. Um IMC menor que 18,5 kg/m² recebe a classificação de magreza, com obesidade grau zero e risco de doença elevado. Um IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² recebe a classificação de normalidade, com obesidade grau zero e risco de doença normal. Um IMC entre 25 e 29,9 kg/m² recebe a classificação de sobrepeso, com obesidade grau um e risco de doença elevado. Um IMC entre 30 e 39,9 kg/m² recebe a classificação de obesidade, com obesidade grau dois e risco de doença muito elevado. E um IMC maior ou igual a 40 kg/m² recebe a classificação de obesidade grave, severa ou mórbida, com obesidade grau três e risco de doença elevado (MANCINI e HALPERN, 1999). Assim, de acordo com Francischi et al (2000), apud Monteiro et al (1995), a obesidade possui uma evolução e o seu crescente aumento exige medidas prioritárias e estratégicas de ação de saúde pública, principalmente em relação à prevenção e controle das doenças crônicas, dando ênfase também às ações de educação alimentar e nutrição e as práticas de atividades físicas que alcancem de forma eficaz todas as camadas sociais da população.

6.2 Etiologia

A predisposição genética de um indivíduo associado à exposição de fatores ambientais e comportamentais que estimulam hábitos alimentares incorretos e a falta de atividade física, ou seja, o sedentarismo pode ser considerado o grande fator causal da obesidade. Porém, esta não é uma desordem singular e sim um grupo heterogêneo de condições multifatorial, que em última análise resultam no fenótipo da obesidade. Isto, portanto, torna difícil a identificação isolada de um fator que cause a obesidade (GARRIDO, 2002).

O conhecimento da etiologia da obesidade se torna de fundamental importância, à medida que a partir deste pode-se traçar métodos preventivos em relação à esta desordem.

6.2.1 Genética

A obesidade pode ser influenciada por fatores genéticos primários, estabelecidos como alguns genes e anormalidades cromossômicas e por fatores genéticos secundários, os quais correspondem às doenças congênitas. O caráter genético da condição obesa está associado a uma probabilidade de aquisição de obesidade de 80% e também à maior predisposição a comorbidades intimamente relacionadas a este distúrbio (GARRIDO, 2002).

De acordo com Francischiet al (2000), apud Jebb (1997), a influência do genótipo na etiologia deste distúrbio pode ser atenuada ou exacerbada por fatores não-genéticos, como os fatores ambientais e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético.

6.2.2 Gasto Calórico

O organismo possui um gasto de calorias em um ciclo de 24 horas. Esse gasto corresponde ao metabolismo basal, que é a energia despendida pelo indivíduo durante o sono; ao metabolismo de repouso, que corresponde à energia despendida quando o indivíduo está em repouso, porém, já desperto; ao gasto de calorias induzida por exercícios, seja em uma atividade física espontânea ou programada e ao gasto de calorias dieta-induzida. Esta corresponde ao gasto calórico desde a visualização do alimento até a sua transformação metabólica (GARRIDO, 2002).

O metabolismo basal e de repouso, que representam a queima calórica para a manutenção da homeostase do organismo, são dependentes da massa magra do indivíduo, especialmente do tecido muscular (obesos tem maior metabolismo em relação a pessoas normais), do sexo (mulheres apresentam menor metabolismo), da idade (menor dispêndio em idosos) e 10 a 15% são dependentes de aspectos genéticos (GARRIDO, 2002 e HALPERM e MANCINI, 2000).

Assim, alguns indivíduos podem ser predispostos à obesidade devido à sua queima calórica ser deficiente no ciclo de 24 horas. Sendo que o menor dispêndio de energia em indivíduos obesos pode estar presente no metabolismo basal, metabolismo de repouso e no gasto energético durante atividade-induzida ou dieta induzida (GARRIDO, 2002).

6.2.3 Doenças Genéticas e Congênitas

Existem várias doenças genéticas que apresentam a obesidade em seu quadro clínico. Entre essas, pode-se citar a síndrome de Prader-Willi, síndrome de Lawrence-Moon-Biedl, síndrome de Bardet-Biedl, síndrome de Cohen e síndrome de Alström (SILVA, 2002 e HALPERM e MANCINI, 1999).

6.2.4 Endócrina

A obesidade pode estar relacionada a várias doenças neuroendócrinas. Entre elas, a síndrome de Cushing e hipercortisolismo, hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos, ovariectomia, hipogonadismo em homens, alterações no eixo hipotálamo-hipofisárias, hiperinsulinização no tratamento de diabetes *mellitus*, insulinoma e deficiência de hormônio de crescimento (SILVA et al, 2002 e HALPERN e MANCINI, 1999).

A lesão do hipotálamo ventromedial é responsável por causar hiperfagia e posteriormente obesidade, porém este tipo de obesidade, chamada de obesidade hipotalâmica é rara. Pode ocorrer secundariamente à destruição por traumas, tumor, cirurgia na fossa posterior, processo infeccioso ou inflamatório do sistema nervoso e irradiação ou aumento da pressão intracraniana (GARRIDO, 2002).

A obesidade decorrente do hipotireoidismo é devido à redução da atividade metabólica do indivíduo, o que o predispõe ao acúmulo de tecido adiposo. Este distúrbio endócrino é mais comum em mulheres e o aumento exacerbado de peso não é freqüente (HALPERN e MANCINI, 1999). A síndrome de Cushing resulta em obesidade central progressiva, afetando face, pescoço, tronco, abdome, e, internamente, mesentério e mediastino. Esta síndrome geralmente não envolve as extremidades (GARRIDO, 2002).

O déficit do hormônio de crescimento ocasiona um aumento do tecido adiposo e uma redução da massa magra. Com o envelhecimento ocorre uma diminuição na secreção do hormônio com consequente aumento da gordura visceral. Contrariamente, na acromegalia, ocorre uma diminuição da gordura corporal, principalmente a visceral. A obesidade também pode ser decorrente da síndrome dos ovários policísticos em mais de 50% das mulheres (GARRIDO, 2002).

Segundo Francischiet al (2000), apud Baron (1995) e Jebb (1997), a obesidade decorrente desta síndrome pode estar associada a alterações na função ovariana ou à hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

6.2.5 Fármacos

O ganho de peso induzido por fármacos, na grande maioria, é insuficiente para o aparecimento da obesidade, ou seja, excetuando-se os pacientes tratados com altas dosagens de corticóide, o ganho de peso causado por outros medicamentos, seja por hiperfagia, redução da termogênese ou por outra causa, não é significativa. Várias drogas, incluindo agentes psicoativos e hormônios podem levar ao ganho de peso. Algumas drogas podem ser citadas como exemplo desse ganho ponderal, como os antipsicóticos, entre eles, fenotiazinas e butirofenonas, os antidepressivos tricíclicos, que causam ganho de peso por aumentar o apetite e anticonvulsivantes como o valproato de sódio, que causa ganho de peso em mais da metade dos pacientes por agir em circuitos gabaérgicos (GARRIDO, 2002).

O antagonista de serotonina cipro-heptadina também está relacionado ao aumento de peso corpóreo. Bem como as drogas antidiabéticas, tanto de fonte exógena, como a insulina, quanto de fonte endógena, como as sulfoniluréias, que são responsáveis por causar a elevação dos níveis plasmáticos de insulina (GARRIDO, 2002).

De uma maneira analógica aos pacientes com síndrome de Cushing, os glicocorticóides causam acúmulo de gordura em áreas específicas. O acetato de megestrol, que é um progestágeno, causa também um aumento do apetite, levando ao aumento ponderal, basicamente devido ao acúmulo de gordura em pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida e neoplasia de mama (GARRIDO, 2002).

6.2.6 Dieta

A quantidade de energia diária consumida em relação ao gasto de calorias é de suma importância para se caracterizar o balanço energético de um indivíduo, sendo a obesidade desenvolvida por um balanço energético positivo. Deve-se considerar também como uma variável importante na patogênese da obesidade a quantidade, a qualidade e a distribuição das calorias diárias.

Segundo Silva et al (2002), apud Coutinho (1998), a proporção adequada da distribuição calórica seria em torno de 50% de carboidratos, 30% de lipídios e 20% de

proteínas. Segundo Francischiet al (2000), apud Monteiro et al (1995), existe uma tendência de transição nutricional neste século em diversos países do mundo que convergem para uma dieta mais rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados, e mais pobre em carboidratos complexos e fibras. Esta dieta é conhecida como dieta ocidental. Assim, a dieta rica em ácidos graxos é um fator importante no aumento da incidência da obesidade.

Portanto, de acordo com Garrido (2002), parece haver uma maior tendência a consumo de alimentos ricos em gordura na população obesa em relação ao restante da população normal. Sendo esta maior ingestão de gorduras acompanhada de um maior consumo de doce e álcool. Caracteriza-se, então, a tríade fundamental para o desenvolvimento da obesidade. Outro fator importante na gênese da obesidade é o hábito alimentar do indivíduo. Este, quando se manifesta de uma maneira compulsiva está intimamente relacionado ao aumento ponderal. O hábito alimentar compulsivo pode estar associado a fatores psíquicos e endócrinos.

A ingesta inadequada de alimentos é também incentivada pelas mudanças da sociedade moderna, cada vez mais desenvolvida e mecanizada, a qual estimula um estilo de vida sedentário com nutrição excessiva. Esta é exercida por meio de divulgações no sentido de um maior consumo de produtos industrializados, com elevada taxa de calorias e baixo valor nutritivo. E o sedentarismo é incentivado através dos mais modernos aparelhos que poupam energia no trabalho e no ambiente doméstico (GARRIDO, 2002). O fator modernidade leva também a um aumento crescente da obesidade na população infantil pela precocidade na interrupção do aleitamento materno e introdução de formas lácteas e outros alimentos de forma errônea. Esse índice elevado de obesidade infantil leva a um maior número de adultos com sobrepeso e obesidade, ocasionando consequências sérias para a sociedade (GARRIDO, 2002).

6.2.7 Atividade Física e Sedentarismo

A atividade física tem participação fundamental na manutenção do peso corporal, sendo uma grande fonte de gasto de energia. Portanto, indivíduos que não praticam atividades físicas, ou seja, indivíduos inativos, possuem uma grande propensão ao aumento de peso. Segundo Garrido (2002), o sedentarismo atua como sinergista da dieta hipercalórica e rica em gorduras. Isso também é válido para crianças que estão cada vez mais sedentárias devido a diversões através de jogos de vídeo e televisão.

O sedentarismo, concomitantemente às mudanças nos hábitos alimentares, modifica o perfil de morbimortalidade nas sociedades, e destaca-se, assim, o excesso ponderal e a obesidade como doenças fundamentais. Por essas razões, a obesidade tem sido denominada como doença da civilização ou síndrome do novo mundo (MARINHO et al, 2003).

Essa denominação deve-se, portanto, a atual modernização mundial, a qual ocasiona um estilo de vida mais sedentário e com menor gasto energético. Esta condição pode ser observada através de transportes motorizados e equipamentos mecanizados que exigem menor esforço no ambiente domiciliar e de trabalho.

6.2.8 Outros Fatores

Outros fatores podem ainda serem incluídos na etiologia da obesidade, tais como, a puberdade, sexo, idade, tabagismo, etilismo, período favorável ao aparecimento da obesidade, e a menopausa. A obesidade que ocorre na época da puberdade é predominante em mulheres. Uma possível justificativa para o início desta desordem na puberdade é o fenômeno da hiperfagia, decorrente de traumas e angústias, os quais são bastante comuns nesta fase da vida (HALPERM e MANCINI, 2000).

O fator psicológico no período pós-menopausa é de fundamental importância no desenvolvimento da obesidade (RODRIGUES, 2004).

6.3 Brasil x Obesidade

As mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas que ocorreram ao longo do tempo no Brasil permitiram uma transição nos padrões nutricionais, havendo uma redução progressiva no aspecto de desnutrição do país para o excesso de peso, ou seja, o aumento da obesidade. Este fator propicia sérios problemas de saúde pública pelas comorbidades que afetam a qualidade de vida dos pacientes e pelo aumento da probabilidade de morte prematura. A prevalência da obesidade tem aumentado muito na última década, em todos os estratos econômicos da população, porém esta situação é mais alarmante nas classes sociais baixas. Contudo, há maior prevalência de obesidade entre homens com maior renda e entre mulheres com menor renda (RODRIGUES, 2004).

Segundo Garrido (2002), a taxa de ascensão é de 0,36 pontos percentuais ao ano para a obesidade na população feminina e de 0,20 pontos percentuais ao ano para a obesidade na população masculina. Entre 1974 e 1989, a proporção de pessoas com excesso ponderal

sofreu um aumento de 21% para 32%. A região sul apresenta-se com os maiores índices de obesidade do Brasil, possuindo valores semelhantes e até superiores aos países desenvolvidos.

A progressão da obesidade nesse período foi significativo para as mulheres, passando de 7% para 12% e duplicou entre os homens, com aumento de 2,4% para 4,8% (GIGANTE et al, 1997). De acordo com Marinho et al (2003), enquanto as regiões sul e sudeste apresentam-se com maior prevalência de obesos, a região nordeste possui os menores índices. Em 1989, traduzindo-se as taxas percentuais em números, foram registrados 27 milhões de pessoas com excesso de peso. Destes 27 milhões, segundo Silva et al (2002), 27% corresponde à população masculina e 38%, a população feminina. A obesidade representa aproximadamente 8% do total de adultos brasileiros, ou seja, cerca de 6,8 milhões de indivíduos obesos. Sendo, deste total, 4,9 milhões representados por mulheres, isto é, mais de 70% do total de obesos são mulheres.

De acordo com Repetto, Rizzolli e Bonatto (2003), estima-se que no Brasil exista 0,5 a 1% de obesos mórbidos na população adulta. Portanto, o Brasil está passando da desnutrição para o excesso de peso e obesidade, sendo necessária medidas efetivas para conter este surto. Caso contrário, dentro de 20 anos, o Brasil estará no mesmo patamar dos EUA, no qual a obesidade se constitui no principal problema de saúde pública do país.

6.4 Obesidade Mórbida

A obesidade mórbida é definida por um Índice de Massa Corpórea superior ou igual a 40 kg/m². Um outro parâmetro para caracterizar obesidade mórbida são indivíduos que apresentem aumento de 100% acima do peso ideal ou 45-50 kg de excesso ponderal em relação ao peso ideal. Isso inclui um peso superior a 120-130kg para homens e 100-110 kg para mulheres. Uma definição mais ampla deste distúrbio inclui pacientes que apresentam comorbidades grave diretamente relacionada à obesidade (ZILBERSTEIN, GALVÃO, RAMOS, 2002).

Esta desordem tem aumentado, significativamente, de forma rápida e progressiva nas últimas décadas, principalmente em países desenvolvidos e se caracteriza por ser importante causa de complicações médicas precoces e morte prematura, já que está associada a diversas comorbidades graves, que reduzem a qualidade e expectativa de vida e propicia uma condição de vida limitante (RODRIGUES, 2004).

Segundo Garrido (2002), a taxa de mortalidade para os pacientes obesos mórbidos é 12 vezes maior, entre homens com 25 a 40 anos, quando comparada a indivíduos que apresentam

peso normal. Devido às várias comorbidades associadas e a alta probabilidade de morte prematura, a obesidade mórbida se tornou um importante problema de saúde pública com implicações socioeconômicas. Isso se deve aos gastos com programas de emagrecimento e condicionamento físico, fármacos antiobesidade, pesquisas para novas drogas, além do alto custo associado ao tratamento das comorbidades.

O tratamento convencional para obesos inclui um plano de reeducação alimentar, com orientação dietética, programas de atividades físicas e uso de agentes antiobesidade. Porém, esses tratamentos menos invasivos estão produzindo resultados insatisfatórios para os obesos mórbidos ou de classe III. Segundo Fandiño e Segal (2002), os resultados do tratamento convencional para esta classe de pacientes são claramente insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Assim, como a abordagem clínica nesses pacientes geralmente é ineficaz, a cirurgia bariátrica, cuja indicação vem crescendo nos dias atuais, se impõe como uma importante opção de tratamento.

6.5 Cirurgia Bariátrica

A obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, devido a isso, seu tratamento envolve diversos tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física, o uso de fármacos anti-obesidade e psicoterapia constituem os principais pilares do tratamento. Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade mórbida ou grau III permanece ainda com resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Devido a esses resultados, surge a necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica destes pacientes, que se constitui na indicação cada vez maior de cirurgias bariátricas (FANDIÑO e SEGAL, 2002).

A cirurgia bariátrica, que consiste na redução do tamanho do reservatório gástrico associado ou não a procedimento de indução de má absorção, é um método efetivo de tratamento da obesidade refratária, na medida em que adequa o hábito alimentar do paciente, diminuindo a ingestão maciça e aumentando a duração do processo de mastigação (GARRIDO, 2002).

Embora esta cirurgia possua um caráter invasivo, seus resultados têm demonstrado taxa de sucesso consistente na redução ponderal, com uma diminuição de 50% no excesso de peso, e manutenção desta redução a longo prazo (ZILBERSTEIN, GALVÃO e RAMOS, 2002).

6.5.1 Equipe Multidisciplinar

A equipe multidisciplinar composta por endocrinologista, cirurgião, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra, cardiologista, pneumologista, anestesista, educador físico, entre outros se faz necessária no pré e pós-operatório para que se possa estimar o bem-estar físico e social do paciente. Dessa forma, o objetivo de cada profissional da equipe é detectar problemas metabólicos, psicológicos, respiratórios, cardiovasculares, além de outras comorbidades e também pesquisar hábitos alimentares viciosos(RODRIGUES, 2004).

Assim, a equipe tem um papel importante na mudança dos hábitos alimentares e do modo de vida do paciente. É função da equipe também informar ao paciente, de forma objetiva e direta, sobre o funcionamento do procedimento a que irá ser submetido e as mudanças no seu estilo de vida antes e após a cirurgia. Portanto, a primeira tarefa da equipe na rotina pré-operatória é deixar o paciente ciente de como funciona a operação, a necessidade de adaptação aos novos hábitos, que inclui os alimentares, e a importância de sua participação no processo(RODRIGUES, 2004).

Ou seja, o paciente deve saber de suas obrigações para que a cirurgia alcance o sucesso desejado. Dentre estas obrigações está a participação em reuniões pré e pós-operatórias propostas pela equipe e nas avaliações físicas, psicológicas e nutricionais. Também nos retornos ao consultório no pós-operatório imediato e tardio. As reuniões pré-operatórias inclui temas como explicação da cirurgia, riscos e complicações cirúrgicas, risco de mortalidade, resultados, benefícios esperados, consequências a longo prazo, responsabilidades esperadas dos pacientes, entre outros (GARRIDO, 2002).

Os pacientes, dentre muitas informações, devem também estar ciente da necessidade de suplementos vitamínicos após a cirurgia por todo o mês ou por toda a vida. Também devem conscientizar-se do acompanhamento médico por toda a vida e da possível necessidade de outras intervenções cirúrgicas (cirurgias plásticas) após a perda de peso (GARRIDO, 2002).

6.5.2 Indicações

A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se em uma análise abrangente dos múltiplos aspectos clínicos do paciente. Portanto, uma avaliação minuciosa do paciente deve ser realizada por todos os membros da equipe multidisciplinar, já que cada profissional possui conhecimentos das alterações próprias da obesidade, o que lhes permite julgar a indicação e o momento correto da realização cirúrgica (RODRIGUES, 2004).

Os critérios para seleção de pacientes à cirurgia é decorrente do alto índice de mortalidade no período peri-operatório. Um fator adicional para a conscientização da população em geral de que a cirurgia bariátrica é um método invasivo e que deve ser realizada com o objetivo de melhorar a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes. Portanto, a indicação cirúrgica envolve diversos critérios, entre eles, pacientes que não obtiveram sucesso com outros métodos terapêuticos conservadores, realizados por profissionais qualificados, no decorrer de um longo período. E pacientes que apresentam um IMC entre 35 e 40 kg/m² associado a comorbidades ou um IMC superior a 40 kg/m², que são os pacientes denominados de alto risco (FANDIÑO e SEGAL, 2002).

A indicação para a cirurgia inclui também pacientes que possuam obesidade com duração de pelo menos cinco anos; obesidade de origem não endócrina; ter entre 18 e 60 anos de idade. E ainda, não ser dependente de álcool ou de drogas; não apresentar distúrbios psiquiátricos; apresentar risco cirúrgico aceitável; estar disposto a uma reeducação alimentar e comprometer-se ao controle clínico pós-operatório (ZILBERSTEIN, GALVÃO e RAMOS, 2002).

6.5.3 Tipos

Existem diversos tipos de cirurgia bariátrica, cada uma com suas características específicas. Dessa maneira, a indicação da cirurgia mais adequada ao paciente depende do perfil individual do obeso, da expectativa da perda de peso, do comportamento alimentar e das preferências do paciente. Bem como, das condições do cirurgião, de material, de ambiente e do pessoal envolvido no procedimento. Os tipos de cirurgia bariátrica são classificadas em restritivas, disabsortivas e mistas, respectivamente, de acordo com a utilização exclusiva da

restrição devolume, da disabsorção isolada ou da associação da restrição de volume com adisabsorção. Nesta última, um componente pode ser dominante em relação ao outro(RODRIGUES, 2004).

6.6 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 ideia 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 incluem 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).

6.6.1 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: aversão 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, Koloktinet *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 Corporal – 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.

6.6.2 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 melhoria 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.

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo de Estudo

O estudo tratar-se-á de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, com abordagem quanti-qualitativa dos dados.

7.2 Local do Estudo

O cenário de campo onde este estudo será desenvolvido compreende a uma loja de confecção de roupas e acessórios – Xika Modas. Inicialmente será entregue uma ficha de enquête aos clientes onde eles deverão preencher o nome e telefone e responder a pergunta: Já realizou cirurgia bariátrica?

A loja Xika Modas surgiu há 13 anos no centro da cidade de Cáceres-MT. Como proprietários uma família de nordestinos estabelecida na cidade há mais de 20 anos.

A escolha desse local justifica-se devido ao acesso a loja, uma vez que pertence a minha família, onde este conta com um considerável número de clientes de diversas faixas etárias e biótipos, onde foi possível notar através de diversas conversas mantidas com os clientes que já realizaram a cirurgia bariátrica, o grau de satisfação destes ao perceberem as mudanças físicas após o procedimento.

7.3 Sujeitos do Estudo

A população será composta por clientes da loja Xika Modas, que por lá transitarem durante o período de seleção dos sujeitos, enquanto que o sujeito da pesquisa será constituído por aqueles clientes que já foram obesos e passaram por cirurgia bariátrica e que aceitarem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual serão informados sobre o interesse e o objetivo da pesquisa bem como a garantia de retirar seu consentimento em qualquer etapa de investigação.

Para a composição da amostra serão considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter visitado a loja Xika Modas durante o processo de seleção dos sujeitos;

- Participar da enquete
- Somente clientes que já foram obesos e que tenham passado por cirurgia bariátrica;
- Ter idade maior ou igual a 18 anos
- Aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Será solicitada a permissão de cada sujeito da pesquisa para gravar as falas de cada entrevista.

Serão considerados para critérios de exclusão os seguintes itens:

- Clientes que responderam NÃO a enquete: Já realizou cirurgia bariátrica?
- Não estejam na faixa etária de abrangência do estudo e
- Aos que se negaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

7.4 Instrumentos para coleta de dados:

Os dados serão obtidos através de instrumento do tipo entrevista, previamente elaborados, contendo perguntas objetivas, subjetivas e não indutivas, com dados suficientes para fazer a caracterização da amostra e algumas questões sobre o tema proposto.

Segundo Lakatos e Marconi (2004), “a entrevista é uma conversação face a face que podem proporcionar resultados satisfatórios”.

Dentre os instrumentos escolhidos temos a entrevista aberta que é “definida como ‘uma conversa com finalidade’, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados” (MINAYO, 2007, p. 264-265).

Entrevistas abertas e individuais com os sujeitos – optamos por essa técnica de coleta de dados, por ser a mais adequada ao nosso objeto de estudo e por oferecer todas as perspectivas possíveis para que o sujeito da pesquisa alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a nossa investigação. As entrevistas serão transcritas na íntegra e posteriormente transformadas em categorias de análise.

7.5 Análise dos dados

A análise dos dados será realizada através da técnica da análise temática. A escolha dessa modalidade de análise, justifica-se, por ser a que melhor responde ao método de pesquisa adotado e aos objetivos da pesquisa. Nesta modalidade, a análise “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO 2006, p. 316).

A análise dos dados procederá da seguinte forma:

Após cada coleta de dados, será feita a transcrição das entrevistas e em seguida sucessivas leituras do material coletado, objetivando levantar, de forma clara e sistemática, extrair/retirar/apreender das falas, situações relevantes e que respondem às reais necessidades da população e que estejam em conformidade com o referencial teórico proposto.

Posteriormente, será feita a ordenação dos dados, classificação dos dados, elaboração de categorias empíricas e análise final.

7.6 Aspectos ético-legais do estudo

Será encaminhado à loja XiKa Modas um ofício solicitando a permissão para o início na pesquisa, assim como as informações quanto a realização da enquête (apêndice III). Com a autorização da proprietária da loja para a realização da pesquisa (apêndice IV), o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Mato Grosso – UNEMAT para a análise e aprovação, após a análise e aprovação da secretária de saúde do município de Cáceres-MT, um termo de aceite oficialmente em duas vias carbonadas onde uma ficará sob o poder do responsável, que autoriza a coletada de dados dos participantes e a outra para o comitê de ética. Respeitando as normas éticas determinadas na resolução nº466/13, do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde, que apresenta as diretrizes regulamentadoras mais abrangentes a cerca de pesquisas envolvendo seres humanos, na perspectiva de garantir o anonimato dos entrevistados.

Após um mês de aplicação da enquête, realizarei a seleção dos que já realizaram acirurgia bariátrica. Em seguida entrarei em contato via telefone com todos os sujeitos do estudo convidando a participar da pesquisa. À medida que houver aceitação por parte destes, assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido que consta de duas vias, sendo que uma ficará em seu poder.

Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa será feito o agendamento da data e do horário de realização da entrevista que ocorrerá na casa do cliente ou em local agendado por ele, duas vezes por semana, após o término das aulas, em horário determinado pelo entrevistado.

Para o desenvolvimento do estudo, este será realizado obedecendo às normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, que envolva o respeito aos caracteres individuais e coletivos dos participantes do estudo, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes deles, incluindo o manejo de informações ou materiais, preconizados pela resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (BRASIL, 1996).

8. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse estudo traçar o perfil sócio demográfico do sujeito da pesquisa; Identificar as mudanças nos hábitos de vida após a cirurgia bariátrica (qualidade de vida sexual, autoestima, bem-estar físico, emocional e social); Descrever as dificuldades encontradas na adaptação aos novos hábitos alimentares; Identificar o grau de satisfação do paciente com os resultados obtidos após a realização da cirurgia; Identificar a existência de efeitos adversos após a cirurgia e o surgimento de patologias secundárias à cirurgia.

9. Cronograma de atividades

PERIODOS ATIVIDADES	2013/2	2014/1	2014/2	2015/1
LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	X	X		
LEITURA TEÓRICA	X	X	X	
SELEÇÃO DO LOCAL	X			
SELEÇÃO DOS SUJEITOS	X			
ELABORAÇÃO DO ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	X			
REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS		X		
ANÁLISES DOS DADOS		X	X	
CORREÇÕES	X	X	X	
ENTREGA DO PRIMEIRO ESBOÇO			X	
ENTREGA DO TCC			X	
DEFINIÇÃO DE BANCA			X	
APRESENTAÇÃO			X	
PRODUÇÃO E APRESENTAÇÕES CIENTÍFICAS			X	X

10. REFERÊNCIAS

ANGELIS, R. C. de. **Fome oculta: bases fisiológicas para reduzir seus riscos através da alimentação saudável.** São Paulo: Atheneu, 2001.

BERNHARD, J., Lowy, A., Mathys, N., Herrmann, R., &Hürny, C. (2004). **Health related qualityof life: a changing construct?** *Quality of Life Research*, 13 (7), 1187-1197.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 299/ 2005.**Dispõe sobre indicativos para a realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional.** Rio de Janeiro(RJ): COFEN; 2005.

CASALNUOVO, C. A. **Centro de cirurgia da obesidade.** Disponível em: <www.obesidadmorbida.com>. Acesso em: 20/10/13

CASTRO, M. **Concepções sobre o cuidado integral em saúde no curso de enfermagem da UFMT.** Disponível em:<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/concepcoes-sobre-cuidado-integral-em-saude-no-curso-de-enfermagem-da-ufmt-%5B104-250510-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 05 nov.2013.

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.

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.

ELLIOT, B. A., Renier, C. M., Haller, I. V., & Elliot, T. E. (2004). **Health-related quality of life (HRQoL) in patients with cancer and other concurrent illnesses.** *Quality of Life Research*, 13 (2), 457-462.

FANDIÑO, J. et al. **Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos.** *Rev. psiquiatr.* Porto Alegre, v. 26, n. 1, jan./abr. 2004.

FERNANDEZ, M. L. Á.; ALVAREZ, B, M. A. **Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas.** *Nutr.Hosp.* v. 19, n. 1, p. 34-44, jan./fev. 2004.

FRANCISCHI, P. P. Rachel; et al. **Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.** *Revista de Nutrição.* Campinas, n. 13, v. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

GARRIDO JÚNIOR, B. Arthur. **Cirurgia da Obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2002.

GIGANTE, P. Denise; et al. **Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco.** *Revista da Saúde Publica.* Pelotas, v 31, n 3, p 236-246, jun. 1997.

GUTIÉRREZ, M. A. B., Martín, E. R., García, N. T., Cuesta, T. S., Martín, P. G., & Somolinos, I.C. (1998). **Calidad de vida relacionada con la salud y obesidade nun centro de atención primaria.** *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 221-231.

HALPERM, Alfredo; MANCINI, Márcio. **Endocrinologia obesidade.** *Revista Jovem Médico.* n. 1, abr. 1999.

IBGE. POF 2008-2009: **desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional.** Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699>.

Acesso em: 18 nov. 2013.

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.

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.

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.

LEMOS, M. C. M. **Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR.** *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, v. 10, n. 3, p. 155-163, set./dez. 2006.

Mancini MC. **Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso.** *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2001; 45(6):584-606.

MARINHO, P. Sheila; et al. **Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade.** *Revista de Nutrição.* Campinas, v 16, n 2, p 195-201, abr./jun. 2003.

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. 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 10ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2007; pg. 264-265.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

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/Divisão de Saúde Mental. Grupo Whoqol (1998). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/whoqol1.html>. Acessado em: 30/11/2013

REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; BONATTO, Cassiane. **Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. V. 47, n. 6, p. 633-635, dez. 2003.

RIOBÓ, P. Obesidad. **Sociedade Espanhola de Endocrinologia e Nutrição.** 2002. Disponível em: www.seenweb.org/index.php?pagina=la_obesidad. Acesso em : 23/10/13.

RODRIGUES, S. F. **A Eficácia da Fisioterapia no Período Pré-Operatório de Pacientes Obesos Mórbidos com Indicação à Cirurgia Bariátrica Avaliada através da PaO2.** [Monografia] n. 02, 2004.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. **Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas.** Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v. 24, supl. 3, dez. 2002. Sociedade Espanhola de Cirurgia da Obesidade. Disponível em: <http://www.seco.org/razonesyriesgos.php?op=5>. Acesso em: 03/11/13

SILVA, N. Anelise; et al. **Estudo químico-farmacêutico e aspectos bioquímicos doorlistat no controle da obesidade.** Revista Brasileira de Medicina. v. 58, n. 1/2, p.26-38, jan./fev. 2002.

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.

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.

TRALDI, M. C.; DIAS, R. **Trabalho de Conclusão de Curso.** Campinas, SP. Editora Alínea, 2010.

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 PO, Costa Neto SB. **Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica.** *Psico*. 2008;39(1):58-65.

VELASQUEZ-MELENDZ G, Pimenta AME, Kac G. **Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional.** *Rev Panamer. Salud. Publica*. 2004; 16(5):308-14.

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. **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 em Latino América* (pp. 91-99). Bogotá: Kimpres. (2005).

ZILBERSTEIN, Bruno; GALVÃO, Manoel; RAMOS, C. Almino. **O papel da cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade.** *Revista Brasileira de Medicina*. v. 59, n. 4, p. 258-264, abril. 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário.**3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. p. 162; 182.

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.

APÊNDICES

Apêndice I



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: “QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT”.

Objetivo principal: Analisar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no município de Cáceres, Mato Grosso.

Este projeto será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá – UNIC, sob a resolução 196/96. Após sua aprovação, darei início a coleta de dados que terá duração de 02 meses. A pesquisa terá duração de 12 meses, com o término previsto para Setembro/2014.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionários. A entrevista será gravada em fita cassete para posterior transcrição na íntegra – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário

exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem no setor Clínica Cirúrgica e qualidade de vida.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Em qualquer fase da pesquisa, você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento e eventuais dúvidas. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Desde já agradecemos!

HuamaGéssica Dantas Toscano

Nome do Orientador

Pesquisador Principal (UNEMAT)

Cel:

e-mai:

Nome do Orientando

Graduando: Enfermagem

Cel: (65) – 9925-9168

e-mail: kekadantas_@gmail.com

Eu, _____, portador do RG: _____, CPF: _____, docente/discente do Curso de Enfermagem da UNEMAT, fui adequadamente informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada “Qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Município de Cáceres-MT”. Entendo que terei garantia de confidencialidade, que ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes e que a minha participação é voluntária. Fui também esclarecido que esse termo terá duas vias e que uma ficará em meu poder. Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, e estou de acordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Apêndice II



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



PERMISSÃO PARA GRAVAR ENTREVISTA

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo intitulado **“QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT.”** sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Autorizo a gravar esta entrevista, sabendo que ela será de uso estrito para esta pesquisa e que as respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado meu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, minha privacidade será assegurada uma vez que meu nome será substituído de forma aleatória. Estou ciente, também, que esta entrevista será gravada para posterior transcrição e que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Data: _____

Data: _____

Assinatura do acadêmico/docente

Assinatura Pesquisador Principal

Apêndice III



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



Ofício s/n

10.Out.2013

Prezada Proprietária *FRANCISCA DANTAS TOSCANO*:

Ao cumprimentá-la cordialmente, eu GÉSSICA DANTAS TOSCANO acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso, regularmente matriculada sob número 817404, solicito a permissão para realizar uma pesquisa intitulada “**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT**” desenvolvida como um trabalho de conclusão de curso sob a responsabilidade e orientação da Enf^oProf^o HUAMA. A pesquisa tem como objetivo principal identificar as expectativas dos acadêmicos de enfermagem da UNEMAT–Cáceres, frente ao primeiro contato com o estágio curricular supervisionado no setor de trauma e emergência e as influências que ele exerce no futuro do egresso profissional.

A implantação deste projeto na UNEMAT é de suma importância, pois permite avaliar como os estudantes de enfermagem encaram o estágio curricular no setor de trauma e emergência, que atitude eles procuram encontrar no docente, os principais medos e insegurança que apresentam ao iniciar as atividades e durante seu desenvolvimento.

Trata-se de um estudo Descritivo e Exploratório com abordagem qualitativa dos dados, estruturada através de entrevista abertas e individuais. O local do estudo compreende o

curso de Enfermagem – as turmas do 4º e 8º semestre do período letivo 2011/02 e os docentes que atuam no setor de trauma e emergência.

O projeto de pesquisa será submetido à avaliação do comitê de ética em pesquisa da Universidade de Cuiabá (CEP/UNIC) conforme resolução 196/96 para pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa não oferece riscos de desconforto mínimo devido ao tempo que desprenderá para a entrevista e terá duração de 10 meses.

As pessoas entrevistadas participarão voluntariamente, em horários determinados por elas, sendo sempre ao término das aulas, em uma das salas do curso de enfermagem que esteja desocupada. As entrevistas ocorrerão duas vezes por semana, sendo uma pessoa por vez. Os voluntários podem a qualquer momento se recusar a participar da pesquisa, assim como retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que lhe forneceu os seus dados, como também na que trabalha. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial.

Sem mais para o momento e certa de vossa colaboração, desde já, antecipo agradecimentos.

ENF^a HUAMA
Orientadora

GÉSSICA DANTAS TOSCANO
Orientanda

Apêndice IV



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



25.Out. 2013

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA INSTITUCIONAL

Eu, FRANCISCA DANTAS TOSCANO portadora do RG:_____,
CPF:_____, proprietária da loja Xika Modas, autorizo a pesquisa intitulada
**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIATRICA NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT** desenvolvida como um trabalho de
conclusão de curso da acadêmica Géssica Dantas Toscano sob a responsabilidade e orientação
da Enf^oProf^o Huama.

Declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa, e concordo em autorizar a
execução da mesma nesta Instituição. Sei que a qualquer momento posso revogar esta
Autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declaro, também,
que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os
participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Sem mais para o momento.

FRANCISCA DANTAS TOSCANO
Proprietária da Loja Xika Modas

Apêndice V



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



ENQUETE

Título da pesquisa: Qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Município de Cáceres-MT.
1. Nome do entrevistado:
2. Telefone:
2. Já realizou cirurgia bariátrica? ()SIM ()NÃO

Apêndice VI



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



FICHA DE REGISTRO DAS ENTREVISTAS POR ÁUDIOREVER

Título da pesquisa: Qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Município de Cáceres-MT.	
1. Data da entrevista: ____/____/____	Nº da Entrevista:
3. Nome do entrevistado (optativo):	
4. Idade	DATA DA CIRURGIA
5. Estado Civil: () solteiro () casado () Divorciada () Amasiada () Outro	
6. Profissão:	
7. Peso antes da cirurgia:	Peso atual:
7. Identificação da fita cassete:	Local
8. Início:	Término:
9. Condições técnicas da gravação:	
10. Transcrição da gravação:	

Apêndice VII



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - PROEG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JANI VANINI
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



QUESTIONÁRIO:

I. Caracterização Sócio demográfica da amostra.

Gênero

() Masculino

() Feminino

Faixa Etária

() de 20 a 25 anos

() de 26 a 30 anos

() de 31 a 35 anos

() Acima de 35 anos

Estado Civil

() Solteiro

() Casado

() Divorciada

() Amasiada

() Outro

Profissão: _____

Data da cirurgia: _____ Peso antes da cirurgia: _____ Peso atual: _____

II. Dados relacionados ao resultado da qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica residentes no Município de Cáceres-MT.

1) Desde quando você era obeso?

2) O que levou você a realizar a cirurgia bariátrica?

3) Você tinha alguma doença crônica antes da cirurgia? Se sim o que mudou?

- 4) Você sofria preconceito? O que mais te incomodava em relação a isso?
- 5) Quais as dificuldades você encontrou no pós cirúrgico?
- 6) Como era os seus hábitos alimentares antes da cirurgia? O que MAIS mudou após a cirurgia?
- 7) Após a cirurgia o que mudou na sua saúde?
- 8) O que mudou na sua vida sexual?
- 9) O que mudou na sua vida social?
- 10) Hoje após a cirurgia como você se vê?
- 11) Você tinha Depressão, ansiedade antes da cirurgia? O que mudou após a cirurgia?
- 12) Teve acompanhamento psicológico após a cirurgia?
- 13) O que mais te incomodava em estar obeso?
- 14) Que resultados você esperava da cirurgia? Esses resultados foram alcançados?
- 15) Você tinha algum vício antes da cirurgia, tabagismos e etilismo? E Após a cirurgia?
- 16) Você adquiriu alguma síndrome após a cirurgia? Se sim qual?
- 17) Em cima das mudanças que ocorreram na sua vida, você aconselharia outras pessoas a realizarem essa cirurgia? Você passaria por tudo de novo se necessário?
- 18) Em uma escala de 0 á 10 qual seu nível de satisfação em relação a qualidade de vida após a realização da cirurgia?