

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

NATALIA CALIL AMBROSIO MOLINARI

**IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE
VIDA DE PACIENTES COM OBESIDADE**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

NATALIA CALIL AMBROSIO MOLINARI

**IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE
VIDA DE PACIENTES COM OBESIDADE**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
e Saúde da Faculdade de
Medicina de São José do Rio
Preto, como requisito para
obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

Molinari, Natalia Calil Ambrosio

Identificação de papéis ocupacionais e qualidade de vida de pacientes com obesidade / Natalia Calil Ambrosio Molinari – São José do Rio Preto, 2017.

xiv, 70f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde
Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Identification of occupational roles and quality of life of patients with obesity

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos

1.Obesidade; 2.Cirurgia Bariátrica; 3.Qualidade de Vida; 4.Terapia Ocupacional

NATALIA CALIL AMBROSIO MOLINARI

**IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE
VIDA DE PACIENTES COM OBESIDADE**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRADO

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Neide A. Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1ª Examinadora: Profa. Dra. Maysa Alahmar Bianchin

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

2ª Examinadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 23/03/2017

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Lista de Apêndices.....	x
Resumo	xi
Abstract.....	xiii
Introdução.....	1
Objetivos.....	8
Metodologia.....	8
Participantes e local.....	8
Materiais.....	10
Procedimento.....	12
Análise de Dados.....	13
Aspectos Éticos.....	13
Resultados e Discussão.....	14
Sugestões	34
Conclusão.....	35
Referências.....	36

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, minha irmã e minha avó (in memoriam), pessoas que sempre estiveram ao meu lado, acompanhando, incentivando e apoiando meus caminhos e escolhas.

Especialmente, à minha avó (in memoriam) que sempre entusiasmada e com um sorriso no rosto me incentivou a nunca parar de estudar e buscar conhecimento, dizia que “conhecimento não toma lugar”. E que infelizmente, partiu nesta reta final do trabalho e que não irá presenciar mais esta conquista.

AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos a **Deus**, por ter colocado pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria conseguido. Por me amparar nos momentos difíceis e dar forças para nunca desistir e superar as dificuldades, mostrando os caminhos nas horas incertas e suprimindo todas as minhas necessidades.

Aos meus pais, **Sebastião e Cristina**, meu infinito agradecimento, pois mesmo distantes, sempre estiveram comigo, acreditando, investindo, incentivando e confiando em minha capacidade e potencial.

A minha irmã, **Melissa**, meu agradecimento especial, por ser uma companheira para vida toda.

A minha avó, **Ameris**, que sempre estimulou para que continuasse meus estudos.

A minha orientadora, professora **Neide**, que acolheu meu projeto e acreditou em mim. Possibilitou valiosa oportunidade de aprendizado. Obrigada, pela paciência, apoio, compreensão e pela transmissão de seus conhecimentos. E, também, pela oportunidade ímpar.

As professoras, **Magali e Maria Jaqueline**, por participaram da banca de qualificação e terem feito relevantes considerações e apontamentos sobre meu estudo.

A professora, **Maysa**, pelas contribuições profissionais, e por aceitar com prontidão da minha defesa do mestrado.

A professora, **Leda**, pela disponibilidade e prontidão em participar da minha banca de defesa do mestrado.

A professora **Lilian**, pela colaboração nas análises estatísticas do presente estudo.

Aos professores, **Kazuo, Marielza e Nelson**, por aceitarem participar como membros suplentes da minha banca de defesa do mestrado.

A aluna de iniciação científica, **Tainá**, que colaborou na coleta de dados deste trabalho.

A minha amiga, **Janaína**, que sempre esteve disponível e atenta, dando conselhos e dicas durante a caminhada do mestrado.

Ao meu amigo, **Paulo Henrique**, que desde os primórdios da universidade me auxilia e aconselha em questões acadêmicas e profissionais.

Aos **pacientes do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica** que participaram espontaneamente deste trabalho. E, possibilitaram a sua concretização. Meu eterno agradecimento.

Às funcionárias do Laboratório de Psicologia, especialmente a **Esmeralda e Nilmara**, pela disponibilidade, simpatia e gentileza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram e fazem parte da minha formação, muito obrigada.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos do grupo de estudo e do grupo controle....	16
Tabela 2 – Distribuição dos papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle ao longo do tempo.....	25
Tabela 3 – Mínima, máxima e mediana do número de papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle ao longo do tempo.....	26
Tabela 4 – Grau de importância dos papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle.....	27
Tabela 5 – Padrão de desempenho de papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle (em porcentagem).....	28
Tabela 6 – Comparação entre os domínios da qualidade de vida do grupo de estudo e do grupo controle.....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação do tipo de obesidade apresentada pelo grupo de estudo	17V
Figura 2 – Comparação entre as comorbidades apresentadas pelo grupo de estudo e pelo grupo controle.....	18
Figura 3 – Porcentagem do grupo de estudo que fazia dieta no momento da entrevista.....	19
Figura 4 – Motivos que contribuíram para a obesidade do grupo de estudo.....	20
Figura 5 – Situações em que o grupo de estudo exagerava na alimentação.....	21
Figura 6 – Comparação das atividades de lazer do grupo de estudo e do grupo controle.....	22
Figura 7 – Interferência da obesidade nos relacionamentos do grupo de estudo...	24
Figura 8 – Comparação da qualidade de vida do grupo de estudo com o grupo controle.....	31

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	43
Anexo 2: Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	44
Anexo 3: Questionário de Qualidade de Vida / SF-36.....	46

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos.....	49
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52x

Molinari, N.C.A. (2017) Identificação de papéis ocupacionais e qualidade de vida de pacientes com obesidade (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

A obesidade é uma síndrome clínica comum e complexa em decorrência do acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal sob a forma de tecido adiposo e resulta em graves prejuízos à saúde, que comprometem o desempenho dos papéis ocupacionais e a qualidade de vida dos indivíduos. Dentre as técnicas destinadas ao tratamento da obesidade encontra-se a Cirurgia Bariátrica. **Objetivos:** Identificar o desempenho dos papéis ocupacionais e a qualidade de vida dos pacientes com obesidade, inseridos no protocolo de Cirurgia Bariátrica. **Metodologia:** Estudo transversal e quantitativo, realizado no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica de um hospital escola de alta complexidade. Participaram 120 indivíduos, sendo 60 pacientes com obesidade que aguardavam a primeira consulta médica neste ambulatório e 60 indivíduos com peso normal que eram acompanhantes de pacientes que aguardavam para consulta em outras especialidades médicas. Para coleta de dados, todos os participantes responderam individualmente o Questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos; ao protocolo “Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais” e ao Questionário de Qualidade de Vida SF-36. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro/2014 a novembro/2015. **Resultados:** O grupo de estudo teve média de idade de $40,5 \pm 10,2$, com predomínio do sexo feminino (80%), obesidade mórbida (95%), casados (53%), ativos (60%) e com hipertensão arterial (78%). Quanto ao padrão de desempenho dos papéis ocupacionais ao longo dos tempos, passado, presente e futuro, encontramos uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) em relação ao tempo presente comparado

aos outros tempos. Já em relação ao grau de importância, os papéis considerados mais importantes foram: trabalhador e membro de família (97%). E quando analisada a qualidade de vida, o grupo de estudo apresentou todos os domínios prejudicados em relação ao grupo controle, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). **Conclusão:** A obesidade mórbida afeta a vida ocupacional desses pacientes, provocando perdas significativas em seus papéis durante o tempo presente. E acarreta prejuízos na qualidade de vida, especialmente nos domínios físicos. Portanto, cabe ao terapeuta ocupacional avaliar e intervir na promoção e restauração do desempenho ocupacional e da qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Qualidade de Vida, Terapia Ocupacional

Molinari, N. C. A (2017). Identification of occupational roles and quality of life of patients with obesity (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

Obesity is a common and complex clinical syndrome due to the abnormal or excessive accumulation of body fat in the form of adipose tissue and results in serious health damages, which compromise the performance of the occupational roles and the quality of life of the individuals. Among the techniques for the treatment of obesity is Bariatric Surgery.

Objectives: To identify the performance of occupational roles and quality of life of patients with obesity, inserted in the Bariatric Surgery protocol. **Method:** Cross-sectional and quantitative study, performed at the Bariatric Surgery Outpatient Clinic of a highly complex school hospital. A total of 120 individuals participated, 60 of whom were obese patients who were waiting for the first medical visit in this clinic and 60 individuals of normal weight who were attending patients who were waiting for consultation other medical specialties. For data collection, all participants individually answered the Structured Questionnaire to characterize sociodemographic and clinical data; to the protocol "Role checklist" and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. Data collection occurred between the months of September / 2014 to November / 2015. **Results:** The study group had a mean age of 40.5 ± 10.2 , with a predominance of female (80%), morbid (95%), married (53%), active (60%) and hypertension (78%). Regarding the performance pattern of the roles over time, past, present and future, we found a statistically significant difference ($p < 0.0001$) in relation to the present time compared to the other times. Regarding the degree of importance, the most important roles were: worker and family member (97%). And when the quality of life was analyzed, the study group presented all domains impaired in relation to the control group, with statistically

significant difference ($p < 0.0001$). **Conclusion:** Morbid obesity affects the occupational life of these patients, causing significant losses in their roles during the present time. And it impairs the quality of life, especially in the physical realms. Therefore, it is up to the occupational therapist to evaluate and intervene in the promotion and restoration of occupational performance and quality of life.

Keywords: Obesity, Bariatric Surgery, Quality of Life, Occupational Therapy

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma síndrome clínica comum e complexa, usualmente seu tratamento gera desapontamento tanto para os pacientes como para a equipe multiprofissional responsável pelo caso (Fonseca, Silva & Félix, 2002).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sobrepeso e a obesidade podem ser definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal sob a forma de tecido adiposo, resultando em graves prejuízos à saúde (World Health Organization [WHO], 1998).

Frente a isso, a obesidade mórbida pode debilitar o indivíduo em seus aspectos físicos e sociais, ocasionando um risco maior para morbidades e mortalidade, em decorrência do excesso de gordura corporal e do aparecimento de doenças associadas (Mittal, 2008).

O excesso de peso e a obesidade podem ser de etiologia multifatorial dentre as quais encontramos: estilo de vida, como a ingestão excessiva de alimentos, sedentarismo e cessação do tabagismo; problemas hormonais decorrentes de alterações nas funções das glândulas tireoidianas, suprarenais e da região do hipotálamo; fatores genéticos, como a herança dos pais, havendo a probabilidade de 50% do filho também ser obeso quando um dos pais a apresenta e de 80% quando os dois; causas ambientais, como maior grau de pobreza e menor nível educacional e/ou razões emocionais, dentre as quais se destacam a ansiedade e depressão (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2010; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], 2013a).

O desenvolvimento da obesidade, em especial a mórbida, gera numerosas consequências à saúde do paciente que podem ameaçar seriamente suas vidas. Estes tem uma incidência 3,8 e 5,6 vezes maior de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica (HAS), respectivamente, que a população com índice de massa corporal normal. Além dessas doenças, também são descritas outras como: doenças coronarianas, acidentes vasculares

encefálicos, doenças degenerativas osteoarticulares, colelitíase, refluxo gastroesofágico, problemas renais, problemas respiratórios e apnéia noturna, enfermidades endocrinometabólicas (resistência à insulina, intolerância à glicose, hiperinsulinemia, hiperlipidemia, diminuição do colesterol HDL, hiperuricemia), doenças vasculares tromboembólicas, transtornos menstruais e distúrbios reprodutivos em mulheres, e neoplasias malignas, especialmente da mama, endométrio e próstata (WHO,1998; Fonseca et al., 2002; Marchesini et al., 2012).

O cálculo para discernir o peso ideal, o sobrepeso e as obesidades, é medido por meio do indicador internacional da OMS, conhecido como índice de massa corporal (IMC). Este cálculo é determinado pela divisão do peso atual, em quilogramas, pelo quadrado de sua altura, em metros e frações; o resultado numérico é dado em kg/m^2 . Os índices de massa corporal podem ser classificados da seguinte forma: abaixo do peso (até $18,5\text{kg/m}^2$), peso normal (entre $18,6$ e $24,9\text{kg/m}^2$), sobrepeso (entre 25 e $29,9\text{kg/m}^2$), obesidade classe I (entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$), obesidade classe II (entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$) e obesidade classe III ou obesidade mórbida (maior que 40kg/m^2) (WHO, 1995; SBCBM, 2013a).

Conforme informações fornecidas pela OMS, no ano de 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos com 18 anos ou mais apresentavam excesso de peso, dos quais 600 milhões eram obesos; esses números mais que duplicaram desde 1980. Quase metade da população feminina mundial apresenta sobrepeso (40%), sendo 15% consideradas obesas, e quanto aos homens, 38% apresentam sobrepeso, sendo 11% obesos (Federação Latino Americana de Endocrinologia [FELAEN], 2010).

Países de alta renda, ou seja, desenvolvidos já sofrem há bastante tempo com problemas relacionados ao excesso de peso e obesidade da população. Este problema de saúde pública que era considerado apenas de países ricos está dramaticamente em ascensão em países de baixa e média renda, especialmente nas áreas urbanas. Um índice ainda pior

para estes países foi o aumento de 30% desses casos em crianças em relação as que residem em países com economias emergentes (FELAEN, 2010; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [SBEM], 2013).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o número de pessoas acima do peso é cada vez maior e dados de 2014 mostram que atingia 52,5% da população adulta, esta taxa era de 43%, nove anos antes. O índice de obesidade permaneceu estável nos últimos anos, porém não causa menor preocupação, já que 17,9% das pessoas encontram-se nesse padrão e os quilos a mais na balança são fatores de risco para outras doenças crônicas que respondem por 72% dos óbitos no Brasil (Ministério da Saúde [MS], 2015a).

Diante deste panorama, seria prudente definir a obesidade como uma síndrome crônica, que provêm de inúmeras causas, com escassa possibilidade de cura, mas capaz de ser controlada em longo prazo, contanto que o indivíduo deseje, aprenda e tenha condições favoráveis para exercer mudanças em suas atividades rotineiras e com seus comportamentos alimentares (Fonseca et al., 2002).

Este controle pode ser realizado por meio de regimes alimentares e programas de atividades físicas, que são tratamentos convencionais para obesidade, porém geram resultados insatisfatórios ao longo do tempo. Após 3 a 5 anos da interrupção destas propostas terapêuticas, menos de 1% das pessoas mantém o peso em nível satisfatório (Fonseca et al., 2002). Em decorrência dessas situações em que o tratamento clínico envolvendo ações interdisciplinares de especialistas é ineficaz, considera-se a cirurgia bariátrica, popularmente, conhecida como “redução de estômago” (SBCBM, 2013b).

Esta cirurgia reúne técnicas, com respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ela (SBCBM, 2013b). Os métodos cirúrgicos são divididos em: - Restritivos: no qual reduz o espaço disponível no estômago criando obstáculo ao bolo alimentar; - Disabsortivos: provoca

a redução drástica do aproveitamento calórico da ingesta alimentar devido ao impedimento total ou parcial da absorção de alguns micronutrientes e macronutrientes; e - Mistos: associam maior ou menor restrição com diversos graus de disabsorção, e vice-versa, é atualmente o método mais utilizado (Marchesini et al., 2012).

A indicação para o tratamento cirúrgico deve basear-se na análise de três critérios: IMC, idade e tempo da doença.

Critérios para Indicação:

- IMC igual ou superior a 40kg/m^2 independente da presença de comorbidades;
- IMC entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$ associado à comorbidade, como: Diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, apneia do sono, doenças cardiovasculares, asma grave não controlada, estigmatização social, depressão, entre outras;
- IMC entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$ na presença das comorbidades citadas acima, mas que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista ou a obrigatória constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um Endocrinologista.
- Indivíduos com idade inferior a 16 anos em caso de síndrome genética, quando a indicação é unânime;
- Indivíduos com idade entre 16 e 18 anos sempre que houver indicação e consenso entre a família/responsável e a equipe multiprofissional;
- Indivíduos com idade entre 18 e 65 anos sem restrição;
- Indivíduos com idade acima de 65 anos, necessária avaliação individual pela equipe multiprofissional, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;
- Mínimo de 2 anos de tentativa de tratamento clínico convencional, com insucesso ou recidiva do peso, verificados por meio de dados colhidos no histórico clínico;
- Obesidade estável a pelo menos 5 anos;

- Ausência de consumo de drogas ilícitas ou alcoolismo;
- Ausência de quadros psicóticos, demenciais moderados ou graves;
- Compreensão, por parte dos pacientes e seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multiprofissional por toda a vida (Marchesini et al., 2012; SBCBM, 2013b; Conselho Federal de Medicina [CFM], 2015).

Critérios para Contra-Indicação:

- Pacientes pouco cooperativos ou indisciplinados;
- Ambiente familiar de conflitos;
- Não ter certeza que esteja escolhendo o tratamento correto;
- Alcoólatras inveterados, que não desejam abandonar o hábito;
- Portadores de psicopatologias não avaliadas, não tratadas ou não liberadas pelo psiquiatra ou psicólogo responsável;
- Pacientes cujas condições clínicas impeçam qualquer tentativa de tratamento cirúrgico (Marchesini et al., 2012; SBCBM, 2013b; CFM, 2015).

Os benefícios do tratamento cirúrgico são a perda de peso, a remissão das doenças como diabetes e hipertensão, a diminuição do risco de mortalidade, o aumento da longevidade e a melhoria na qualidade de vida. Vale ressaltar que só é indicado o procedimento cirúrgico quando a perda de peso por meio de reeducação alimentar, tratamentos medicamentosos, comportamentais e exercícios físicos não são eficazes (SBCBM, 2013b).

Diante das especificidades da obesidade, sobressalta-se a implicação desta diante dos papéis que o indivíduo ocupa e pode ocupar na sociedade. Os indivíduos com obesidade possuem dificuldade em realizar as suas atividades de vida diária (AVDs), de lazer, de trabalho e sociais, além de desenvolverem problemas no desempenho de seus papéis

ocupacionais, os quais contribuem de forma negativa para sua identidade pessoal, problemas com autoimagem e autoestima (Cordeiro, 2005; Rosa, Leite & Moya, 2009; Mariano, Monteiro & Paula, 2013).

A atuação conjunta de uma equipe multiprofissional composta por nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, médicos de diversas especialidades é importantíssimo e enfatizamos o terapeuta ocupacional, já que também intervém com populações consideradas “estigmatizadas”, e é capacitado para atuar com estas situações (Carvalho, 2012).

Os papéis ocupacionais envolvem e contribuem para que os indivíduos construam obrigações e posições em grupos sociais, organizando o uso do tempo e envolvendo-o em uma estrutura social. Em decorrência de inúmeros fatores, estes papéis podem ser rompidos ou perdidos. Assim, poderá auxiliar na restauração da incapacidade e nas consequências que prejudicam o desempenho ocupacional, e, por conseguinte recuperando os papéis ocupacionais perdidos (Cordeiro, 2005; Cordeiro, Carmeliet, Oakley & Jardim, 2007).

Além das barreiras arquitetônicas, as quais provocam dificuldade de mobilidade, existem as barreiras sociais e a busca pelo corpo perfeito, que são cada vez mais impostas pela sociedade e reforçadas pelas mídias sociais. Especialmente para as mulheres, que para serem consideradas belas é necessário que sejam magras, como as atrizes e modelos que apresentam este estereótipo de corpo, tornando-se um dever cultural a ser alcançado (Sudo & Luz, 2007; Ferreira & Magalhães, 2011; Marcuzzo, Pich & Dittrich, 2012).

Diante disto, os indivíduos com obesidade veem-se cada vez mais distantes deste corpo perfeito, e essas exigências podem acarretar aumento de sintomas psicológicos como depressão, sofrimento, baixa autoestima e complexo de inferioridade de forma a prejudicar a qualidade de vida e agravar ainda mais a sua situação (Rosa et al., 2009; Marcuzzo, Pich & Dittrich, 2012).

A qualidade de vida dos obesos está intensamente comprometida quando associada às comorbidades, podendo gerar também distúrbios emocionais e psicológicos causados por prejuízo e discriminação. A obesidade torna-se um aspecto negativo na vida da pessoa, que também sofre com o preconceito (Petribu et al., 2006; Tavares, Nunes & Santos, 2010).

Sendo assim, é possível a intervenção da Terapia Ocupacional (TO) por meio de atividades que auxiliem o paciente a experimentar novas formas de ser, sua representação corporal e de se relacionar com objetos, pessoas e consigo mesmo, resgatando seus papéis ocupacionais e suas potencialidades. No acompanhamento pós-operatório, o terapeuta ocupacional também auxilia na reconstrução de sua imagem corporal e no encontro de novas possibilidades de ser e estar no mundo (Morais, Santos, Cabrera & Ribeiro, 2002; Rosa, et al., 2009; Moraes, 2010; Albuquerque, et al. 2011).

Dessa forma, abre-se uma possibilidade de olhar para essa população específica, no que se refere ao desempenho de seus papéis ocupacionais e sua qualidade de vida. Devido às barreiras tanto arquitetônicas como sociais enfrentadas por estes, há uma necessidade de intervenção na construção e na reconstrução de seus papéis na sociedade. Por isto, surgiu o interesse neste estudo, para identificar as particularidades desta população.

Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo geral identificar o desempenho dos papéis ocupacionais e a qualidade de vida dos pacientes com obesidade, inseridos no protocolo de Cirurgia Bariátrica.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do grupo de estudo;
- Verificar se ocorrem mudanças no desempenho dos papéis ocupacionais em relação aos tempos: passado, presente e futuro;
- Comparar os papéis ocupacionais desempenhados pelo grupo de estudo e o grupo controle;
- Comparar a qualidade de vida entre o grupo de estudo e o grupo controle;

METODOLOGIA

Delineamento do estudo: Estudo transversal e quantitativo.

Participantes e Local

Participaram do estudo 120 indivíduos divididos em dois grupos: estudo e controle. O grupo de estudo foi composto por 60 pacientes com obesidade de classe I, II ou III, de ambos os sexos, que passaram por primeira consulta no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do

Hospital de Base de São José do Rio Preto. Já o grupo controle foi composto por 60 indivíduos com peso normal, com sexo e idade semelhantes ao do grupo de estudo.

Critérios de Inclusão

Grupo de Estudo: Paciente classificado com obesidade classe III ou obesidade mórbida; obesidade classe II com presença de comorbidades; obesidade classe I com presença de comorbidades que tinham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença e também a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista.

Grupo Controle: Indivíduos com peso normal que estavam acompanhando familiares em consultas médicas no ambulatório de especialidades do mesmo hospital escola.

Critérios de Exclusão

Grupo de Estudo: Paciente classificado como sobrepeso; com obesidade classe I, sem comorbidades; e paciente com dificuldade de assimilação cognitiva e/ou deficiência intelectual, assim como barreiras de linguagem que impediam o adequado entendimento e cooperação no estudo.

Grupo Controle: Indivíduos com sobrepeso ou obesidade classe I, II ou III, que estavam acompanhando familiares em consultas médicas no ambulatório de especialidades do mesmo hospital escola.

Seleção da Amostra

Grupo de Estudo: Amostra de conveniência, pois foram convidados para participar do estudo, os cinco primeiros pacientes que chegavam para a primeira consulta ao Ambulatório de Cirurgia Bariátrica.

Grupo Controle: Indivíduos com peso normal, pareados quanto a idade e ao sexo dos pacientes do grupo de estudo; e que estivessem acompanhando familiares em consultas médicas no ambulatório de especialidades do mesmo hospital escola.

Materiais

1. Questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice 1).

2. Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais ou *Role Checklist* (Cordeiro, 2005) – Instrumento de origem americana, criado pela terapeuta ocupacional Frances Oakley. Este inventário teve por finalidade extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais de uma pessoa, tais como a participação em papéis ao longo de sua vida e o grau de importância atribuído a cada um. É dividido em duas partes, nas quais são apresentados e definidos dez papéis ocupacionais. Na parte I foram coletadas informações sobre os papéis desempenhados ou planejados no decorrer da vida (tempo passado, presente e futuro) e na parte II registraram o grau de importância atribuído a cada papel (muita importância, alguma importância ou nenhuma importância). Os dez papéis que compunham o inventário eram: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviços domésticos, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador, participante em organizações, outro (para descrever papéis que não são citados na lista).

Foram avaliados os papéis desempenhados e/ou planejados e a importância atribuída, sendo que para a avaliação da primeira parte era considerada como Padrão de Desempenho. Para este estudo estabelecemos como marco da vida a obesidade, esta separava o tempo “passado” do “presente”.

- Desempenhado somente no passado (PS) – papel que só foi desempenhado no passado, não é desempenhado no presente e nem pretende desempenhá-lo no futuro.

- Perda somente no presente (P) – papel que não é desempenhado no presente, mas foi desempenhado no passado e pretende desempenhá-lo no futuro.

O desempenho somente no passado e a perda somente no presente consideram-se como perdas, mas o que os difere é a pretensão ou não de desempenhá-lo no futuro.

- Ganho somente no presente (G) – papel que não era desempenhado no passado, é desempenhado no presente, mas não é pretendido no futuro.

- Desempenhado a partir do presente (PF) – papel que não era desempenhado no passado é desempenhado no presente e pretende continuar no futuro.

Ganho somente no presente e desempenhado a partir do presente consideram-se como ganho e o que os diferem é ser ou não pretendido no futuro.

- Desempenhado até o presente (PP) – papel desempenhado no passado, no presente e que não é pretendido no futuro.

- Papel Contínuo (C) – papel desempenhado no passado, no presente e que é pretendido no futuro.

Tanto o desempenhado até o presente como o papel contínuo são ininterruptos ao longo do tempo, e o que os difere novamente é ser ou não pretendido no futuro.

- Novo papel no futuro (N) – papel que não era desempenhado no passado, nem no presente, mas pretende ser no futuro.

- Papel ausente (A) – papel que não foi desempenhado no passado, nem no presente e não é pretendido no futuro.

Portanto, estavam no “passado” os papéis desempenhados antes de ser obeso; no “presente” os papéis que desempenhavam desde quando foram considerados obesos até o dia da aplicação da entrevista; e no “futuro” os papéis que o participante pretendia desempenhar a partir do dia seguinte da entrevista.

Denominou-se “perda de papel” quando um papel era desempenhado antes de ser obeso e que se encontrava ausente após a obesidade, já o “ganho de papel” condizia com um papel que era ausente antes da obesidade e que estava presente depois da obesidade.

Para melhor visualização do Padrão de Desempenho de acordo com o desempenho no decorrer do tempo, considerou-se 0 quando o papel não foi desempenhado e 1 para o papel desempenhado (Anexo 2).

3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida *SF-36* (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999) – Questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que eram: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresentam um escore final que varia de 0 a 100, onde o *zero* corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. Este instrumento pode ser utilizado na avaliação de diversas patologias (Anexo 3).

4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que seguiu o padrão proposto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, elaborado conforme a Resolução nº 466/12 (Apêndice 2).

Procedimento

Os pacientes com obesidade candidatos a realizar cirurgia bariátrica que aguardavam para consultar pela primeira vez no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica, foram convidados a participar do estudo. Aqueles que concordaram, assinaram o TCLE, e responderam oral e individualmente, em um consultório do próprio ambulatório, ao Questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos, a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e ao Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida SF-36. As entrevistas do grupo de estudo como do controle duraram entre 30 a 45 minutos.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados quantitativamente em uma análise descritiva. Para as variáveis categóricas, o teste utilizado foi o Qui-quadrado de Pearson. E para as numéricas não normais ou ordinais entre dois grupos, o teste utilizado foi o de Mann-Whitney. Apregoa-se nível de significância de $\leq 0,05$. O programa usado foi o Bioestat.

ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento aos preceitos Éticos de Pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, sob o parecer nº 576.114, homologado em 01 de abril de 2014 (Anexo 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participam deste estudo 120 indivíduos, divididos em dois grupos. Grupo de Estudo (GE) composto por 60 pacientes classificados em alguma classe de obesidade e que iriam passar pela primeira consulta médica ao Ambulatório de Cirurgia Bariátrica; e o Grupo Controle (GC) composto por 60 indivíduos com peso normal pareados em idade e sexo.

Os resultados apresentados a seguir, referem-se à análise descritiva do Questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes com obesidade; junto com a análise descritiva e estatística da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 do grupo de estudo comparado ao grupo controle.

Por meio da caracterização do perfil sociodemográfico obteve-se que 80% (N=48) dos pacientes entrevistados eram mulheres, com média de idade de $40,5 \pm 10,2$, sendo a mínima de 19 anos e máxima de 62 anos (Tabela 1). Esta predominância do sexo feminino também foi encontrada em um estudo realizado em Toronto/Canadá, com pacientes obesos e que investigava a incapacidade e a produtividade no trabalho (Sockalingam et al., 2015).

Dos pacientes entrevistados, 38% (N=23) foram considerados inativos e esta classificação abrangeu os estudantes, as “donas de casa”, os desempregados, os aposentados e os afastados por invalidez. Sendo que destes pacientes inativos, 18% (N=11) deles estavam desempregados e muitos relataram que era em decorrência de discriminação por causa do peso. Estes dados corroboram com diversas pesquisas internacionais, que observaram este preconceito em relação ao indivíduo com obesidade na busca pelo emprego ou mesmo dentro das empresas, quando recebem menores remunerações ou avaliações negativas pelos supervisores (Puhl & Heuer, 2009; Turchiano et al, 2014; Sockalingam et al., 2015).

Quanto a renda familiar, praticamente metade dos pacientes se encaixaram na categoria de mais de 1 a 2 salários mínimos, 22% com mais de 2 a 3 salários, 17% com mais de 3 a 5 salários, 12% sobrevivem com até 1 salário mínimo e apenas, 5% enquadraram-se na renda com mais 5 salários mínimos. A obesidade nas classes econômicas menos favorecidas pode ser em virtude da falta de informação sobre a importância da atividade física regular, alimentação balanceada, já que a dieta desta população baseia-se tradicionalmente em cereais, óleo e açúcar, bem como a preocupação com o corpo cresce com a hierarquia social (Ferreira & Magalhães, 2011; Toloni, Longo-Silva, Goulart & Taddei, 2011).

Estes resultados também podem ser atribuídos, ao fato do estudo ter sido realizado em um hospital público universitário que atende aos usuários do Sistema Único de Saúde. Em 2015, o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram uma pesquisa, a qual revelou que mais de 70% da população brasileira foi atendida em estabelecimentos públicos de saúde, especialmente indivíduos sem instrução, com baixa escolaridade e renda (Ministério da Saúde [MS], 2015b).

E ainda considerando o local do estudo, a maioria dos entrevistados (67%) era procedente de cidades da região do município, devido o hospital ser o centro de referência em procedimentos cirúrgicos.

TABELA 1

Dados sociodemográficos do grupo de estudo e do grupo controle

VARIÁVEIS	GE		GC	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	48	80	48	82
Masculino	12	20	11	18
Ocupação				
Ativo	37	62	43	72
Inativo	23	38	17	28
Escolaridade				
Analfabeto	1	2	2	3
Ensino Fundamental Incompleto	25	42	19	32
Ensino Fundamental Completo	2	3	3	5
Ensino Médio Incompleto	1	2	5	8
Ensino Médio Completo	19	32	14	23
Ensino Superior Incompleto	6	10	7	12
Ensino Superior Completo	3	5	6	10
Técnico	3	5	4	7
Estado Civil				
Casado	32	53	34	57
Divorciado/Separado	8	13	8	13
Solteiro	16	27	16	27
Viúvo	4	7	2	3
Religião				
Católica	33	55	36	60
Evangélica	17	28	19	31
Batista	1	2	1	2
Testemunha de Jeová	1	2	2	3
Outras	3	5	1	2
Sem religião	5	8	1	2

A obesidade classe III ou mórbida foi a mais encontrada neste estudo, com 95% (N=57), com média do IMC de 49,6, sendo o valor mínimo 34,7 e o máximo 72,4 (Figura 1). Já o grupo controle foi composto por 98% dos indivíduos com IMC entre 18,6 e 24,9kg/m², portanto eram classificados com peso normal. O que condiz com o critério de inclusão explicitado na metodologia do presente estudo.

Estes resultados condizem com os critérios de indicação para cirurgia bariátrica, pois este é o tipo de tratamento mais recomendado para os pacientes com obesidade mórbida (Marchesini et al., 2012; SBCBM, 2013b; CFM, 2015). Esta média de IMC também foi identificada em outro estudo (Sockalingam et al., 2015).

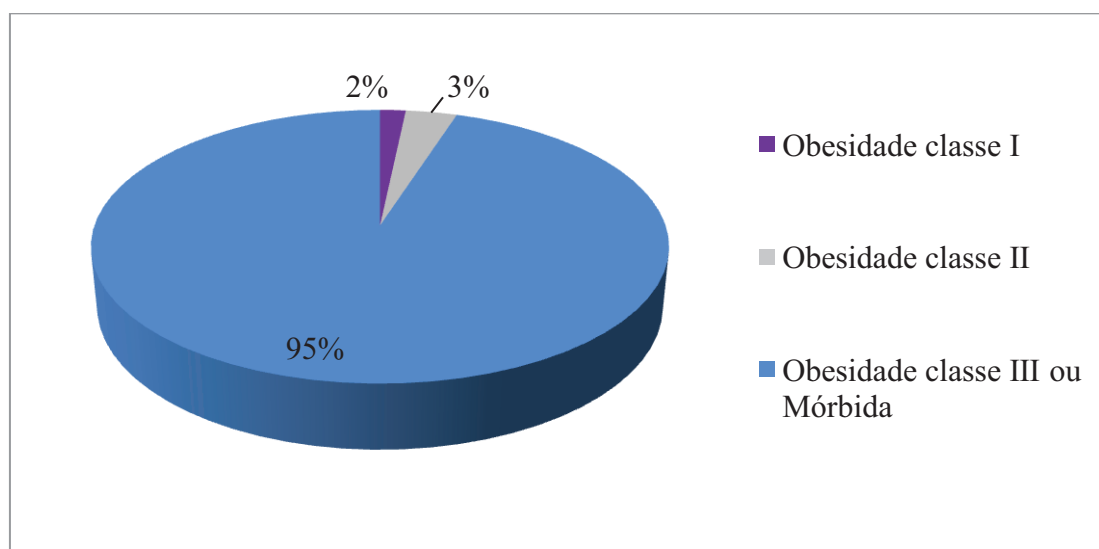


FIGURA 1

Classificação do tipo de obesidade apresentada pelo grupo de estudo

No questionário para caracterização também havia perguntas sobre questões clínicas dos pacientes com obesidade e dos indivíduos com peso normal. Quando analisadas separadamente, a comorbidade mais encontrada nos pacientes foi a hipertensão arterial sistêmica (78%). Outros estudos também encontraram esta alta prevalência de HAS em

pacientes com obesidade (Rutledge, 2012; Date, Walton, Ryan, Rahman & Henley, 2013) (Figura 2). Hiperlipidemia e problemas relacionados à Tireóide foram as menos identificadas (15%). E apenas 10%, não referiram nenhuma comorbidade junto à obesidade. Na categoria “Outras” foram apresentadas comorbidades reumatológicas, psiquiátricas, ortopédicas, gastroenterológicas, cardiorespiratórias, ginecológicas, neurológicas, vasculares e renais. Em contrapartida, 65% dos indivíduos do GC não relataram nenhuma doença.

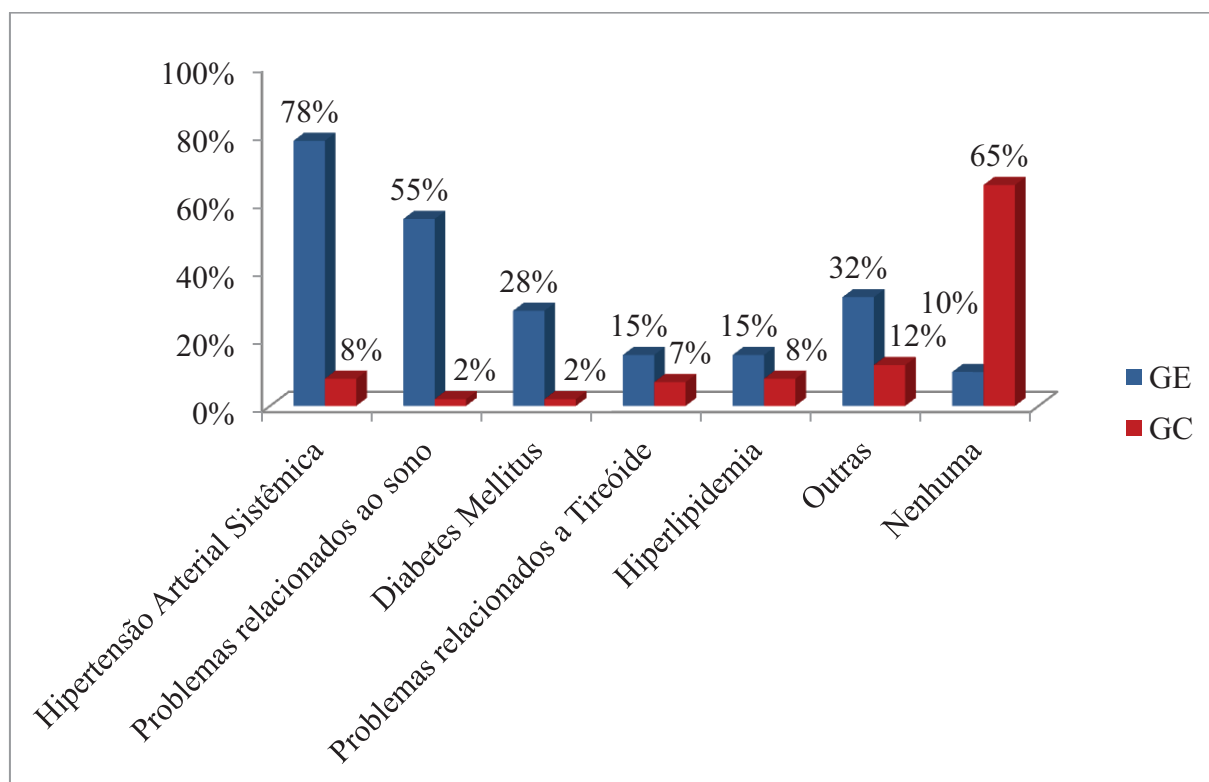


FIGURA 2

Comparação entre as comorbidades apresentadas pelo grupo de estudo e pelo grupo controle

Dados encontrados na literatura mostram que aproximadamente 488 milhões de reais são gastos com as doenças relacionadas à obesidade, e em torno 25% deste valor destina-se a pacientes com obesidade classe III ou mórbida (Oliveira, 2013), o que condiz com o

apresentado na Figura 2, em que verificamos que a população obesa possui mais doenças que os indivíduos com peso normal.

Quando analisada a associação entre comorbidades, 28 (47%) pacientes com obesidade apresentaram 1 ou 2 comorbidades, 25 (42%) apresentaram 3 ou 4 comorbidades, 6 (10%) pacientes não apresentaram nenhuma associação e apenas um deles relatou 5 comorbidades associadas à obesidade. Enquanto que no grupo controle apenas 33% apresentaram de 1 a 2 comorbidades e somente um indivíduo relatou de 3 a 4 comorbidades.

A Figura 3 nos mostra que porcentagem dos pacientes do GE que estavam com acompanhamento nutricional no momento da entrevista foi inferior aos pacientes que não faziam dieta. Este baixo índice pode ser atribuído ao fato de estarem na categoria obesidade mórbida, e os regimes convencionais, como a reeducação alimentar aliada aos exercícios físicos, não gerarem resultados tão satisfatórios ao longo do tempo (Fonseca et al., 2002).

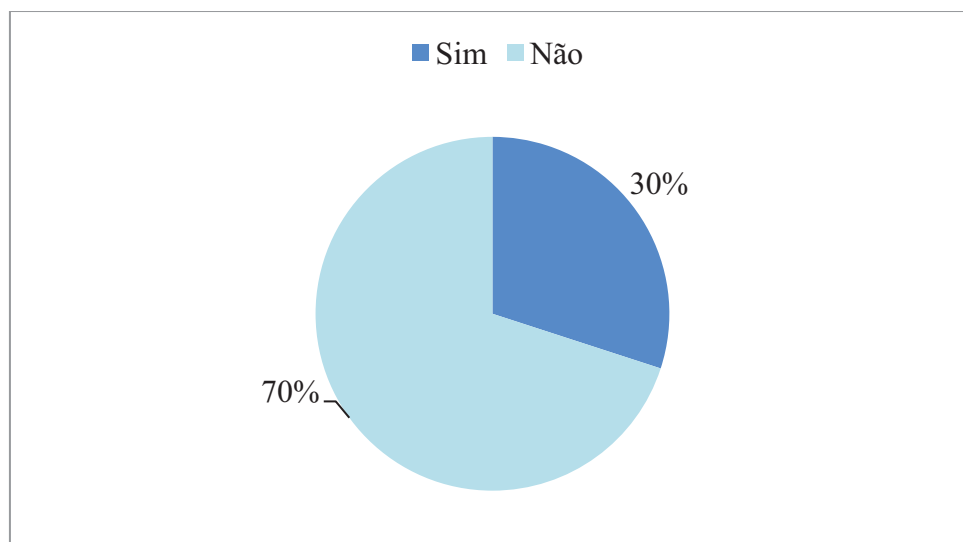


FIGURA 3

Porcentagem do grupo de estudo que fazia dieta no momento da entrevista

Os motivos mais citados como responsáveis pelo ganho de peso foram: o excesso de alimentação, a falta de atividade física e a gestação. Já na categoria “outras causas”, listou-se o divórcio, a hereditariedade, o desemprego; e por fim, na categoria “Doença” foram elencadas questões psiquiátricas, ginecológicas e gastroenterológicas (Figura 4).

Estes resultados corroboram com diversos estudos, que mostraram uma relação positiva entre a obesidade, as mulheres e os fatores obstétricos, já que estas tem um percentual maior de gordura corporal em comparação aos homens, pois necessitam de maior energia nos períodos de gravidez e lactação (Kac, Melendez & Valente, 2003). Além das condições de vidas empobrecidas, que refletem de maneira negativa no padrão alimentar com escassa diversidade de alimentos como vegetais e frutas e excesso de alimentos baratos, geralmente mais calóricos. Em paralelo com a alimentação, a baixa adesão a prática de atividade física como prevenção e controle da obesidade, devido ao aspecto financeiro (Ferreira & Magalhães, 2011).

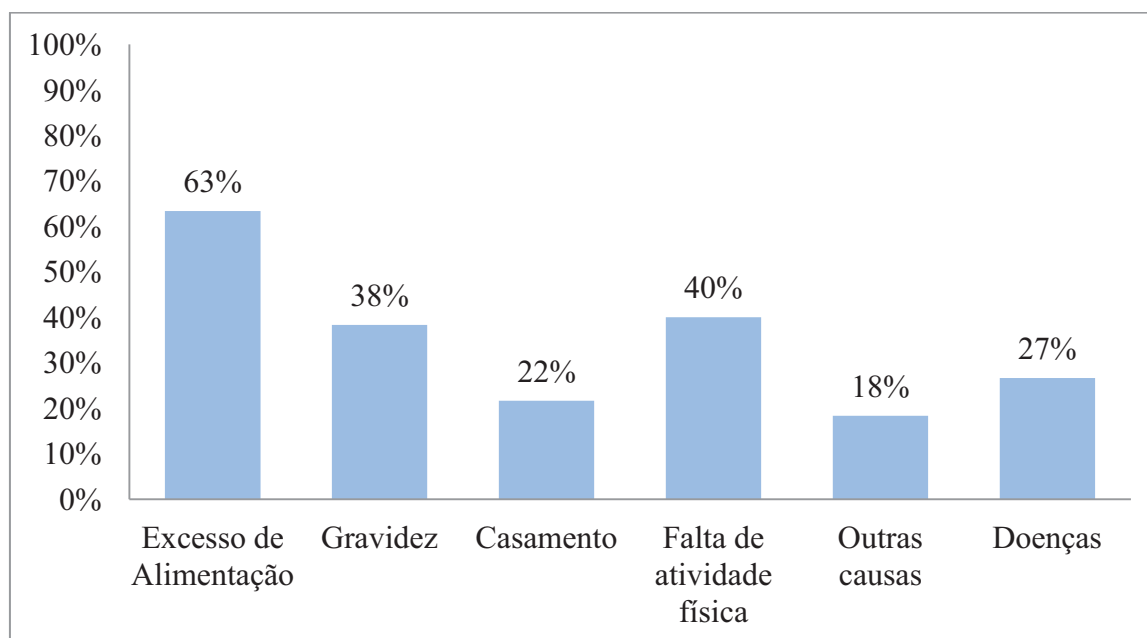


FIGURA 4

Motivos que contribuíram para a obesidade do grupo de estudo

Ainda sobre a história nutricional, os pacientes responderam em quais situações ingeriam alimentos de maneira exagerada. Verificamos que 77% dos pacientes disseram que este exagero ocorria em situações ansiogênicas, ou seja, fator psicológico e emocional (Figura 5).

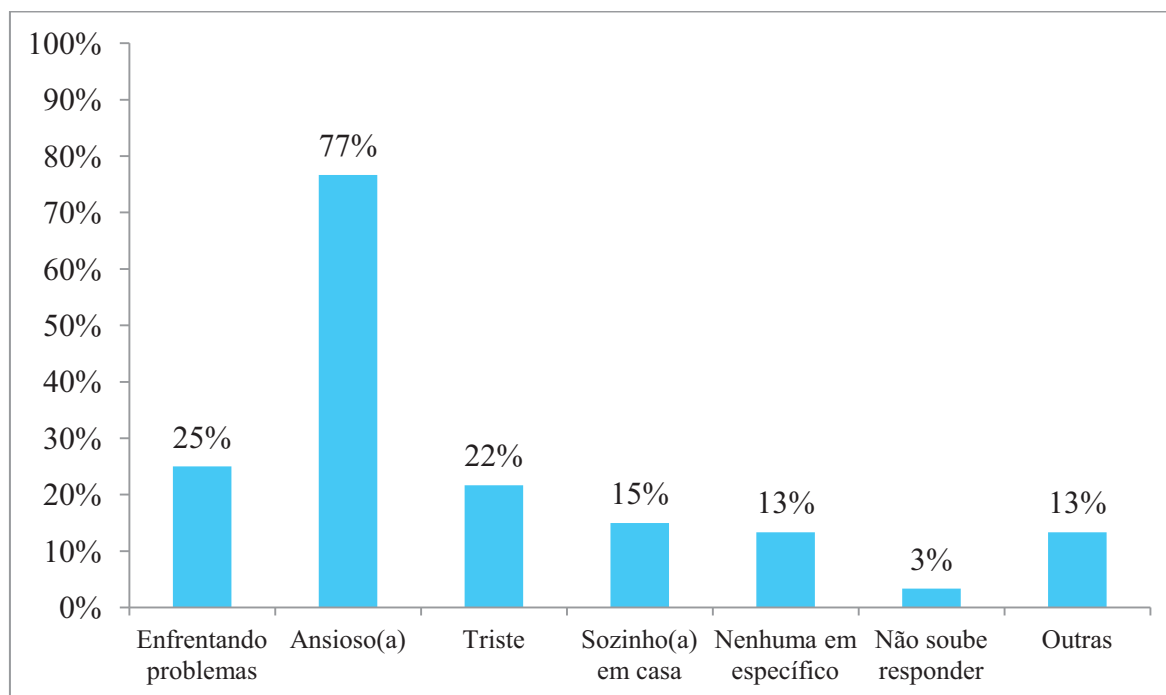


FIGURA 5

Situações em que o grupo de estudo exagerava na alimentação

O alimento em muitos momentos conforta e ameniza as adversidades pelas quais passamos no cotidiano, especialmente para as mulheres as quais sofrem mais com os dilemas impostos pela vida em meio à pobreza, a responsabilidade pela gerência e sustento financeiro da casa e pelos cuidados com a prole (Gerhardt, 2003; Ferreira & Magalhães, 2011). Para Orbach (2003), existe a “fome emocional” a qual difere da necessidade de saciar a fome física gerada pela falta do alimento, pois esta se utiliza do alimento para aquietar as emoções e os sentimentos.

Rutledge et al. (2012) observaram um aumento no consumo de ansiolíticos após o período de 5 anos pós-cirúrgico, mas como não questionamos os pacientes sobre o uso de medicação não podemos comparar com esta pesquisa. Porém este dado é relevante a ser pesquisado em futuros estudos, já que atualmente a forma de diminuir a ansiedade é por meio da alimentação, e após a cirurgia a quantidade de ingestão de alimentos precisa ser minimizada e controlada.

O último item abordado no Questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos foi em relação à Vida Cotidiana e ao Relacionamento Interpessoal. Dentro dele, foi abordado sobre o tempo livre dos pacientes (Figura 6).

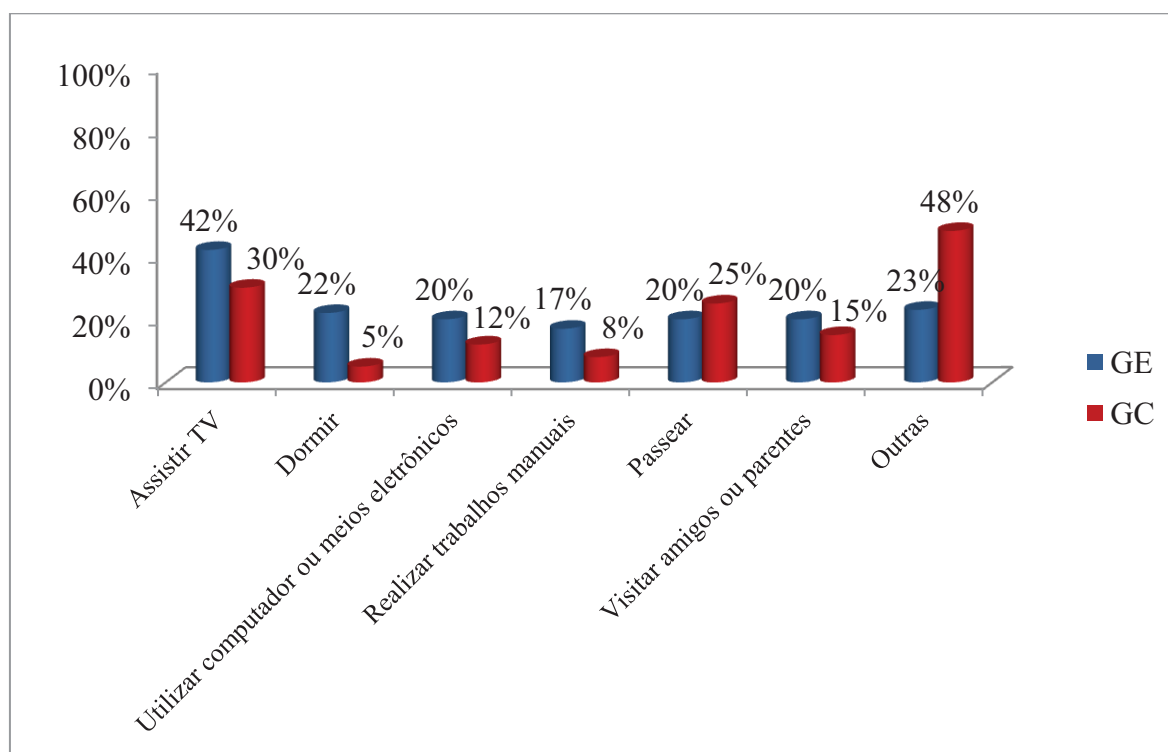


FIGURA 6

Comparação das atividades de lazer do grupo de estudo e grupo controle

Verifica-se que as atividades mais citadas pelos pacientes com obesidade tinham baixo gasto energético, como assistir TV, dormir e utilizar computador ou meios eletrônicos.

A prática de atividade física regular (categoria “Outras”) foi citada por apenas um paciente, já os indivíduos do grupo controle a mencionaram com maior frequência, ou seja, eram mais ativos. Portanto, estes hábitos podem ter contribuído para o aumento da massa corporal entre os pacientes analisados.

Pesquisas destacam que os indivíduos que praticam atividade física de forma regular, seja antes ou depois da cirurgia bariátrica, apresentam melhor perda de peso e posterior manutenção do mesmo (Livhits, et al, 2010; Jacobi, Ciangura, Couet & Oppert, 2011). Estas informações precisam ser amplamente divulgadas, pois a maioria dos participantes deste estudo tem a crença de que esta prática só será benéfica após a cirurgia.

Um estudo piloto realizado em uma universidade canadense com pacientes obesos avaliou essa crença. Consistiu de um programa de três sessões de atividades físicas, durante as 12 semanas que antecediam o processo cirúrgico, supervisionadas por uma equipe multiprofissional. Os resultados indicaram que em curto prazo foram possíveis melhorias na qualidade de vida, especificamente nas emoções, interações sociais e vida sexual; e nas convicções sobre o medo de lesões devido à obesidade e do constrangimento durante a realização da atividade física (Baillot, Mampuya, Comeau, Méziat-Burdin, e Langlois, 2013).

A Figura 7 mostra os resultados obtidos em relação à interferência da obesidade no relacionamento interpessoal, amoroso e atividade sexual. Observamos que o relacionamento com as pessoas em geral foi o mais afetado, com os amigos o menos afetado e quanto à atividade sexual houve um equilíbrio entre as respostas. Quatro pacientes preferiram abster-se de responder.

Como este estudo teve uma prevalência do sexo feminino, podemos compará-lo com outro estudo que observou este preconceito e a estigmatização do indivíduo com obesidade que influenciou em seus aspectos psicológicos e no bem-estar emocional. Porém, este estudo

também encontrou esta discriminação por parte da família e dos profissionais de saúde, o que difere em partes do nosso estudo (Hayden, Dixon, Dixon, Playfair & O'Brien, 2010).

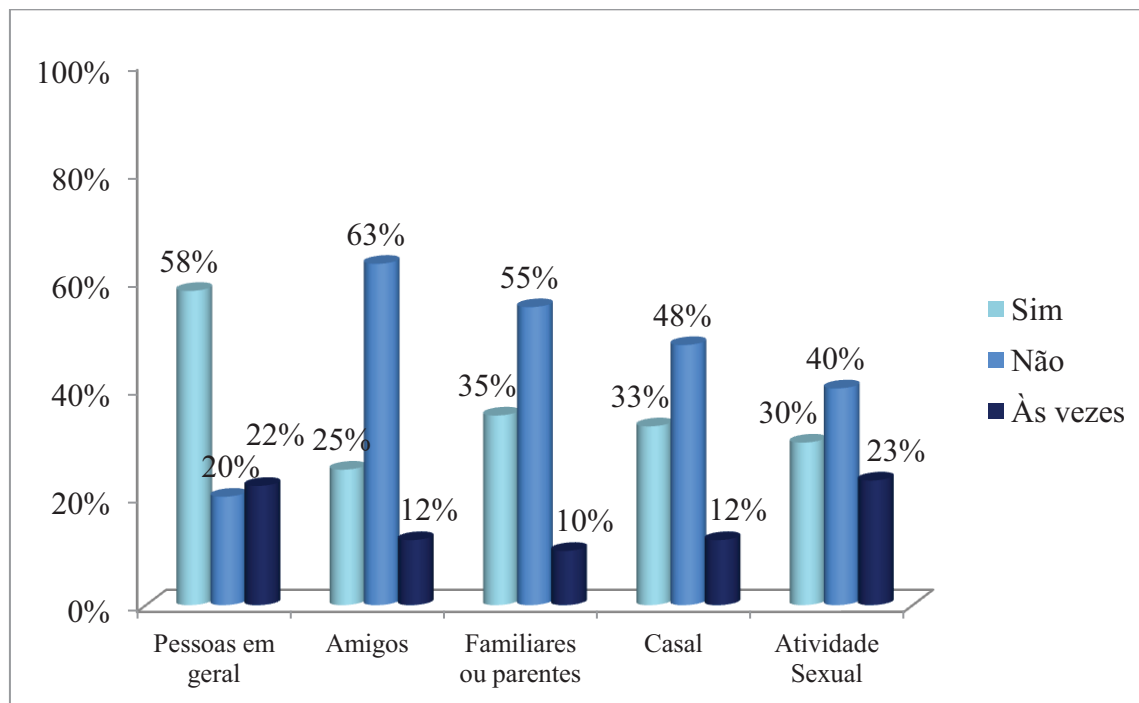


FIGURA 7

Interferência da obesidade nos relacionamentos do grupo de estudo

Com a aplicação da Lista de identificação de papéis ocupacionais foram obtidos os dados sobre a distribuição desses papéis ao longo da vida. O marco da vida para o grupo de estudo era a obesidade, e para o grupo controle foi determinado o período de seis meses anteriores à data da entrevista. A Tabela 2 mostra a distribuição destes papéis nos tempos: passado, presente e futuro.

Atentando individualmente para cada papel, notamos que os mais desempenhados no passado eram estudante e trabalhador, para os dois grupos. O papel de serviço doméstico permaneceu estável ao longo do tempo, somente para o grupo de estudo. Os dois grupos

citaram os papéis de trabalhador e membro de família como os pretendidos para futuro, e o GE também mencionou o papel de cuidador e passatempo/amador.

Estes resultados também foram encontrados em uma pesquisa com pacientes obesos que foram divididos em dois grupos, o pré e o pós-cirurgia bariátrica realizada na cidade de Ribeirão Preto. Porém com diferenças percentuais em todos os papéis, e alguns deles não foram tão citados no presente estudo quanto foram na pesquisa de Zaiden (2014), como no tempo passado o papel passatempo/amador, no tempo presente o papel religioso e no tempo futuro o papel de estudante.

TABELA 2

Distribuição dos papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle ao longo do tempo

Papéis Ocupacionais	Passado				Presente				Futuro			
	GE		GC		GE		GC		GE		GC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudante	59	98	60	100	8	13	8	13	49	82	24	40
Trabalhador	58	97	49	82	37	62	42	70	59	98	51	85
Voluntário	16	27	21	35	4	7	9	15	54	90	39	65
Cuidador	51	85	39	65	43	7	27	45	59	98	47	78
Serviço Doméstico	55	92	42	70	56	93	54	90	56	93	51	85
Amigo	49	82	34	57	35	58	47	78	56	93	47	78
Membro de Família	52	87	34	57	47	78	53	88	59	98	54	90
Religioso	36	60	36	60	18	30	32	53	53	88	48	80
Passatempo/Amador	37	62	27	45	24	40	22	37	58	97	34	57
Part. em Organizações	3	5	1	2	0	0	0	0	13	22	17	28
<i>P- valor</i>	<i>0,6510</i>				<i>0,1897</i>				<i>0,3778</i>			

Para Zottis e Labronici (2003), o indivíduo com obesidade se isola de seus contextos, deixa de desempenhar seus papéis e abandona os estudos, o emprego, os amigos, os parceiros

de relacionamento, pois se enxerga apenas como um corpo tomado por gordura e se culpa pelo seu fracasso.

Foi constatada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) entre o tempo presente comparado com os tempos passado e futuro em todos os papéis nas análises intra-grupos. Na comparação inter-grupo em cada tempo, não houve diferença estatisticamente significativa como mostra a Tabela 2.

Com a soma da quantidade de papéis desempenhados em cada tempo e dividida pelo número da amostra, ou seja, por 60 pacientes com obesidade para o grupo de estudo e 60 indivíduos com peso normal para o grupo controle, obtivemos a média de papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (Tabela 3).

TABELA 3

Mínima, máxima e mediana do número de papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle ao longo do tempo

Tempos	Escore	Mínima		Máxima		Mediana	
		GE	GC	GE	GC	GE	GC
Passado	0 – 10	2	1	9	9	7	6
Presente	0 – 10	1	2	9	8	5	5
Futuro	0 – 10	5	0	9	9	9	7

Nos resultados do grupo de estudo, foi possível observar que do passado para o presente houve uma redução dos papéis, já para o futuro a expectativa foi maior àquela que apresentaram na realização dos papéis no passado. E com o grupo controle também observamos esta redução em relação ao desempenho de papéis no tempo presente quando comparado ao passado, porém a expectativa em relação ao futuro não foi tão expressiva comparada com a apresentada pelos pacientes do grupo de estudo.

A Tabela 4 apresenta o grau de importância designado pelos pacientes e indivíduos com peso normal dos papéis ocupacionais, mesmo para os que nunca haviam sido desempenhados. Os papéis mais citados como de muita importância do grupo de estudo e do grupo controle foram os mesmos: membro de família e trabalhador. Em relação ao considerado de nenhuma importância foi ressaltado “participante em organizações”, estes dados também foram encontrados nos dois grupos, apenas com diferença percentual, 7% para GE e 15% para GC.

A maioria dos resultados apresentados respaldou com outras pesquisas realizadas utilizando a mesma avaliação com pacientes com outras doenças crônicas, porém com diferenças percentuais (Cestari, 2011; Zaiden, 2014).

TABELA 4

Grau de importância dos papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle

Papéis Ocupacionais	Nenhuma Importância				Alguma Importância				Muita Importância			
	GE		GC		GE		GC		GE		GC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudante	0	0	2	3	10	17	4	7	50	83	54	90
Trabalhador	0	0	0	0	3	5	2	3	57	95	58	97
Voluntário	1	2	5	8	18	30	15	25	41	68	40	67
Cuidador	0	0	1	2	12	20	8	13	48	80	51	85
Serviço Doméstico	2	3	3	5	15	25	14	23	43	72	43	72
Amigo	0	0	8	13	16	27	14	23	44	73	38	63
Membro de Família	0	0	0	0	2	3	1	2	58	97	59	98
Religioso	0	0	0	0	11	18	10	17	49	82	50	83
Passatempo/Amador	2	3	4	7	12	20	29	48	46	77	27	45
Part. Organizações	4	7	9	15	21	35	25	42	35	58	26	43

Na Tabela 5, notamos que nos dois grupos o maior índice de “papel desempenhado somente no passado” (PS) foi o papel de estudante, este mesmo papel também teve o maior índice em relação ao padrão “perda somente no presente” (P) nos grupos. Além deste, os pacientes com obesidade citaram mais os papéis de trabalhador, religioso e passatempo/amador; e o grupo controle os papéis de voluntário e cuidador.

Para Faria e Leite (2012), o retorno ao papel de estudante no tempo futuro pode ser em decorrência dos pacientes sentirem-se mais confiantes, pois terão perdido peso após a cirurgia bariátrica.

TABELA 5

Padrão de desempenho de papéis ocupacionais do grupo de estudo e do grupo controle (em porcentagem)

Papéis Ocupacionais	PS		P		G		PF		PP		N		C		A	
	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C
Estudante	18	60	67	27	0	0	0	0	0	2	2	0	13	12	0	0
Trabalhador	2	8	35	18	0	7	2	8	0	0	2	3	60	55	0	0
Voluntário	2	7	23	28	0	3	2	0	2	3	63	37	3	13	7	27
Cuidador	0	7	23	28	0	3	10	12	2	3	5	12	60	27	0	8
Serviço Doméstico	0	2	2	0	0	5	3	15	3	0	12	3	55	48	3	7
Amigo	3	7	23	2	0	5	3	25	0	0	12	3	55	48	3	10
Membro de Família	0	0	13	0	0	5	5	27	0	0	7	7	73	57	2	5
Religioso	2	5	33	17	0	5	5	10	0	0	25	15	25	38	10	10
Passatempo/Amador	0	12	30	7	0	2	8	8	0	0	27	15	32	27	3	30
Part. em Organizações	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	17	27	0	0	78	72

Nota 1. PS - Desempenhado somente no passado, P - Perda somente no presente, G - Ganho somente no presente, PF - Desempenhado a partir do presente, PP - Desempenhado até o presente, N - Novo papel no futuro, C – Contínuo, A – Ausente

Nota 2. E – Grupo de Estudo; C – Grupo Controle

Em relação ao padrão de desempenho “ganho somente no presente”, o grupo de estudo não apresentou nenhum papel. Diferentemente deles, no grupo controle, apenas os papéis de estudante e participante em organizações, não foram citados.

Quanto a exercer um “novo papel no futuro” (N), o mais apontado foi o de voluntário com 63% no grupo de estudo e 37% no outro grupo. Para Cruz (2012) e Rebellato (2012), o papel de voluntário representa uma prática tradicional no Brasil, muitas vezes relacionadas a questões religiosas ou assistenciais. Porém, há poucas décadas que foi legislada e sofreu transformações na sua dinâmica de atuação, ganhando nova visibilidade. Estes achados podem ser atribuídos a esta expectativa que os indivíduos têm de desempenhá-lo no futuro.

No padrão de desempenho “contínuo” (C) ambos os grupos não citaram o papel participante em organizações. Enquanto 73% dos pacientes e 57% dos indivíduos com peso normal citaram o papel membro de família. E o papel de trabalhador foi mencionado por 60% dos pacientes com obesidade.

Para exercer o papel de trabalhador é exigido que o indivíduo tenha capacidade emocional e física, porém esta capacidade física muitas vezes fica comprometida, sofre alterações ou até interrupções devido a obesidade mórbida (Cestari, 2011). Isto pode ter contribuído para que aproximadamente 40% dos pacientes não tenham desempenhado este papel em todos os tempos questionados. Ou também por barreiras sociais, as quais reforçam o culto pelo corpo magro e ignoram as qualidades internas e inerentes de cada indivíduo (Sokalingam et al., 2015).

Como observamos, 73% dos pacientes citaram o papel membro de família, o que corrobora com outros estudos que mostram a importância desta interação familiar, pois as mudanças que ocorrem devido a obesidade e ocorrerão após a cirurgia envolvem todos os indivíduos que estão ao seu redor. Podendo causar impactos na dinâmica familiar, como por exemplo, nos hábitos alimentares (Braga, 2009; Zaiden, 2014).

Os papéis de estudante, trabalhador e cuidador foram mencionados pelos pacientes entrevistados em pelo menos algum tempo, seja no passado, no presente ou no futuro, por isso não apareceram no padrão de desempenho “ausente” (A). Os papéis de estudante e participante em organizações não foram citados como desempenhados “a partir do presente” (PF) em ambos os grupos.

O papel de cuidador foi e é desempenhado pela maioria dos pacientes com obesidade no tempo presente, estes resultados são contrários aos encontrados em outros estudos, nos quais os participantes sentiam-se incapazes de cuidar do outro devido aos seus acentuados problemas de saúde (Cruz, 2012; Zaiden, 2014).

E em relação aos papéis desempenhados “até o presente” (PP) foram citados por uma pequena porcentagem dos grupos os papéis de voluntário e cuidador. A única diferença foi que no grupo de estudo também apareceu o serviço doméstico, e no GC o papel de estudante.

O papel serviço doméstico apresentou altos índices de desempenho durante todos os tempos, o que corrobora com Zaiden (2014), porém discorda de Moraes (2004), que encontrou que os indivíduos com excesso de peso apresentavam dificuldades na realização desse papel por causa da locomoção debilitada, presença de dores e desconforto físico. Contudo, podemos afirmar que os pacientes do presente estudo desempenham estes papéis apesar de também apresentarem as queixas citadas anteriormente, porém por falta de condições financeiras, precisam desempenhá-las.

Por causa das comorbidades e suas respostas incapacitantes acabam conseqüentemente por afastar o indivíduo com obesidade de seu trabalho, do lazer e das atividades físicas. Um dos focos do terapeuta ocupacional é ajudar a controlar e minimizar estas comorbidades, elaborando junto ao paciente uma rotina que proporcione experiências significativas e motivacionais, além de objetivar o sucesso no desempenho ocupacional (Oliveira, 2014).

A avaliação da qualidade de vida pelo questionário SF-36 mostrou que há diferença entre os grupos, pois todos os domínios do grupo de estudo apresentaram escores abaixo do que os do grupo controle, principalmente em capacidade funcional e limitações por aspectos físicos, com diferença de 58,1 e 49,6 pontos, respectivamente; o domínio menos afetado foi saúde mental. Portanto, em uma escala em que o escore 100 é considerado como melhor estado de saúde, podemos dizer que a qualidade de vida dos pacientes com obesidade está prejudicada (Figura 8).

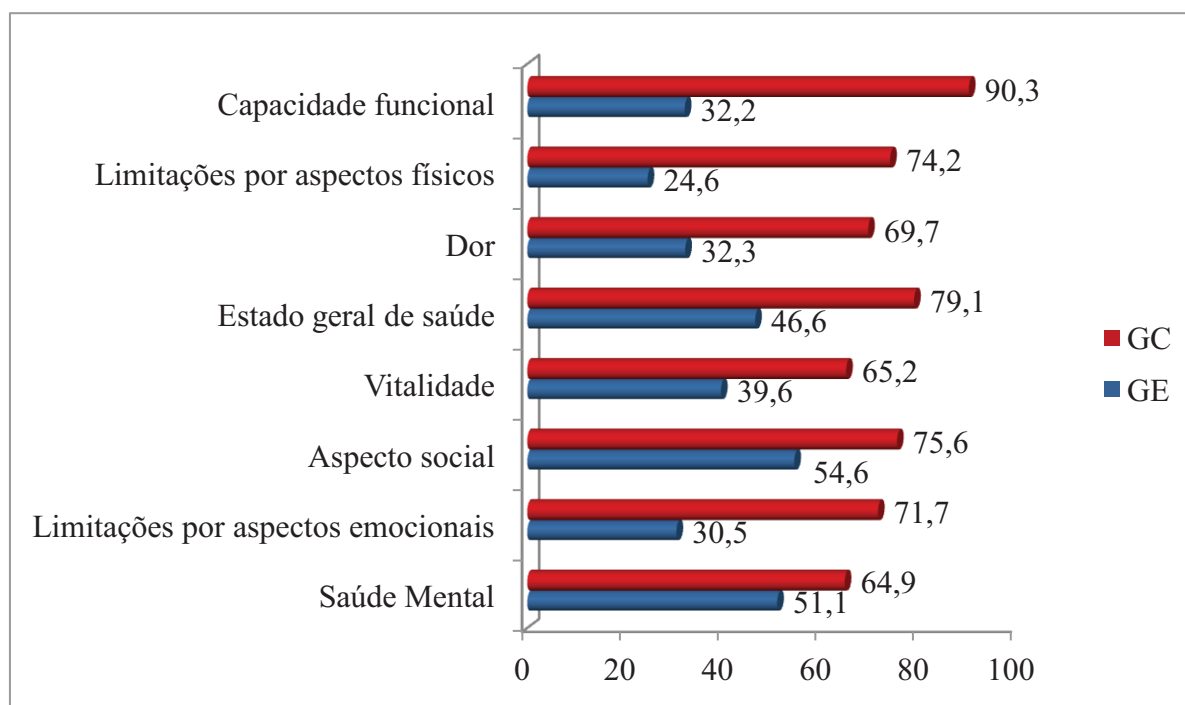


FIGURA 8

Comparação da qualidade de vida do grupo de estudo com o grupo controle

Quando comparados os domínios da Qualidade de Vida entre os grupos, observamos que todos tiveram uma diferença estatisticamente significativa do grupo de estudo em relação ao grupo controle. O domínio com a menor diferença foi “Saúde Mental”, porém não menos significativa (Tabela 6).

Um estudo realizado no Reino Unido avaliou a qualidade de vida de pacientes obesos mórbidos e a comparou no momento pré e pós-cirurgia bariátrica, o qual revelou comprometimento na mobilidade, no autocuidado, na ansiedade e na depressão, com melhora após a cirurgia (Date et al., 2013). Estes resultados são similares aos encontrados no presente estudo, que encontramos piores índices de qualidade de vida na capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e por aspectos emocionais.

Uma pesquisa australiana também utilizou o questionário de qualidade de vida SF-36 para avaliar adolescentes com obesidade e comparar com jovens adultos com obesidade, e os resultados condizem com os de nosso estudo, no qual os componentes físicos estão mais afetados que a saúde mental (Dixon, Rice, Lambert, E. & Lambert, G., 2015).

Outro estudo encontrado na literatura internacional utilizou uma avaliação de qualidade de vida diferente, mas também encontrou prejuízos na capacidade funcional, a qual continha itens sobre cuidado pessoal, mobilidade/transferência e locomoção. O que corrobora com nossos achados, porém este estudo internacional também fez um comparativo três meses após a cirurgia e mostrou melhoras nestes prejuízos. Portanto, podemos considerar que a cirurgia bariátrica traz diversos benefícios aos indivíduos, não apenas nos aspectos clínicos, mas também nos aspectos relacionadas a qualidade de vida (Vargas, Picolli, Dani, Padoin & Mottin, 2013).

TABELA 6

Comparação entre os domínios da Qualidade de Vida do grupo de estudo e do grupo controle

Domínios	GE	GC	<i>P-valor</i>
Capacidade Funcional	32,2	90,3	0,0001
Limitações por Aspectos Físicos	24,6	74,2	0,0001
Dor	32,3	69,7	0,0001
Estado Geral de Saúde	46,6	79,1	0,0001
Vitalidade	39,6	65,2	0,0001
Aspectos Sociais	54,6	75,6	0,0001
Limitações por Aspectos Sociais	30,5	71,7	0,0001
Saúde Mental	51,1	64,9	0,0003

Por ser a Terapia Ocupacional uma ciência que detém conhecimento sobre as capacidades funcionais, especialmente quando existem prejuízos nestes componentes ocupacionais, é capaz de prescrever soluções para tornar a vida deste indivíduo com obesidade mais fácil, priorizando o seu bem-estar e sua autonomia (Oliveira, 2014).

SUGESTÕES

Portanto, cabe ao terapeuta ocupacional avaliar e intervir com recursos específicos, considerando como um dos seus objetivos prioritários a promoção ou restauração do desempenho ocupacional e promoção da qualidade de vida. Como também, proporcionar atividades de cuidado pessoal, estimular a melhora do relacionamento social, uso do tempo livre, promover adaptações para facilitar o desempenho nas atividades de vida diária e prática, buscando a autonomia, a independência e o empoderamento deste indivíduo com obesidade.

Além de auxiliar este indivíduo no pós-cirúrgico, já que este se depara com novas práticas as quais não estava habituado, como comer pequenas porções de alimentos saudáveis em intervalos previamente determinados, ou praticar atividade física.

CONCLUSÃO

Sugere-se que a obesidade mórbida afeta a vida ocupacional dos pacientes, a maioria deles com perdas no desempenho dos seus papéis ocupacionais no tempo presente, porém com expectativas para o futuro.

Estes indivíduos também apresentaram maiores dificuldades nos domínios físicos e emocionais e menores prejuízos nos domínios: social e saúde mental. Além de experimentarem diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física e na realização de atividades de vida diária. Com essas limitações ocorreu um prejuízo na qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, C.P., Vitagliano, E., Yamada, J.Y., Fagundes, C., Garcia, R.E., Braga, R., ..., Gaspar, A.P. (2011). Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. *Acta Fisiatr*, 18(2), 71-74. Acesso em: 10 jan 2017. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=81
- Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2010). Diretrizes Brasileiras de Obesidade. Acesso em: 20 set 2016. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
- Baillot, A., Mampuya, W.M., Comeau, E., Méziat-Burdin, A., & Langlois, M.F. (2013). Feasibility and impacts of supervised exercise training in subjects with obesity awaiting Bariatric Surgery: a pilot study. *Obes Surg*, 23 (7), 882-91. doi: 10.1007/s11695-013-0875-5
- Braga, L.R. (2009). *A influência que a relação familiar pode exercer no paciente pós-cirurgia bariátrica*. (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário Jorge Amado, Salvador.
- Carvalho, C.R.A. (2012). A Identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. *Saúde Soc*, 21(2), 364-371. Acesso em: 04 mar 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a10v21n2.pdf>
- Cestari, L.M.Q. (2011). *Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa*. (Dissertação Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Ciconelli, R.M., Ferraz, M.B., Santos, W., & Meinão, I., Quaresma, M.R. (1999). Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, 39(3), 143-150.
- Conselho Federal de Medicina (2015). Resolução CFM nº 2.131/15 de 12 de novembro de 2015. Acesso em: 16 fev 2017. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf
- Cordeiro, J.J.R. (2005). *Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil*. (Dissertação Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Cordeiro, J. J. R., Carmeliet, A., Oakley, F. & Jardim, J. R. (2007). Cross-cultural reproducibility of the Brazilian portuguese version of the role checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Occup. Ther.*, 61(1), 33-40.
- Cruz, D.M.C. (2012). *Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo*. (Tese de Doutorado em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Date, R.S., Walton, S.J.Y., Ryan, N., Rahman, S.N., & Henley, N.C. (2013). Is selection bias toward super obese patients in the rationing of metabolic surgery justified?—A pilot study from the United Kingdom. *Surg Obes Relat Dis*, 9, 981-986. doi:10.1016/j.soard.2013.01.022
- Dixon, J.B., Rice, T.L., Lambert, E.A., & Lambert, G.W. (2015). Obese adolescents report better health-related quality of life than obese young adults. *Obes Surg* 25, 2135-2142. doi: 10.1007/s11695-015-1677-8

- Faria, B.V. & Leite, L.S. (2012). Qualidade de vida: um processo avaliativo pós-cirúrgico. *Meta: Avaliação*, 4(10), 78-90. Acesso em 01 mar 2017. Disponível em: <http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/viewFile/123/180>
- Federação Latino-Americana de Endocrinologia (2010). Acesso em: 10 ago 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/91/572a58480cbd8.pdf>
- Ferreira, V.A. & Magalhães, R. (2011). Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2279-2287. Acesso em 20 fev 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a27.pdf>
- Fonseca, J.G.M., Silva, M.K.S., Félix, D.S. (2002). Obesidade: Obesidade – uma visão geral. Em Fonseca, J.G.M. *Obesidade e outros distúrbios alimentares* (pp. 257-278). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Gerhardt, T.E. (2003). Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Cien Saude Colet*, 8(3), 713-726. Acesso em: 01 mar 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17452.pdf>
- Hayden, M.J., Dixon, M.E., Dixon, J.B., Playfair, J., & O'Brien, P.E. (2010). Perceived discrimination and stigmatisation against severely obese women: age and weight loss make a difference. *Obese Facts*, 3(1), 7-14. doi: 10.1159/000273206
- Jacobi, D., Ciangura, C., Couet, C., & Oppert, J.M. (2011). Physical activity and weight loss following bariatric surgery. *Obes Rev*, 12(5), 366-77. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00731.x.
- Kac, G., Melendez, G.V., & Valente, J.G. (2003). Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*, 19(1), 111-118. doi: 10.1590/S0102-311X2003000700012

- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J.A., Duston, E., Mehran, A.,..., Gibbons, M.M. (2010). Exercise following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg*, 20 (5), 657-65. doi: 10.1007/s11695-010-0096-0
- Marchesini, J.B., Marchesini, J.C.D., Freitas, A.C.T. (2012). Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Em Coelho, J.C.U. *Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgia* (pp. 761-778). São Paulo: Atheneu.
- Marcuzzo, M., Pich, S., Dittrich, M.G. (2012). A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 16(43), 943-954. Acesso em 20 fev 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180125203012.pdf>
- Mariano, M.L.L., Monteiro, C.S., & Paula, M.A.B. (2013). Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso mórbido. *Rev Gaucha Enferm*, 34(3), 38-45. Acesso em: 15 fev 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300005
- Ministério da Saúde (2015a). Obesidade estabiliza no Brasil, mas excesso de peso aumenta. Acesso em 5 out 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17445-obesidade-estabiliza-no-brasil-mas-excesso-de-peso-aumenta>
- Ministério da Saúde (2015b). 71% dos brasileiros tem os serviços de saúde como referência. Acesso em 10 fev 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17961-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>
- Mittal, S. (2008). *The Metabolic Syndrome in Clinical Practice*. Londres: Springer-Verlag.

- Morais, L.V., Santos, J.E., Cabrera, C.C., & Ribeiro, R.P.P. (2002). A vida cotidiana na obesidade mórbida: um espaço para a assistência da Terapia Ocupacional. *Revista Diagn. Tratamento*, 7(4), 18-21.
- Morais, L.V. (2004). *A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional*. (Dissertação Mestrado em Ciências Médicas). Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP.
- Oliveira, M. L. (2013). Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. (Tese de Doutorado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília, Brasília.
- Oliveira, N.S.R. (2014). *Contribuições da Terapia Ocupacional no tratamento de obesos mórbidos*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade de Brasília, Brasília.
- Orbach, S. (2003). *Sobre a comida: reaprenda a comer e mude sua vida*. Rio de Janeiro: Record.
- Petribu, K., Ribeiro, E.S., Oliveira, F.M.F., Braz, C.I.A., Gomes, M.L.M., Araújo, D.E., ..., Ferreira, M.N.L. (2006). Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do hospital universitário Oswaldo Cruz em Recife, PE. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 50(5), 901-908.
- Puhl, R.M. & Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 17, 941–64.
- Rebellato, C. (2012). *Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional*. (Dissertação Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Rosa, M.C., Leite, F.C., & Moya, C.I.S. (2009). *Obesidade mórbida: algumas considerações sobre a qualidade de vida após gastroplastia*. Trabalho apresentado no XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós Graduação, São José dos Campos, SP.

- Rutledge, T., Braden, A.L., Woods, G., Herbst, K.L., Groesz, L.M., Savu, M. (2012). Five-year changes in psychiatric treatment status and weight-related comorbidities following Bariatric Surgery in a veteran population. *Obes Surg*, 22(11), 1734-41. doi: 10.1007/s11695-012-0722-0
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2013). Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCB)*. Acesso em: 20 mar 2014. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/causas/>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2013). Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCB)*. Acesso em: 20 mar 2014. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/prevencao/>
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2013). Números da Obesidade no Brasil. *Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)*. Acesso em: 25 abr 2014. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>
- Sockalingam, S., Wnuk, S., Kantarovich, K., Meaney, C., Okrainec, A., Hawa, R., Cassin, S. (2015). Employment outcomes one year after bariatric surgery: the role of patient and psychosocial factors. *Obes Surg*. 25, 514-522. doi: 10.1007 / s11695-014-1443-3
- Sudo, N. & Luz, M.T. (2007). O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 1033-1040. Acesso em 20 fev 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/21.pdf>
- Tavares, T.B., Nunes, S.M., & Santos, M.O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais*, 20(3), 359-366.
- Toloni, Longo-Silva, Goulart & Taddei, (2011). Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev. Nutr.*, 24(1), 61-70.

- Turchiano, M., Saunders, J.K., Fernandez, G., Navie, L., Labrador, L., Parikh, M. (2014). Bariatric surgery may improve employment status in unemployed, underserved, severely obese patients. *Obes Surg*, 24(5), 692–5. doi: 10.1007 / s11695-013-1140-7
- Vargas, C.B., Picolli, F., Dani, C., Padoin, A.V., & Mottin, C.C. (2013). Functioning of obese individuals in pre and postoperative periods of bariatric surgery. *Obes Surg*, 23, 1590-1595. doi: 10.1007/s11695-013-0924-0
- World Health Organization (1995). Body mass index classification - report of a WHO consultation on obesity. *World Health Organization (WHO)*. Acesso em: 10 mar 2014. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- World Health Organization (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity. *World Health Organization (WHO)*. Acesso em 10 mar 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>
- Zaiden, M.P. (2014). Qualidade de Vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pós-cirurgia bariátrica. (Dissertação Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Zottis, C. & Labronici, L.M. (2003). *O corpo obeso e a percepção de si*. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer n.º 576.114

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 28117114.5.0000.5415 sob a responsabilidade de Natalia Calil Ambrosio Molinari com o título "Identificação dos papéis ocupacionais e qualidade de vida de pacientes com obesidade" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 01 de abril de 2014.

Luciano Garcia Lourenção
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Vice-Presidente do CEP/FAMERP

ANEXO 2

Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Parte 1

Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

Papel	Passado	Presente	Futuro
Estudante: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
Trabalhador: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
Voluntário: Serviços gratuitos, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
Cuidador: Responsabilidade, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
Serviço Doméstico: <i>Pele menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado da casa através de serviços, como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
Amigo: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
Membro de Família: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
Religioso: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a uma religião (excluindo-se o culto religioso)			
Passatempo/Amador: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
Participante em Organizações: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em organizações como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
Outro: Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

Parte 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

Papel	Nenhuma Importância	Alguma Importância	Muita Importância
Estudante: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
Trabalhador: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
Voluntário: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
Cuidador: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana , em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
Serviço Doméstico: Pelo menos uma vez por semana , responsável pelo cuidado da casa através de serviços, como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
Amigo: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com amigo.			
Membro de Família: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
Religioso: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em grupos ou atividades filiadas a uma religião (excluindo-se o culto religioso)			
Passatempo/Amador: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
Participante em Organizações: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em organizações como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
Outro: Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

ANEXO 3

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida / SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 – Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 – Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

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

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

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

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

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

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

APÊNDICE 1

Questionário estruturado para caracterização dos dados
sociodemográficos e clínicos

I. Identificação:

1.Nome:

2.Idade Completa _____ Data de Nascimento:

_____/_____/_____

3. Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

4.Naturalidade: _____

5.Procedência _____

 Urbana Rural

6.Cor da Pele:

 Branca Parda Negra Oriental Indígena

7.Religião Atual:

 Católica Espírita Evangélica Protestante Outra _____

8.Grau de Escolaridade

 Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Técnico

9.Estado Civil:

 Solteiro(a) Casado(a) Vivendo como casado(a)
 Divorciado/Separado(a) Viúvo(a)

10. Composição Familiar:

Quantos filhos você tem? _____

Quantas pessoas moram em sua residência (excluindo você) _____

11. Habitação:

 Própria Financiada Alugada Cedida Outras _____

II. Ocupação

1. Atualmente você está:

- () Trabalhando com registro em carteira () Trabalhando como autônomo (a)
 () Trabalhando em casa () Desempregado (a) () Afastada. Por quê? _____
 () Aposentado(a) por problema de saúde? Quais? _____
 () Aposentado(a) por tempo de serviço ou idade.
 () Não trabalha. Por quê? _____
 () Outros: _____

2. Ocupação atual: _____

3. Qual é a renda de sua família? _____

III. Situação Clínica Atual:

(Podem ser assinaladas mais de uma alternativa)

1. Você sofre com alguma destas doenças citadas?

- () Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Colesterol aumentado
 () Problemas com relação ao sono.
 () Doenças da Tireóide () Outras. Especifique: _____

IV. História Nutricional:

1. No momento você está fazendo dieta para perder peso?

- () Sim () Não

2. Por que você acha que engordou ou continua engordando?

- () Excesso de alimentação () Gravidez () Casamento () Falta de atividade física () Menopausa () Doença. Qual? _____ ()
 Outras causas. Especifique: _____

3. Quais as situações em que você come mais?

- () Quando este com algum problema. Especifique: _____
 () Quando está ansiosa. () Quando está se sentindo triste.
 () Quando está sozinha em casa. () Não existem situações específicas.
 () Não sabe. () Outras. Especifique: _____

V. Vida Cotidiana e Relacionamento Interpessoal:

(Podem ser assinaladas mais de uma alternativa)

1. Como você ocupa a maior parte do seu tempo livre?

Assistindo TV Dormindo Utilizando computador (redes sociais, jogos)

Realizando trabalhos manuais Passeando Visitando amigos, parentes

Outras Atividades. Especifique: _____

2. Você acha que a obesidade interfere no seu relacionamento interpessoal:

a) Pessoas em geral - Sim Não Às vezes

b) Amigos - Sim Não Às vezes

c) Familiares - Sim Não Às vezes

3. Você acha que a obesidade interfere no relacionamento do casal?

Sim Não Às vezes

4. Você acha que a obesidade interfere na sua atividade sexual?

Sim Não Às vezes

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para as pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução nº 466/12 – CNS)

“Identificação de papéis ocupacionais e qualidade de vida de pacientes com obesidade”

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você tem apresenta algum grau de obesidade, que poderá aumentar o conhecimento a respeito do desempenho dos papéis ocupacionais e da qualidade de vida, com o título “Identificação de papéis ocupacionais e qualidade de vida de pacientes com obesidade”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo desse estudo é identificar o desempenho dos papéis ocupacionais e a qualidade de vida dos pacientes com obesidade, inseridos no protocolo de Cirurgia Bariátrica; e comparar estes resultados com os de indivíduos com peso normal.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado por meio de um convite pessoal, e caso aceite participar do estudo, responderá a três questionários: para caracterização sociodemográfica e clínica, para identificação dos papéis ocupacionais e o de qualidade de vida

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

O procedimento poderá trazer o seguinte risco: constrangimento devido a perguntas pessoais sobre peso, história clínica e cotidiana. É, é possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir se a obesidade é capaz de interferir no desempenho dos papéis ocupacionais e na qualidade de vida; e com isto buscar novas estratégias para auxiliar esta população.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o pesquisador responsável Natalia Calil Ambrosio Molinari pelo e-mail nataliacamolinari@hotmail.com ou pelo telefone (17) 98111-8771.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Natalia Calil Ambrosio Molinari
(Pesquisador responsável)

Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos
(Orientador)

Participante da Pesquisa ou Responsável