



**UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA**

**LOUIZE RACHEL RODRIGUES DE OLIVEIRA
MILLA CAVALCANTE RODRIGUES**

**AS PRINCIPAIS MUDANÇAS OCORRIDAS NA VIDA DE
SUJEITOS QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA:
RELATOS DE PACIENTES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.**

Salvador
2006

**LOUIZE RACHEL RODRIGUES DE OLIVEIRA
MILLA CAVALCANTE RODRIGUES**

**AS PRINCIPAIS MUDANÇAS OCORRIDAS NA VIDA DE
SUJEITOS QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA:
RELATOS DE PACIENTES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Psicologia, Universidade Salvador - UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Ms. Helen Copque

Salvador
2006

TERMO DE APROVAÇÃO

LOUIZE RACHEL RODRIGUES DE OLIVEIRA

MILLA CAVALCANTE RODRIGUES

**AS PRINCIPAIS MUDANÇAS OCORRIDAS NA VIDA DE
SUJEITOS QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA:
RELATOS DE PACIENTES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia,
Universidade Salvador – UNIFACS, pela seguinte banca examinadora:

Anderson César Veloso Viana _____
Mestre em Administração, Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Faculdade Ruy Barbosa (FRB), Ba; Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências
(FBDC) e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Ba

Helen Lúcia Freitas Copque – Orientadora _____
Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia
(UFBA)
Faculdade Jorge Amado (FJA), Ba; Universidade Salvador (UNIFACS), Ba

Jeane Saskya Campos Tavares _____
Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da
Bahia (UFBA)
Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC) e Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública (EBMSP), Ba; Universidade Salvador (UNIFACS), Ba

Salvador, 29 de novembro de 2006.

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, a nossa amiga e orientadora Helen Copque aos participantes da pesquisa que nos possibilitaram trabalhar com esse tema e a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para construção e finalização deste.

AGRADECIMENTOS

É difícil listar aqui as pessoas que contribuíram de alguma forma na construção deste trabalho, são tantas e tão especiais, que me falta espaço e palavras para falar de cada uma dessas pessoas. Por isso resolvi escolher algumas que representarão com glamour todas as pessoas que se fizeram, se fazem e se farão presentes em toda minha caminhada. Agradeço:

A Deus, por estar presente em todos os momentos da minha vida e neste não poderia ser diferente.

Aos meus pais João e Marilurdes que são os responsáveis pela minha existência. Por terem me ajudado a crescer e aprender a viver, fazendo tornar-me quem sou. Deram-me muito carinho e amor. Obrigada por tudo! Amo vocês! Aos meus irmãos Júlio e Paulo que são meus pontos de apoio em todos os momentos e que sempre me acompanharam em dias de tristezas e alegrias.

As minhas cunhadas Sílvia e Valéria, as minhas sobrinhas Camila e Bianca e ao meu sobrinho Caio pelo carinho e momentos de alegria. E também a todos os parentes e familiares pelo apoio.

A minha amiga e irmã Milla Rodrigues por ter estado ao meu lado na construção deste trabalho e que, juntas, aos trancos e barrancos, conseguimos construir este lindo produto final. Sem você Milla não teria forças para continuar. Obrigada por confiar em mim e por me fazer acreditar que sou capaz! A minha família emprestada, tia Haromalha, tio Samuel e irmã Ludmilla por me acolherem e cuidarem de mim como filha, me dando apoio e força nesta caminhada.

Ao curso de psicologia, ao professor e coordenador Wilson Sampaio que sempre me ajudou nas horas em que precisei e sempre me apoiou, fazendo acreditar mais em mim, ao corpo de professores (Hosannah, Cláudio Embirussu, Ana Emília, Rita Gonzáles, Rodrigo Guimarães, Rita Leite, Ana Maria Garcia, Olívia, Marisa Marques e outros) que contribuíram e contribuem a cada dia com minha formação como profissional e como pessoa e a UNIFACS por ter me apresentado o mundo acadêmico.

A Helen Copque que acreditou no meu potencial e que com sua inteligência e sensibilidade me fez crescer e me dedicar o melhor que pude para que as coisas saíssem na mais perfeita ordem. Deu-me carinho, amizade, atenção e esteve comigo em todos os momentos.

Em especial a Jeane Tavares que foi a minha primeira referência na Psicologia. Mostrou-me caminhos e possibilidades para que eu me tornasse melhor a cada dia. Agradeço pela amizade e carinho e por todos esses anos de ensinamentos. Você é especial para mim!

Aos meus amigos (Levi, Tchelo, Ivanderson, Rafa, Léo, Luisinho, Marcinho, Ti e outros) e amigas (Tan, Liu, Tati, Pritty, Paulinha e outras) que estiveram direta ou indiretamente comigo, me dando apoio, carinho e me fazendo ser cada dia mais feliz. E com carinho a Aurin, pessoa muito especial, que contribuiu para o sucesso deste trabalho.

Louize Rachel Rodrigues de Oliveira.

AGRADECIMENTOS

Em todo o processo de construção desta monografia pude contar com o carinho, a atenção e colaboração de diversas pessoas (amigos, conhecidos, colegas) e certamente se eu fosse agradecer a todos, estes não caberiam nesta folha de papel.

A minha amiga e parceira neste trabalho, Louize Rachel, acho que não teria feito escolha melhor de pessoa para dividir este trabalho. As suas contribuições, pensamentos, idéias para este estudo fazem parte deste nosso produto que tem a nossa “cara”. Aos meus tios emprestados que me trataram sempre com muito carinho e atenção, Tio João e Tia Marilurdes, agradeço de coração.

A minha grande orientadora e amiga, Helen Copque, que acreditou neste trabalho e sempre passou muita força, garra, ânimo quando estes faltavam. Com certeza sem as suas diretrizes, sem a sua amizade, sem o seu olhar atento e crítico a monografia não teria ficado “redondinha”.

A minha irmã, Ludmilla, e ao meu pai, Samuel, por também terem participado de alguma forma deste processo e me ajudado a chegar nesta etapa da minha vida.

Ao meu namorado, Murilo, presente em todo momento sempre me disponibilizando todo o amor, carinho, compreensão e palavras de conforto. Com certeza um dos meus pilares.

A Leiliane e Adailton, amigos, que contribuíram para este trabalho, estendendo um ombro amigo em alguns momentos difíceis da elaboração do mesmo.

A minha amiga e mestre, Virgínia, grande responsável pela minha paixão pela Análise do Comportamento, que apesar da distância, esteve muito presente na construção de todo trabalho. Alguém que eu tenho muito carinho, admiração e que me espelho.

A todas as minhas amigas (Alice e Tansir) que também desprenderam apoio e palavras de incentivo durante o desenvolvimento do trabalho. Agradeço, em especial, a minha amiga-irmã, Paula, que me acompanhou na construção do trabalho, dando-me o apoio, a atenção e a amizade indispensáveis para este momento.

A todos os meus professores da UNIFACS, pelos ensinamentos, pelas reflexões e por ajudarem-me a construir um olhar diferenciado e cauteloso sobre o ser humano. Com destaque, a amiga e professora, Jeane Tavares, pelo incentivo, atenção, carinho, força e amizade sempre.

Agradeço a Deus pela força necessária para o êxito deste trabalho.

Agradeço especialmente a minha mãe, Haromalha, minha grande companheira nesta caminhada sempre me disponibilizando todo apoio, incentivo, amor, força e atenção. Acreditando em mim e compreendendo a minha ausência em alguns momentos. Muito do que sou, devo a esta pessoa maravilhosa que nunca mediu esforços para me ajudar a chegar onde estou hoje.

Milla Cavalcante Rodrigues.

“Diferentemente de nossas avós, não nos preocupamos mais em salvar nossas almas, mas em salvar nossos corpos da desgraça da rejeição social. Nosso tormento não é o fogo do inferno, mas a balança e o espelho” (PRIORE, 2000, p. 11).

RESUMO

A cirurgia bariátrica tem sido considerada atualmente como a estratégia mais eficaz para perda e manutenção de peso em longo prazo. Este estudo buscou, através de relatos de pacientes e profissionais envolvidos no tratamento, identificar as principais mudanças ocorridas na vida de sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica. A partir destes relatos, buscou-se compreender as mudanças ocorridas no processo de adaptação pós-operatória e identificar possíveis fatores que dificultaram e/ou facilitaram este processo. Por ser este tema pouco estudado, foi adotado como método de estudo uma pesquisa exploratória com intuito de trazer um maior esclarecimento, possibilitando desenvolver novos conceitos e modificar os que já existem. Participaram deste estudo vinte e oito pacientes de ambos os sexos, pós-operados há no mínimo um ano através da técnica de Fobi-Capella, com idade entre vinte e cinquenta anos, bem como uma equipe de sete profissionais (cirurgiões, cirurgião plástico, nutricionista e psicólogo) atuantes em uma Instituição que presta serviços para tratamento da obesidade em Salvador. Na análise dos resultados, foram percebidas mudanças na saúde, na alimentação, no corpo, na vida social, no trabalho e no desempenho sexual, trazendo, de forma geral, uma melhor qualidade de vida para os pacientes. Dentre os resultados apresentados pelos pacientes, os mais relevantes trazem que grande parte dos sujeitos do estudo apresentam história de sobrepeso desde a infância, o que chama a atenção para a necessidade de políticas ou estratégias para lidar preventivamente com o problema e ainda foi percebido que os sujeitos atribuem aos sentimentos e emoções a causa dos comportamentos alimentares inadequados e a ausência de autocontrole. No que se refere aos profissionais, percebeu-se como resultado mais relevante à baixa adesão dos pacientes ao acompanhamento pós-cirúrgico, queixa relatada por toda equipe. A Psicologia, através da Análise do Comportamento, auxiliou na identificação de possíveis comportamentos em geral e do alimentar em particular, relatados pelos sujeitos participantes da pesquisa e percebeu-se neste estudo que, a Análise do Comportamento é de fundamental importância para entendimento de repertórios comportamentais estabelecidos no decurso da vida destes sujeitos.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Comportamento Alimentar; Análise do Comportamento.

ABSTRACT

The bariatric surgery has been considered the most efficient strategy in the process of losing and maintaining weight in long-term period. This project intended to identify, through the reports sent by patients and professionals involved in the treatment, the most important changes observed in the lives of people who went to the bariatric surgery. The reports served as basis for the comprehension of the changes occurred during the post-surgical adaptation process and identification of the possible factors that facilitate or make the process more difficult. Considering this issue is yet not properly worldwide discussed, to the development of this project an explorative research was mandatory, so old concepts could be repaired and new ones formulated. This initiative counted on twenty-eight post-surgical patients from both sexes that went to surgery through the Fobi-Capella technique, ages between twenty and fifty years old, and a staff composed by seven professionals (surgeons, plastic surgeon, nutritionist and psychologist) who work in a institution in Salvador which offers treatment to obesity. As the results gathered during the research were analyzed, changes in health, eating, body, social life, work and sexual performance of the patients were observed as they somehow improved quality of life. The results also supplied very critical data such as: overweight since childhood, which calls attention to need of politics or strategies to prevent the happening of this issue. Patients relate to feelings and emotions the cause of inadequate eating habits and the lack of self-control and it is also fundamental to highlight the fact that some people don't go under post-surgical treatment. Professionals often conclude the final results of the surgery are obtained, however they complain about the minimal number of patients joining the post-surgical accompaniment. The studies of Psychology, through the Behavior Analysis, helped to identify the possible behaviors, in general, and eating habits, in particular, reported by the patients interviewed. This project comes to an end pointing out the importance of Behavior Analysis to the understanding of the behavior repertoire established throughout the lives of these subjects.

Keywords: Obesity; Surgery Bariatric; Eating Habits; Behavior Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico de distribuição dos pacientes pós-operados por faixa etária	34
Figura 2 – Gráfico da idade de início da história do sobrepeso	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação das diferentes categorias da obesidade	21
Tabela 2 – Principais estratégias utilizadas pelos pacientes ao longo da vida para perda de peso	36
Tabela 3 – Variáveis que influenciam o comportamento alimentar na percepção dos sujeitos	37
Tabela 4 – Principais fatores que, na percepção dos sujeitos, os levaram realizar a cirurgia	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 História e significados do corpo e da beleza	14
1.3 Desenvolvimento de padrões e hábitos alimentares	16
1.4 Obesidade	17
1.5 Estratégias utilizadas para perda de peso	18
1.6 Obesidade mórbida e seus agravos	19
1.7 Cirurgia bariátrica como tentativa de tratamento	19
1.8 Acompanhamento pós-cirurgia	21
1.9 O papel da psicologia e a análise do comportamento	22
2 OBJETIVOS	27
2.1 Geral	27
2.2 Específicos	27
3 METODOLOGIA	28
3.1 Desenho de estudo	28
3.2 Contexto de pesquisa	28
3.3 Participantes	29
3.4 Procedimento de coleta de dados	29
3.5 Instrumentos	30
3.6 Procedimento de análise de dados	31
3.7 Procedimentos éticos	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Perfil dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica	34
4.1.1 Fatores que na percepção dos pacientes os levaram a realizar a cirurgia bariátrica	37
4.1.2 Dificuldades de adaptação pós-cirúrgica	38
4.1.3 Mudanças positivas e negativas nos comportamento e nas emoções	39
4.1.4 Relação dos pacientes com a saúde, alimentação, corpo, trabalho e desempenho sexual	40
4.1.5 Relação dos pacientes com a saúde, alimentação, corpo, trabalho e desempenho sexual	41
4.2 Perfil dos profissionais envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade	43
4.2.1 Resultados esperados com o tratamento cirúrgico relatados pelos profissionais	43
4.2.2 Percepção dos profissionais sobre a população de obesos que procura o tratamento cirúrgico	44
4.2.3 Mudanças percebidas pelos profissionais e pacientes pós-operados	44

4.2.4 Dificuldades percebidas pelos profissionais como mais freqüentes no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes	44
4.2.5 Procedimentos, técnicas e serviços sugeridos pelos profissionais no processo de adaptação pós-operatória dos pacientes	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A - Termo de consentimento assinado pelos pacientes	55
APÊNDICE B - Questionário semi-estruturado aplicado em pacientes	56
APÊNDICE C - Questionário semi-estruturado aplicado em profissionais	61

1 INTRODUÇÃO

1.2 História e significados do corpo e da beleza

O modelo de beleza é construído pelas sociedades através da arte, das vestimentas, da mídia, de comportamentos, dentre outras coisas. As sociedades postulam ou impõem características que acabam determinando o que se compreende como ideal de corpo ou corpo perfeito. Segundo Pereira (2002) cada sociedade, cada cultura age sobre o corpo determinando-o surgindo então, padrões de beleza, de sensualidade, de saúde, de postura que dão estabilidade às pessoas para que elas tenham o contorno para se construírem como homens e mulheres. Ao longo do tempo esses modelos produziram a história corporal.

Para conhecer os sentidos construídos para o corpo humano no presente é preciso passar pela História e ver os diferentes modelos que determinaram o corpo. As idealizações a respeito deste foram se modificando décadas após décadas. A história do corpo consiste em observar como este tem sido vivenciado e expressado em diferentes sistemas culturais, mostrando que o mesmo varia não apenas culturalmente, mas também temporalmente (PRIORE, 2000).

Segundo as idéias de Daolio (2005) no corpo estão expressas todas as regras, todas as normas e todos os valores de uma sociedade específica, por ser inicialmente o corpo o meio de contato do indivíduo com o ambiente ao seu redor. Para se compreender as buscas de um corpo perfeito, faz-se necessário um estudo e análise de eventos históricos, os quais trazem significações de beleza que podem ser de grande relevância para o entendimento mais aprofundado desta temática.

Na Grécia o corpo era valorizado pela saúde e pela capacidade atlética, o cuidado com o corpo apenas estabelecia algumas normas para evitar os excessos. Em se tratando de beleza romana, pode-se verificar que se baseavam nos conceitos dos gregos que valorizavam os corpos magros e esculpidos (PEREIRA, 2002).

Ainda segundo Pereira (2002), na Idade Média, o ideal de beleza ressaltou a pureza da mulher e não suas formas físicas. Os representantes da Igreja Católica pregavam que a

representação de corpos nus era um pecado e uma infâmia. As pessoas eram compelidas pela religião católica a cuidar e zelar somente da sua alma, portanto, a preocupação com o corpo era relegada ao segundo plano. Sobre esta época, Elias (1994) traz diversas informações sobre o que era considerado comportamento socialmente aceitável e adequado. Neste particular, preceitos sobre a conduta às refeições também tinham grande relevância. Comer e beber nessa época ocupavam uma posição muito mais central na vida social do que hoje, pois eram, com frequência, meios para introdução às conversas e ao convívio.

Na Europa nos séculos XV e XVI, época do Renascimento, destacavam-se os corpos adiposos. Nesta época, as mulheres nobres que apresentavam sobrepeso tornaram-se referenciais de beleza. Um bom exemplo deste período é a “Vênus de Botticelli”, na qual se pode verificar que as mulheres “rechonchudas” eram valorizadas.

Pereira (2002) traz que em meados do século XVIII há uma fusão dos conceitos de estética e beleza. Ainda de acordo com este autor no século XIX, época do Romantismo, as mulheres buscavam uma aparência magra e delicada que denotasse certa fragilidade e melancolia.

O século XX foi marcado pela presença da mulher mais incisivamente no mercado de trabalho e evidenciaram-se, com isso, as mudanças nos hábitos. Assim, esse novo papel desempenhado pela mulher não é limitado à função materna ou de dona de casa, mas ampliado para o campo profissional na busca de sua independência e valorização. De acordo com Faux (2000) iniciava-se então a busca da beleza e do corpo perfeito, predominando assim o corpo magro, perdurando até os dias atuais. Segundo Priore (2000), este século, sobretudo na Europa, é marcado pela presença da mulher no mundo de exercícios físicos, exercícios sobre bicicletas, nas quadras de tênis, nas piscinas e praias.

De acordo com Pereira (2002) as mudanças nos padrões do corpo vão emergir da recusa aos desígnios do destino, hoje se pode pagar para ser belo, e sendo também a beleza como um sinônimo de magreza é possível investir na aparência. Priore (2000) traz ainda que nos dias atuais, como consequência destas mudanças, homens e principalmente mulheres vivem numa busca incessante de padrões socialmente aceitos.

Um dos principais fatores que pode levar a mulher a ser a principal vítima da “ditadura da beleza”, do culto ao corpo e de certo modo a beleza inatingível, está diretamente relacionado à cultura das dietas e o conceito de que as magras são belas e bem sucedidas, um padrão proposto pela mídia e imposto pela sociedade (PEREIRA, 2002). Isso faz com que as mulheres se tornem mais vulneráveis às doenças tais como: depressão, ansiedade, estresse entre outras. Entretanto, as mulheres não são as únicas vítimas desta “ditadura”, os homens também estão incluídos nesse sistema por vezes adoecedor.

O ser gordo ou magro na sociedade atual é veiculado pela mídia, na maior parte das vezes, sem relação com a saúde. O ideal é o corpo magro, sem que se levem em conta diferenças genéticas. O ser gordo pode também significar falta de controle de impulsos, preguiça, ser relaxado. Com a transmissão desses conceitos é evidente que a obesidade pode ser um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito (ADES & KERBAUY, 2002, p.2).

O sujeito e a sua história, juntos, constroem o corpo. O sujeito passa a ter a capacidade e o poder de se expressar e reinventar sua aparência, tendo o dever moral de ser belo como um adicional aos padrões estéticos de beleza. Estes padrões, por vezes, estigmatizam os obesos tornando-os alvo de preconceito e discriminação que podem ser percebidos por meio de filmes, programas de televisão e revistas.

1.3 Desenvolvimento de padrões e hábitos alimentares

Desde a infância o sujeito é exposto a modelos de comportamento, dentre estes, o comportamento alimentar. Os padrões de alimentação são construídos desde tenra idade, os hábitos alimentares adequados ou inadequados¹ tendem a se fortalecer e, por diversas vezes, modificações destes se tornam difíceis ao longo da vida. A família é, inicialmente, uma das principais influências neste comportamento, pois cada família apresenta uma relação própria com a forma de se alimentar e os tipos de alimentos (saudáveis ou não saudáveis) a serem consumidos.

Heller (2006) traz que o ganho de peso na infância acontece, na maior parte das vezes, em função de uma combinação de fatores que incluem os fatores comportamentais (os

¹ Hábitos alimentares inadequados ou adequados podem ser compreendidos como hábitos que possam acarretar alguns danos para a própria saúde do indivíduo ou benefício desta.

hábitos alimentares inadequados e o estilo de vida familiar), a carga genética, o nível sócio-econômico, fatores psíquicos e étnicos.

Uma boa educação alimentar seria um dos principais meios de prevenção do sobrepeso e obesidade, fazendo com que o sujeito construa ao longo de sua vida um padrão de comportamento alimentar mais saudável.

Segundo Leitis e Baechtold (2005) a saúde e a qualidade de vida são muito mais conseqüências das nossas atitudes e/ou comportamentos, não sendo, portanto aleatórios. A saúde e a qualidade de vida dependem de posicionamento e determinação, responsabilidade pelo estilo de vida escolhido e construído pelo sujeito. Os cuidados com a saúde, a alimentação, o repouso, o lazer e fazer exercícios físicos são atribuições indelegáveis de cada indivíduo.

1.4 Obesidade

De acordo com Matos e Bahia (1998, p. 207), “a obesidade é uma doença crônica, de suscetibilidade genética, com influência ambiental, onde vários mecanismos estariam alterados, favorecendo um balanço energético positivo e o ganho de peso”. A obesidade é uma doença que acarreta riscos para desenvolvimento de patologias graves como a *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias, problemas reprodutivos em mulheres, doença coronariana, acidente vascular cerebral, apnéia do sono e outras disfunções ortopédicas, colecistopatia, gota e alguns tipos de câncer. O excesso de peso, portanto, seria visto como um grande risco de adoecimento, incapacitações e morte. Apesar dos inúmeros tratamentos que existem, o excesso de peso vem crescendo nas últimas décadas, chegando a ser considerado uma epidemia.

Segundo Pinheiro, Freitas e Corso (2004), dados do Ministério da Saúde (MS) informam que a população adulta vem apresentando aumento de peso. De acordo com o inquérito nacional mais recente (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989), 32% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso. Destes, 6,8 milhões de indivíduos (8%) são obesos, com predomínio entre as mulheres (70%). A prevalência do excesso de peso se agrava com a idade, podendo atingir valores maiores na faixa etária de 45-54 anos (37% entre homens e 55% entre mulheres).

Ainda de acordo com estes autores a obesidade é relativamente atípica nos países da África e da Ásia, sendo que sua manifestação nestas regiões tem maior incidência na população urbana do que na população rural. Dados da *World Health Organization* (WHO) trazem que nas Américas, estudos demonstram que a obesidade em ambos os sexos vem crescendo, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. Na Europa, verificou-se em 10 anos um aumento entre 10% e 40% da obesidade na maioria dos países, onde destaca-se a Inglaterra, com um aumento superior ao dobro, entre os anos 80 e 90. A Região Oeste do Pacífico, compreendendo a Austrália, o Japão, Samoa e China, também apresentou aumento da prevalência da obesidade; porém, é importante destacar que a China e no Japão, apesar do aumento da obesidade em comparação a outros países desenvolvidos, apresentam as mais baixas prevalências: na China, 0,36% para mulheres e 0,86% para homens de 20-45 anos em 1991; no Japão, 1,8% para homens e 2,6% para mulheres maiores de 20 anos, em 1993.

Estas estatísticas só vêm a confirmar que os estilos de vida da contemporaneidade se tornam um dos principais fatores desencadeantes do excesso de peso, refletidos no sedentarismo, avanços tecnológicos, mundo industrializado, *fast-food*, dentre outros. Os sujeitos que apresentam hábitos alimentares inadequados ou irregulares, muitas vezes têm como consequência um aumento de peso e agravo na saúde, fazendo-se necessário, diante disso, buscar alternativas de tratamento para perda de peso e melhora da qualidade de vida.

1.5 Estratégias utilizadas para perda de peso

Muitas técnicas para emagrecimento são utilizadas com a finalidade de perder peso e atingir uma qualidade de vida melhor. Pessoas com excesso de peso procuram por diferentes tratamentos, tais como: clínicas de emagrecimento, uso de medicações anti-obesidade prescritas ou não por médicos, além de fazerem uso de dietas comerciais.

Knittle e Ginsberg-Fellner (1977) citam que tem sido mostrado um insucesso na manutenção em longo prazo da perda de peso tanto nos adultos com excesso de peso, quanto para os que possuem obesidade mórbida, e normalmente os pacientes consultam um médico após o outro, tentam uma dieta em seguida da outra, sem qualquer sucesso. O paciente perde peso por um curto intervalo de tempo, mas rapidamente volta ao peso anterior ou até mesmo ultrapassando-o, em alguns casos, levando a um quadro de obesidade mórbida.

1.6 Obesidade mórbida e seus agravos

A obesidade mórbida é uma doença que na contemporaneidade tem se apresentado como um preocupante problema para a Saúde Pública, devido a sua crescente manifestação, ao aumento no risco de surgimento de outras patologias, e também, segundo Garrido (2002 *apud* Santos 2005) pela taxa de mortalidade, que é 12 vezes maior entre indivíduos com idade entre 25 e 40 anos do que para pessoas de peso normal.

Quando as pessoas com excesso de peso associado à comorbidades ou com obesidade mórbida esgotam todas as possibilidades de tratamento, a alternativa mais procurada atualmente são as técnicas cirúrgicas de redução de estômago, tecnicamente denominada de cirurgia bariátrica. Com a adoção da cirurgia bariátrica, muitos dos males associados à obesidade (comorbidades) podem ser reduzidos ou não mais se manifestarem, possibilitando uma melhora na qualidade de vida e decrescendo os índices de mortalidade.

1.7 Cirurgia bariátrica como tentativa de tratamento

A cirurgia bariátrica pode ser dividida em três técnicas cirúrgicas: restritivas, disabsortivas e mistas. A primeira técnica, diz respeito à diminuição da quantidade de ingestão de alimento obrigando o paciente ingerir menos alimentos sólidos e conseqüentemente levando o mesmo a perder peso, a citar cirurgia de Banda Gástrica (prótese de plástico com um balão inflável) e cirurgia de Mason (grampeamento do estômago); a segunda técnica refere-se ao grampeamento que o estômago sofre reduzindo cerca de 50% a 70% do seu volume, exemplo, cirurgia de Scopinaro e derivação bíleo-pancreática; já a terceira técnica reúne elementos tanto de restrição quanto de absorção, a citar cirurgia de Fobi-Capella.

De acordo com a Federação Internacional para Cirurgia da Obesidade - IFSO e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB (1998) citados por Arruda (2003) os critérios para a indicação da cirurgia bariátrica como tratamento são:

- O cliente tem que ter obesidade mórbida, ou seja, ter um IMC acima de 40kg/m², ou IMC entre 35 a 40 kg/m² desde que haja alguma comorbidade;
- Insucesso de tratamento clínico por 3 anos;

- Risco cirúrgico aceitável, isto é, ausência de patologias que aumentem o risco cirúrgico como enfisema pulmonar, nefropatia, cirrose;
- Comportamento com ajuste social, isto é ausência de comportamento de alcoolismo ou utilização de drogas e psicopatias não controladas;
- Capacidade cognitiva para poder entender as implicações da cirurgia, os riscos, desconfortos e os muitos exames pré-operatórios e aceitar o procedimento cirúrgico;
- Idade não superior a 60 anos.

Para Ades e Kerbauy (2002) os hábitos alimentares, em geral, e a relação que a pessoa estabelece com o alimento, em particular, não são alterados apenas com a realização da cirurgia. Os pacientes obesos que seguem qualquer espécie de tratamento para perda ou diminuição de peso necessitam de acompanhamento em longo prazo. A explicação para o comportamento de comer em excesso é multifatorial, deve-se levar em consideração a história pessoal de cada indivíduo em relação ao alimento.

De acordo com Knittle e Ginsberg-Fellner (1977), os programas de redução de peso devem ser instituídos quando as pessoas apresentarem um excesso de peso, onde o número total de células gordurosas esteja acima dos valores normais para adultos. Caso seja necessário alterar os padrões de alimentação – e podem de fato ser alterados – então a intervenção precoce em indivíduos com sobrepeso tende a se mostrar mais proveitosa em longo prazo, impossibilitando o alcance da obesidade em seu maior grau.

Para se ter uma classificação de peso ideal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza como referencial o Índice de Massa Corpórea (IMC)². Segue na tabela a classificação das diferentes categorias da obesidade.

² O Índice de Massa Corpórea (IMC) consiste na equação: peso (em quilos) dividido pelo quadrado da altura (em metros).

Tabela 1 - Classificação das diferentes categorias da obesidade.

IMC	Resultado
20 - 25	Normal / Saudável: pessoas sem problemas de obesidade.
26 - 30	Sobrepeso: pessoas com risco pequeno de adquirir doenças associadas.
31 - 35	Obesidade leve: o risco de adquirir doenças ligadas à obesidade começa a aumentar.
36 - 40	Obesidade moderada: os riscos de doenças associadas são bem maiores.
Acima de 40	Obesidade mórbida: implica sérios riscos de doenças associadas à obesidade e pessoas classificadas como obesos mórbidos devem considerar a intervenção cirúrgica como opção válida para seu tratamento.

Fonte: Núcleo de Tratamento e Cirurgia da Obesidade (NTCO).

Para que as técnicas de redução de peso, aqui incluindo a cirurgia de redução do estômago, sejam eficazes é necessário um compromisso dos indivíduos que buscam estes tratamentos para emagrecer e que os mesmos apresentem comportamentos facilitadores na manutenção do peso perdido, trazendo como consequência uma melhora na qualidade de vida. Estes indivíduos que adotam tratamentos para combate à obesidade, em especial a cirurgia bariátrica devem adotar os critérios (dieta balanceada, exercícios físicos, acompanhamento terapêutico etc.) estabelecidos pela equipe envolvida no tratamento, para que tenham bons resultados e uma perda de peso considerável para a melhora na saúde e bem estar.

1.8 Acompanhamento pós-cirurgia

Asher (1977) traz que para obter sucesso no tratamento cirúrgico o paciente deve seguir as orientações propostas pela equipe de profissionais envolvidos neste processo para que o desconforto associado com a pouca ingestão alimentar seja mais que compensada pelos benefícios sociais, físicos e psicológicos promovidos com a redução de peso. Alguns indivíduos não seguem estas orientações e, desta forma, nunca se tornam candidatos ao tratamento bem sucedido.

Ades & Kerbaay (2002) disseram que é comum encontrar pessoas que precisam de acompanhamento após a cirurgia, devido a algumas destas apresentarem dificuldades em adaptar-

se aos novos hábitos alimentares. Pacientes relatam reações emocionais tais como: ansiedade e angústia por não poderem exceder a quantidade de alimentos. Assim há pacientes que ingerem mais alimentos que o permitido, regurgitando ou vomitando após as refeições.

1.9 O papel da Psicologia e a Análise do Comportamento

De acordo com Stenzel (2005), a Psicologia tem trabalhado nos seus mais variados enfoques para a construção de um espaço de entendimento e tratamento da obesidade. Não obstante, o autor ainda destaca três áreas do conhecimento acerca da obesidade que são: a Medicina, durante muito tempo contribuindo com a área; a Nutrição, mais recente incorporada neste campo, mas muito marcante nos dias atuais; e a Psicologia que aborda a obesidade através de questões relacionadas à cultura, a genética e aos fenômenos psicossociais.

Dentro da Psicologia, uma das áreas que tem contribuído para o entendimento de diversos distúrbios de comportamento, incluindo o comportamento alimentar (ADES, 2002; KERBAUY, 2002) é a Análise do Comportamento (AC). A Análise do Comportamento é uma área que, segundo Micheletto (1999) permite estudar o comportamento a partir de uma observação da interação organismo-ambiente, possibilitando desta forma uma melhor previsão e controle do comportamento. Master et al. (1987) citados por Ribeiro (2001, p. 99) citam que:

Diversas são as abordagens ou linhas terapêuticas dentro da psicologia. Dentre essas linhas, está a Terapia Comportamental ou, mais especificamente, a Terapia Analítico-Comportamental, que tem como base a Análise do Comportamento e como filosofia o Behaviorismo Radical. Tal linha terapêutica está comprometida com os princípios da aprendizagem, que são instrumentos que podem produzir mudanças no comportamento humano, no sentido de tornar o comportamento do indivíduo mais funcional.

De acordo com Matos (1999, p.8) “a análise do comportamento é basicamente uma análise do valor adaptativo dos comportamentos em relação a seu meio ambiente”. Os analistas do comportamento acreditam que as ações do indivíduo promovem mudanças no ambiente e estas retroagem nos seus comportamentos. Portanto, segundo Asher (1977) para obter êxito é preciso mudar o ambiente ou aprender a enfrentá-lo. Michelleto (1999) traz ainda que, a preocupação básica da Análise do Comportamento, é o estudo do comportamento compreendido a partir da relação organismo-ambiente, sem que estruturas mediadoras interfiram na investigação destes

eventos. O comportamento será então analisado não só como produto do ambiente, mas também como produto do ambiente social.

Utilizar explicações mentalistas ou estruturas mediadoras como explicação do comportamento é visto pela Análise do Comportamento como um tipo de explicação fictícia. Skinner (2003, p.33) ratifica em uma de suas citações que “o hábito de buscar dentro do organismo uma explicação do comportamento tende a obscurecer as variáveis que estão ao alcance de uma análise científica”.

Skinner (1969, p.10) diz que “nenhuma descrição do intercâmbio entre organismo e meio ambiente estará completa enquanto não incluir a ação do ambiente sobre o organismo depois da emissão da resposta”. Visando uma maior compreensão da relação organismo-ambiente, faz-se necessário uma análise funcional das contingências que produzem os comportamentos. Matos (1999) relata também que para o analista do comportamento não há um agente iniciador, já que o analista comportamental estuda relações, relações funcionais.

O analista comportamental explica a origem dos comportamentos a partir dos três níveis de seleção por conseqüências propostos por Skinner que são: histórias genéticas (filogênese), história de vida de cada sujeito (ontogênese) e a história da cultura ou ambiente social mais amplo no qual o sujeito está inserido.

De acordo com Ribeiro (2001, p. 101) “a terapia comportamental busca trabalhar com objetivos bem claros, dando oportunidade ao cliente de participar ativamente no seu tratamento.” Ribeiro (2001, p.100) diz ainda que:

O terapeuta, enquanto um cientista, tem que compreender como o comportamento problema ou disfuncional se instalou no repertório do indivíduo, quais são as variáveis atuais mantenedoras desse comportamento e definir qual a forma de diminuir ou cessar a ocorrência desse comportamento ou de aumentar a ocorrência de comportamentos opostos. Ao realizar esse trabalho, o terapeuta deve fazer análises funcionais, isto quer dizer que ele vai avaliar as variáveis de controle, levantar hipóteses acerca da manutenção de tal padrão comportamental, testar tais hipóteses, reavaliar essas hipóteses, manipular (na medida do possível) as variáveis independentes e observar o efeito nas variáveis dependentes, sugerir planos de controle de variáveis ao cliente, entre outras áreas.

Skinner (2003, p. 33) destaca que “as variáveis de controle do comportamento estão fora do organismo, em seu ambiente imediato e em sua história ambiental”.

Os aspectos comportamentais da alimentação, bem como os sentimentos envolvidos são de grande importância, haja vista que para a Análise do Comportamento o modo como as pessoas sentem é também um comportamento. Segundo Skinner (2005, p.22) “os sentimentos são mais facilmente mutáveis através de alterações nos ambientes responsáveis pelo que é sentido”. Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) citam que as condições corporais sentidas, as observações introspectivas, fisiológicas e o comportamento alteram-se devido não aos sentimentos, mas às contingências reforçadoras ou punitivas que são causas comuns do que é sentido, das mudanças no sentimento e no comportamento. Para Guilhardi (2004) os sentimentos não são considerados causa de comportamento, mas sim comportamentos, produzidos por contingências de reforçamento.

Quando olhamos para as contingências de reforçamento, observamos que uma resposta aumenta a probabilidade de ser emitida novamente na presença de um estímulo, por conta das suas conseqüências (reforçadoras). Os estímulos reforçadores aumentam esta probabilidade de emissão da resposta futura e isto pode ocorrer por dois tipos de processos: reforçamento positivo ou negativo.

No reforçamento positivo a resposta emitida pelo sujeito aumenta em frequência, pois há apresentação de um estímulo reforçador. Já no reforçamento negativo a probabilidade de aumento da resposta ocorre devido à retirada de uma estimulação aversiva do ambiente, podendo ocorrer comportamento de fuga³ ou de esquiva⁴. O reforçamento negativo permeia, muitas vezes, um ambiente coercitivo.

De acordo com Skinner (2003) alguns reforços consistem na *apresentação* de estímulos, no acréscimo de alguma coisa à situação e estes são denominados reforços *positivos*. Outros consistem na *remoção* de alguma coisa da situação e estes se denominam reforços *negativos*. Em ambos o efeito do reforço é o mesmo: a probabilidade da resposta será aumentada.

³ A fuga se caracteriza por uma resposta emitida pelo sujeito que remove uma estimulação aversiva presente no ambiente (CATANIA, 1999).

⁴ A esquiva se caracteriza por uma resposta emitida pelo sujeito que evita ou atrasa uma estimulação aversiva (CATANIA, 1999).

Catania (1999, p.92) pontua que “a terminologia do reforço requer que uma resposta tenha uma consequência, que o responder aumente e que o aumento ocorra porque o responder tem consequências e não por outras razões”.

No caso da obesidade, a comida, muitas vezes, funciona como um reforçador negativo por retirar ou remover do ambiente uma estimulação aversiva (ansiedade, estresse, tristeza, angústia etc.), sendo a comida um estímulo atenuante em contingências aversivas. É importante mencionar que para a Análise do Comportamento, estímulo é tudo aquilo que afeta o organismo, podendo ser estímulos públicos (observáveis por dois ou mais observadores) ou estímulos privados (acessíveis e observáveis apenas pelo organismo que se comporta).

No que se refere à alimentação podemos supor que sujeitos com sobrepeso ou obesidade são mais sensíveis ao reforço imediato e a satisfação que a ingestão do alimento promove, do que às consequências aversivas de médio e longo prazos (sobrepeso, obesidade, agravos na saúde). Esta contingência em atuação é nomeada por Baum (1999) de contingência armadilha. O mesmo autor a classifica como consequências aversivas que ocorrem tardiamente, não sendo, em alguns momentos, discriminadas pelo sujeito. As contingências geradoras ou mantenedoras de tais comportamentos levam a pequenos ganhos num período curto de tempo, prejudicando a qualidade de vida em longo prazo.

Tendo como finalidade diminuir ou até mesmo eliminar possíveis fatores influenciados pela contingência armadilha, é fundamental adotar estratégias de autocontrole. Porém, a grande questão do autocontrole, no caso o alimentar, de acordo com Duchesne (1998) é que os comportamentos inadequados (comer em excesso, ingestão de alimentos hipercalóricos etc) são de fácil emissão, sendo as consequências imediatas destes, muito reforçadoras.

Sugere-se aqui que o autocontrole ou a falta dele interferem no comportamento alimentar e no comer em excesso. Ribeiro e Hanna (2003) dizem que o autocontrole ocorrerá quando um indivíduo conseguir realizar arranjos em seu ambiente de forma a controlar melhor seu comportamento no futuro próximo ou distante.

Provavelmente, para se desenvolver autocontrole sobre o comportamento alimentar será fundamental entender de técnicas de controle de estímulos. Na medida em que o contexto onde o comportamento alimentar ocorre (estímulos antecedentes) torna o comer mais provável, qualquer modificação no antecedente que mantenha o comer em excesso pode aumentar a chance de êxito.

De acordo com Baum (1999) o controle de estímulos, ou seja, o controle destas variáveis age diretamente no comportamento dentro de determinado contexto. No caso de pessoas com obesidade, seus comportamentos, muitas vezes, são afetados diretamente por estímulos. Estas pessoas emitem respostas que foram reforçadas na presença de um estímulo discriminativo (Sd) e isto ocorre por conta de uma história prévia de reforçamento.

Abreu-Rodrigues e Beckert (2004) relatam que o autocontrole não é uma característica generalizada, ou seja, o indivíduo pode apresentar autocontrole em situações profissionais, afetivas, sociais, mas não apresentar este no que se refere a sua alimentação. Isto por conta de que um comportamento, para ser classificado como autocontrole ou impulsividade dependerá do contexto em que o mesmo ocorrer.

Diante das informações trazidas acerca da obesidade, é notado que esta merece uma maior atenção, já que sua incidência vem aumentando de forma significativa. Assim, deve-se analisá-la de forma integral, considerando o desenvolvimento do sobrepeso a partir da história de vida de cada sujeito.

Devido a escassez de estudos sobre os efeitos da cirurgia bariátrica na vida dos sujeitos, percebe-se uma necessidade vigente de compreender o paciente pós-operado, bem como identificar as principais mudanças que ocorreram nas áreas mais significativas da vida deste.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender as principais mudanças relatadas pelos sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella e a adaptação dos mesmos a um novo ambiente estabelecido neste processo, bem como entender os relatos de profissionais que estejam envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade.

2.2 Específicos

- Caracterizar o paciente pós-operado;
- Descrever as principais mudanças relatadas pelos sujeitos pós-operados;
- Descrever as principais mudanças relatadas pelos profissionais que estejam envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade;
- Identificar em sujeitos pós-operados possíveis fatores que dificultam e/ou facilitam no processo de adaptação.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Inicialmente foi pensado para a pesquisa um grupo focal, partindo de um estudo de caso, mas algumas foram apresentadas, tais como: local para realização do grupo, horários compatíveis com os participantes, tempo para coleta e análise dos dados. Assim resolveu-se utilizar uma pesquisa exploratória.

Esta é uma pesquisa qualitativa que, segundo Oliveira (2002) não emprega dados estatísticos como foco para a análise de hipóteses. Este tipo de pesquisa possibilita uma maior facilidade para descrever hipóteses ou problemas complexos, analisa interações entre as variáveis, sugere outras opiniões e, por fim, permite a interpretação das individualidades (motivações, valores, opiniões e atitudes) dos sujeitos.

Por ser um tema pouco explorado, com escassos trabalhos publicados, optou-se utilizar a pesquisa exploratória que é considerada por Gil (2006) como pertinente para temas pouco explorados e difíceis na formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. A pesquisa exploratória segundo Gil (2006) tem como intuito desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, vislumbrando futuras formulações de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para outros estudos. Esta é considerada como a pesquisa de menor rigidez no planejamento. Ainda segundo este autor as pesquisas exploratórias objetivam proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo acerca de determinado acontecimento.

3.2 CONTEXTO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital particular de grande porte, localizado na cidade de Salvador que oferece serviços de tratamento à obesidade há mais de quatro anos. O serviço conta com uma equipe interdisciplinar constituída por médicos (cirurgiões e cirurgia plástica), nutricionista e psicóloga. O serviço organiza reuniões quinzenais para grupos de sujeitos candidatos à cirurgia que desejem maiores esclarecimentos sobre a mesma e grupos pós-operatórios no intuito de fazer um melhor acompanhamento destes. As reuniões abertas a

pacientes e familiares são importantes na medida em que fornecem informações sobre o tratamento cirúrgico da obesidade e os riscos e benefícios da mesma (REPETTO E RIZZOLLI, 2006).

3.3 PARTICIPANTES

Participaram do estudo vinte e oito pacientes de ambos os sexos, com idade entre 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 50 anos, que se submeteram à cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella, há no mínimo um ano. Também participaram do estudo sete profissionais (04 cirurgiões, 01 cirurgião plástico, 01 nutricionista e 01 psicóloga) envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade. Os participantes responderam aos questionários semiestruturados que foram elaborados e aplicados pelas pesquisadoras.

Foram utilizados os seguintes critérios para seleção de pacientes:

- Ter feito cirurgia bariátrica através da técnica Fobi-Capella.
- Ter no mínimo um ano de pós-operatório.
- Ter idade entre 20-50 anos.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

1ª Etapa

As pesquisadoras contactaram a Instituição para informações gerais desta e a disponibilidade da mesma para realização da pesquisa. Em seguida ao contato inicial, as pesquisadoras participaram de algumas reuniões promovidas pela Instituição, nas quais tiveram acesso a equipe de profissionais envolvida no tratamento da obesidade. A partir destas reuniões, foram aplicados os questionários dos profissionais, sendo que alguns destes só deram retorno dois meses depois. Houve, ainda nesta etapa, a tentativa de conseguir alguns pacientes que freqüentavam as reuniões para que estes respondessem aos questionários, mas não foi obtido sucesso. Esta primeira etapa foi realizada nos meses de julho e agosto de 2006.

2ª Etapa

Foram buscadas algumas alternativas de contato com os pacientes para pesquisa. Tais alternativas foram: idas à Instituição para aquisição de lista de contatos dos pacientes, contatos através da internet e indicação de pacientes através de outras pessoas. O acesso mais eficiente a esses sujeitos voluntários foi por meio da internet, onde possibilitou as pesquisadoras adquirirem contatos telefônicos para marcação das aplicações dos questionários. Os questionários foram respondidos em diversos lugares, mediante escolhas do próprio participante da pesquisa, tais como: em suas residências, locais de trabalho dos mesmos, shoppings, academias, dentre outros.

Antes da aplicação dos questionários, as pesquisadoras esclareceram os objetivos do estudo e os pacientes só responderam os questionários mediante assinatura prévia do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), autorizando assim a utilização dos dados coletados para a pesquisa. Esta etapa foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2006.

3.5 INSTRUMENTOS

No início da pesquisa pensou-se em utilizar entrevistas para coleta dos dados, entretanto, a utilização deste instrumento tornou-se inviável por conta do tempo e da disponibilidade dos participantes da pesquisa.

Diante disto o instrumento utilizado para obtenção de dados foram questionários semiestruturados para pacientes e profissionais. Define-se questionário, segundo Gil (2006) como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

Descrição dos questionários:

a) Questionários semiestruturados desenvolvidos pelas pesquisadoras para aplicação em pacientes pós-operados de cirurgia bariátrica (APÊNDICE B). Tal questionário consta de 12 questões que abordam temas como: fatores de influência no comportamento alimentar, fatores que levaram à realização da cirurgia, dificuldades no pós-operatório, mudanças nos

comportamentos e nas emoções pós-cirurgia e a relação no pré e pós-operatório do sujeito com a saúde, a alimentação, o corpo, a vida social, o trabalho e o desempenho sexual.

b) Questionários semiestruturados desenvolvidos pelas pesquisadoras para aplicação em profissionais da equipe envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade (APÊNDICE C). Tal questionário consta de 10 questões que abordam temas como: participação no tratamento da obesidade, resultados esperados com o tratamento, percepção sobre a população de obesos que procuram este serviço, mudanças notadas nos pacientes operados há no mínimo 01 ano, dificuldades percebidas nesta população pós-operada e sugestões de procedimentos, técnicas e serviços que poderiam ser oferecidos aos pacientes no processo de adaptação pós-operatório.

A utilização dos questionários semiestruturados possibilitou atingir um grande número de pessoas envolvidas no fenômeno estudado, permitindo que as mesmas o respondessem no momento em que julgassem mais conveniente.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados qualitativamente e agrupados em seis categorias: perfil dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica; fatores que na percepção dos pacientes os levaram a realizar a cirurgia bariátrica; dificuldades de adaptação pós-cirúrgica; mudanças positivas e negativas nos comportamentos e nas emoções; relação dos pacientes com a saúde, alimentação, corpo, vida social, trabalho e desempenho sexual antes da cirurgia; e a relação dos pacientes com a saúde, alimentação, corpo, vida social, trabalho e desempenho sexual após a cirurgia.

- A primeira categoria possibilitou identificar alguns dados que traçaram o perfil dos pacientes que realizaram a cirurgia, tais como: sexo, idade, idade de início do sobrepeso, tempo de pós-operatório, tipo de acesso cirúrgico, média de peso eliminado pós-cirurgia, principais estratégias utilizadas pelos pacientes ao longo da vida para perda ou diminuição de peso e variáveis que dificultaram o controle do comportamento alimentar.

- A partir de perguntas sobre os principais fatores que levaram este sujeito a realizar a cirurgia, a segunda categoria identificou alguns destes que, de acordo com os pacientes motivaram os mesmos realizarem a cirurgia.
- Através de perguntas sobre as possíveis dificuldades de adaptação pós-cirúrgica vivenciadas pelos pacientes, a terceira categoria identificou algumas, tais como: restrição alimentar, reações orgânicas e alterações emocionais.
- Utilizando perguntas sobre possíveis mudanças nos comportamentos e nas emoções após cirurgia, a quarta categoria pontuou algumas como positivas e outras como negativas.
- Já na quinta categoria foram expostas as relações dos pacientes antes do processo cirúrgico com: sua saúde, seu corpo, sua alimentação, sua vida social, seu trabalho e seu desempenho sexual.
- E por fim, na sexta categoria foram expostas as relações dos pacientes após a cirurgia nos aspectos presentes na categoria anterior.

Para análise dos dados dos profissionais também foram utilizadas seis categorias: perfil dos profissionais envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade; resultados esperados com o tratamento cirúrgico relatados pelos profissionais; percepção dos profissionais sobre a população de obesos que procura o tratamento cirúrgico; mudanças percebidas pelos profissionais em pacientes operados há no mínimo um ano; dificuldades percebidas pelos profissionais como mais frequentes no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes; e procedimento, técnicas e serviços sugeridos pelos profissionais no processo de adaptação pós-operatória dos pacientes.

- A primeira categoria possibilitou elaborar o perfil dos profissionais envolvidos no tratamento da obesidade, identificando alguns dados tais como: sexo, idade, especialidades, tempo de trabalho atendendo pacientes obesos e sua participação no tratamento da obesidade.
- A segunda categoria trouxe relatos acerca dos resultados que são esperados pelos profissionais envolvidos com o tratamento cirúrgico.

- Na terceira foram expostas percepções dos profissionais acerca da população de obesos que recorrem ao tratamento cirúrgico.
- Na quarta identificaram-se algumas mudanças que são percebidas pelos profissionais em pacientes operados há no mínimo um ano.
- Já na quinta categoria identificaram-se algumas dificuldades ditas como mais frequentes pelos profissionais no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes.
- Na sexta e última categoria foram listadas sugestões trazidas pelos profissionais acerca de possíveis procedimentos, técnicas e serviços para um melhor acompanhamento do processo de adaptação pós-operatória dos pacientes.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, alguns cuidados éticos foram adotados. A pesquisa seguiu as diretrizes éticas que norteiam os estudos que envolvem seres humanos (resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia). Assim foi elaborada uma autorização, onde os pacientes participantes deveriam assiná-la antes da aplicação dos questionários. Diante disto, foi possibilitado aos mesmos, esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa, bem como o sigilo de todas as informações (APÊNDICE A).

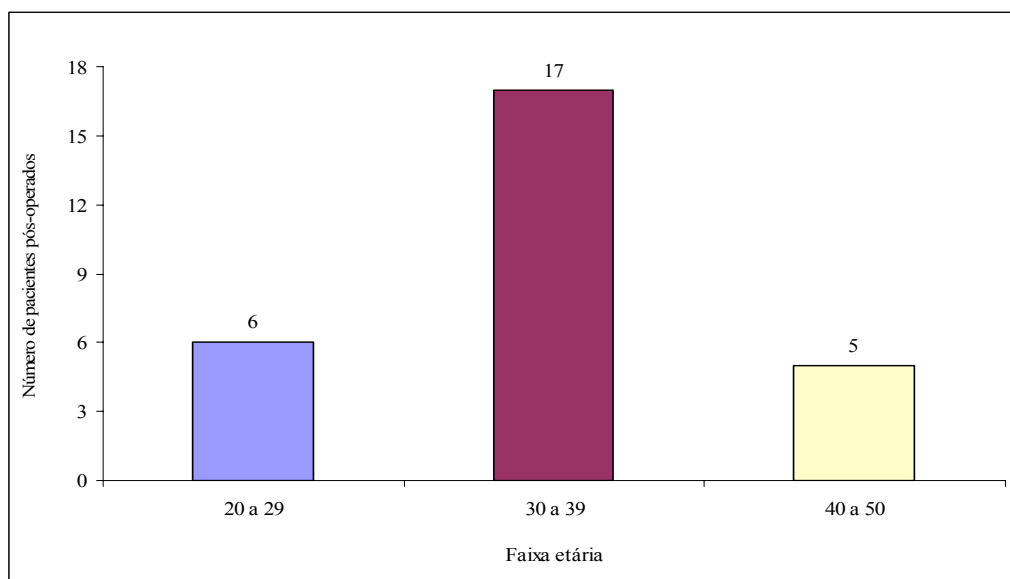
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizou-se para análise dos dados seis categorias, visando caracterizar pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, os fatores que na percepção dos mesmos os levaram realizar a cirurgia, as dificuldades de adaptação pós-cirúrgicas citadas por estes, as mudanças positivas e negativas nos comportamentos e nas emoções, e ainda a relação destes pacientes pré e pós-cirurgia com a saúde, alimentação, corpo, vida social, trabalho e desempenho sexual. É importante esclarecer que em alguns itens os pacientes puderam trazer mais de uma resposta.

4.1 Perfil dos pacientes que realizam a cirurgia bariátrica

Participaram da pesquisa 28 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica (técnica fobi-capella) há pelo menos 01 ano. Destes 28 pacientes, 23 (82%) são do sexo feminino e 05 (18%) do sexo masculino, dentre estes, a maioria se encontra na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos (FIGURA 1).

Figura 1 – Distribuição dos pacientes pós-operados por faixa etária.

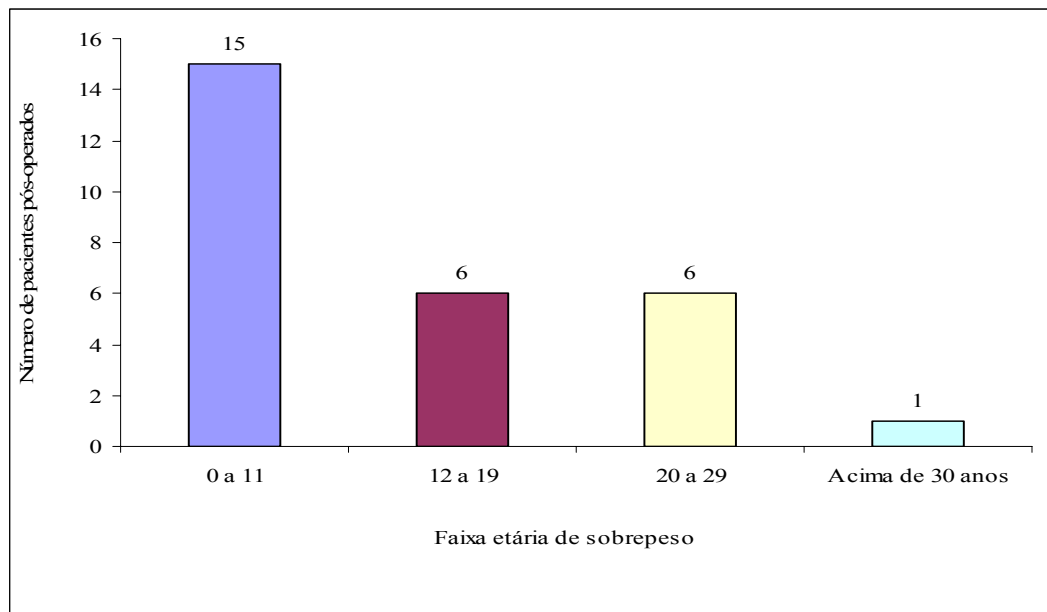


A idade de início da história do sobrepeso, na sua grande maioria, está compreendida na faixa etária que vai do 0 aos 11 anos, cerca de 15 (54%) dos pacientes (FIGURA 2). O início

precoce do sobrepeso faz pensar nos padrões alimentares construídos através de modelos familiares (relação com os alimentos e tipos de alimentos) ainda nos primeiros anos de vida.

Segundo Heller (2006) os pais, os familiares, os educadores são considerados os principais modelos de comportamento na infância assumindo responsabilidade no desenvolvimento infantil. Estes modelos quando apresentam uma dieta equilibrada, ensinam padrões de comportamentos alimentares adequados para as crianças, estabelecendo uma boa relação destas com o alimento, passando este alimento apenas a ter o papel de nutrir e auxiliar no desenvolvimento da criança. Assim, mudanças dos hábitos alimentares, com o passar do tempo, tornam-se mais difíceis. “A análise das circunstâncias de vida, dos fatores biológicos e culturais para cada uma das pessoas determinará porque cada indivíduo ganha ou não peso” (ADES E KERBAUY, 2002, p.5).

Figura 2 – Idade de início da história do sobrepeso.



Dos 28 pacientes, 22 (79%) relataram ter entre 01 a 02 anos de pós-operatório e seis (21%) entre dois anos e 01 mês a três anos e 03 meses. Com relação ao acesso cirúrgico, 27 (96%) dos pacientes relataram a utilização do videolaparoscópico (cirurgia por vídeo) e apenas 01 (4%) acesso convencional (cirurgia aberta).

No que se referem as principais estratégias utilizadas pelos pacientes ao longo da vida para perda ou diminuição do peso destacam-se as dietas com endocrinologista (relatadas por todos), “vigilantes do peso” relatados por 25 (89%) pacientes, uso de medicamentos relatados por 23 (82%) pacientes e dietas com nutricionista relatadas por 19 (68%) pacientes. Outras estratégias também foram mencionadas, como: clínicas de emagrecimento (*Spa*) e dietas da moda (TABELA 2).

Tabela 2 – Principais estratégias utilizadas pelos pacientes ao longo da vida para perda de peso.

Estratégias utilizadas	Números de pacientes	%
Dietas com endocrinologista	28	100
Vigilantes do peso	25	89
Uso de medicamentos	23	82
Dietas com nutricionistas	19	68

É trazido por Elias (2005) que dentre os recursos destinados à perda de peso buscados pelos indivíduos, existe uma variedade de dietas restritivas, medicamentos direcionados ao controle do apetite, tratamentos nutricionais e comportamentais, internação em clínicas de emagrecimento (*spas*), chegando até a utilização de cirurgias em casos de obesidade mórbida. De acordo com Heller (2006, p.111) “o tratamento da obesidade na vida adulta é notadamente frustrante já que esta patologia é recidiva e poucos são os pacientes que obtêm sucesso a longo prazo (30% em média)”.

As principais variáveis que influenciaram no comportamento alimentar, segundo relato dos pacientes foram: falta de comportamento de autocontrole – 23 (82%) dos pacientes; e sentimentos/emoções – 20 (71%) dos pacientes. As outras variáveis relatadas foram: aspectos genéticos/biológicos – 07 (25%) dos pacientes; modelo familiar – 05 (18%) dos pacientes; sedentarismo – 05 (18%) dos pacientes; dietas inadequadas – 03 (11%) dos pacientes; e uso de medicações – 03 (11%) dos pacientes (TABELA 3).

De um modo geral é comum as pessoas atribuírem aos seus sentimentos/emoções as causas para alguns de seus comportamentos. Silva (2001) ratifica este fato quando diz que os

pacientes obesos, quando chegam ao consultório, querem aprender a controlar ou livrar-se dos seus sentimentos/emoções, pois acreditam que só desta forma conseguirão também controlar o comportamento alimentar. Ainda para a mesma autora, a relação da pessoa obesa com a comida é fortalecida devido ao prazer que o alimento proporciona quando ingerido, reduzindo os níveis de sentimentos/emoções, servindo este alimento como reforçador negativo, ou seja, a retirada de estimulações aversivas (alguns sentimentos/emoções desagradáveis) que, de acordo com a pessoa obesa causam o comer em excesso.

Tabela 3 – Variáveis que influenciam o comportamento alimentar na percepção dos sujeitos.

Variáveis que influenciam o comportamento alimentar	Números de pacientes	%
Falta de comportamento de autocontrole	23	82
Sentimentos e emoções	20	71
Aspectos genético/biológicos	07	25
Modelo familiar	05	18
Sedentarismo	05	18
Dietas inadequadas	03	11
Uso de medicações	03	11

4.1.1 Fatores que na percepção dos pacientes os levaram realizar a cirurgia bariátrica

Os pacientes relataram que os principais fatores que os levaram a realizar a cirurgia foram: os problemas de saúde (86%) dos pacientes, a baixa auto-estima (75%), emagrecer e melhorar a aparência (46%); ter conhecido pessoas que obtiveram sucesso com a cirurgia (39%) e isolamento social e/ou familiar (18%) (TABELA 4). Tais dados sugerem que a busca de uma melhora na saúde seria uma das conseqüências pós-cirúrgicas mais reforçadoras, levando a maior parte destes buscar a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade.

Um dos fatores que chamou atenção foi “melhorar a auto-estima”. Guilhardi (2002, p. 12) define a auto-estima como “um sentimento aprendido e desenvolvido durante a vida da pessoa”. Segundo o mesmo autor esta “é produzida por uma história de reforçamento positivo social, em que a pessoa tem seus comportamentos reforçados pelo outro”. A auto-estima se desenvolve a partir de relações interpessoais, onde a pessoa, e não somente seus comportamentos

é reforçadora para o outro. Ainda para o mesmo autor a “auto-estima só se desenvolve a partir da inserção da pessoa num contexto social e esse desenvolvimento é proporcional à capacidade do meio social (dos pais, família etc.) de prover reforçadores positivos para seus membros (filhos por ex.)”.

Tabela 4 – Principais fatores que, na percepção dos sujeitos, os levaram a realizar a cirurgia.

Principais Fatores	Número de pacientes	%
Problemas de saúde	24	86
Melhorar a auto-estima	21	75
Emagrecer e melhorar a aparência	13	46
Conhecer pessoas que obtiveram sucesso com a cirurgia	11	39
Isolamento social e/ou familiar	05	18

Entretanto, no caso das pessoas obesas, a auto-estima recebe pouca contribuição para o seu desenvolvimento, devido a esses sujeitos estarem expostos a contingências coercitivas nos mais diversos contextos da vida. Estas pessoas são constantemente criticadas pelo meio social em relação ao seu corpo, a falta de controle alimentar etc, e sentem-se, desta forma, rejeitadas, discriminadas e incapazes. As conseqüências das críticas trazidas pela sociedade interferem, muitas vezes, na auto-estima e auto-imagem das pessoas com sobrepeso (HELLER, 2006).

Tais resultados estão em acordo com a literatura quando Hayes (1987) apud Silva (2001, p. 266) diz que:

É comum ou freqüente a pessoa obesa ter sua auto-estima e auto-imagem rebaixadas. Isso não só tem a ver com a sua história passada, na qual seu ambiente foi pouco generoso quanto à valorização e bastante farto quanto as críticas negativas, mas também com a sua história atual (dada a sua condição). Costuma-se criticar a pessoa e não o seu comportamento. Dessa forma, ela pode adquirir uma reação de auto-anulação e auto-rejeição, acreditando que não tem valor, “não faz diferença, é inferior, não consegui, é errada”.

4.1.2 Dificuldades de adaptação pós-cirúrgica

Dentre os 28 pacientes participantes da pesquisa, 21 (75%) relataram não ter tido dificuldades de adaptação pós-cirurgia, enquanto 07 (25%) relataram ter apresentado algumas dificuldades. Os 25% dos pacientes que relataram dificuldades pós-cirurgia estariam propensos

ao insucesso cirúrgico. Para que haja um bom resultado no processo de adaptação pós-cirúrgico é necessário que os pacientes estejam engajados, seguindo as instruções e orientações passadas pela equipe de profissionais envolvida.

Dos 07 pacientes que relataram dificuldades na adaptação pós-cirurgia, todos fazem referência a restrição alimentar como a principal delas, já 06 (86%) destes relataram reações orgânicas (enjôos, entallos e vômitos) como dificuldades e 05 (71%) destes atribuem a dificuldade às alterações emocionais.

Estes dados são confirmados por Ades e Kerbauy (2002) que relatam existirem pacientes que ingerem mais alimentos que o permitido (restrição alimentar) e regurgitam ou vomitam após as refeições (reações orgânicas) e estes ainda relatam muita ansiedade e até angústia por não poderem comer a quantidade que desejam (reações emocionais).

4.1.3 Mudanças positivas e negativas nos comportamentos e nas emoções

Uma grande parte dos sujeitos (89%) relataram ter ocorrido mudanças em seus comportamentos e emoções, enquanto 03 (11%) destes relataram não ter ocorrido tais mudanças. As principais mudanças relatadas pelos sujeitos pós-operados foram: mudanças emocionais, físicas, na saúde, sociais e no desempenho sexual. Cada uma dessas mudanças foi analisada no aspecto positivo e no aspecto negativo.

Foram relatados 54 tipos de mudanças emocionais. Deste total, 36 (67%) foram descritas como positivas e 18 (33%) como negativas (medo, depressão, euforia, impaciência, intolerância, ansiedade). Em relação às mudanças físicas e na saúde, todas foram relatadas como positivas. Já mudanças sociais, foram citadas 09 (82%) mudanças positivas e 02 (18%) negativas (isolamento social e falta de relacionamento amoroso). Por fim, 01 (50%) mudança positiva no desempenho sexual (sentir-se mais sexy) foi relatada e 01 (50%) negativa (falta da libido).

Dos pacientes que relataram mudanças nos comportamentos e nas emoções após a cirurgia, estes relataram mais tipos de mudanças positivas do que negativas em relação a todos os aspectos citados anteriormente.

Apesar de terem sido relatadas algumas mudanças negativas, a maior parte dos relatos diz respeito a mudanças positivas, o que sugere satisfação dos sujeitos com os resultados esperados pela cirurgia.

4.1.4 Relação dos pacientes com a saúde, alimentação, corpo, vida social, trabalho e desempenho sexual antes da cirurgia

No que diz respeito à saúde dos pacientes antes da cirurgia, 18 (64%) relataram presença de comorbidades tais como: hipertensão, diabetes, esteatose hepática, apnéia do sono, dentre outras. Matos e Bahia (1998) confirmam que “a obesidade é uma doença crônica que acarreta outras doenças graves como diabetes mellitus, hipertensão arterial, apnéia do sono dentre outras ratificando também que o excesso de peso é visto como grande risco a saúde, trazendo adoecimento, incapacitação e em alguns casos a morte, justamente em decorrência das comorbidades.

Em relação à alimentação dos pacientes antes da cirurgia 27 (96%) destes relataram falta de autocontrole no comportamento alimentar. A falta de autocontrole parece ser uma variável importante na compreensão do comportamento alimentar dos obesos.

Já no que se refere ao corpo dos pacientes antes da cirurgia, 23 (82%) destes relatam insatisfação com o corpo caracterizada por vergonha, sentir-se velha, uso de roupas grandes para esconder o corpo, dificuldade em comprar roupas, fora do padrão social. Estes dados estão de acordo com Silva (2001) quando esta ressalta que a pessoa obesa ignora o seu corpo e este torna-se, na maioria dos casos, aversivo, diante dos padrões de beleza impostos pela sociedade, pois de acordo com Heller (2006) a beleza está associada à magreza e isto é perceptível através das pressões sócio-culturais sofridas por estas. Assim, a pessoa obesa esconde o corpo através de vestimentas grandes, isolamento social dentre outras, dificultando o seu contato com o ambiente.

Na vida social dos pacientes antes da cirurgia, 13 (46%) relataram retraimento social (evitar sair de casa), já 10 (36%) destes afirmaram ter boas relações sociais (facilidade de fazer amigos, gostar de sair, dentre outras) e 05 (18%) destes relataram outros fatores da vida social tais como: amizade virtual, relação obrigatória com o público por conta do trabalho dentre outros. Tais dados sugerem que as pessoas com obesidade, devido a insatisfação com o corpo e por

receio de uma possível discriminação social, acabam se isolando ou evitando se expor. De acordo com Elias (2005) ao considerar fatores culturais, é percebida uma pressão social para que o sujeito se apresente magro, atribuindo um significado excessivo acerca do peso e forma do corpo, gerando, muitas vezes uma estereotipia em relação aos obesos.

No que tange o trabalho, dos 19⁵ pacientes que trabalhavam antes da cirurgia, 08 (42%) destes relataram indisposição (cansaço físico, preguiça, dentre outras), 06 (32%) destes relataram disposição e 05 (26%) destes relataram que outros fatores estavam associados ao trabalho, tais como: estresse, vergonha, incapacidade dentre outro. É provável que a indisposição para o trabalho esteja relacionada aos limites físicos que os pacientes apresentavam, decorrente do excesso de peso.

Entre os aspectos relacionados ao desempenho sexual dos pacientes antes da cirurgia 16 (57%) destes relataram desempenho sexual ruim devido a vergonha do corpo, cansaço excessivo, dificuldade de chegar ao orgasmo dentre outros; já 08 (29%) destes relataram bom desempenho caracterizado por apetite sexual, motivação para o sexo dentre outras; e 04 (14%) destes atribuíram outras características tais como o sexo como forma de aceitação, ainda não ter tido relações sexuais dentre outras. Pode-se pensar que o desempenho sexual tem alguma relação com a imagem corporal e as limitações físicas dos mesmos, devido ao excesso de peso.

4.1.5 Relação dos pacientes com a saúde, alimentação, corpo, vida social, trabalho e desempenho sexual após a cirurgia

Referente à saúde dos pacientes, 19 (68%) destes relataram melhora e em alguns casos desaparecimento das comorbidades associadas à obesidade. Estes dados são confirmados por Arruda (2003, p. 335-336) quando esta diz que “o tratamento cirúrgico é praticamente o único método cientificamente comprovado que promove acentuada e duradoura perda de peso, reduzindo as taxas de mortalidade, resolvendo e às vezes minimizando uma série de doenças associadas à obesidade mórbida”.

⁵ Os 9 (32%) dos pacientes restantes da amostra de 28 (100%) não trabalham, não sendo necessário responder a essa questão.

No que se refere à alimentação após a cirurgia, 24 (86%) sujeitos relataram controle alimentar e 04 (14%) relataram ainda existir falta de controle. Percebe-se, no que diz respeito à falta de controle alimentar pós-cirurgia, ainda que os dados não sejam representativos, uma necessidade de destacar que, apenas a cirurgia, não seria capaz de mudar hábitos alimentares. Porém, os dados confirmam que uma grande parte dos pacientes conseguiu autocontrolar-se diante da comida, levantando-se assim a hipótese desse autocontrole no comportamento alimentar estar associado às restrições e determinações de hábitos impostos pelo pós-operatório, modelando a ingestão de alimentos.

Na relação com o corpo, 24 (86%) destes relataram ter maiores cuidados com o corpo através de plásticas, uso de cosméticos, atividades físicas, dentre outros e 03 (11%) relataram ainda estarem insatisfeitos com seu corpo. Levanta-se a hipótese desta satisfação estar atrelada à inserção destes pacientes nos padrões sociais (corpo magro), ressaltando que é provável que a busca pelo “corpo perfeito” seria uma das principais variáveis motivacionais para realização da cirurgia. Esta satisfação com o corpo é referente ao reforço social provido a estas pessoas, promovendo desta forma melhora na auto-estima.

Na vida social, 27 (96%) destes relataram uma significativa melhora nas relações sociais e apenas 01 (4%) destes relata ainda ter dificuldades em se relacionar socialmente. Pode-se imaginar que, diante da melhora na disposição física e na aparência, atendendo aos padrões sociais, possibilita uma reinserção dos pacientes no meio social após a cirurgia bem sucedida.

No que tange à relação dos 19⁶ pacientes com o seu trabalho após a cirurgia, 16 (84%) destes relataram estarem dispostos a realizarem suas atividades laborais e 03 (16%) destes relataram indisposição. Os dados mostram que a maior dos pacientes estão dispostos ao trabalho após a cirurgia, podendo assim fazer referência dessa disposição à melhora do desempenho físico e melhor inserção social.

No desempenho sexual, 23 (82%) relataram satisfação (dispostos, ágeis, dentre outros) e 07 (25%) atribuíram o desempenho sexual a outros fatores como: falta da libido e indisposição. De acordo com os dados, pode-se sugerir que a satisfação está atrelada, como dito

⁶ Os 9 (32%) dos pacientes restantes da amostra de 28 (100%) não trabalham, não sendo necessário responder a essa questão.

anteriormente, à melhora da disposição física e melhora da aparência, promovendo aumento da libido e disposição para o sexo, conseqüentemente trazendo satisfação no desempenho sexual pós-cirurgia.

Para análise dos dados dos profissionais também foram utilizadas seis categorias, onde caracterizou-se o perfil dos profissionais envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade, os resultados esperados com o tratamento cirúrgico, a percepção destes sobre a população de obesos que procura o tratamento cirúrgico, as mudanças percebidas pelos mesmos em pacientes operados há no mínimo um ano, as dificuldades percebidas pelos profissionais como mais freqüentes no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes e procedimento, técnicas e serviços sugeridos para o processo de adaptação pós-operatória dos pacientes. Para os profissionais, também era possível assinalar mais de uma resposta.

4.2 Perfil dos profissionais envolvidos no tratamento e cirurgia da obesidade

Participaram da pesquisa 07 profissionais de ambos os sexos com idades compreendidas na faixa etária dos 30 aos 50 anos. Estes profissionais fazem parte da Instituição pesquisada que conta suas especialidades que são: nutricionista (01), psicólogo (01), médicos cirurgiões (04) e cirurgião plástico (01). A maior parte dos profissionais trabalha há mais de 05 anos com obesidade.

Em relação à participação destes no tratamento da obesidade, os mesmos relataram realizar tratamento preventivo (dietoterápico), preparação pré-operatória dos pacientes, entrevistas e psicoterapias individuais no período pré-operatório, realização da cirurgia bariátrica e acompanhamento pós-cirúrgico. Os serviços oferecidos pela instituição fazem parte do que classicamente se sugere como padrão para o tratamento da obesidade mórbida (REPETTO E RIZZOLLI, 2006).

4.2.1 Resultados esperados com o tratamento cirúrgico relatados pelos profissionais

Todos os profissionais relataram esperar melhora na saúde (controle das comorbidades, perda de peso, dentre outros) e melhora da auto-estima, 05 (71%) relataram

esperar mudanças de comportamentos, tais como: controle alimentar, reinserção social, prática esportiva, dentre outros.

4.2.2 Percepção dos profissionais sobre a população de obesos que procura o tratamento cirúrgico

No que se refere à população de obesos que procura o tratamento cirúrgico, todos os profissionais relataram ter percebido nestes problemas emocionais e comportamentais (falta de controle alimentar), 03 destes relataram problemas sociais/familiares e 02 relataram ter percebido problemas genéticos.

Tais resultados sinalizam para a questão da obesidade ser uma doença crônica de causa multifatorial. De acordo com Coutinho e Dualib (2006) alguns fatores conhecidos podem favorecer o excesso de peso, definindo a obesidades como uma doença multifatorial, pois esta recebe influência de fatores genéticos, fatores ambientais, fatores psicológicos e culturais.

4.2.3 Mudanças percebidas pelos profissionais em pacientes pós-operados

Quando questionados sobre as mudanças que efetivamente foram observadas após a cirurgia, todos os 07 relataram perceber melhora na saúde e 06 relataram perceber melhoras psicossociais. Isso sugere que o esperado do tratamento cirúrgico pelos profissionais é alcançado.

4.2.4 Dificuldades percebidas pelos profissionais como mais frequentes no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes

Todos os profissionais relataram que a evasão é o principal problema enfrentado pela equipe após a cirurgia. Segundo Arruda (2003) o sucesso da cirurgia não deve ser baseado apenas no procedimento cirúrgico, mas também ao fato deste paciente pós-operado não abandonar o acompanhamento com os profissionais da equipe (cirurgiões, nutricionistas, psicólogos, dentre outros).

O engajamento dos pacientes pós-operados no acompanhamento do seu tratamento garantirá uma melhor adaptação dos mesmos aos limites e as mudanças físicas e biológicas ocorridas neste processo. Quanto maior for o comprometimento dos pacientes no processo de

adaptação, maior será o sucesso pós-cirúrgico, obtendo resultados positivos que são esperados (perda de peso, melhora/desaparecimento das comorbidades, auto-estima, autocontrole etc) pelos profissionais e pelos próprios pacientes.

4.2.5 Procedimentos, técnicas e serviços sugeridos pelos profissionais no processo de adaptação pós-operatória dos pacientes

Foram sugeridos acompanhamentos em grupos com a equipe de profissionais (cirurgiões, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentre outros), oferta de uma academia de ginástica, oferta de serviços de estética, criação de redes de apoio que contassem com terapias de diversas abordagens, criação de espaços de convivência para os pós-operados, realização de terapias em grupos, disponibilização de orientação nutricional contínua e criação juntamente com os familiares, de estratégias de adequação à nova realidade do indivíduo pós-operado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto percebe-se que o sobrepeso desenvolve-se muito precocemente. Este é, em sua maioria, desencadeado na infância, provavelmente através de modelos de comportamentos alimentares, fazendo com que a criança aprenda hábitos inadequados que são mantidos, muitas vezes, até atingirem a idade adulta, tornando-se de difícil modificação, já que este foi fortalecido durante um longo tempo. Segundo Hammar (1977) a obesidade que se inicia precocemente é de notável resistência aos tratamentos existentes (dietas com nutricionistas, endocrinologistas etc), propiciando uma pequena margem de sucesso para redução de peso em longo prazo. Diante disto, é importante uma maior atenção aos tipos de padrões alimentares que são ensinados às crianças, a fim de prevenir a probabilidade de uma obesidade futura.

Desta forma, pode-se pensar que o insucesso relatado pelos pacientes obesos, na utilização de estratégias para perda ou diminuição de peso está relacionado com a dificuldade de modificação de hábitos alimentares inadequados, o que propicia uma ingestão demasiada de alimentos, consequenciando, em muitos casos, o excesso de peso em seu mais alto grau, que é considerado como obesidade mórbida.

Diante da aquisição de tal doença crônica (obesidade), os sujeitos buscam como última alternativa o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica), que produz uma rápida perda de peso em relativamente pouco tempo, trazendo assim uma melhora na qualidade de vida deste sujeito. Observa-se que o tratamento cirúrgico tem grande eficácia na perda de peso (em média elimina-se 56 quilos pós-cirurgia)⁷.

As principais variáveis que determinam o comportamento alimentar excessivo na percepção dos sujeitos são a falta de autocontrole e sentimentos/emoções. A falta de comportamento de autocontrole está, muitas vezes, associada a uma dificuldade de estabelecimento de horários para alimentação, bem como a quantidade e a qualidade dos alimentos, e a forma como os mesmos são consumidos. No que diz respeito a sentimentos e emoções, a atribuição a estes como causa de comer em excesso é trazido constantemente nos relatos dos pacientes desta pesquisa. Na atual cultura é comum explicar dificuldades de

⁷ Esta média citada é referente à amostra de 28 pacientes participantes da pesquisa.

comportamento como sendo causadas por emoções e sentimentos. Este é um exemplo do que Skinner chama de explicações mentalistas para o comportamento.

Diante da obesidade, diversos fatores relatados levaram os pacientes realizarem a cirurgia bariátrica, tais como: agravos na saúde (comorbidades), busca de uma melhora da auto-estima, emagrecer e melhorar a aparência, conhecer pessoas que obtiveram sucesso com o tratamento cirúrgico e o isolamento social/familiar. Conseguir atingir essas melhoras pós-cirúrgicas seria para estes pacientes, atingirem o sucesso da cirurgia. Para tanto, faz-se necessário incentivar a participação ativa do sujeito em seu processo de adaptação pós-cirurgia. De acordo com Duchesne (1998) um dos principais objetivos do tratamento cirúrgico é tornar o sujeito “consciente”⁸ dos seus problemas, facilitando para estes o planejamento antecipado de comportamentos alternativos que viabilizem a solução de tais problemas.

Entretanto, ainda que muitos dos pacientes apresentem sucesso pós-cirurgia, algumas dificuldades foram trazidas por estes no processo de adaptação pós-operatória e estas foram: problemas com a restrição alimentar, reações orgânicas indesejáveis e alterações emocionais negativas. Alguns sujeitos, mesmo que informados da restrição alimentar imposta pela cirurgia, tentaram ingerir alimentos além da quantidade suportada, fazendo com que reações orgânicas (enjôos, entallos, vômitos) surjam como resposta a esta ingestão demasiada, e muitos também trazem alterações emocionais (ansiedade, angústia) por não poderem comer a quantidade que desejam.

Diante destas dificuldades, é trazida a importância do seguimento de instruções e orientações passadas pela equipe envolvida no tratamento cirúrgico para que, a partir desse engajamento no tratamento possam ocorrer bons resultados. Este é um ponto fundamental que parte de comportamentos do próprio paciente, sendo este um colaborador e agente de mudanças, levando a um possível autocontrole, sendo que para isso é importante que o paciente identifique os fatores que atuam de forma direta no seu comportamento.

⁸ Sujeito “consciente” será entendido aqui como capaz de discriminar de quais variáveis seus comportamentos são função.

Nesta pesquisa também foram mencionadas mudanças positivas e negativas nos comportamentos e nas emoções na percepção dos pacientes que passaram pela cirurgia. As mudanças trazidas foram: emocionais, físicas, saúde, sociais e no desempenho sexual, e dentre essas mudanças foram destacadas mais mudanças positivas do que negativas, sendo o mais esperado pela equipe multidisciplinar e pelos próprios pacientes que optaram pela cirurgia.

Buscou-se também nesta pesquisa trazer compreender como se dá a relação dos pacientes com a saúde, a alimentação, o corpo, a vida social, o trabalho e o desempenho sexual antes e depois da cirurgia. Na saúde, foram relatados agravos (comorbidades). Na alimentação é trazida, normalmente, a falta de autocontrole no comportamento alimentar. No corpo é relatada uma insatisfação e poucos demonstram uma boa relação com o mesmo. Na vida social o retraimento foi o relato mais evidente. No trabalho é dito existir indisposição para atividades laborativas. E no desempenho sexual, é trazido com maior ênfase desempenho ruim. Isso significa dizer que antes da cirurgia existem dificuldades na maioria das áreas da vida dos sujeitos.

Após a cirurgia, a relação dos sujeitos com a saúde, a alimentação, o corpo, a vida social, o trabalho e o desempenho sexual apresenta melhoras. Apesar de algumas dificuldades terem se mantido após a cirurgia, em dados gerais, ocorreram melhoras significativas em tais aspectos. Tais dados sugerem que a cirurgia bariátrica para pacientes com grau elevado de obesidade, pode funcionar como uma variável de modificação e melhora de determinados comportamentos, ainda que isto ocorra por vias impostas pela cirurgia, o objetivo da cirurgia é alcançado, há uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Com relação à equipe multiprofissional que acompanha o paciente na intervenção, pode-se dizer que os mesmos contribuem ativamente no processo pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Diante desse acompanhamento, alguns resultados são esperados por esta equipe de profissionais com o tratamento cirúrgico, como: melhora na saúde, nos aspectos psicológicos (melhora da auto-estima) e mudanças de comportamentos (controle alimentar, reinserção social, dentre outras). Estes dados confirmam o que foi trazido pelos pacientes, como sendo fatores

motivacionais na busca do tratamento cirúrgico, posterior a este tratamento, os pacientes, através dos dados dessa pesquisa, de fato, apresentam os resultados esperados pelos profissionais.

A equipe de profissionais destaca os problemas emocionais (baixa auto-estima), a falta de controle alimentar, problemas sociais e problemas genéticos/biológicos como os principais na explicação do fenômeno obesidade.

A equipe relata também ter percebido mudanças nos pacientes que possuem, no mínimo, um ano de pós-operatório. As principais mudanças percebidas foram: melhora na saúde e melhora psicossocial, confirmando desta forma, as mudanças trazidas pelos pacientes pós-operados.

Ainda que ocorram mudanças positivas, na maioria das vezes, os profissionais perceberam uma dificuldade freqüente no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes, caracterizada por uma evasão do tratamento. Pontua-se então, que esta evasão tem a probabilidade de tornar, na maioria dos casos, problemático e/ou ineficaz o tratamento cirúrgico. É importante destacar que embora seja claro o problema da adesão, não são encontradas estratégias preventivas eficazes para diminuí-las. Estudos que identifiquem técnicas ou manejos mais adequados para lidar com a pouca adesão ao tratamento se tornarão extremamente úteis para equipes de profissionais que atuam com a obesidade.

Nesta amostra pesquisada, os profissionais até sugerem procedimentos, técnicas e serviços com o propósito de melhorar o tratamento, como criar juntamente com os familiares estratégias de adequação à nova realidade do indivíduo pós-operado, oferecer serviços de estética, disponibilizar uma academia de ginástica, dentre outros. Entretanto, não são sinalizadas estratégias diretas para lidar com a baixa adesão.

A obesidade é uma doença que continua sendo negligenciada, apesar do aumento de incidência. Ainda que esta pesquisa tenha trazido aspectos relevantes para o entendimento da obesidade e das principais mudanças ocorridas pós-cirurgia, fazem-se necessários estudos posteriores que complementem esta pesquisa. Sugerem-se estudos com pacientes que possuam mais de 2 anos de pós-operatório para verificar a se o índice de satisfação é correspondente ao tempo de pós-operatório, bem como verificar se a restrição alimentar imposta pela cirurgia seria

um fator de influência para o comportamento de autocontrole alimentar. É também importante verificar se o comportamento de comer em excesso diminuiria num tempo prolongado de adaptação pós-cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, J.; BECKERT, M. E. Autocontrole: Pesquisa e Aplicação. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**. São Paulo: Roca, 2004.
- ADES, L.; KERBAUY, R. R. **Obesidade: realidades e indagações**. São Paulo: Instituto de Psicologia – USP, 2002.
- ARRUDA, R. T. C. Obesidade mórbida e intervenção. In: BRANDÃO, M. Z. S. **Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação**. São Paulo: ESETEc, 2003. v.12.
- ASHER, W. L. (1977) Medicina bariátrica e adolescentes obesos. In: MAYER, J. **Tratamento da criança obesa**. São Paulo: Manole.
- BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- CAMESCHI, C. E.; ABREU-RODRIGUES, J. Contingências aversivas e comportamento emocional. In: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. **Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CATANIA, A. Charles. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da Obesidade. In: NUNES, M. A., et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DAOLIO, J. **Da cultura do corpo**. São Paulo: Papyrus, 2005.
- DUCHESNE, M. Tratamento Cognitivo-Comportamental da Obesidade. In: HALPERN, A. F. G. et al. **Obesidade**. São Paulo: Lemos editorial, 1998.
- ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.v.1.
- ELIAS, P. V. O. Terapia Comportamental Aplicada ao Tratamento da Obesidade. In: GUILHARDI, H. J., et al. **Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade**. São Paulo: ESETEc, 2005. v.16
- FAUX, D. S. **Beleza do século**. São Paulo: Cosac & Naifly Edições, 2000.
- FINLEY, M. I. **O legado da Grécia: uma nova avaliação**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

GUILHARDI, H. J. **Auto-estima, Autoconfiança e Responsabilidade**. ITCR (Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento) **Disponível em:** http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf **Acesso em:** 25 de setembro de 2006.

GUILHARDI, H. J. Terapia por Contingências de Reforçamento. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**. São Paulo: Roca, 2004.

HAMMAR, S. L. (1977) Obesidade: identificação e tratamento precoces. In: MAYER, J. **Tratamento da criança obesa**. São Paulo: Manole.

HANNA, E. S.; RIBEIRO, M. R. Contribuições da análise experimental do comportamento para a compreensão do autocontrole. **Revista Estudos Vida e Saúde**. v.30, n.5, p. 1071-1095, maio, UCG-Goiás, 2003.

HELLER, D. C. L. Obesidade infantil: tratamento comportamental. In: GUILHARDI, H. J.; AGUIRRE, N. C. **Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade**. São Paulo: ESETec, 2006. v.17.

KNITTLE, J. L.; GINSBERG-FELLNER, F. A obesidade pode ser prevenida? In: MAYER, J. **Tratamento da criança obesa**. São Paulo: Manole, 1977.

LALONI, D.T. Transtorno Alimentar: Obesidade, análise das contingências do comportamento de comer. In: BRANDÃO, M. Z. **Sobre comportamento e Cognição: Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta**. São Paulo: ESETec, 2004. v.13.

LEITIS, O.; BAECHTOLD, A. P. Stress e qualidade de vida na obesidade. In: GUILHARDI, H. J. **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade**. São Paulo: ESETec, 2005. v.16.

LIMA, V. (2002) A construção do corpo nas formas da moda. In: CASTILHO, K.; GALVÃO, D. **A moda do corpo, o corpo da moda**. São Paulo: Esfera, 2002.

MATOS, A. F. G.; BAHIA, L. Tratamento Médico da Obesidade. In: NUNES, M. A. A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MATOS, M. A. Análise Funcional do Comportamento. **Revista Estudos de Psicologia**, v.16, n.3, p. 8-18, setembro/dezembro, PUC-Campinas, 1999.

MATOS, M. A. Com que o Behaviorismo Radical trabalha. In: BANACO, R. A. et al. **Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. São Paulo: ESETec, 2001.

MICHELETO, N. Bases filosóficas do behaviorismo radical. In: RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. **Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. São Paulo: ARBytes, 1999. v. 1

NTCO (Núcleo de Tratamento e Cirurgia da Obesidade). **Categorias da Obesidade**. Disponível em: <<http://www.ntco.com.br/categorias.htm>> Acesso em: 12 de maio de 2006.

OLIVEIRA, S. L. Fazendo ciência. In: OLIVEIRA, S. L.; BESSANA, M. A. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 2002.

OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. **Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos**. Revista Psiquiatria Clínica (vol.31), 2004.

PEREIRA, M. A. D. **“Corpo perfeito”: reflexões acerca das intervenções corporais na mulher brasileira dos anos 90 (cirurgia plástica)**. Salvador: UNIFACS, 2002. 102 f. Monografia (Graduação) - Curso de Comunicação Social com habilitação em Relações Públicas, Universidade Salvador, Salvador, 2002.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, F. S. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v.17, n.4, Campinas, 2004.

PRIORE, M. D. **Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil**. São Paulo: Senac, 2000.

REPETTO, G.; ROZZOLLI, J. Cirurgia Bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, M. A., et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RIBEIRO, M. R. Terapia Analítico Comportamental. In: GUILHARDI, H. J. **Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade**. São Paulo: ESETec, 2001. v.8.

SANABIO-HECK, E. T.; MOTTA, K. G. S. Desamparo aprendido. In: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. **Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SANTOS, F. C. G. **Cirurgia do estômago: perdas e ganhos**. Revista Psicologia Brasil (vol. 23), 2005.

SILVA, V. L. M. Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? In: WIELENSKA, R. C., et al. **Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos**. São Paulo: ESETec, 2001. v.6

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B. F. **Contingências do Reforço**. São Paulo: Abril Cultural, 1969.

SKINNER, B. F. **O Mito da Liberdade**. Rio de Janeiro: Bloch, 1971.

SKINNER, B. F. **Questões Recentes na Análise Comportamental**. São Paulo: Papyrus, 2005.

STENZEL, L. M. **O Percurso da Psicologia no Estudo da Obesidade**. ABESO (Associação Brasileira para o estudo da Obesidade). **Disponível em:** <http://www.abeso.org.br/revista/revista17/psicologia_obesidade.htm> **Acesso em:** 24 de outubro de 2005.

APÊNDICE A – Termo de consentimento assinado pelos pacientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa que visa identificar e compreender as principais mudanças relatadas por sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella há no mínimo 01 ano e a adaptação dos mesmos a um novo ambiente estabelecido neste processo.

Nesta pesquisa você participará da aplicação de um questionário sobre condições clínicas e comportamentais pós-cirurgia bariátrica.

Sua participação consiste em responder ao questionário, tendo a liberdade de recusar ou abandonar a sua participação no trabalho.

As pesquisadoras estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos sobre o trabalho realizado, antes e durante o processo, sempre que considerar necessário.

Este trabalho tem finalidade exclusivamente científica e de pesquisa, portanto não serão feitos aproveitamentos pessoais. Fica garantido o sigilo das informações, sendo que apenas os pesquisadores terão acesso ao material coletado.

Estando de acordo com as condições apresentadas acima, aceito participar da pesquisa.

Salvador: ___ / ___ / ___

Assinatura do voluntário

Assinaturas das pesquisadoras

Assinatura do orientador (a)

APÊNDICE B – Questionário semi-estruturado aplicado em pacientes

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as principais mudanças na vida do sujeito pós-operado. Sua contribuição é muito importante. Por favor, responda com sinceridade e clareza o máximo que você puder. Obrigada pela sua participação!

1) Sexo: M F

2) Idade: _____

3) Peso antes da cirurgia: _____ Kg Peso após a cirurgia: _____ Kg

4) Com que idade você começou a apresentar sobrepeso?

0 - 11 anos

20 - 29 anos

12 – 19 anos

Acima de 30 anos

5) Na sua avaliação, quais variáveis influenciaram no seu comportamento alimentar durante a sua vida? (O que desejamos saber são quais motivos contribuíram para sua dificuldade no controle alimentar)

6) Tempo de pós-operatório: _____

7) Tipo de acesso cirúrgico:

Videolaparoscópico

Convencional (cirurgia aberta)

8) Quais outras formas de emagrecimento você tentou antes da técnica cirúrgica?

Dietas com endocrinologistas

Clínicas de emagrecimento (SPA)

Dietas com nutricionistas

Através de medicamentos

Vigilante do peso

Outras _____

9) Quais os principais fatores que o levaram a realizar esta cirurgia?

10) Houve alguma dificuldade em se adaptar às mudanças impostas pela cirurgia?

Sim Não

Caso sim, justifique:

11) Você observa mudanças no seu comportamento e nas suas emoções após a cirurgia?

Sim Não

Caso sim, cite quais mudanças:

12) Fale-me da sua relação com:

a) Sua saúde

Antes da cirurgia

Depois da cirurgia

b) Sua alimentação

Antes da cirurgia

Depois da cirurgia

c) Seu corpo

Antes da cirurgia

Depois da cirurgia

d) Sua vida social (amigos, família etc.)

Antes da cirurgia

Depois da cirurgia

e) Seu trabalho (caso trabalhe)

Antes da cirurgia

Depois da cirurgia

f) Seu desempenho sexual

Antes da cirurgia

Depois da cirurgia

APÊNDICE C - Questionário semi-estruturado aplicado em profissionais**Perfil dos profissionais do Núcleo de Tratamento e Cirurgia da Obesidade (NTCO)**

1) **Sexo:** M F

2) **Idade:** _____

3) **Especialidade:**

Cirurgião

Psicólogo

Psiquiatra

Cirurgião plástico

Cardiologista

Pneumologista

Nutricionista

Endocrinologista

4) **Há quanto tempo trabalha com este público?**

1 ano

2-3 anos

mais de 5 anos

1- 2 anos

4-5 anos

5) **Qual a sua participação no tratamento da obesidade oferecido no NTCO?**

6) **Quais os resultados esperados com este tratamento?**

7) **Qual sua percepção sobre esta população de obesos que procura o serviço de vocês?**

8) Quais mudanças você nota em pacientes pós-operados há no mínimo 01 ano?

9) Quais as dificuldades que você percebe como mais frequentes para o acompanhamento desta população após a cirurgia?

10) Que outros procedimentos, técnicas e serviços poderiam ser oferecidos para ajudar estes pacientes no período de adaptação pós-operatória?
