

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
TERAPIA OCUPACIONAL**

**QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS E
USO DO TEMPO NA PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS OBESOS PRÉ E
PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**

MARINA PEREIRA ZAIDEN

São Carlos - SP

2014

**QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS E
USO DO TEMPO NA PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS OBESOS PRÉ E
PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Luísa Guillaumon Emmel.

São Carlos – SP

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

Z21qv

Zaiden, Marina Pereira.

Qualidade de vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pré e pós-cirurgia bariátrica / Marina Pereira Zaiden. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
108 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Terapia ocupacional. 2. Obesidade. 3. Cirurgia bariátrica. 4. Qualidade de vida. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

66-1

Prof. (a) Dr. (a) Maria Luisa G. Emmel
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos

Luciene

Prof. (a) Dr. (a) Luciene V. M. Albumusse
Universidade Federal de São Paulo

Daniel Marinho Cruz da Cruz

Prof. (a) Dr. (a) Daniel M. C. Cruz
Universidade Federal de São Carlos

Iracema

Prof. (a) Dr. (a) Iracema Vergotti Ferrigno
Universidade Federal de São Carlos

A Deus, por permitir que esse sonho se concretizasse.

À minha mãe Regina Célia, por ser minha fonte de inspiração, apoio e amor.

À minha filha Maria Flor, por ter me ensinado o real sentido da palavra amor.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ter embarcado comigo na realização desse sonho, e ter me ensinado a valorizar as pequenas coisas, agradeço principalmente, porque sem a sua ajuda eu jamais conseguiria concluir essa etapa. Amo você com toda a força do meu coração.

À minha filha Maria Flor, que enfrentou junto comigo todos os obstáculos que apareceram nessa caminhada, me ensinando a respeitar o tempo e me tornar um ser humano completo. O amor que sinto por você é inexplicável, fiquei sabendo que seria mãe no mesmo dia que saiu o resultado do mestrado, ganhei dois presentes de uma vez só. Agradeço a Deus, porque com a sua chegada a minha vida foi transformada, te amo mais do que tudo, minha princesa.

Ao meu marido Pedro por toda a paciência e dedicação, meu eterno companheiro, amo você.

Aos meus irmãos Miguel e Luciana, que são acima de tudo, meus grandes amigos e as pessoas com quem sempre poderei contar nessa vida, amo vocês.

A minha cunhada Michele, a minha amiga Marlúcia e a minha prima Daniela, por me ensinarem o valor da amizade verdadeira, serei sempre muito agradecida.

Ao Doutor Reginaldo Ceneviva, que permitiu a realização da coleta dos dados dessa pesquisa.

À Professora Maria Luísa G. Emmel, que possibilitou valorosa oportunidade de aprendizado, pautada na confiança, valorização do trabalho e amizade. Agradeço profundamente por ter me dado a oportunidade de modificar a minha vida.

Aos pacientes do grupo de obesidade e cirurgia bariátrica que foram a fonte de inspiração desse trabalho.

A CAPES pelo apoio financeiro.

A todos que, de alguma forma, acreditaram e apoiaram este trabalho, colaborando com o meu aprendizado, conclusão e sucesso da pesquisa. Muito obrigada!

*“Para tudo há uma ocasião certa;
Há um tempo certo para cada propósito
Debaixo do céu:
Tempo de nascer e tempo de morrer,
Tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou,
Tempo de matar e tempo de curar,
Tempo de derrubar e tempo de construir,
Tempo de chorar e tempo de rir,
Tempo de prantear e tempo de dançar,
Tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las,
Tempo de abraçar e tempo de se conter,
Tempo de procurar e tempo de desistir,
Tempo de guardar e tempo de jogar fora,
Tempo de rasgar e tempo de costurar,
Tempo de calar e tempo de falar,
Tempo de amar e tempo de odiar,
Tempo de lutar e tempo de viver em paz.”*

(Eclesiastes 3:1-8)

RESUMO

Introdução: A obesidade é um assunto de interesse universal e sua prevalência vem aumentando em níveis de epidemia no mundo inteiro. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. No presente estudo, os indivíduos pesquisados foram obesos grau III, que devido ao excesso de peso, apresentam impacto negativo da qualidade e expectativa de vida, por não conseguirem perder peso através de tratamentos menos invasivos. Através desse contexto, pode-se observar que ocorre o aumento das indicações das cirurgias bariátricas devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos grau III, objetivando dessa maneira prognósticos positivos em relação à condição de vida do indivíduo. Nesse estudo, observa-se também o desempenho dos papéis ocupacionais e o grau de importância dado a cada um deles e o uso do tempo dedicado a atividades que permeiam a rotina dos indivíduos. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo geral, avaliar e comparar a qualidade de vida, o desempenho dos papéis ocupacionais e o tempo dedicado à realização de atividades rotineiras, de indivíduos com obesidade, antes e após a realização da cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, tipo *cross-section*, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, com a participação de 80 sujeitos, divididos em 2 grandes grupos: grupo pré operatório e grupo pós operatório (pós 3 meses, pós 6 meses e pós 12 meses). Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário de qualidade de vida *WHOqolbref*; Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais e Relógio de Atividades. **Resultados:** Em relação à qualidade de vida, verificou-se que o grupo pós-operatório apresentou média superior ao pré-operatório em todos os domínios avaliados (Físico, Psicológico, Social, Ambiental, Total), sendo que todas as diferenças observadas foram significativas e que os domínios correlacionaram-se entre si. Os resultados da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais apontaram que, em relação ao passado, os papéis mais marcados pelo grupo pré operatório foram: estudante, trabalhador e passatempo; no presente, os papéis de serviço doméstico, família e religioso se sobressaíram; e no futuro, destacaram-se os papéis de passatempo, estudante e voluntário. Já no grupo pós- operatório, no tempo passado, os papéis de estudante, voluntário, trabalhador e serviço doméstico foram os mais evidenciados; no presente, os papéis mais marcados por esse grupo foram serviço doméstico, família e amigo; e no futuro, observou-se que os papéis de maior destaque foram de voluntário, estudante e trabalhador. Em relação ao grau de importância, verificou-se que os indivíduos do grupo pós- operatório tenderam a dar muita importância para todos os papéis estudados, enquanto os indivíduos do grupo pré

tenderam a dar nenhuma importância para o papel organizações. A análise dos resultados quanto ao tempo gasto com trabalho, atividades com a família e atividades pessoais durante a semana e final de semana, apontou que, apesar de próximas, as médias do grupo pós-operatório foram superiores ao pré-operatório em todas as variáveis analisadas. **Conclusão:** O estudo permitiu vislumbrar o contexto do cotidiano de indivíduos em situação de obesidade grau III nos momentos pré e pós-operatórios, observando-se todas as similaridades e diferenças envolvidas nesses períodos. Denota-se a complexidade dos temas envolvidos e a relevância de conhecimento da carreira ocupacional, do impacto da qualidade de vida e a divisão singular ou simultânea do tempo em relação a momentos distintos na vida desses indivíduos. Outros estudos são sugeridos para o aprofundamento teórico e empírico, visando o acompanhamento de tendências e trajetórias da obesidade grau III.

PALAVRAS CHAVES: obesidade; cirurgia bariátrica; papéis ocupacionais; qualidade de vida, uso do tempo.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a matter of universal concern and its prevalence is increasing at epidemic levels worldwide. It is considered a chronic, multifactorial disease characterized by excessive accumulation of adipose tissue in the body. In the present study, the individuals surveyed were obese grade III, due to excess weight, have a negative impact on the quality and life expectancy, for failing to lose weight through less invasive treatments. Through this context, it can be observed that increasing indications of bariatric surgery because of the need for more effective intervention in the clinical management of grade III obese patients, aiming these way positive predictions regarding the condition of life of the individual occurs. In this study, it is also observed, the performance of occupational roles and the degree of importance given to each of them and the use of time devoted to activities that constitute the routine of individuals. **Objective:** The study had as main objective, to evaluate and compare the quality of life, the performance of occupational roles and the time spent performing routine activities of individuals with obesity before and after bariatric surgery. **Methodology:** This was a cross-sectional study with a cross-section type quantitative approach, performed at the Hospital of Ribeirão Preto, with the participation of 80 subjects divided into 4 groups of 20 patients each: pre-surgical group after group surgical 3 months, 6 months post-surgical and post surgical group 12 months. The following instruments were used: Role Checklist, Clock Activities and WHOQOL BREF quality of life questionnaire. **Results:** In relation to quality of life, it was found that the postoperative group showed higher than preoperatively in all these domains (Physical, Psychological, Social, Environmental), it was found that all differences were significant and that areas correlated with each other. The results of the Role Checklist, pointed out that in the past the role more marked by pre student, worker and hobby group were, at present, the role of domestic service, family and religious excelled, and in the future, the most important up the roles of hobby, student and volunteer. The post operative group in the past the roles of student, volunteer, work and domestic service were the most evident, at present, more marked papers by this group were domestic service, family and friends, and in the future, it was observed that roles were more prominent, volunteer, student and worker. Regarding the degree of importance it was found that individuals in the postoperative group tended to give much importance to all papers studied, while those of the pre group tended to give any importance to the role organizations. The results regarding the time spent on work, activities with family and personal activities during the week and weekend, pointed out that, although similar, the means of the postoperative group were higher than the preoperative in all variables.

Conclusion: The study provided a glimpse of the context of everyday life for individuals in a state of morbid obesity and postoperative, observing all the similarities and differences involved in these periods. Denotes the complexity of the issues involved and the relevance of knowledge about occupational career, the impact of quality of life and natural or simultaneous division of time in relation to different moments in the lives of individuals. Further studies are suggested to the theoretical and empirical depth, aiming at monitoring trends and trajectories of morbid obesity.

KEYWORDS: obesity, bariatric surgery, occupational roles, quality of life, use of time.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparação das silhuetas relacionadas ao IMC.....	21
Figura 2 – Ilustração de indivíduo com obesidade grau III.....	22
Figura 3 – Ilustração do tipo de cirurgia: Gastroplastia com Derivação Intestinal.....	26
Figura 4 – Ilustração do tipo de cirurgia: Gastrectomia Vertical	26
Figura 5 – Ilustração do tipo de cirurgia: Banda Gástrica.....	27
Figura 6 – Boxplot de cada variável em cada grupo (Qualidade de Vida)	55
Figura 7 – Cruzamento entre a primeira e a segunda dimensão da análise de correspondência.....	66
Figura 8 – Boxplot de cada variável em cada grupo (Papéis Ocupacionais.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Médias de cada domínio em cada grupo avaliado.....	55
Gráfico 2 – Gráfico de médias para os grupos pré e pós nos três períodos de tempo analisados.....	59
Gráfico 3 – Médias de cada variável em cada grupo analisado.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação do risco de comorbidades relacionado ao IMC.....	17
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	52
Tabela 2 – Fatores desencadeantes da obesidade de acordo com a percepção de cada indivíduo.....	53
Tabela 3 – Medidas descritivas de cada variável em cada grupo.....	54
Tabela 4 – Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas.....	56
Tabela 5 – Teste M de Box para igualdade entre matrizes de covariâncias dos grupos...	56
Tabela 6 – MANOVA para igualdade entre os grupos com relação aos cinco domínios analisados.....	57
Tabela 7 – Teste de comparações múltiplas entre os grupos para cada variável.....	57
Tabela 8 – Porcentagens de indivíduos que relacionaram os papéis ocupacionais ao longo do tempo (passado/ presente/ futuro).....	58
Tabela 9 – Médias e desvio padrão para número de papéis dos dois grupos avaliados no passado, presente e futuro.....	59
Tabela 10 – Teste de esfericidade (Critério de Mauchly).....	60
Tabela 11 – Análise de Variância (ANOVA) com correção de Huynh-Feldt – TEMPO.....	60
Tabela 12 – Análise de Variância (ANOVA) – GRUPO.....	60
Tabela 13 – Teste de comparações múltiplas para tempo.....	61
Tabela 14 – Importância dada aos papéis ocupacionais por cada grupo avaliado.....	62
Tabela 15 – Decomposição da inércia e Qui- Quadrado.....	63
Tabela 16 – Qualidade, massa e inércia para cada categoria avaliada.....	64
Tabela 17 – Contribuição à inércia em cada dimensão.....	65
Tabela 18 – Medidas descritivas de cada variável em cada grupo.....	67
Tabela 19 – Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas.....	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Obesidade.....	16
1.2 Obesidade Grau III e Qualidade de Vida.....	20
1.3 Cirurgia Bariátrica.. ..	25
1.4 Papéis Ocupacionais.....	31
1.5 O Uso do Tempo e o Cotidiano.....	34
2 OBJETIVO	41
2.1 Objetivo Geral.....	41
2.2 Objetivos Específicos.....	41
3 MÉTODO	42
3.1 Delineamento.....	42
3.2 Participantes.....	42
3.3 Caracterização do local da coleta de dados.....	43
3.4 Instrumentos de coleta.....	45
3.5 Procedimentos.....	48
3.6 Tratamento dos dados coletados.....	48
3.7 Aspectos éticos.....	50
4 RESULTADOS	51
5 DISCUSSÃO	71
6 CONCLUSÃO	87
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÊNDICES	97
ANEXOS	101

APRESENTAÇÃO

Após concluir o curso de Terapia Ocupacional em 2009, tive a oportunidade de ingressar em um programa de aprimoramento profissional de Terapia Ocupacional, com ênfase em Contextos Hospitalares, no Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Durante a realização do aprimoramento tive a oportunidade de integrar à equipe multidisciplinar de atendimento do setor de Obesidade e Cirurgia Bariátrica, que recebia pacientes encaminhados de toda região, para que estes pudessem receber o suporte necessário ao transtorno alimentar que apresentavam.

No período em que ali estive, pude participar das reuniões realizadas nos grupos pré - operatórios e pós- operatórios de cirurgia bariátrica, constatando que existem muitas diferenças relacionadas a esses dois períodos; diferenças essas que são evidenciadas na qualidade de vida, na aquisição e ampliação dos papéis que desempenham no cotidiano, na percepção da independência funcional de cada um e nas perspectivas de mudança e melhora que são de caráter subjetivo e que afligem integralmente a vida. O trabalho realizado pela equipe multidisciplinar é de grande valia para essa população, sendo que os resultados após as intervenções são positivos e refletem na recuperação pós- operatória. Pude constatar também, que a intervenção do terapeuta ocupacional é benéfica e importante para os participantes do grupo, visto que esse profissional insere-se no cotidiano do outro, visando reorganizar e adaptar os contextos que permeiam a rotina de vida dos indivíduos, resgatando papéis dados como perdidos e ampliando o leque de possibilidades existentes antes e após a cirurgia bariátrica.

Na busca por referências bibliográficas que pudessem embasar minha intervenção com tal clientela, percebi que existiam poucos estudos relacionados ao olhar da Terapia Ocupacional em relação à obesidade e cirurgia bariátrica, embora, fossem relevantes e necessárias as investigações em relação a essa temática. Denotando-se a importância em gerar novos conhecimentos no campo científico, surgiu o interesse em aprofundar meus conhecimentos em relação à esfera cotidiana dos obesos grau III, e também, dos pós-operados, originando a presente dissertação de mestrado, com objetivo de colaborar no fornecimento de subsídios para estratégias de intervenção e proporcionar recursos terapêuticos eficazes no atendimento a essa clientela, que atualmente vem ganhando proporções epidêmicas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Obesidade

Conhecida atualmente como um dos grandes problemas de saúde pública do mundo, a obesidade vem ganhando destaque no cenário epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Vasconcelos (2006), a palavra obesidade, no decorrer do seu histórico evolutivo de significados, já sofreu inúmeras modificações, que vão desde referências de saúde, beleza e poder, até sua mais atual terminologia: doença.

Definida pela OMS (2002), como: “excesso de gordura corporal acumulada no tecido adiposo, com implicações para saúde”, a obesidade vem sendo considerada como a doença do século XXI, classificando-se como pandemia, devido ao seu alto poder de disseminação na atual sociedade contemporânea (PEREIRA, 2007).

Segundo Mota (2012), no ano de 2005, aproximadamente 1,6 bilhões de adultos em todo mundo, tinham excesso de peso, e pelo menos 400 milhões eram obesos. As estimativas apontam que, em 2015, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão com excesso de peso e 700 milhões serão obesos, sendo que, em 2025, 50% da população mundial será obesa, se medidas preventivas não forem adotadas.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008-2009, a prevalência da obesidade afeta 14,8% da população adulta brasileira, atingindo 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres do país (CONEJO, 2009; OLIVEIRA, 2013).

A obesidade é classificada de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC), que possui um parâmetro considerado confiável e é um dos mais utilizados mundialmente. O IMC define-se como uma avaliação de peso corpóreo, que representa a soma de músculos, ossos, água corpórea e gordura de reserva. Para calculá-lo, deve-se dividir o peso em quilos pela altura ao quadrado (VASCONCELOS, 2006; SBCBM, 2013).

O estudo de Coutinho e Benchimol (2002, p. 13) afirma que: “(...) o Índice de Massa Corpórea representa um instrumento importante tanto para a classificação da obesidade, quanto para a estimativa do prognóstico do paciente obeso”.

O Quadro 1 aponta os riscos de surgimento de comorbidades em relação ao IMC, observando-se que quanto maior o IMC, mais grave o risco de surgimento de doenças associadas a obesidade, considerando os estudos de Anjos (2006) e Conejo (2009), que indicam a obesidade como disparadora de doenças crônicas, ou agudas, sendo classificada entre as que mais matam no mundo.

Quadro 1 - Classificação do risco de comorbidades relacionado ao IMC

IMC	TIPO	COMORBIDADE
Menor do que 18.5	Baixo Peso	Ausente
Entre 18.6 e 24.9	Normal	Ausente
Entre 25 e 29.9	Pré-obeso	Aumentado
Entre 30 e 34.9	Obesidade classe I	Moderado
Entre 35 e 39.9	Obesidade classe II	Grave
Maior do que 40	Obesidade classe III	Muito Grave

Fonte: SBCBM (2013).

De acordo com a representação do Quadro 1, observa-se que ocorre um aumento gradativo das comorbidades em relação ao excesso de peso, constatando-se que na obesidade grau III a incidência dessas doenças é classificada como muito grave, constituindo em sérios riscos para a saúde do indivíduo, muitas vezes comprometendo sua expectativa de vida.

Segundo os estudos de Oliveira et al. (2009), Tavares et al. (2010) e Mancini et al. (2011), esses distúrbios fisiopatológicos (comorbidades) podem ser desencadeados pela obesidade, principalmente nos indivíduos com IMC acima de 30 kg/m², e dentre eles os principais são: distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial, trombose venosa profunda e doença cérebro-vascular), distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus* tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo e infertilidade), distúrbios respiratórios (apnéia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação), distúrbios músculo-esqueléticos (problemas posturais, osteoartrose), neoplasias, dentre outros.

A obesidade é uma doença que acarreta danos que vão além da ordem física, pois causa danos psicológicos e sociais que são relacionados ao estigma e discriminação em decorrência da alteração da imagem corporal, o que resulta em diminuição da autoestima e o surgimento de sintomas depressivos e de ansiedade (MOTA, 2012).

Os estudos de Nogueira et al. (2002) e Mota (2012) afirmam que a imagem corporal refere-se à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento de seu corpo. O descontentamento relacionado ao peso, que muitas vezes leva a uma imagem corporal negativa, advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. Portanto, a obesidade tornou-se um problema de saúde pública com consequências negativas para a saúde do indivíduo. Na pesquisa de Wanderley e Ferreira (2010), são apontadas as comorbidades psíquicas mais enfatizadas no contexto da obesidade, destacando-se os sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares, transtornos compulsivos, transtornos de personalidade e distúrbios da imagem corporal.

A obesidade traz consigo o estigma não apenas de uma doença limitante, mas também de um padrão estético indesejado, dentro de uma ordem cultural que estabelece o culto ao

corpo perfeito como aspecto primordial nas relações humanas, sociais e profissionais, acarretando prejuízos de ordem psicossocial, causando isolamento social e dificuldades nas relações pessoais (REZENDE, 2011).

De acordo com a pesquisa de Oliveira (2013), o investimento com a obesidade, em conjunto com as comorbidades, vem gerando custos alarmantes ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estatisticamente representada em 12% do orçamento do governo, além de causar gastos secundários, como queda de produtividade e a necessidade de adequação de espaços e equipamentos.

Devido a isso, muitos estudiosos começaram a estudar a etiologia dessa doença que vem se dissipando tão rapidamente entre crianças, jovens e adultos, chegando à conclusão de que uma gama de fatores contribui para que ela ocorra, sendo caracterizada, portanto, de etiologia multifatorial. Segundo Coutinho (2007), Wanderley e Ferreira (2010), Tavares et al. (2010), Machado et al. (2011) e Barbieri (2012), a interação dos fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, contribui para que ocorra uma diminuição da expectativa de vida do indivíduo obeso e uma piora em sua qualidade de vida, interferindo, dessa maneira, em sua independência funcional, e aumentando sua prevalência em todos os seguimentos da sociedade.

A regulação do peso corporal sofre influências de determinantes genéticos e de alterações endócrinas, ambientais e fatores regulatórios. Os fatores genéticos podem determinar o IMC e como a gordura vai se distribuir no corpo. Porém, acredita-se que a genética seja responsável por uma predisposição ao excesso de peso, para o qual os fatores ambientais podem desempenhar um grande papel no desencadeamento desta possibilidade (REZENDE, 2011).

Em relação aos determinantes ambientais, pode-se citar: influência do maior *status* econômico, que incide no aumento da oferta de alimento e estilos de vida sedentários, assim como aspectos culturais, que podem facilitar ou dificultar a manifestação de uma tendência. Dentre os determinantes regulatórios, destacam-se: gravidez nas mulheres; aumento das células do tecido adiposo, que ocorre na infância; patologias do sistema nervoso central e uso de fármacos (VASCONCELOS, 2006; COUTINHO, 2007; BRILMAN, 2007).

Devido às diversas causas multifatoriais que contribuem para o desencadeamento e ascensão da obesidade nos tempos atuais, surge o termo “transição nutricional”, que de acordo com o estudo de Tardido e Falcão (2006, p. 7), define-se como: “(...) o correspondente das mudanças dos padrões nutricionais modificando a dieta das pessoas e se correlacionando com as mudanças econômicas, sociais e demográficas”.

Segundo Silva (2012, p. 12):

[...] a transição nutricional, com o aumento da obesidade em detrimento da desnutrição, é um fenômeno mundial que afeta ricos e pobres e resulta da ação de fatores ambientais, hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas sobre pessoas geneticamente predispostas a apresentarem excesso de tecido adiposo.

Fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes, destacando-se o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano, a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos, que também parece condicionar o crescimento da obesidade (BRASIL, 2006).

De acordo com Tardido e Falcão (2006), a globalização e a modernidade trouxeram diversas modificações que são evidenciadas diariamente pela mídia e agregadas ao modo de vida dos indivíduos, com o objetivo de facilitar o cotidiano.

Mas, segundo Mendonça e Anjos (2004), muitas outras modificações também são observadas, destacando-se as atividades de lazer, que passam de atividades com gasto energético acentuado, como práticas esportivas e longas caminhadas, para atividades sedentárias, como televisão, *videogame* ou computador. Com relação às horas assistindo televisão, vale ressaltar dois principais aspectos: a diminuição do gasto energético, devido à redução da atividade física propriamente dita, e o aumento da ingestão de alimentos com alta concentração calórica em frente ao aparelho de TV e/ou decorrente dos anúncios por ela veiculados. A utilização de recursos tecnológicos também contribui efetivamente para o aumento do sedentarismo da população: portões eletrônicos, escadas rolantes, vidros automáticos, veículos motorizados e o uso crescente de equipamentos domésticos, como máquinas de lavar roupa e louça, ao invés de fazê-lo manualmente, são apontados como grandes responsáveis pela redução do gasto energético com atividades diárias.

Observa-se, desta forma, que diversos fatores colaboram para o aumento do peso corporal, inserindo-se o crescente número de pessoas obesas que são apontadas pelos levantamentos estatísticos mundiais. A partir disso, com base nos estudos apresentados, percebeu-se que embora a obesidade comprometa as condições de vida, proporcionando danos prejudiciais à saúde, um nicho dessa população, especificamente, chama a atenção: os indivíduos com obesidade grau III, que apresentam graves comprometimentos que levam à diminuição da expectativa de vida, comprometendo todo o seu contexto de inserção, e

apontando um campo vasto a ser explorado, despertando desse modo o interesse de estudá-los mais profundamente, tornando-os o público alvo de estudo e desenvolvimento da atual pesquisa.

1.2 Obesidade grau III e Qualidade de Vida

A obesidade grau III pode ser definida, por meio do IMC, maior que 40 ou 45 Kg/m² acima do peso ideal. Considerada como “obesidade clinicamente mórbida”, segundo os parâmetros da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica, apresenta consequências biológicas, físicas, psíquicas e sociais, o que acarreta significativa morbimortalidade, com altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores, baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapias e exercícios físicos. A obesidade grau III é o estágio mais comprometedor da obesidade (OLIVEIRA et al., 2009; CONEJO, 2009; SILVA, 2012).

Segundo apontamentos de Coutinho e Benchimol (2002), o termo obesidade mórbida vem sendo substituído entre profissionais de saúde e, destes para com seus pacientes, pelo termo obesidade grau III, sendo esta uma nomenclatura menos carregada de estigmas. Porém, o termo obesidade grau III ainda não é de uso corrente na maioria dos ambientes em que se trabalha com obesidade. Nesta pesquisa será adotada a nomenclatura atual, ou seja, obesidade grau III.

Figura 1 - Comparação das silhuetas relacionadas ao IMC



Fonte: Gastronet (2013)

A respeito da prevalência da doença na população brasileira, o estudo de Oliveira (2013) comparou os bancos de dados de três pesquisas de base populacional (Endef de 1974, PNSN de 1989 e POF de 2002) e mostrou que a obesidade grau III, no Brasil, apresentou um crescimento de 255% nos últimos trinta anos. Um estudo publicado na *Obesity Surgery*, em 2008, com relação ao número de obesos grau III no Brasil, apontou que existiam cerca de 609 mil brasileiros acometidos pela doença, destacando o Nordeste, devido ao crescimento relativo entre os períodos de 1974 e 2003, e a região Sudeste, com maior percentual de cidadãos portadores de obesidade grau III (SILVA, 2012).

A obesidade grau III é fator de risco para patologias graves, denominadas de comorbidades, que interferem negativamente na condição de vida do indivíduo. A alta prevalência e a importância das doenças associadas fazem com que a obesidade grau III seja considerada como uma das doenças nutricionais mais importantes do mundo ocidental. E entre as comorbidades mais evidenciadas no curso dessa doença, destacam-se: diabetes *mellitus* tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de cânceres, problemas respiratórios, distúrbios psicossociais e desordens ortopédicas (REZENDE, 2011; MOTA, 2012; SANTOS et al., 2012).

De acordo com o quadro epidemiológico mundial e local, percebe-se que a obesidade proporciona impacto significativo na esfera socioeconômica e na saúde. Isso é demonstrado nos estudos de Nunes et al. (2006) e Leite e Brandão (2009), que relatam um gasto de 1,5 bilhão de reais por ano em tratamento da obesidade no Brasil, com tratamento de comorbidades, internações, cirurgias e ações preventivas, favorecendo uma reflexão sobre que linha de ação os governantes estão seguindo para o combate da obesidade.

Em relação à qualidade de vida, o impacto da obesidade grau III pode ser avaliado pela influência negativa, apresentando sofrimento psicológico decorrente de preconceito social e discriminação, como também pela decorrência das características do seu comportamento alimentar, na limitação das atividades de vida diária, passando a ter alterações nas relações interpessoais, podendo chegar à depressão e ao isolamento, pois, muitas vezes, os indivíduos pensam ser rejeitados e discriminados. Essas questões frequentemente decorrem da cultura da magreza imposta pelo processo social, como também do próprio corpo ser reorganizado e adaptado ao novo estilo de vida do sujeito (SILVA, 2012).

Figura 2 - Ilustração de indivíduo com obesidade grau III



Fonte: Ministério da Saúde (2008)

Segundo Chagas (2013), obesos grau III podem apresentar incapacidades e prejuízos na funcionalidade de seu corpo, como por exemplo, dificuldades para realizar tarefas diárias simples (andar, subir escadas, dirigir, vestir-se). Ainda de acordo com Chagas (2013), em concordância com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, sendo que incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação delas. A pessoa com obesidade grau III, além de apresentar comorbidades, enfrenta algumas dificuldades no uso do espaço urbano.

As maiores dificuldades enfrentadas referem-se ao deslocamento destas pessoas em diversos ambientes, como restaurantes, cinemas, parques, teatros, serviços de saúde e transportes coletivos (que, muitas vezes, são limitados, devido à presença de barreiras relacionadas à acessibilidade). Desta forma, existe um consenso generalizado de que tanto fatores físicos, sociais e ambientais podem estimular ou desestimular as pessoas a fazerem

escolhas relacionadas com o seu comportamento.

Assim, as dificuldades tanto na locomoção, como os obstáculos enfrentados por essas pessoas no acesso a diversos ambientes, podem resultar em segregação e em exclusão. Quanto mais essas pessoas estiverem em um ambiente que lhes restrinjam a mobilidade e a acessibilidade aos serviços, maior a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a uma situação de desvantagem (CHAGAS, 2013).

Além das barreiras arquitetônicas, existem as barreiras sociais e a busca pelo corpo perfeito. Essa exigência social pode acarretar depressão, sofrimento, baixa auto-estima e complexo de inferioridade, de forma a prejudicar a qualidade de vida e a agravar ainda mais a situação do obeso. Os obesos devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a vida, que reduz a qualidade de vida e a auto-estima, e que demanda abordagens eficientes para promover a redução do peso (MORAIS, 2004; GOMES, 2007; FARIA; LEITE, 2012).

O conceito de Qualidade de Vida (QV) é bastante amplo e complexo, principalmente em função do seu alto grau de subjetividade. É um termo genérico, influenciado por vários aspectos da vida diária, sendo definido pelo grupo de QV da OMS como: "(...) a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". É um conceito amplo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio ambiente (BRILMANN et al., 2007; GOMES, 2007; WHOQOL, 2007).

Além disso, a qualidade de vida pode ser definida como a relação entre o que é desejado e o que é alcançado ou alcançável. Dentro das ciências humanas e biológicas, o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (TOLEDO et al., 2010).

Segundo achados de Brasil (2006), publicados no Caderno de Obesidade, diferentes áreas da saúde priorizaram, por muito tempo, o estudo da obesidade grau III, a avaliação de sua frequência e sua intensidade, tendo como foco de atenção a morbidade e a mortalidade. O objetivo principal das intervenções era evitar e protelar, tanto quanto possível, a ocorrência da morte, porém, segundo Gomes (2007) e Zeve et al. (2012) e tais objetivos instituem um paradoxo, pois as intervenções poderiam ser eficazes na redução da morbidade e/ou mortalidade, no entanto, poderiam não assegurar a melhora na qualidade de vida do paciente.

A qualidade de vida relacionada à saúde é avaliada a partir de dados mais objetivos e

mensuráveis, aplicados a pessoas reconhecidamente doentes do ponto de vista físico. Refere-se ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou sua terapêutica acarretam ao paciente (KOLOTKIN et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2012) buscou redefinir o conceito de “saúde” como o estado de bem-estar físico, mental e social, identificando-a como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta definição, é implícito que o conceito de qualidade de vida seja subjetivo, multidimensional e inclua elementos de avaliação não apenas positivos, mas também negativos.

De acordo com Oliveira et al. (2009), sendo o excesso de peso de causa multifatorial, atingindo todas as camadas sociais da população e, sendo que suas complicações são inúmeras, o mesmo vem chamando a atenção dos órgãos responsáveis pela saúde pública brasileira e ações vêm sendo traçadas em todos os níveis: primário, secundário e terciário. Dentre as ações do nível terciário, destaca-se a cirurgia bariátrica, que visa promover a redução do volume de ingestão total do paciente e/ou da absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido.

Segundo Gomes (2007), há uma grande expectativa de indivíduos obesos grau III, quanto à melhoria da qualidade de vida por meio da perda de peso após a realização da cirurgia bariátrica, ocorrendo, dessa maneira, o interesse do presente estudo, em apontar, não somente os aspectos positivos que permeiam a cirurgia, mas também os aspectos negativos que possam surgir após a realização do procedimento cirúrgico.

1.3 Cirurgia Bariátrica

Atualmente, para o controle da obesidade, estão disponíveis diversos tratamentos: dietas, programas de atividades físicas, medicamentos e psicoterapias. No entanto, em alguns casos, como na obesidade grau III, tais intervenções podem não surtir efeito, sendo necessária a realização da cirurgia bariátrica. Esta tem sido considerada a forma mais eficaz no emagrecimento e no controle das comorbidades de indivíduos com obesidade grau III (VASCONCELOS, 2006; CASTRO et al., 2010; SILVA, 2012).

Os indivíduos com obesidade grau III são candidatos à realização da cirurgia bariátrica, que foi atualmente denominada como “cirurgia bariátrica e metabólica”, definindo-se como uma reunião de técnicas com respaldo científico, destinadas ao tratamento da

obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ela. O conceito metabólico foi incorporado há cerca de seis anos pela importância que a cirurgia adquiriu no tratamento de doenças causadas, agravadas ou cujo tratamento/controlado é dificultado pelo excesso de peso ou facilitado pela perda de peso – como o diabetes e a hipertensão –, também chamadas de comorbidades (SBCBM, 2013).

A cirurgia bariátrica surgiu em 1952, nos EUA, como uma proposta de tratamento cirúrgico para pessoas com obesidade grau III que não tinham tratamento adequado e engordavam indefinidamente até falecerem em decorrência das comorbidades. Assim, nasceu a especialidade médica denominada Cirurgia Bariátrica. A intenção dessa especialidade era fazer com que ocorresse um emagrecimento saudável e evitar que o indivíduo voltasse a engordar futuramente (ZEVE et al., 2012).

De acordo com Garrido et al. (2006), Gomes (2007), Silva (2012), Zeve et al. (2012) e SBCBM (2013), as cirurgias bariátricas diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Existem três procedimentos básicos da cirurgia bariátrica e metabólica que podem ser feitos por abordagem aberta ou por videolaparoscopia (menos invasiva e mais confortável ao paciente):

- **Restritivos:** que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar;
- **Disabsortivos:** que reduzem a capacidade de absorção do intestino;
- **Técnicas mistas:** com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino, com discreta má absorção de alimentos.

Para efeito ilustrativo, serão demonstradas nas figuras 3, 4 e 5, os três tipos de técnicas cirúrgicas:

Figura 3 - Ilustração do tipo de cirurgia: Gastroplastia com Derivação Intestinal

Gastroplastia com derivação intestinal

É o método **mais usado** em todo o mundo e também no Brasil: **90% das cirurgias** feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são desse tipo

A outra porção do estômago continua no corpo, para fornecer enzimas digestivas, e **liga-se a uma alça do intestino**, formando um Y

O estômago é **grampeado**, a nova parte fica com 30 ml e se conecta ao intestino (retiram-se 80 cm entre o estômago e o intestino)

MÉTODO	DURAÇÃO	PERDA
videolaparoscopia ou incisão abdominal	2h	30% a 40% do peso total

Fonte: Gastroenterologista Arthur Garrido, especialista em obesidade

Arte/G1

Fonte: Garrido (2006)

Figura 4 - Ilustração tipo de cirurgia: Gastrectomia Vertical

Gastrectomia vertical

Corta verticalmente parte do estômago, de forma a transformá-lo em um tubo fino e estreito – **de 110 ml** – quase do mesmo diâmetro do esôfago e do duodeno.

É um **procedimento relativamente novo**, feito há cinco anos

Esôfago

Duodeno

Parte removida do estômago

Intestino grosso

Intestino delgado

MÉTODO	DURAÇÃO	PERDA
videolaparoscopia	1h a 2h	30% do peso total

Fonte: Garrido (2006)

Figura 5 - Ilustração tipo de cirurgia: Banda Gástrica



Fonte: Garrido (2006)

A partir do exposto, pode-se entender a cirurgia bariátrica como o nome científico para o tratamento cirúrgico da obesidade, sendo, portanto, um termo que engloba todos os tipos de procedimentos cirúrgicos que visam à indução de redução de massa corpórea em pacientes obesos.

Os critérios de seleção para a realização da cirurgia bariátrica, segundo a SBCBM (2013), obedecem a três critérios: IMC, idade e tempo da doença.

Em relação ao índice de massa corpórea (IMC), preconiza-se que o indivíduo tenha IMC acima de 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades; IMC entre 35 e 40 kg/m², na presença de comorbidades; IMC entre 30 e 35 kg/m², na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença. É também obrigatória a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista (SBCBM, 2013).

Em relação à idade são autorizados:

- Indivíduos abaixo de 16 anos: exceto em caso de síndrome genética, quando a indicação é unânime (o Consenso Bariátrico recomenda que, nessa faixa etária, os riscos sejam avaliados por cirurgião e equipe multidisciplinar. A operação deve ser consentida pela família ou responsável legal e estes devem acompanhar o paciente no período de recuperação);

- Indivíduos entre 16 e 18 anos: sempre que houver indicação e consenso entre a família ou o responsável pelo paciente e a equipe multidisciplinar;

- Indivíduos entre 18 e 65 anos: sem restrições quanto à idade;

- Indivíduos acima de 65 anos: avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento (SBCBM, 2013).

Em relação ao tempo da doença, o indivíduo necessita apresentar IMC e comorbidades em faixa de risco há pelo menos dois anos e ter realizado tratamentos convencionais prévios. Além disso, deve ter tido insucesso ou recidiva do peso, verificados por meio de dados colhidos do histórico clínico do paciente (SBCBM, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou, nos últimos anos, alguns avanços relacionados à organização e ampliação das ações voltadas para a prevenção e tratamento da obesidade. No entanto, a maioria dos recursos financeiros é voltada para o tratamento cirúrgico da obesidade grau III, apesar da cobertura desta cirurgia no país ainda ser muito baixa em relação à demanda. No ano de 2011, havia 78 estabelecimentos habilitados, em 20 estados, para prestar assistência à saúde de alta complexidade aos cidadãos com obesidade mórbida no âmbito do SUS, e foram realizadas 5.227 cirurgias (BRASIL, 2012).

De acordo com dados da SBCBM, em 2012, foram feitas no Brasil em torno de 72 mil cirurgias bariátricas. Todavia, apenas 6.029 foram feitas por meio do SUS, indicando que muitos indivíduos vão à procura de clínicas privadas à espera de serem operados mais rapidamente, ao invés de ficarem anos na fila de espera do SUS, piorando o quadro da doença e, por muitas vezes, indo a óbito.

O gerenciamento clínico do paciente com obesidade grau III requer um preparo meticuloso no período pré-operatório. O cuidadoso planejamento pré-operatório é essencial para o sucesso da cirurgia e para o paciente suportar e conhecer todos os estágios que serão submetidos na proposta cirúrgica apresentada (KHAWALI et al., 2012).

Oliveira (2007, p. 2) dispõe que:

[...] pesquisas comprovam que após a realização cirúrgica, ocorrem melhoras na qualidade de vida dos pacientes obesos, mas haja vista que muitas pessoas recorrem a essa cirurgia achando que ela é a “salvação da lavoura”. É muito mais fácil e, muito comum hoje em dia em nossa sociedade, a busca de medidas drásticas e definitivas para solução de alguns problemas, sem que a pessoa queira se comprometer de verdade com o processo. Essa postura de querer tudo para ontem e já, e da forma menos responsável possível, pode não só ser ineficiente para o resultado esperado, como trazer várias outras complicações psíquicas e físicas.

Os riscos após a realização cirúrgica são reais, visto que o método é novo e cada organismo é único, respondendo de maneiras diversas a uma intervenção cirúrgica desse porte. Além das reações orgânicas, não se pode esquecer os efeitos psíquicos e emocionais que envolvem os pacientes. Essas complicações podem ocorrer logo após a cirurgia, sendo mais comuns as complicações pulmonares (pequenos colabamentos no pulmão – atelectasias e pneumonias), trombose venosa profunda e embolia pulmonar (coágulos que se formam dentro do sistema venoso), infecção da ferida operatória, vazamento do conteúdo gastrointestinal através da abertura das suturas realizadas e sangramento digestivo pelo reto. Já em longo prazo, as complicações mais comuns são a obstrução e impactação dos alimentos; o efeito *Dumping* para açúcares e a Síndrome de Má-Absorção (ferro, vitamina B12, Cálcio e Vitamina D) (VASCONCELOS, 2006; GOMES, 2007; VALENTE, 2012).

Os aspectos psíquicos e emocionais também podem sofrer alterações. Os indivíduos podem apresentar transtornos emocionais, dificuldades em lidar com a nova imagem corporal e desenvolver transtornos compulsivos, desencadeando, dessa forma, graves problemas na esfera psicológica. A mortalidade desse procedimento varia, obviamente, com a condição clínica pré-operatória do obeso e seu grau de obesidade. De modo geral, a mortalidade encontra-se em níveis inferiores a 2% (OLIVEIRA et al., 2012 ; VALENTE, 2012).

Nesse sentido, Oliveira (2007, p. 3) nos leva a refletir:

Imagine o caso de uma pessoa que tinha no comer a alegria da sua vida, e com a redução do estômago, ela não pode mais comer a mesma quantidade de comida, e muitos não podem comer quase nada comparado ao que comiam antes da cirurgia. Essa pessoa tende a entrar em processo de profunda depressão e tristeza, podendo vir a apresentar várias complicações físicas até mesmo em razão do seu padrão emocional alterado. Outras pessoas reagem com comportamentos maníacos, passando a substituir o comer compulsivo por outras compulsões como comprar em excesso, beber em excesso, se drogar, trabalhar compulsivamente, e outras atividades tão ou mais perigosas e desequilibradas como essas. Ou seja, corre-se o risco de trocar-se um sofrimento por outro.

Segundo Morais (2004), a cirurgia bariátrica não garante resultados por si só, necessitando de uma série de intervenções que visam, desde a mudança de hábitos, até a melhoria da qualidade de vida, necessárias antes e após a cirurgia. Para que isso ocorra, é necessário que haja um aporte de apoio terapêutico multiprofissional que acompanhe os pacientes antes e depois da intervenção clínica.

Avanços consideráveis no tratamento da obesidade têm sido conquistados e as intervenções com foco na mudança de estilo de vida - abordagens dietéticas, exercícios físicos e aspectos comportamentais - permanecem sendo a pedra angular para o seu tratamento (BIANCHINI et al., 2012).

Após a indicação cirúrgica, torna-se necessário o acompanhamento por uma equipe multiprofissional que possua objetivos comuns: discutir e orientar todas as mudanças significativas de ordem psíquica e de hábitos diários que serão essenciais nos períodos pré e pós-operatórios. Os atendimentos são realizados no formato grupal ou individual. Vários profissionais compõem a equipe: psicólogos, nutricionistas, nutrólogos, cirurgiões, fisioterapeutas, e embora em menor número, o terapeuta ocupacional.

O terapeuta ocupacional é o profissional que se propõe a reunir as tecnologias necessárias para a emancipação e autonomia dos indivíduos que, temporariamente ou definitivamente, encontram-se excluídos do contexto social por apresentarem problemáticas físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e sociais que comprometem o seu desempenho ocupacional (PEDRETTI; EARLY, 2005; SOARES, 2007).

Muitos estudos apontam que ocorre melhora na qualidade de vida do indivíduo obeso grau III após a cirurgia. No entanto, para que isso possa acontecer, dependerá do preparo pré-operatório bem realizado pela equipe multidisciplinar e, principalmente, do comprometimento do indivíduo obeso em seguir as orientações necessárias a sua nova situação de vida e saúde. Espera-se que ocorra também, por meio disso, uma melhora no desempenho dos papéis ocupacionais que permeiam toda a esfera cotidiana dessa parcela da população que, muitas vezes devido à situação de saúde, são impedidos de serem realizados.

1.4 Papéis Ocupacionais

A origem etimológica do termo “papel” vem do grego, *pápyros*, e do latim, *papiro*, cujo significado inicialmente era “um arbusto do Egito de cuja entrecasca se fazia o papel”. A ele atribui-se, de forma gradual, a idéia da função social, que surgiu a partir do século XI,

principalmente advinda das Ciências Sociais (CESTARI; RIBEIRO, 2012).

Segundo Cruz (2012), pode-se compreender, a partir do conceito de papéis, que este deriva de uma perspectiva social e comportamental. Nesse sentido, estudos afirmam que o papel é um conceito da psicologia social que enfatiza os papéis que permeiam o contexto de vida de cada indivíduo.

De acordo com a AOTA (2008), os papéis ocupacionais são compreendidos como o conjunto de comportamentos esperados por uma sociedade, modelados pela cultura e conceituados e definidos pela pessoa. Os papéis podem orientar a seleção de ocupações ou podem conduzir a padrões de envolvimento restritos e estereotipados.

Segundo a Teoria do Comportamento Ocupacional, os indivíduos desempenham suas atividades dentro dos papéis ocupacionais que assumem durante o decorrer da vida. Eles definem a participação do indivíduo em sociedade nos diferentes contextos, sendo, portanto, um componente vital para a adaptação biopsicossocial, para a produtividade humana e satisfação com a vida, na medida em que influenciam aspectos como o engajamento em ocupações diárias, locais que freqüentam ou tipos de relações interpessoais, uso do tempo e investimento de dinheiro (REBELLATO, 2012; CESTARI; RIBEIRO, 2012).

A OMS, em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), considera o desempenho de atividades e a participação social como elementos básicos no modelo de análise do impacto da condição de saúde/doença. Portanto, o desempenho de funções ocupacionais é um componente vital para a adaptação biopsicossocial do indivíduo, conforme suas limitações e potencialidades, devendo ser seriamente consideradas pelos profissionais envolvidos em processos de reabilitação de portadores de deficiências crônicas (SOUSA, 2011).

Na literatura científica, a justificativa para os estudos sobre os papéis ocupacionais tem sido apontada sob perspectivas que caminham para a intervenção em reabilitação (CRUZ, 2012). Alguns autores dispõem que os papéis ocupacionais organizam o comportamento ocupacional para atender as necessidades pessoais e as demandas da sociedade, contribuindo para a identidade, senso de satisfação e eficácia dos indivíduos. Eles também envolvem as obrigações e posições que os indivíduos ocupam em grupos sociais e como interagem dentro deles, atendendo às expectativas de comportamento e desempenho próprias de cada papel ou função (CORDEIRO, 2005, KIELHOFNER, 2009).

A colaboração do indivíduo, a fim de identificar seus papéis ocupacionais, é um começo adequado para o processo de redesenhar o estilo de vida, pois esse processo freqüentemente conduz a uma compreensão das atividades e tarefas relacionadas ao

desempenho de papéis no contexto social (CORDEIRO et. al., 2007 apud CRUZ, 2012).

Normalmente, a aquisição, a mudança e a perda de papéis ocorrem no contexto natural da ontogênese humana. Durante o decorrer da vida, os indivíduos assumem esses papéis e os desempenham na sociedade, e estes se modificam de acordo a cultura, crenças, interesses, produtividade, estágio de desenvolvimento da pessoa, dos papéis associados e de sua relevância para a sociedade, podendo sofrer alterações impostas por alguma incapacidade (KIELHOFNER, 2009; REBELLATO, 2012).

Evidencia-se que a interrupção, o desequilíbrio e a transição de papéis ocupacionais, devido a situações esperadas do ciclo de vida, ou não, representam um processo adaptativo crítico para os indivíduos que têm que lidar com transformações em diferentes esferas de suas vidas (CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2009; CRUZ, 2012; REBELATTO, 2012).

Indivíduos que sofrem de traumatismos ou doenças crônicas correm risco de sofrer interrupção ou alterações no desempenho de seus papéis ocupacionais devido às alterações nas estruturas corporais. Estes indivíduos têm que lidar, não somente com a mudança em sua capacidade funcional, mas também com a perda de um ou mais papéis que se constituem em importantes componentes de sua auto-imagem (CORDEIRO, 2005).

A partir do exposto, é possível correlacionar à perda de papéis com a obesidade grau III, visto que, apesar de não existirem estudos sobre a obesidade grau III acerca dos papéis ocupacionais, surgem hipóteses de que essas perdas possam ocorrer devido ao excesso de peso, pois o indivíduo apresenta, na aquisição de novos papéis, dificuldade na manutenção daqueles que já possuía e desenvolvia, considerando também que essa população enfrenta diversos tipos de restrições que englobam toda a esfera biopsicossocial, infringindo drasticamente no grau de importância e significância dado a cada papel.

Esses pacientes apresentam, em sua maioria, limitações incapacitantes que dificultam o desempenho em seu trabalho, nos serviços domésticos, repercutindo em pouca independência para as atividades diárias; muitos passam a ter um contexto social restrito, sendo comum passarem o dia na cama ou em sofás, consumindo alimentos em excesso, longe de atividades profissionais, sociais e de lazer (MORAIS, 2004, p. 46).

Diante do exposto, e por considerar a complexidade que envolve a obesidade grau III, foi considerado relevante avaliar o impacto deste tipo de obesidade sobre o desempenho ocupacional antes e após a cirurgia bariátrica, procurando verificar se os papéis ocupacionais tiveram mudanças e quais foram mais afetados (ganhos, perdidos, os que permaneceram

contínuos, e quais os graus de importância atribuídos a esses papéis). Como hipótese fundamental, o atual estudo teve que ocorra uma alteração dos papéis ocupacionais dos indivíduos antes da cirurgia bariátrica, e que, após a realização cirúrgica, ocorra uma retomada e aquisição de novos papéis.

Este trabalho foi desenvolvido numa área de conhecimento com ainda escassa produção científica, sendo, portanto, necessários mais estudos científicos para o aprofundamento das investigações sobre a vida e o desempenho ocupacional desta população. Nesse sentido, o profissional terapeuta ocupacional é de extrema importância na equipe multiprofissional, que dá suporte a essa clientela específica para a promoção de sua qualidade de vida.

A terapia ocupacional, por meio das intervenções terapêuticas, utilizando as atividades humanas, de um modo geral, desenvolve condições e oportunidades para a autonomia e integração do sujeito, possibilitando uma melhor qualidade de vida (FERRER; SANTOS, 2007).

É primordial a atuação do terapeuta ocupacional em programas de assistência integral à saúde para a promoção da vida ocupacional do sujeito em vários aspectos, seja na prevenção e no tratamento, como na aquisição de independência e sua autonomia (DE CARLO; MIOSHI; NICOLAU, 2000).

A atuação da terapia ocupacional na área de obesidade e cirurgia bariátrica tem como objetivo fazer com que o sujeito atinja suas capacidades funcionais e ocupacionais com autonomia e independência nas atividades de sua vida, podendo isso acontecer antes ou após a realização cirúrgica.

Os papéis ocupacionais estão intimamente ligados à produtividade humana, pois é através dos determinantes que os envolvem (como tempo, significado, valor) que o sujeito se coloca entre e diante de uma estrutura social. Os papéis abrangem as realizações que constituem feitos do indivíduo a partir das expectativas e estruturas sociais em um determinado tempo (OAKLEY, 1986 apud REBELLATO, 2012).

O tempo, por sua vez, se desenvolve e se relaciona com a intensidade do envolvimento do sujeito em papéis significativos, valendo lembrar que esses papéis são constituídos de comportamentos produtivos ou de lazer. O tempo é, portanto, um determinante importante e necessário na idealização do constructo de cada papel, visto que é através dele que o cotidiano se desenvolve (CORDEIRO et al., 2007; SOUSA, 2011).

1.5 O Uso do Tempo e o Cotidiano

Atualmente, com a explosão dos avanços tecnológicos, observa-se que uma gama muito intensa de informações é disponibilizada para todos, priorizando-se facilidades que promovam uma adequação à agitação e à falta de tempo para a realização das diversas atividades de manutenção da vida cotidiana.

Diz-se que o tempo é o tecido de nossas vidas e é marcado pelas atividades desempenhadas no dia-a-dia. O tempo na vida cotidiana das pessoas tem sido tema de interesse de diversos especialistas em diferentes áreas do conhecimento, com objetivos variados. A valorização crescente deste tema refletiu na produção de teorias e pesquisas que discutem a sua importância (EMMEL; SOUZA; 2013, p. 54).

Com isso, a palavra “tempo”, aparentemente um vocábulo de ordem simples, começa a invadir o cenário de estudos científicos inovadores, devido à sua alta complexidade de definição e relevância na vida humana.

Por ser uma palavra que não possui uma definição unânime, seu significado ainda intriga muitos curiosos e estudiosos. De acordo com a definição dada pelos gregos antigos, o vocábulo divide-se em dois termos: *chronos* e *kairos*. Enquanto o primeiro refere-se ao tempo cronológico (aquele que pode ser medido), o último significa "o momento certo" ou "oportuno", um momento indeterminado no tempo e no qual algo especial acontece (FARNWORTH, 2003).

O tempo pode ser mensurado de várias formas: presente, passado, futuro; ontem, hoje, amanhã; antes e após; meses, dias, anos, e, para muitos estudiosos, essa vertente de mensuração pode ser de caráter objetivo ou subjetivo, e é a partir desse enfoque que estudos começam a surgir, a fim de desmistificar a noção de que tempo faz referência apenas a datas e horários, ligados sempre ao conceito cronológico das sociedades urbanas e modernas, submetidos à lógica da produção capitalista (FERREIRA, 2010).

A preocupação com o uso do tempo vem se tornando cada vez mais importante, visto que seu excesso, ou falta, causa uma influência direta na qualidade de vida das pessoas (FONTOURA et al., 2010).

De acordo com pesquisas do IBGE (2009) e de Aguirre (2009), é necessário trazer o tempo como a noção de “tempo social” – uma forma de ordenação da vida que se modifica de acordo com os sujeitos (que são vários) implicados no processo.

Na construção deste novo modelo de sociedade, no qual se passa a considerar, além do compartilhamento das tarefas, a consideração de que o trabalho doméstico é também produtivo e que é parte fundamental da economia, as pesquisas de uso do tempo assumem grande importância, já que pode oferecer informações valiosas para o desenho de políticas de conciliação entre trabalho, vida familiar e pessoal (FONTOURA et al., 2010, p. 13).

As pesquisas sobre o uso do tempo são consideradas um importante instrumento para revelar aspectos do cotidiano das pessoas. É pelo exame dos denominados “diários de emprego do tempo” ou “diários de atividades” que se consegue, tanto identificar, quanto quantificar, o tempo gasto pelas pessoas na dedicação a tantas outras atividades, e não somente às atividades econômicas de produção e consumo já normalmente aferidas nas pesquisas sobre trabalho (SOARES; SABÓIA, 2007).

De acordo com Montalvão (2005), estudos sobre uso do tempo fornecem a base para avaliar como pessoas empregam seu tempo, diária ou semanalmente, além de revelar detalhes da vida cotidiana com uma combinação de especificidade e compreensão inviáveis através de outro tipo de pesquisa social. Isto é possível porque o tempo, enquanto unidade básica de medida permite um grau maior de desagregação em relação a conceitos tradicionais de participação e não participação em determinadas atividades. O tempo fornece um quadro integrativo sobre o modo como atividades remuneradas, não remuneradas, voluntárias, domésticas, sociais, educacionais, de lazer e de cuidados pessoais se encontram integradas na vida de diferentes populações ou grupos.

Os estudos que visam identificar o uso do tempo, segundo Ferreira (2010), permitem a identificação da utilização do mesmo nos seguintes desempenhos de atividades: execução de tarefas domésticas; cuidados pessoais e com as pessoas da família; cuidados com a saúde; alimentação e exercícios físicos; deslocamentos para desempenhar atividades necessárias; contato social; lazer; estudos e utilização de tecnologias.

Além disso, segundo Ramos (2009), essas pesquisas buscam captar comportamentos não perceptíveis por pesquisas domiciliares tradicionais, uma vez que não conseguimos alcançá-los no universo intradomiciliar e, portanto, não desvelam como ocorre a repartição de trabalho e de recursos (entre eles o tempo) na esfera privada – uma preocupação central dos estudos de gênero. O que tais pesquisas fazem é captar empiricamente, utilizando diferentes métodos, as atividades em que as pessoas empregam seu tempo durante um período específico, em geral, um dia. Assim, o objetivo é traçar um perfil dos chamados “orçamentos de tempo” individuais, que compreendem a “seqüência, o horário e a duração das atividades

realizadas pelos indivíduos”.

Dados sobre o modo como indivíduos usam seu tempo na execução das atividades diárias podem ser utilizados para responder questões sobre uma ampla gama de assuntos, desde econômicos e sociais, até psicológicos, constituindo-se, portanto, num instrumento de múltiplo uso. O valor das informações sobre o uso do tempo reside no fato de que o tempo, além de ser um recurso fundamental, não sofre influências culturais ou econômicas, sendo igualmente distribuído entre todos, independentemente do local ou condição de vida (DERNTL; DOIMO, 2006).

O uso de tempo normalmente é estudado sob o ponto de vista do trabalho, econômico e produtivo, mas cabe ressaltar a importância do mesmo em quaisquer atividades que venham a ser exercidas, já que estas fazem parte do cotidiano das pessoas (FERREIRA, 2008). O tempo de não trabalho engloba atividades como tarefas domésticas, cuidados pessoais e com pessoas da família, com a saúde, alimentação, exercícios físicos, deslocamentos, tempo de estudo e quaisquer outras requeridas no dia-a-dia (SOARES; SABÓIA, 2007).

Três princípios básicos universais regem a vida cotidiana e formam a base para a participação nas atividades: primeiro, cada pessoa tem apenas 24 horas em um dia; segundo, não se pode estar em dois lugares diferentes simultaneamente; terceiro, não há como se mover instantaneamente de um lugar a outro. Dessa forma, tempo e espaço representam a influência mais básica interferindo na estruturação das atividades diárias. Contudo, a vida diária não se limita apenas à dimensão do tempo e espaço, ela é influenciada pela dimensão social no sentido de que expectativas sociais, normas e padrões também influenciam o modo de escolha das atividades. Em outras palavras, o dia representa uma unidade de tempo permeada pelos contextos físico (locais de ocorrência das atividades) e social (parceiros sociais), os quais criam oportunidades e restrições para a ocorrência de comportamentos ou atividades (NEUBERT, 2011).

Em geral, todas as atividades humanas observáveis podem ser agrupadas como ocorrendo em três grupos principais de atividades. O primeiro e maior deles, inclui todas as atividades produtivas necessárias para gerar energia para a sobrevivência e conforto. O segundo grupo inclui as atividades de manutenção, tanto as dedicadas ao cuidado com o corpo, como aquelas relacionadas com a manutenção e organização das posses materiais. O tempo restante é o tempo livre, ou lazer, e constitui o terceiro grupo (DERNTL; DOIMO, 2006).

Dados referentes à alocação do tempo podem ser utilizados para investigar uma infinidade de aspectos da vida humana. Um deles se refere ao estudo dos estilos e padrões de

vida, com a finalidade de se verificar similaridades e diferenças nos padrões de uso do tempo. Nesse tipo de estudo, a quantidade de tempo livre e atividades recreativas e sociais são aspectos importantes do bem estar pessoal, sendo uma medida de qualidade de vida de determinada população. Tal medida se respalda na teoria da atividade, para a qual pessoas serão mais felizes e com maior grau de realização pessoal na proporção direta da quantidade e da qualidade de atividades que são capazes de manter ao longo do processo de envelhecimento (AGUIRRE, 2009).

Estudos de Aquino (2010) salientam a necessidade de se pensar a relação do tempo despendido no trabalho e seus reflexos na condição geral de saúde dos indivíduos. As longas jornadas e o estresse decorrido desse processo levam a diversos problemas de saúde. Ela acrescenta que, apesar desse fato ser evidente, quase nunca se percebe que, quando surgem problemas de saúde, há uma medicalização muitas vezes excessiva e desnecessária dos indivíduos, apenas compensatória - a raiz da questão está no fato de que as pessoas gastam muito tempo trabalhando e pouco tempo realizando atividades de lazer, saúde mental e bem-estar.

Esses ciclos de ação e reação contínuos fazem com que a vida diária seja, em grande parte, heterogênea, sobretudo no que se refere ao conteúdo, significação ou importância das atividades realizadas. Fazem parte da vida diária a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e descanso, atividade social, o intercâmbio e a religiosidade. A heterogeneidade é um fenômeno que representa as diferenças entre os indivíduos, em função de suas distintas histórias de vida. É produto da interação entre história pessoal, personalidade e experiências sociais compartilhadas ao longo do tempo (AGUIAR, 2010).

Porém, no dia-a-dia, pessoas selecionam atividades nas quais investirão tempo e atenção a partir de uma ampla variedade de atividades possíveis. A soma dessas escolhas retrata o dia vivenciado, um reflexo das prioridades e objetivos imediatos permeados pelo aspecto motivacional. Por outro lado, refletem também a medida de oportunidades e impedimentos de natureza variada que podem incentivar ou cercear a participação em certos tipos de atividades, como também influenciar na estruturação do dia. A escolha de atividades significativas pode ser influenciada pela saúde do indivíduo, pelas oportunidades ou restrições que impõem o meio social – idade, grau de instrução, renda, estado civil, entre outras – e também o próprio ambiente. Em conjunto, podem atuar como barreiras ou facilitadores do grau de participação nas atividades cotidianas (RAMOS, 2009).

Segundo Martinelli (2011, p. 112), “(...) a atividade ou ocupação está presente na vida de qualquer pessoa, está ligada a diversas funções, sejam elas de trabalho ou lazer. É

impossível pensar no ser humano sem o uso de atividades”.

Nesse contexto, onde são desenvolvidas as atividades, insere-se o terapeuta ocupacional, que trata o cotidiano como campo de sua atuação, onde, através da realização de atividades, auxilia os usuários na reconstrução de suas rotinas.

Na Terapia Ocupacional, as atividades possibilitam ao sujeito reconhecer-se e ser reconhecido pelos outros. O fazer e as atividades realizadas pelo indivíduo contam a história da vida de cada um. É nesse resgate da história do sujeito, permeado pelas atividades, que se encontra o território onde se descobrem interesses, capacidades e potencialidades que tracejam caminhos possíveis no campo das produções humanas. As práticas da terapia ocupacional, centradas no fazer humano, visam à construção de um cotidiano potencializado, que possibilita constituir o bem-estar pessoal do sujeito (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Assim, terapeutas ocupacionais têm procurado estudar o cotidiano como forma de compreender melhor o campo da Terapia Ocupacional. Porém, utilizá-lo como base para análise das avaliações, das práticas e dos resultados em terapia ocupacional ainda representa uma tarefa difícil de ser executada (DRUMMOND, 2007).

Para trafegar livremente pelo ambiente e engajar-se em inúmeras atividades, uma boa condição de saúde se faz necessária. Assim, o uso do tempo também pode refletir um estado de saúde, já que esta pode ser um fator limitante, e mesmo alterar as proporções do dia gastos em diversas tarefas, bem como a utilização do espaço físico. Também o uso do tempo pode ser visto como indicador de competência comportamental e bem-estar psicológico, levando em consideração os efeitos das limitações funcionais.

Neste sentido, a alocação do tempo possui vários determinantes, incluindo as oportunidades ambientais, personalidade, eventos particulares, que podem ocorrer ocasionalmente e interferir na saúde funcional, podendo considerar o uso do tempo como um indicador de estilo de vida, relacionando-se com o olhar da terapia ocupacional sobre a singularidade da realização das atividades dentro do cotidiano, inserindo-se aspectos de independência e significância.

Dessa forma, é possível depreender que interessa para a terapia ocupacional o que as pessoas fazem com o tempo, aonde vão, quais são seus desejos, como o contexto social facilita ou dificulta o engajamento das pessoas em diferentes atividades; enfim, como se constrói a vida cotidiana dos sujeitos no tempo que possuem. A terapia ocupacional preocupa-se com a produção de vida das pessoas que atende, e a vida é composta no cotidiano; é nas pequenas ações do dia a dia que nos construímos enquanto seres humanos e desenvolvemos nossos interesses. Cada cotidiano é vivido de forma particular e única por cada sujeito, construído conforme a singularidade do sujeito e da realidade vivida pelo contexto social. Dessa forma, a construção e transformação da vida cotidiana pode se apresentar como um instrumento na atenção em terapia ocupacional; assim como uma finalidade a ser alcançada em terapia ocupacional (SALLES; MATSUKURA, 2013, p. 53).

Apesar da atual riqueza de conhecimento em saúde coletiva, muito pouco é pesquisado sobre o cotidiano do indivíduo obeso, como essas pessoas, em diferentes situações de vida, investem seu tempo, e como este se apresenta em termos de qualidade das atividades, priorizando os indivíduos que aguardam há mais tempo nas filas de espera para a operação da cirurgia bariátrica, fazendo referência aos períodos pré-cirúrgico e pós-cirúrgico. O uso do tempo mostra os diferentes modos de utilização do ambiente por parte das pessoas, constituindo medida de espaço psicológico, fisiológico e social.

Um estudo realizado por Pinto e Aquino (2013), e apresentado na Conferência Internacional sobre Uso do Tempo, realizada no Brasil, analisou a difícil conciliação entre demandas do trabalho e da família, e demonstrou como isso pode afetar o uso do tempo na vida cotidiana com implicações ainda pouco conhecidas para a saúde de adultos, especialmente das mulheres.

Estudos dessa natureza podem captar mudanças nos modelos de atividade ao longo do tempo, os quais podem fornecer informações valiosas sobre o bem-estar da pessoa obesa, colaborando para o desenvolvimento de uma proposta de adequação de ambientes sociais para essa população, e, para as pessoas que já passaram pelo período cirúrgico, a readaptação de atividades importantes que, devido ao fator biopsicossocial, não eram realizadas.

É justamente essa inédita riqueza de dados empíricos sobre a vida cotidiana, levantada por pesquisas de uso do tempo, que tem levado alguns autores a caracterizá-las como algo “revolucionário” para o estudo do comportamento e da mudança social, de utilidade para qualquer área do comportamento humano. Confirmando esta última percepção, há, atualmente, uma grande incidência de estudos que utilizam dados de uso do tempo nas mais diversas áreas (CAVALCANTI et al., 2010).

Mas embora isso ocorra, estudos sobre o uso do tempo no cotidiano da pessoa obesa grau III são escassos, surgindo à necessidade de aprofundamento sobre assunto,

principalmente quando se trata de analisar momentos antes e após a realização da cirurgia bariátrica.

Para se compreender melhor os comportamentos observáveis da pessoa obesa grau III, seria indicado que alguns estudos de uso do tempo fossem realizados dentro de uma abordagem qualitativa, tendo em vista que a maioria dos estudos em relação a essa temática caracteriza uma abordagem mais quantitativa, enfatizando ainda, maior importância às características sociais, culturais e econômicas. Visto que os indivíduos com obesidade grau III são alvo da terapia ocupacional por apresentarem, em seu cotidiano, limitações que influenciam todos os aspectos da esfera de vida dos indivíduos, esses estudos caracterizariam um campo de intervenção inovador, onde todas as técnicas e recursos utilizados no campo do fazer podem ser colocados em prática, objetivando a inclusão do indivíduo e permitindo, dessa maneira, que ocorra uma organização e desenvolvimento de atividades com caráter independente e significativo.

Por fim, esse estudo espera responder, por meio dos resultados que serão apresentados, a seguinte pergunta-problema: ao longo do primeiro ano após a realização da cirurgia bariátrica, ocorre melhora na qualidade de vida, aquisição de papéis ocupacionais e aumento na dedicação de tempo às atividades rotineiras, em relação a indivíduos diagnosticados com obesidade grau III?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida, o desempenho dos papéis ocupacionais e o tempo dedicado à realização de atividades rotineiras de indivíduos com obesidade, antes e após a realização da cirurgia bariátrica.

2.2 Objetivos Específicos

- Observar se ocorrem mudanças específicas nos períodos pós-cirúrgicos em relação à qualidade de vida;
- Verificar se após a realização cirúrgica, os indivíduos aumentam o número de papéis ocupacionais desempenhados;
- Identificar quais papéis ocupacionais são considerados mais importantes e menos importantes na percepção dos indivíduos dos grupos investigados;
- Em relação ao tempo, analisar como são divididas às 24 horas do dia em atividades rotineiras, durante a semana e nos finais de semana;
- Verificar em quais atividades os indivíduos dedicaram mais tempo;
- Analisar se ocorrem mudanças nas horas dedicadas às atividades após a realização cirúrgica no decorrer dos meses de pós-operatório.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa tipo *cross-section*. Em estudos transversais (*cross-section*) coletam-se informações sobre uma variedade de características de vários grupos com uma mesma característica, em diferentes momentos de vida. Esta coleta é realizada em um único ponto no tempo e, frequentemente, o pesquisador não sabe o que ocorreu antes desse ponto. O termo transversal é usado para indicar que os indivíduos estão sendo estudados em um ponto no tempo (corte transversal). O interesse está em avaliar a associação entre as respostas obtidas (GIOLO, 2012).

3.2 Participantes

Participaram da pesquisa 80 sujeitos obesos grau III, sendo estes divididos em quatro grupos, com 20 sujeitos cada. Os grupos foram respectivamente divididos em: grupo pré-cirúrgico (GP), grupo pós-cirúrgico três meses (Pós 3), grupo pós-cirúrgico seis meses (Pós 6) e grupo pós-cirúrgico doze meses (Pós 12).

Os critérios para inclusão foram:

- Indivíduos que estivessem em acompanhamento ambulatorial (esse critério foi adotado a fim de evitar que variáveis, como distúrbios psicológicos, comprometessem a pesquisa, respeitando, dessa maneira, o protocolo de triagem do Centro de Cirurgia Bariátrica do HC);

- Indivíduos que frequentassem os grupos de conscientização e apoio multidisciplinar;
- Indivíduos que estivessem classificados dentro dos critérios da obesidade grau III;
- Indivíduos de ambos os sexos, com idade de 30 a 45 anos.

Os critérios de exclusão consistiram em:

- Indivíduos que não estivessem em acompanhamento ambulatorial;
- Indivíduos que não participassem de grupos de apoio terapêutico multidisciplinar;
- Indivíduos que não fossem classificados como obesos grau III;
- Indivíduos que possuíssem idade inferior a 30 anos e superior a 45 anos;
- Indivíduos que não estivessem de acordo em participar da pesquisa.

3.3 Caracterização do local da coleta de dados

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, conhecido como referência nacional em realização de cirurgias restritivas para controle da obesidade e de atendimento a pessoas obesas. É um hospital de alta complexidade, procurado por muitos pesquisadores para a realização de suas pesquisas científicas, devido ao fato de abordar diversos tipos de populações alvos de estudos e por seu reconhecimento e seriedade nas propostas de atendimento à saúde pública.

A equipe de atendimento no setor de obesidade e cirurgia bariátrica é composta por um grupo multidisciplinar que inclui médicos cirurgiões, nutrólogos, psicólogas, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais que realizam abordagens grupais e individuais, nos períodos pré e pós-cirúrgicos.

Os pacientes são encaminhados por médicos da região ou do próprio HC, sendo que o primeiro contato do paciente com o Centro de Cirurgia Bariátrica ocorre na forma de triagem no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica. Nesta consulta, são obtidas informações que possam confirmar, ou não, a indicação cirúrgica: idade, peso atual e peso máximo, tempo de obesidade, IMC, pressão arterial, doenças associadas, tratamentos clínicos prévios para perda de peso, sinais e sintomas de psicopatias, hábitos alimentares e atividades físicas.

Os pacientes necessariamente obedecem a alguns critérios de enquadramento para a indicação cirúrgica, definidos pela SBCBM (2013). Além disso, algumas características adicionais são obrigatórias: ausência de causas secundárias da obesidade, idade entre 18 e 65 anos, capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, compromisso com o seguimento pré e pós-operatório, ausência de dependência química a álcool e/ou drogas ilícitas, ausência de distúrbio psicótico grave (consulta com psiquiatra se necessário) ou histórico de tentativa de suicídio nos últimos doze meses.

Posteriormente, são realizados os seguintes procedimentos: agendamento como caso novo com médico e nutricionista; inclusão na lista de avaliação para cirurgia bariátrica; solicitação de exames; entrega do manual de orientações nutricionais para perda de peso; entrega do manual de orientações de atividades físicas e orientação com relação à obrigatoriedade da perda de, no mínimo, 10% do peso aferido na triagem. Após a realização de todos os procedimentos anteriormente referidos, ocorre a confirmação da indicação cirúrgica (exceto se tiver ocorrido ganho de peso em relação à triagem), agendamento para atendimento pela psicóloga, programação para a participação no grupo de conscientização e orientação multiprofissional, reforço da orientação com relação à obrigatoriedade da

continuidade da perda de peso, orientação para interromper tabagismo no mínimo dois meses antes da cirurgia, marcação do retorno, caso o paciente tenha perdido peso, e solicitação de exames.

Na seqüência, são iniciadas as consultas com a psicóloga e o Grupo de Conscientização, nas quais são realizadas palestras com orientações multiprofissionais, de acordo com o calendário organizado pela psicóloga. Neste grupo, é obrigatória a presença de um familiar, ou cuidador, para auxiliar a adesão do paciente ao tratamento e desmistificar a cirurgia. No último encontro, paciente e familiar assinam o termo de participação e esclarecimento sobre a cirurgia.

Os temas das palestras do Grupo de Conscientização são os seguintes:

- 1º tema (psicóloga): apresentação do programa de cirurgia bariátrica; orientação geral do funcionamento do ambulatório e das normas da cirurgia; avaliação e acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório;
- 2º tema (nutricionista): acompanhamento nutricional no pré e pós-operatórios;
- 3º tema (nutrólogo): avaliação clínica (acompanhamento e exames pré e pós-operatório);
- 4º tema (cirurgião): cirurgia bariátrica (orientações gerais e complicações imediatas e tardias);
- 5º tema (fisioterapeuta): a importância da atividade física no preparo da cirurgia e apnéia do sono. A realização desses grupos acontece aproximadamente por dois meses.

Após o término das sessões do Grupo de Conscientização, os pacientes são submetidos à Avaliação Psicológica Individual com, no mínimo, seis sessões, além de uma sessão onde é feita a devolutiva dos aspectos avaliados. Os pacientes participam concomitantemente do grupo de apoio pré-operatório, com encontros quinzenais e término previsto no dia da cirurgia, sendo então encaminhados para o grupo pós-operatório, com encontros quinzenais por seis meses, e após esse período, passam a ter encontros mensais por até um ano, quando são encaminhados para atendimento psicológico em sua cidade de origem. Nos grupos pós-operatórios são reafirmadas as condutas adequadas para uma recuperação positiva, levantando novas questões sobre a situação pós-cirúrgica e esclarecendo dúvidas que permeiam a nova rotina de vida desses indivíduos (PROTOCOLO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA DO HC, 2009).

3.4 Instrumentos de coleta

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

- Formulário elaborado pela pesquisadora para caracterização da amostra, contendo os seguintes itens: sexo, escolaridade, estado civil, profissão, tempo de espera pela realização cirúrgica, fatores que levaram à situação de obesidade. O formulário foi especificado para grupo pré-operatório e grupos pós-operatórios (APÊNDICE A).

- Questionário de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL- *brief*): este questionário se caracteriza como um instrumento genérico de medida da qualidade de vida, composto de 26 itens pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem em sua vida. Por tratar-se de um constructo multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente (ANEXO I).

O domínio físico envolve questões relacionadas à dor, energia para o dia-a-dia, padrão de sono, atividades do dia-a-dia, capacidade para o trabalho e necessidade de tratamento médico para conduzir sua vida diária; o domínio psicológico possui questões que retratam o sentido e modo de aproveitar a vida, concentração, aceitação da aparência física, satisfação própria e frequência de sentimentos negativos; o domínio de relações sociais questiona as relações com os amigos, familiares e a vida sexual; e por fim, o domínio do meio ambiente revela questões sobre a segurança, ambiente físico saudável, renda, disponibilidade de informações, lazer, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte. A pontuação total da avaliação varia de zero a cem, onde zero representa o pior estado de saúde, e cem representa o melhor estado de saúde (FLECK, 2000);

- Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, ou *Role Checklist*: instrumento criado e empiricamente testado por Frances Oakley e colaboradores, em 1986, com a finalidade de obter informações a respeito da percepção do indivíduo sobre sua participação em papéis ocupacionais ao longo da vida, sobre o grau de importância atribuído a cada papel e, de forma complementar, conhecer a capacidade de uma pessoa em manter o equilíbrio entre os papéis.

Consiste em um inventário dividido em duas partes, que exige aproximadamente 15 minutos para ser aplicado (ANEXO II).

A Parte I do instrumento original avalia os papéis ocupacionais no passado (período de tempo até sete dias atrás), presente (de sete dias atrás até o dia atual), e futuro (qualquer

tempo do dia seguinte em diante). Para efeito da pesquisa, o tempo passado foi considerado até cinco anos atrás; o presente foi considerado de sete dias atrás até o dia atual, e futuro foi considerado como qualquer tempo a partir do dia seguinte ao atual. Os indivíduos são instruídos a verificar nas colunas de tempo os papéis que já desempenharam, desempenham atualmente, e/ou planejam desempenhar no futuro.

A Parte II identifica o grau de importância atribuída a cada papel, entre as opções: nenhuma importância, alguma importância ou muita importância. Os dez papéis da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foram originalmente obtidos após análise da literatura em Psicologia Social, Sociologia e Terapia Ocupacional. São descritos de forma simples, breve e padronizada, divididos em: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro da família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações.

Na Lista de Papéis Ocupacionais, são relacionadas quatro dimensões de papéis, de acordo com Kielhofner e Burke (1985) apud Cruz (2012): 1) a incumbência percebida, 2) a carreira ocupacional, 3) o equilíbrio e, 4) o valor dos papéis.

1) A incumbência percebida: refere-se à crença ou percepção individual daquele que desempenha o papel. É a imagem que as pessoas têm acerca dos papéis que elas referem ter. Indica a consciência de uma pessoa sobre os papéis na vida e pode sugerir o grau em que um senso de identidade é conseguido, por meio da participação em um papel (KIELHOFNER; BURKE, 1985; KIELHOFNER; NICOL, 1989; KIELHOFNER, 1992 apud CRUZ, 2012);

2) A carreira ocupacional: a carreira ocupacional emerge como uma série de papéis pontuados pela tomada de decisão inerente ao processo de escolha ocupacional durante o tempo de vida (BLACK, 1976 apud CRUZ, 2012). Condiz com a progressão dos papéis ao longo da vida. A sucessão de papéis ou a continuidade destes produz informação sobre a carreira ocupacional da pessoa e o grau em que o desempenho futuro do papel pode ser afetado por pontos fortes ou fracos nas experiências da pessoa. Descreve a história e a continuidade das mudanças na ocupação no decorrer do tempo e extensão da vida (KIELHOFNER; BURKE; IGI, 1980; KIELHOFNER; BURKE, 1985 apud CRUZ, 2012);

3) O equilíbrio do papel: é a habilidade em manter de forma suficiente os papéis, sem conflito ou sobrecarga das demandas geradas por esses. Indica a competência em organizar efetivamente o comportamento ocupacional. Uma escassez de papéis na vida de uma pessoa, o conflito entre as demandas do papel, ou um desequilíbrio no tempo alocado para os papéis pode resultar em um comportamento ocupacional pouco adaptativo. É o grau em que as pessoas são capazes de integrar com sucesso os papéis da vida em um padrão de vida

(KIELHOFNER; BURKE, 1985; KIELHOFNER; NICOL, 1989; KIELHOFNER, 1992 apud CRUZ, 2012);

4) O valor do papel: é o grau de importância que um indivíduo atribui ao mesmo. O valor incorpora o conceito de volição, o qual propõe que o valor influencia a decisão sobre o comportamento ocupacional e a satisfação derivada dele. Esse valor é influenciado pelo desejo da pessoa em ingressar em papéis, no compromisso em desempenhá-los e na satisfação potencial da participação nesses papéis (KIELHOFNER; BURKE, 1985 apud CRUZ, 2012).

No Brasil, a tradução, adaptação transcultural e validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foram realizadas pela terapeuta ocupacional Júnia Cordeiro, em 2005.

- Relógio de Atividades: este é um instrumento adaptado por Emmel, Matsukura e Martinez, em 2002, e readaptado por Emmel e Zaiden, em 2013 (para esse estudo). Tem por objetivo registrar a média de tempo diária dedicada a cada atividade cotidiana desenvolvida pelo indivíduo (ANEXO III).

O instrumento é composto por dois relógios, com círculos concêntricos, com divisões relativas às 24 horas do dia. As atividades podem ser adaptadas de acordo com as atividades que permeiam o constructo do cotidiano da clientela a ser pesquisada (crianças, adultos, idosos). No círculo externo de cada relógio deve ser preenchido, com cores diferentes, o número médio de horas diárias utilizadas nas seguintes atividades: 1. Sono; 2. Trabalho; 3. Estudo; 4. Atividades com a família; 5. Atividades só para você; 6. Atividades de socialização; 7. Lazer e 8. Outros. O preenchimento do item “outros” deve ser acompanhado de uma descrição das atividades a que se refere. Os círculos concêntricos, obedecendo às mesmas cores estipuladas, são reservados ao registro das possíveis atividades concomitantes àquelas relacionadas no círculo externo, também em cores.

No primeiro relógio o registro deve contemplar os dias da semana, e no segundo relógio, o registro deve contemplar os finais de semana (sábados e domingos). Por seu preenchimento ser feito com cores relacionadas a cada tipo de atividade, ele proporciona uma fácil visualização das atividades do cotidiano de cada indivíduo. O estudo de Stinson (1999) foi um dos pioneiros em relação às pesquisas de mensuração de tempo no cotidiano das pessoas, fazendo referência ao Relógio de Atividades. No Brasil, as pesquisadoras Emmel, Matsukura, Martinez e Castro (2002), foram as primeiras a estudar o uso do tempo relacionado ao cotidiano das pessoas. Na primeira pesquisa realizada com o Relógio de Atividades, essas autoras identificaram a percepção do trabalhador sobre as atividades desempenhadas dentro e fora do ambiente de trabalho. No ano de 2011, a dissertação de

mestrado de Sousa, também utilizou o Relógio de Atividades, objetivando comparar e descrever os aspectos do cotidiano de crianças com paralisia cerebral e de crianças com desenvolvimento típico relacionado à sua rotina diária. Emmel (2012) realizou um estudo exploratório sobre a percepção de terapeutas ocupacionais a respeito de suas atividades cotidianas, e mais recentemente, Nunes, Figueiredo, Barba e Emmel (2013), descreveram, em suas pesquisas, o comportamento ocupacional de crianças em idade pré-escolar através dos relatos de suas mães.

3.5 Procedimentos

Os participantes dessa pesquisa foram selecionados obedecendo aos critérios de inclusão. O convite para a participação na pesquisa foi feito durante a realização dos Grupos de Conscientização apoio, com o consentimento do profissional que orientava o grupo no momento. Logo após a finalização das orientações dos grupos, os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa permaneceram na sala, onde inicialmente foi lido pela pesquisadora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e na sequência foram aplicadas as avaliações individuais, que foram realizadas em um único momento, com aproximadamente 50 minutos de aplicação. Todas as dúvidas e curiosidades que surgiram nesse momento foram imediatamente sanadas pelo entrevistador.

A coleta de dados foi realizada entre 24 de abril a 27 de novembro de 2013, todas as quartas-feiras, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, sem ajuda de auxiliares de pesquisa.

3.6 Tratamento dos dados coletados

Os dados coletados através dos instrumentos WHOQOL-Bref, Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e Relógio de Atividades foram digitados, tabulados e pré-analisados isoladamente, em planilhas no programa Excel. Posteriormente, os resultados desses instrumentos foram submetidos a análises estatísticas, com testes específicos para o tratamento de cada variável.

WHOQOL – Bref

Para a análise dos dados do WHOQOL-Bref, utilizou-se uma planilha que realizava a análise dos dados automaticamente. Posteriormente, para cada uma das variáveis estudadas,

inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados para verificar o comportamento de cada grupo. Como as medidas eram numéricas, foram calculadas a média e o desvio padrão. Além disso, foram feitos gráficos com os valores das médias e do tipo boxplot, formados pelos seguintes valores: valor mínimo, primeiro quartil, segundo quartil, terceiro quartil e valor máximo.

O método utilizado para comparar as médias dos grupos foi a Análise de Variância Multivariada (MANOVA). Tal técnica consiste em comparar “k” grupos independentes segundo “m” variáveis. O nível de significância fixado para todos os testes foi de 5%. Assim, pelo p-valor obtido em cada teste rejeitamos a hipótese de igualdade dos grupos quando o p-valor for menor que 0,05.

Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais

Para a Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais, foi inicialmente utilizada uma planilha do Excel para tabular os dados dos 80 sujeitos. Posteriormente foram utilizadas a ANOVA e a Análise de Correspondência.

Dado que as observações foram obtidas a partir das mesmas unidades experimentais e em diferentes períodos de tempo, configura-se assim um caso de medidas repetidas. Desta forma, para se comparar as médias desses períodos em estudo, utilizou-se a ANOVA com medidas repetidas, que, assim como ocorre em qualquer análise de variância, testa-se a igualdade de médias. O nível de significância adotado para todo o estudo foi de 0,05, fornecendo uma confiabilidade de 95%.

Em muitos estudos onde se deseja avaliar a associação entre variáveis categóricas, a análise de correspondências é uma alternativa bastante utilizada. Isso se justifica por que tal análise permite observar conjuntamente toda a informação contida em uma tabela de contingência, representando graficamente a estrutura de correlações, resultados esses que não seriam possíveis caso fosse feita análises de variáveis duas a duas. Quando apenas duas variáveis são estudadas chamamos de análise de correspondências simples e se esse número é maior, passamos a considerá-la análise fatorial de correspondências múltiplas (AFCM).

Relógio de Atividades

Para a análise do Relógio de Atividades, foi calculada a média de horas diárias de cada atividade nele especificada e, posteriormente, utilizada a Análise de Variância Multivariada

(MANOVA).

Para esta pesquisa, foram avaliados quatro grupos como já citados anteriormente, sendo um deles denominado de pré-operatório e os outros três de pós-operatórios. Para as análises estatísticas, ocorreu uma junção dos grupos pós-operatórios, realizando-se as médias dos resultados obtidos entre eles, e transformando-o em apenas um grupo. Portanto, as análises estatísticas serão apresentadas entre grupo pré-operatório e grupo pós-operatório.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob o parecer nº 190.248, homologado em 29 de março de 2012 (ANEXO IV).

Para a realização desse estudo, foram incluídos os sujeitos que manifestaram interesse em participar voluntariamente da pesquisa após esclarecimento e definição de seus direitos e garantias, seguindo-se à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 196/96 (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Os dados obtidos através da aplicação da entrevista e dos protocolos avaliativos permitiram, através da percepção dos participantes, mostraram características de cada grupo; identificar os papéis ocupacionais mais desempenhados em relação ao tempo e sua importância; avaliar a qualidade de vida nos períodos pré e pós-operatório e o uso do tempo dedicado no desempenhar de atividades rotineiras.

4.1 Caracterização da Amostra

A Tabela 1, disposta a seguir, define a caracterização da amostra, apontando as particularidades dos grupos investigados: pré-operatório (P); pós-operatório 3 meses (PO3); pós-operatório 6 meses (PO6) e pós-operatório 12 meses (PO12).

Tabela 1- Caracterização da Amostra

GRUPOS EXPERIMENTAIS					
	P	PO3	PO6	PO12	TOTAL
GÊNERO					
Masculino	3	5	4	6	18
Feminino	17	15	16	14	62
ESTADO CIVIL					
Casados	7	13	10	10	40
Solteiros	12	7	8	6	33
Divorciados	1	-	2	4	7
ESCOLARIDADE					
Ensino fundamental	10	7	8	10	35
Ensino médio	7	10	9	6	32
Ensino superior	3	3	3	4	13
TRABALHO					
Remunerado	11	13	9	10	43
Não remunerado	4	6	8	6	24
Desempregado	1	-	1	2	4
Aposentados	-	-	-	-	-
Afastados	4	1	2	2	9
TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA (EM ANOS)	2,8	3,2	3,1	2,5	2,9

Fonte: próprio autor (2014). **P** = grupo pré- operatório. **PO3**=grupo pós operatório de 3 meses. **PO6**= pós operatório 6 meses.**PO12**= pós operatório 12 meses

Nos resultados apresentados na Tabela 1, foi constatado que dos 80 indivíduos pesquisados, a participação do sexo feminino foi predominante em todos os grupos, sendo identificada na amostra a presença de 62 mulheres e 18 homens.

Em relação ao estado civil, o grupo pré-operatório apresentou um número maior de integrantes solteiros (12) em comparação aos grupos pós-operatórios. Já em relação às

peessoas casadas, o grupo pós 3 meses se sobressaiu em relação aos outros, embora todos os grupos tenham referido indivíduos casados.

No aspecto escolaridade, a situação apresentada aponta que todos os pesquisados eram alfabetizados, portanto, no grupo pré observa-se que a maioria dos participantes tinha cursado o ensino fundamental, tal como aconteceu no grupo PO12, diferindo dos grupos PO3 e PO6, onde a maioria possuía nível médio de escolaridade. O nível superior, embora citado em todos os grupos, foi mais evidenciado entre os participantes do grupo PO12.

No item que se refere ao trabalho, constatou-se que a atividade remunerada foi a mais citada em todos os grupos, destacando-se no grupo pré-operatório, 11 participantes que desempenhavam atividades remuneradas, e entre os pós-operatórios, o grupo PO3, com 13 indivíduos desempenhando essa atividade. As atividades não remuneradas foram muito citadas nos grupos pós-operatórios, sobressaindo-se no grupo PO6.

Nessa amostra foi calculada a média do tempo de espera para a realização da cirurgia bariátrica e o grupo que mais tempo aguardou pela realização cirúrgica foi PO3, com aproximadamente, 3 anos e 2 meses de espera.

Na Tabela 2, serão apontados os fatores, que segundo a percepção dos grupos avaliados, tiveram influência no desencadear da doença.

Tabela 2- Fatores desencadeantes da obesidade de acordo com a percepção de cada indivíduo

FATORES	GRUPOS EXPERIMENTAIS			
	P	PO3	PO6	PO12
GENÉTICO	9	16	10	11
HORMONAL	4	1	8	3
AMBIENTAL	02	5	3	8
EMOCIONAL	13	7	8	8

Fonte: próprio autor (2014). **P** = grupo pré- operatório. **PO3**=grupo pós operatório de 3 meses. **PO6**= pós operatório 6 meses.**PO12**= pós operatório 12 meses

Os resultados relativos aos fatores que poderiam ter influenciado o desencadeamento da obesidade nos grupos, apontou entre os participantes do grupo pré-operatório o fator de ordem emocional, seguido pelo fator genético; nesse sentido observou-se que nos grupos pós-operatórios ocorreu uma inversão desse resultado, visto que o fator genético sobressaiu-se sobre o emocional. O fator ambiental destacou-se no grupo PO12 e o

fator hormonal no grupo PO6.

Para a apresentação dos resultados da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais e Relógio de Atividades, os grupos pós-operatórios foram aglutinados, sendo a partir de então considerados, para fins de análise, dois grupos: Pré-Operatório e Pós Operatório.

Resultados da avaliação da Qualidade de Vida

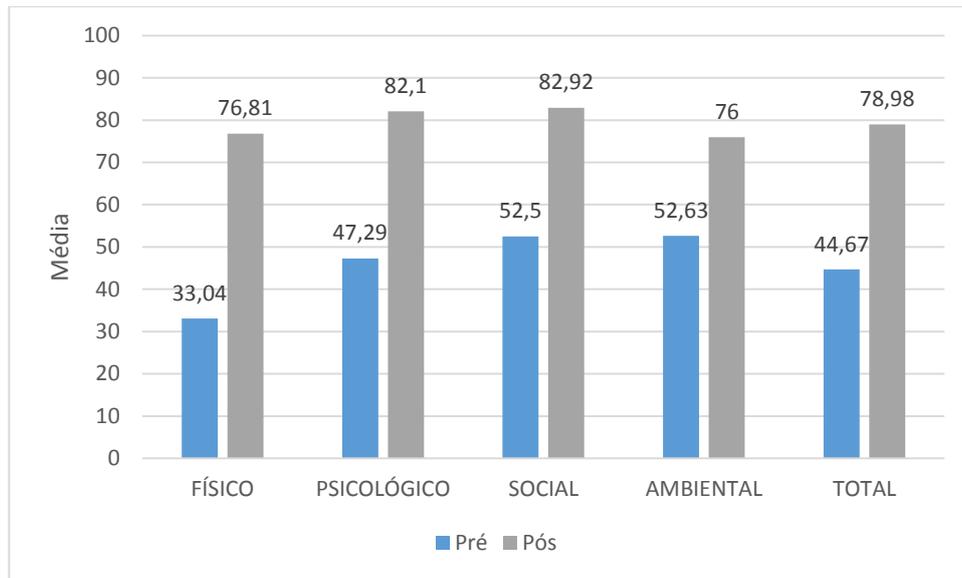
Tabela 3 – Medidas descritivas de cada variável em cada grupo

	Pré (n=20)		Pós (n=60)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
FÍSICO	33,04	23,17	76,81	14,66
PSICOLÓGICO	47,29	24,26	82,10	9,10
SOCIAL	52,50	20,78	82,92	13,41
AMBIENTAL	52,63	14,81	76,00	10,43
TOTAL	44,67	18,21	78,98	9,25

Os resultados da avaliação da Qualidade de Vida são apontados na Tabela 3, que fornece a média e desvio padrão dos domínios Físico, Psicológico, Social, Ambiental e Total para cada grupo. As médias obtidas pelo grupo pré-operatório, em todos os domínios avaliados, foram inferiores aos de todos os grupos pós-operatórios, sendo que o mais prejudicado se deu em relação ao domínio físico. Observou-se que o grupo pós-operatório apresentou média superior ao pré-operatório em todas as variáveis analisadas, com melhoras constantes e crescentes no decorrer dos meses de pós-cirurgia em todos os domínios avaliados.

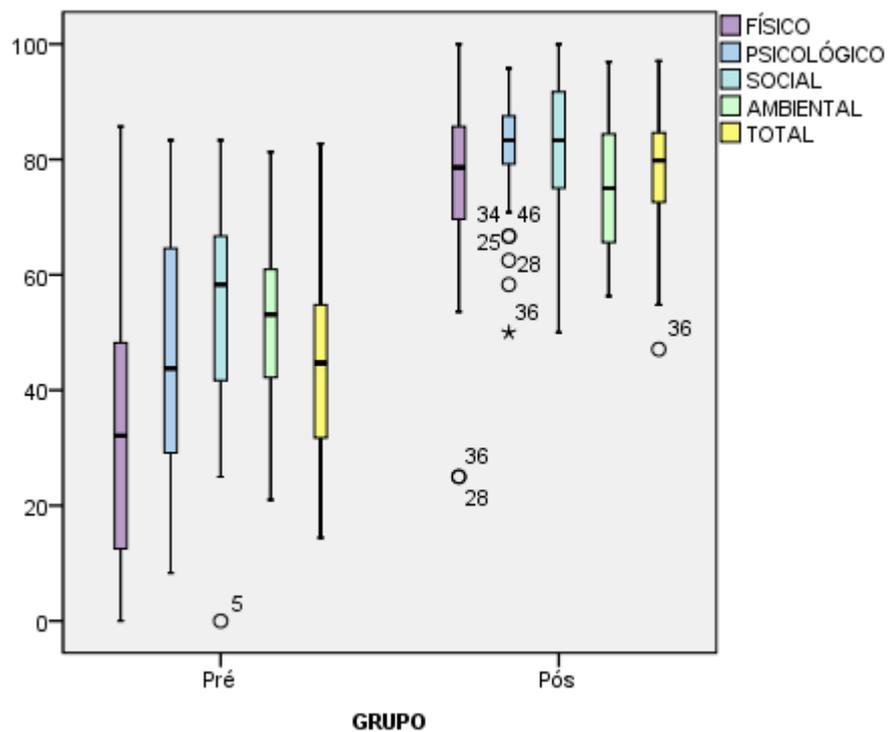
O Gráfico 1 exibe a visualização desses resultados.

Gráfico 1: Médias de cada domínio em cada grupo avaliado



Na Figura 6, são apontados os boxplots para os dois grupos. Os boxplots mostraram que o grupo pré tende a apresentar maiores valores e que ambos os grupos apresentaram observações atípicas.

Figura 6 – Boxplot de cada variável em cada grupo



Com a finalidade de justificar o uso da Análise de Variância Multivariada (MANOVA) para comparar os grupos de acordo com as variáveis estudadas, foram realizados testes de correlação de Pearson entre cada par de variáveis. Verificou-se através da Tabela 4, que em todos os pares as correlações foram significativas (p -valor $<0,05$).

Tabela 4 – Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas

		FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTAL	TOTAL
FÍSICO	Corr. de Pearson	1	0,861	0,733	0,787	0,949
	P-Valor		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
PSICOLÓGICO	Corr. de Pearson	0,861	1	0,764	0,815	0,939
	P-Valor	0,000*		0,000*	0,000*	0,000*
SOCIAL	Corr. de Pearson	0,733	0,764	1	0,769	0,842
	P-Valor	0,000*	0,000*		0,000*	0,000*
AMBIENTAL	Corr. de Pearson	0,787	0,815	0,769	1	0,910
	P-Valor	0,000*	0,000*	0,000*		0,000*
TOTAL	Corr. de Pearson	0,949	0,939	0,842	0,910	1
	P-Valor	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p<0,05$).

Observando-se a Tabela 5, pode-se notar que através da igualdade entre matrizes de covariâncias, uma das condições de aplicação do teste não foi satisfeita. Como existe diferença no tamanho dos grupos e os maiores desvios estão no maior grupo (Tabela 3), devemos utilizar o traço de Pillai como estatístico teste.

Tabela 5 – Teste M de Box para igualdade entre matrizes de covariâncias dos grupos

M de Box	62,083
F	3,709
G.L.1	15
G.L.2	5122,963
P-Valor	0,000

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p<0,05$).

Pela Tabela 6, constatamos que existe significância estatística ao nível de 5% para diferença entre os grupos quando utilizamos a estatística sugerida (p -valor = 0,000).

Tabela 6 – MANOVA para igualdade entre os grupos com relação aos 5 domínios

	Valor	F	G.L. Hipótese	G.L. Erro	P-Valor
Traço de Pillai	0,654	28,023	5,000	74,000	0,000
Lambda de Wilks	0,346	28,023	5,000	74,000	0,000
Traço de Hotelling	1,893	28,023	5,000	74,000	0,000
Maior Raiz de Roy	1,893	28,023	5,000	74,000	0,000

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$).

Para identificar em quais variáveis a diferença entre as médias foi significativa, foram realizados testes de comparação múltipla utilizando a correção de Bonferroni. Tais testes estão dispostos na Tabela 7.

Através dos valores apresentados notamos diferença significativa entre os grupos em todas as variáveis, sendo que o grupo pós-operatório apresenta média superior (diferença de médias negativa, pois média do grupo pós > grupo pré, sendo $D = (I - J) < 0$).

Tabela 7 – Teste de comparações múltiplas entre os grupos para cada variável

Variável	I	J	Diferença de Médias (I-J)	P-Valor
FÍSICO	Pré	Pós	-43,772	0,000*
PSICOLÓGICO	Pré	Pós	-34,808	0,000*
SOCIAL	Pré	Pós	-30,422	0,000*
AMBIENTAL	Pré	Pós	-23,375	0,000*
TOTAL	Pré	Pós	-34,312	0,000*

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$).

A partir dos resultados obtidos, verificou-se que o grupo pós-operatório apresentou média superior ao pré-operatório em todos os cinco domínios relacionados à qualidade de vida (Físico, Psicológico, Social, Ambiental e Total). Através da MANOVA, foram constatadas que todas as diferenças observadas foram significativas, observando-se que através dos testes de correlação essas variáveis são correlacionadas entre si.

Resultados da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais

- Em relação ao tempo: passado, presente e futuro

A Tabela 8 apresenta a frequência de indivíduos que marcaram determinado papel em cada período de tempo analisado.

Tabela 8 – Porcentagens de sujeitos que relacionaram os papéis ocupacionais ao longo do tempo (Presente, Passado, Futuro)

	Pré (n=20)			Pós (n=60)		
	PASSADO	PRESENTE	FUTURO	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE (%)	65,00	25,00	35,00	80,00	20,00	51,67
TRABALHADOR (%)	45,00	55,00	30,00	31,67	55,00	45,00
VOLUNTÁRIO (%)	20,00	25,00	35,00	36,67	23,33	56,67
CUIDADOR (%)	20,00	35,00	25,00	31,67	43,33	30,00
SERV. DOMÉSTICO (%)	5,00	85,00	5,00	1,67	93,33	0,00
AMIGO (%)	15,00	65,00	15,00	8,33	88,33	8,33
FAMÍLIA (%)	0,00	80,00	10,00	3,33	91,67	1,67
RELIGIOSO (%)	5,00	70,00	15,00	18,33	71,67	16,67
PASSATEMPO (%)	35,00	40,00	45,00	16,67	66,67	25,00
ORGANIZAÇÕES (%)	5,00	0,00	15,00	13,33	23,33	21,67
OUTROS (%)	0,00	0,00	15,00	1,67	1,67	10,00

No grupo pré-operatório os papéis mais marcados no passado foram o de estudante (65%), seguido de trabalhador (45%) e passatempo (35%); no presente, os mais marcados foram serviço doméstico (85%), seguido de família (80%) e religioso (70%); para o futuro, destacaram-se os papéis de passatempo (45%), seguido de estudante (35%) e voluntário (35%).

Para o grupo pós-operatório, os resultados apontaram que no passado o papel mais marcado foi o de estudante (80%), seguido de voluntário (36,67%), trabalhador e serviço doméstico (ambos com 31,67%); no presente, o papel mais marcado por esse grupo foi serviço doméstico (93,33%), seguido de família (91,67%) e amigo (88,33%); para o futuro, observou-se que o papel mais marcado foi voluntário (56,67%), seguido de estudante (51,67%) e trabalhador (45%).

ANOVA com Medidas Repetidas (Número de Papéis)

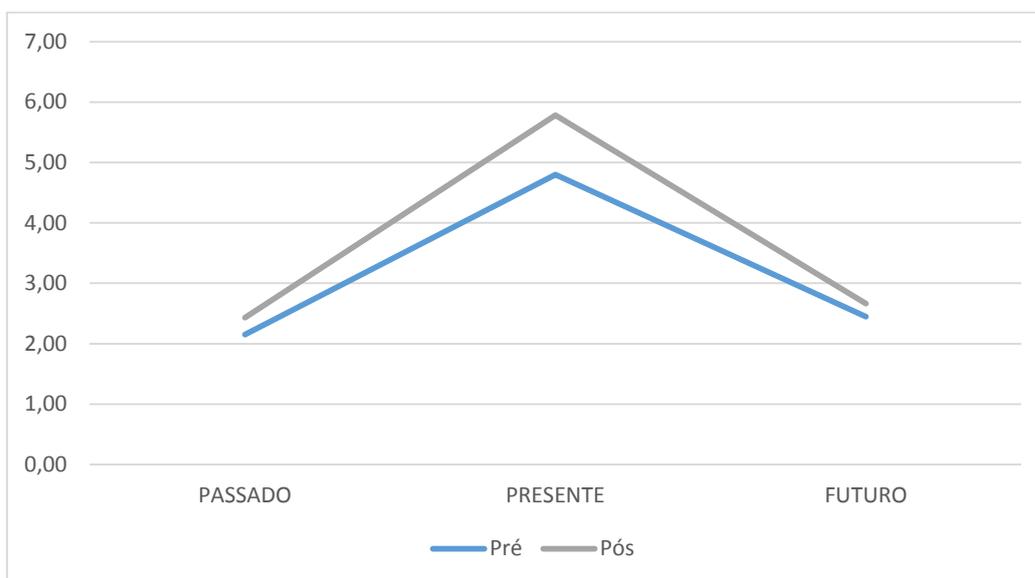
A partir da Tabela 9, pode-se observar que o grupo pós-operatório apresentou médias superiores ao pré-operatório em todas as medidas analisadas. Com relação ao tempo, notamos que a média de ambos os grupos aumenta do passado para o presente e diminui do presente para o futuro.

Tabela 9 – Médias e desvio padrão para número de papéis dos dois grupos analisados no passado, presente e futuro

	Pré (n=20)		Pós (n=60)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
PASSADO	2,15	1,27	2,43	1,56
PRESENTE	4,80	2,02	5,78	1,70
FUTURO	2,45	1,64	2,67	1,66

O comportamento dos dois grupos pode ser melhor visualizado na Gráfico 2.

Gráfico 2 – Gráfico de médias para os grupos pré e pós nos três períodos de tempo analisados



Para confirmar as diferenças observadas na comparação das médias, foi feita uma Análise de Variância (ANOVA) com medidas repetidas. Foram considerados os efeitos de grupo, tempo e a interação entre os mesmos.

Por meio da Tabela 10 vemos que a hipótese de esfericidade foi rejeitada (p-valor = 0,000), sendo assim, foi necessário utilizar a correção de Huynh & Feldt (1970).

Tabela 10 – Teste para esfericidade (Critério de Mauchly)

Estatística Teste	Aproximação Qui-Quadrado	G.L.	P-Valor
0,512	51,510	2	0,000*

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$).

Na Tabela 11, encontram-se os resultados do teste que verificam as hipóteses de igualdade entre os tempos e interação entre tempo e grupo. Através dos p-valores apresentados, verificamos que existe diferença significativa ao nível de 5% apenas para tempo (p-valor = 0,000). Como a interação entre grupo e tempo não foi significativa (p-valor = 0,415), basta serem avaliados os grupos e os tempos separadamente.

Tabela 11 – Análise de Variância (ANOVA) com correção de Huynh-Feldt– Tempo

Fonte de Variação	Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	Quadrado Médio	F	P-Valor
Tempo	330,844	1,377	240,289	48,030	0,000*
Tempo * Grupo	5,411	1,377	3,930	0,786	0,415
Erro (Tempo)	537,289	107,395	5,003		

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$).

Pela Tabela 12, que mostra o resultado para o efeito de grupo, pode-se notar que também existe diferença significativa ao nível de 5% entre os grupos analisados (p-valor = 0,004).

Tabela 12 – Análise de Variância (ANOVA) – Grupo

Fonte de Variação	Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	Quadrado Médio	F	P-Valor
Intercepto	2057,068	1	2057,068	1642,940	0,000*
Grupo	11,001	1	11,001	8,787	0,004*
Erro	97,661	78	1,252		

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$).

Os testes de comparações múltiplas com correção de Bonferroni para efeito de tempo estão dispostos na Tabela 13. A partir dos valores apresentados verificamos que a média do número de papéis no passado é diferente do presente (p-valor = 0,000), com maior valor para o presente (diferença de médias negativa, pois média do presente > passado, sendo $D = (I - J) < 0$); que a média do presente é diferente do futuro (p-valor = 0,000), com maior valor para o presente (diferença de médias positiva, pois média do presente > futuro, sendo $D = (I - J) < 0$), e o passado é igual ao futuro (p-valor = 0,486).

Portanto, concluímos que os grupos são diferentes, com maior valor da média para o grupo pós-operatório, que o valor médio do número de papéis aumenta do passado para o presente e diminui do presente para o futuro.

Tabela 13 – Teste de comparações múltiplas para tempo

(I) Tempo	(J) Tempo	Diferença de Médias (I-J)	P-Valor
PASSADO	PRESENTE	-3,000	0,000*
	FUTURO	-0,267	0,486
PRESENTE	PASSADO	3,000	0,000*
	FUTURO	2,733	0,000*
FUTURO	PASSADO	0,267	0,486
	PRESENTE	-2,733	0,000*

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% (p<0,05).

A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir que o grupo pós-operatório apresentou maiores médias no número de papéis analisados em cada período. Com relação ao tempo, notamos que a média de ambos os grupos aumentou do passado para o presente e diminuiu do presente para o futuro, sendo iguais entre passado e futuro. Pela ANOVA com medidas repetidas constatamos que as diferenças observadas foram significativas. Dessa forma, concluímos que os grupos são diferentes, com maior valor da média para o grupo pós-operatório e que o valor médio do número de papéis aumenta do passado para o presente e diminui do presente para o futuro.

Resultados da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais

- Em relação ao grau de importância

A importância dada a cada papel que se desempenha no decorrer da vida, é um fator que influencia diretamente na dedicação e significância que se dá a cada um deles.

Na Tabela 14 serão expostos os níveis de importância dados aos diversos papéis ocupacionais que permeiam a vida dos grupos pesquisados.

Tabela 14 – Importância dada aos papéis em cada grupo avaliado

	Pré (n=20)			Pós (n=60)		
	NENHUMA	ALGUMA	MUITA	NENHUMA	ALGUMA	MUITA
ESTUDANTE (%)	25,00	10,00	65,00	11,67	8,33	80,00
TRABALHADOR(%)	5,00	5,00	90,00	1,67	6,67	91,67
VOLUNTÁRIO (%)	0,00	25,00	75,00	1,67	35,00	63,33
CUIDADOR (%)	10,00	15,00	75,00	10,00	11,67	78,33
SERV_DOMÉSTICO (%)	15,00	35,00	50,00	6,67	16,67	76,67
AMIGO (%)	5,00	20,00	75,00	3,33	20,00	76,67
FAMÍLIA (%)	5,00	5,00	90,00	0,00	6,67	93,33
RELIGIOSO (%)	0,00	10,00	90,00	3,33	13,33	83,33
PASSATEMPO (%)	0,00	25,00	75,00	6,67	16,67	76,67
ORGANIZAÇÕES (%)	70,00	5,00	25,00	25,00	21,67	53,33

Análise de Correspondência (Grau de Importância)

Nesta etapa, foram relacionados o grau de importância dado pelos indivíduos para cada um dos papéis com o a variável grupo (pré e pós-operatórios) através de uma abordagem qualitativa. Primeiramente o grau de importância foi classificado em três classes: nenhuma importância, alguma importância e muita importância, mas devido à baixa frequência, algumas classes de determinados papéis precisaram ser agrupadas. Com exceção da variável grupo e importância do papel organizações, todas as demais foram agrupadas, sendo que as categorias nenhuma ou alguma importância se tornaram apenas uma categoria: nenhuma/alguma importância.

Como foi realizada uma Análise de Correspondência Múltipla, o percentual de variância explicada por cada eixo não deve ser utilizado para se definir o número de fatores na análise, sendo que uma alternativa usualmente utilizada é a de analisar a estrutura de

decréscimo dos autovalores. Neste caso, devem ser analisados os eixos cujos autovalores não se enquadram na forma “regular” de decréscimo do histograma dos autovalores.

A Tabela 15 mostra que a partir do segundo eixo obtemos a forma “regular” de decréscimo do histograma dos autovalores. Dessa forma, utilizamos as duas primeiras dimensões na análise.

Tabela 15- Decomposição da inércia e Qui-Quadrado

Valor Singular	Inércia Principal	Qui-Quadrado	Valor Singular	Inércia Principal	
0,47183	0,22262	265,69	20,41	20,41	*****
0,39475	0,15583	185,98	14,28	34,69	*****
0,35673	0,12726	151,88	11,67	46,36	*****
0,34459	0,11874	141,72	10,88	57,24	*****
0,29922	0,08953	106,85	8,21	65,45	*****
0,27703	0,07675	91,60	7,04	72,48	*****
0,26595	0,07073	84,41	6,48	78,97	*****
0,25174	0,06337	75,63	5,81	84,78	*****
0,23461	0,05504	65,69	5,05	89,82	*****
0,22277	0,04963	59,23	4,55	94,37	*****
0,19048	0,03628	43,30	3,33	97,70	****
0,15854	0,02514	30,00	2,30	100,00	***
Total	1,09091	1301,97	100,00		
G.L.=484					

Como foram utilizadas apenas as duas primeiras dimensões, a qualidade de cada categoria não será necessariamente 100%. Na Tabela 16, são apontadas as respectivas massas, inércia e qualidade para cada categoria estudada.

Tabela 16 - Qualidade, massa e inércia para cada categoria

	Qualidade	Massa	Inércia
POS	0,2671	0,0682	0,0208
PRE	0,2671	0,0227	0,0625
E_MUITA	0,2701	0,0693	0,0198
E_NENHUMA/ALGUMA	0,2701	0,0216	0,0635
T_MUITA	0,1169	0,0830	0,0073
T_NENHUMA/ALGUMA	0,1169	0,0080	0,0760
V_MUITA	0,4601	0,0602	0,0281
V_NENHUMA/ALGUMA	0,4601	0,0307	0,0552
C_MUITA	0,5959	0,0705	0,0188
C_NENHUMA/ALGUMA	0,5959	0,0205	0,0646
SD_MUITA	0,4911	0,0636	0,0250
SD_NENHUMA/ALGUMA	0,4911	0,0273	0,0583
A_MUITA	0,5952	0,0693	0,0198
A_NENHUMA/ALGUMA	0,5952	0,0216	0,0635
F_MUITA	0,2245	0,0841	0,0063
F_NENHUMA/ALGUMA	0,2245	0,0068	0,0771
R_MUITA	0,0591	0,0773	0,0125
R_NENHUMA/ALGUMA	0,0591	0,0136	0,0708
P_MUITA	0,2977	0,0693	0,0198
P_NENHUMA/ALGUMA	0,2977	0,0216	0,0635
O_ALGUMA	0,3983	0,0159	0,0687
O_MUITA	0,2570	0,0420	0,0448
O_NENHUMA	0,4997	0,0330	0,0531

Pode-se observar que os valores para inércia variaram entre 0,0063 e 0,0771, com menores valores para as classes T_MUITA e F_MUITA e maiores para T_NENHUMA/ALGUMA e F_NENHUMA/ALGUMA. Observando os valores da massa, foram verificadas que as classes T_NENHUMA/ALGUMA e F_NENHUMA/ALGUMA se destacaram por apresentarem os menores valores, possivelmente pela baixa frequência observada nessas categorias. Dentre as medidas de qualidade, dado que temos $p = 23$ classes, precisamos de no mínimo um valor para qualidade igual a $1/23 = 0,0434$. Sendo assim, todas as classes foram bem explicadas pelas duas dimensões utilizadas, uma vez que o valor mínimo foi 0,0591 (R_MUITA e R_NENHUMA/ALGUMA).

A Tabela 17 mostra quanto cada categoria contribuiu para a explicação da variabilidade total de cada uma das dimensões escolhidas. Na dimensão1, as categorias que mais contribuíram foram C_NENHUMA/ALGUMA, SD_NENHUMA/ALGUMA,

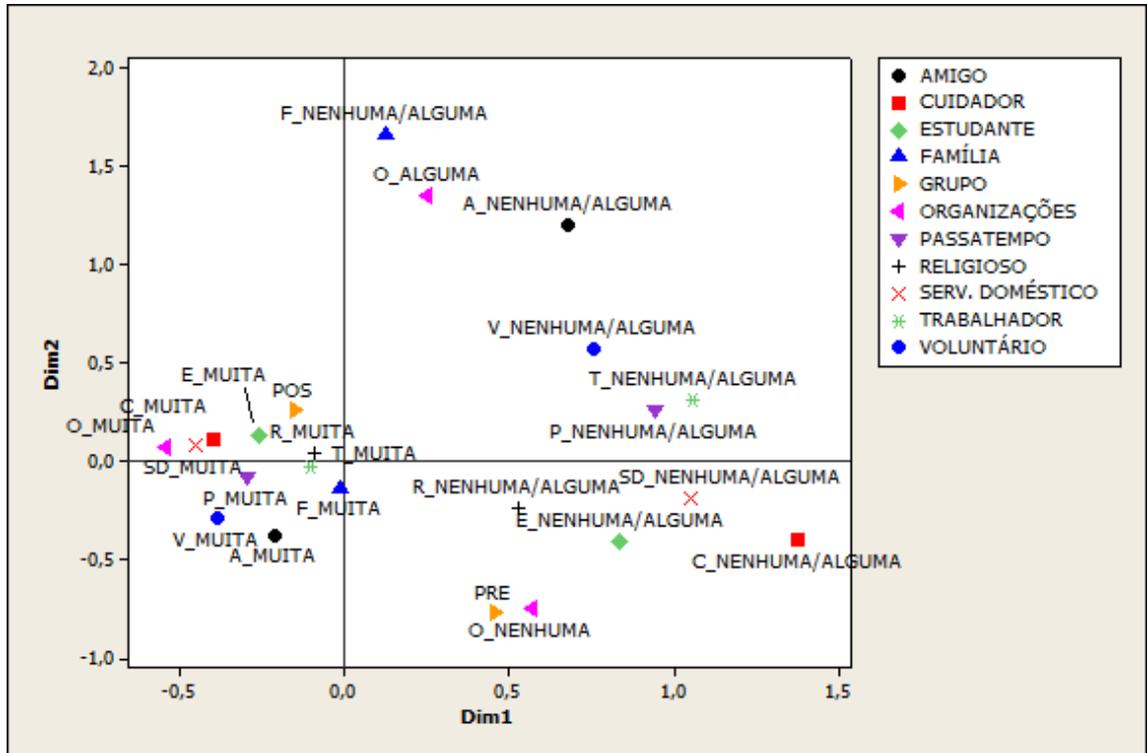
P_NENHUMA/ALGUMA, V_NENHUMA/ALGUMA e E_NENHUMA/ALGUMA. Já na dimensão 2, as categorias que mais contribuíram foram A_NENHUMA/ALGUMA, O_ALGUMA, A_NENHUMA/ALGUMA, O_NENHUMA e PRE.

Tabela 17 – Contribuição à inércia em cada dimensão

	Dim1	Dim2
POS	0,0070	0,0289
PRE	0,0211	0,0868
E_MUITA	0,0212	0,0071
E_NENHUMA/ALGUMA	0,0681	0,0229
T_MUITA	0,0039	0,0005
T_NENHUMA/ALGUMA	0,0402	0,0049
V_MUITA	0,0403	0,0330
V_NENHUMA/ALGUMA	0,0791	0,0648
C_MUITA	0,0505	0,0060
C_NENHUMA/ALGUMA	0,1741	0,0207
SD_MUITA	0,0583	0,0027
SD_NENHUMA/ALGUMA	0,1361	0,0062
A_MUITA	0,0140	0,0625
A_NENHUMA/ALGUMA	0,0449	0,2006
F_MUITA	0,0000	0,0098
F_NENHUMA/ALGUMA	0,0005	0,1205
R_MUITA	0,0030	0,0009
R_NENHUMA/ALGUMA	0,0171	0,0049
P_MUITA	0,0268	0,0030
P_NENHUMA/ALGUMA	0,0861	0,0095
O_ALGUMA	0,0045	0,1852
O_MUITA	0,0554	0,0015
O_NENHUMA	0,0480	0,1173

A Figura 7 apresenta os cruzamentos entre as dimensões 1 e 2.

Figura 7 – Cruzamento entre primeira e segunda dimensão da análise de correspondência



Através da Análise de Correspondência Múltipla e considerando-se a variável grupo como fator importante de associação entre os papéis estudados, verifica-se que os indivíduos do grupo pós-operatório tenderam a dar muita importância a todos os papéis avaliados (amigo, cuidador, estudante, família, organizações, passatempo, religioso, serviço doméstico, trabalhador e voluntário), enquanto que os indivíduos do grupo pré tenderam a dar nenhuma importância para o papel organizações.

Observa-se também, que as categorias nenhuma/alguma dos papéis família, organizações e amigo estão relacionadas entre si e não estão relacionadas a nenhum grupo e, por fim, que essa mesma categoria dos papéis, voluntário, trabalhador, passatempo, religioso, estudante, serviço doméstico e cuidador também estão relacionados entre si e não estão relacionadas a nenhum grupo.

Resultados do Relógio de Atividades

O desempenho dos papéis ocupacionais ocupa boa parte do tempo do cotidiano das pessoas, e por esta razão, atualmente, estudos sobre o uso do tempo estão sendo incorporados em pesquisas científicas, com o objetivo de identificar problemas e demonstrar novas perspectivas de dedicação do tempo na realização de atividades significativas.

Analisando-se as medidas relacionadas ao tempo gasto com trabalho, atividades com a família e atividades pessoais durante a semana e final de semana, observa-se na Tabela 18 que, apesar de mais próximas, as médias do grupo pós-operatório foram maiores do que o pré-operatório em todas as variáveis analisadas.

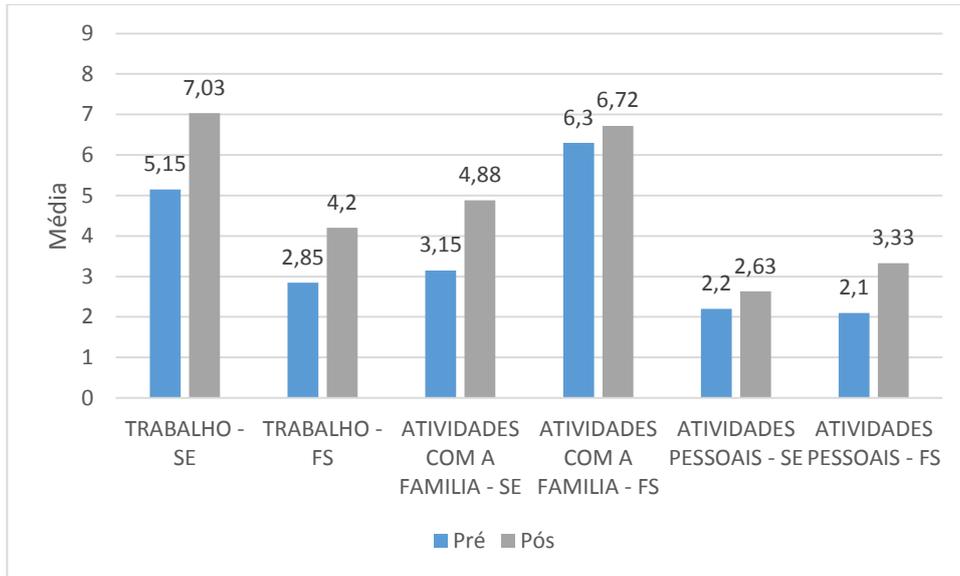
Tabela 18– Medidas descritivas de cada variável em cada grupo

	Pré (n=20)		Pós (n=60)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
TRABALHO - SE	5,15	3,96	7,03	3,97
TRABALHO - FS	2,85	4,56	4,20	4,47
ATIVIDADES COM A FAMILIA - SE	3,15	3,63	4,88	4,17
ATIVIDADES COM A FAMILIA - FS	6,30	5,08	6,72	4,81
ATIVIDADES PESSOAIS - SE	2,20	2,97	2,63	1,94
ATIVIDADES PESSOAIS - FS	2,10	2,81	3,33	2,97

SE= durante a semana; FS= finais de semana

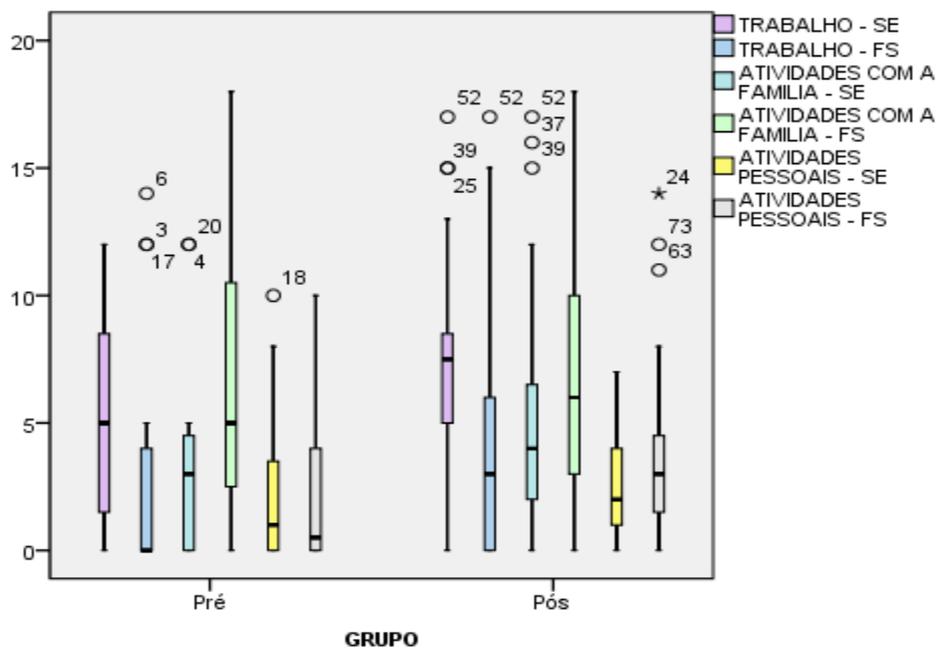
Através do Gráfico 3, verificam-se, com clareza, as diferenças entre as médias, com maior valor para o grupo pré.

Gráfico 3 – Médias de cada variável em cada grupo avaliado



No entanto, ao se observar os boxplots apresentados na Figura 8, nota-se que o comportamento dos grupos é próximo, uma vez que os boxplots dos grupos em cada variável se interseccionam, e que existem observações atípicas em ambos.

Figura 8 – Boxplot de cada variável em cada grupo



Para justificar o uso da Análise de Variância Multivariada (MANOVA) para este caso, novamente foram realizados testes de correlação de Pearson entre os pares de variáveis. Por meio da Tabela 19, observa-se que a correlação entre Trabalho – SE e Trabalho – FS, Atividades com a família – SE e Atividades com a família – FS, Atividades com a família – SE e Atividades pessoais – FS e também Atividades pessoais – SE e Atividades pessoais – FS foram significativas ao nível de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$). Dessa forma, devemos comparar as médias dos grupos utilizando a abordagem sugerida.

Tabela 19 – Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas

		TRABALHO - SE	TRABALHO - FS	ATIVIDADES COM A FAMILIA - SE	ATIVIDADES COM A FAMILIA - FS	ATIVIDADES PESSOAIS - SE	ATIVIDADES PESSOAIS - FS
TRABALHO - SE	Corr. de Pearson	1	0,603	0,052	0,136	-0,114	-0,188
	P-Valor		0,000*	0,646	0,228	0,315	0,095
TRABALHO - FS	Corr. de Pearson	0,603	1	0,169	-0,019	-0,029	-0,125
	P-Valor	0,000*		0,134	0,865	0,796	0,269
ATIVIDADES COM A FAMILIA - SE	Corr. de Pearson	0,052	0,169	1	0,607	0,099	-0,042
	P-Valor	0,646	0,134		0,000*	0,383	0,714
ATIVIDADES COM A FAMILIA - FS	Corr. de Pearson	0,136	-0,019	0,607	1	-0,011	-0,339
	P-Valor	0,228	0,865	0,000*		0,920	0,002*
ATIVIDADES PESSOAIS - SE	Corr. de Pearson	-0,114	-0,029	0,099	-0,011	1	0,403
	P-Valor	0,315	0,796	0,383	0,920		0,000*
ATIVIDADES PESSOAIS - FS	Corr. de Pearson	-0,188	-0,125	-0,042	-0,339	0,403	1
	P-Valor	0,095	0,269	0,714	0,002*	0,000*	

* - indicador de significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$).

Quanto ao tempo gasto com trabalho, atividades com a família e atividades pessoais durante a semana e final de semana, verificou-se que apesar de próximas, as médias do grupo pós-operatório foram superiores ao pré-operatório em todas as variáveis analisadas. Os testes realizados mostraram que essas diferenças não são significativas ao nível de 5%, sendo que a igualdade entre os grupos pôde ser visualizada através de boxplots. Por fim, verifica-se a existência de correlação significativa entre as variáveis Trabalho – SE e Trabalho – FS, Atividades com a família – SE e Atividades com a família – FS, Atividades com a família – SE e Atividades pessoais – FS e também Atividades pessoais – SE e Atividades pessoais – FS.

5 DISCUSSÃO

5.1 Amostra da Pesquisa

Através dos resultados obtidos na presente pesquisa, observou-se que em todos os grupos estudados ocorreu um alto índice de pessoas do sexo feminino. Esse dado corrobora com os resultados dos estudos de Cavalcante (2009) e Mota (2012), que ressaltaram a prevalência do sexo feminino no contexto da cirurgia bariátrica, sendo justificada por uma questão social, que envolve os padrões de beleza com valorização da magreza exercendo influência na busca da perda de peso; nesses estudos enfatizando-se ainda, que as mulheres têm maior preocupação com a aparência do que os homens, sendo que estes últimos optam pelo recurso cirúrgico como forma de tratamento para obesidade grau III, somente quando têm suas atividades diárias limitadas. Pesquisas realizadas em outros contextos sociais, apontam também que as mulheres correspondem à maioria dos pacientes que são submetidos ao procedimento da cirurgia bariátrica (FABRICATORE et al, 2005; FRANQUES, ASCENCIO, 2006; PREVEDELLO et al. 2009; HARBOTTLE, 2011).

Na amostra estudada, percebeu-se que 12 indivíduos do grupo pré-operatório são solteiros, observando-se que esse número é superior aos dos grupos pós-operatórios. Esse resultado vai ao encontro dos achados de Fandino e Segall (2002), que indicaram a existência de uma influência negativa nas relações interpessoais pelo excesso de peso. Já nos grupos pós-cirúrgicos, a maioria dos indivíduos estudados, apresentaram *status* de casados, corroborando com os achados de Oliveira et al (2009), frisando - se que não existem muitos relatos sobre o estado civil na literatura.

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que todos os indivíduos pesquisados eram alfabetizados, sendo que os níveis escolares variaram de fundamental a superior, assemelhando-se aos resultados de Souza et al (2005) e Faria e Leite (2012). Esses dados divergem dos dados encontrados nos estudos de Segall e Fandino (2002), que ressaltaram a influência do preconceito e discriminação do sujeito obeso (observados nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e piadas cotidianas), no menor tempo de permanência em sala de aula, colaborando dessa maneira, com o abandono precoce do ambiente escolar e com menores chances de se chegar a cursar uma universidade.

Puhl e Heuer (2009) apud Kubota (2014) consideram que a discriminação contra obesos ocorre em ambientes de trabalho – na contratação, salários, promoções, comentários

pejorativos e demissões injustas –, ambientes médico-hospitalares, instituições de ensino, relacionamentos interpessoais e na mídia. Muennig (2008), também encontrou evidências de que os pais têm preconceito contra seus filhos obesos, médicos contra pacientes obesos e maridos contra esposas obesas.

Embora alguns estudos apontem que pessoas com obesidade grau III tenham mais dificuldades em conseguir um emprego e desempenhar serviços remunerados (FANDINO; SEGALL, 2002), por perderem precocemente a produtividade, por afastamentos com problemas relacionados à saúde ou por preconceito (MORAIS, 2004; SANTOS et al, 2012), esse dado não foi confirmado na presente pesquisa, pois o grupo pré-operatório apresentou o maior número de indivíduos que desempenharam atividades relacionadas a trabalho remunerado, embora em todos os grupos essa atividade tenha sido bastante citada. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Vasconcelos (2006), que apontou que o excesso de peso não foi ponto negativo para o desempenho de atividades relacionadas a trabalhos remunerados.

Em relação ao tempo médio de espera para a realização da cirurgia, estudos mostram que muitos indivíduos morrem nas filas de espera, e que devido a isso, o SUS propôs o aumento do contingente de operações a serem realizadas mensalmente nos hospitais de referência do país, diminuindo a idade mínima que era de 18 anos para 16 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). No estudo apresentado, o tempo médio do grupo pré-operatório, que ainda se encontra em espera para a realização cirúrgica, é de 2,8 anos, média baixa em relação a alguns lugares do país que chegam até 12 anos na fila de espera. Os indivíduos já operados tiveram uma média de 3 anos de espera até a realização cirúrgica, mas nas pesquisas analisadas, não foram encontrados outros estudos que remetesse dados para que se realizasse uma possível comparação.

Os indivíduos do grupo pré-operatório, quando avaliados sobre o possível motivo desencadeante da obesidade em suas vidas, apontaram o fator emocional como o principal indício da sua situação de vida atual, sendo seguidos pelo fator genético. Já em todos os grupos do pós-operatório o fator genético foi o mais apontado, sendo seguido pelo fator emocional. Os resultados obtidos no grupo pós-operatório corroboram com os estudos de Benedetti (2003), Vecchia (2003) e Santos (2012), de que os episódios de quadro de obesidade na família podem influenciar geneticamente o histórico desencadeador da doença.

5.2 Qualidade de Vida

Nos achados desta pesquisa em relação à qualidade de vida, verificou-se que os resultados do grupo pré-operatório demonstraram serem inferiores aos do grupo pós-operatório, interferindo dessa maneira em todos os domínios que permeiam a vida dos indivíduos, principalmente em relação ao aspecto físico que foi evidenciado como o mais prejudicado. Esses dados são coerentes com os estudos de Guedes et al (2009), Reis et al (2010); Faria e Leite (2012); Oliveira (2013), que afirmaram que em relação à qualidade de vida nas pessoas com obesidade tipo III, a percepção da má qualidade de vida pode ser mais evidente, causando grande impacto na saúde psicológica, física, social e ambiental dos indivíduos, interferindo diretamente na condição de vida, trazendo diversas limitações aos indivíduos.

Em relação ao domínio psicológico, notou-se que no grupo pré-operatório, esse aspecto aparece bastante comprometido quando comparado ao grupo pós-operatório, sendo que os dados aqui relacionados implicam em um déficit importante nessa questão, percebido durante todo o tempo da coleta de dados, através das respostas e expressões de cada indivíduo. Vasques, Martins e Azevedo (2004) levantaram a hipótese de que as características depressivas e abalos emocionais característicos desta população são, em geral, percebidos como consequências da obesidade, mas podem ser muitas vezes, anteriores a ela. Assim, segundo esses autores, pessoas obesas podem apresentar um estado emocional fragilizado e esse estado pode ser o causador, a consequência e/ou o mantenedor da obesidade.

O estudo de Silva et al (2006), complementou que a influência negativa da obesidade e do excesso de peso no estado de saúde, com expressão sobre o bem-estar físico ou o bem-estar emocional e psicossocial, pode provocar uma degradação na qualidade de vida dos indivíduos.

Comprovou-se através dos resultados desse estudo, que após a cirurgia bariátrica, os índices percentuais relacionados aos domínios avaliados tiveram um aumento significativo em relação a qualidade de vida dos indivíduos pesquisados. Esse resultado foi coerente com os apontamentos de Guedes et al (2009), Toledo et al (2010), Melo (2011), Faria e Leite (2012), Khawali (2012), que relataram melhoras na qualidade de vida do obeso grau III após o procedimento cirúrgico, nos domínios físico, social, ambiental e psicológico. Embora essa pesquisa faça uma comparação entre grupos pré e pós-operatórios, sabe-se que foram agrupados 3 segmentos de pós operatórios (3, 6 e 12 meses), e pode-se perceber que através das bases pesquisadas, pouco se estuda sobre a evolução da qualidade de vida entre os meses

pós-operatórios.

No decorrer da pesquisa, verificou-se também que os indivíduos do grupo pós, eram referência para os pacientes do grupo pré-operatório, como modelos de sucesso pós-cirúrgico e de expectativa de melhora em todos os sentidos de vida. Isso vem ao encontro do estudo realizado por Vasconcelos (2006), relata que através de observações clínicas, foi possível perceber que muitos indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica, apresentaram uma expectativa de melhoria de todos os problemas de suas vidas com a perda de peso, fato que pode ser vivenciado como uma decepção, pois problemas de ordem emocional, familiar, financeira, dentre outros, podem manter seu estado apesar da perda de peso, o que gera sentimentos de tristeza, decepção e quadro de depressão, podendo chegar ao arrependimento do ato cirúrgico.

De acordo com os achados de Castro et al (2010) e Marchesini (2010), o procedimento cirúrgico pode ser considerado propulsor de mudanças, pois o ser humano, simbolicamente, entra no centro cirúrgico de uma maneira física, psíquica e social e quando sai da cirurgia é outro ser psíquico, físico e social, necessitando reconstruir ou construir uma nova teia de vida, pelo fato do ser humano existir em razão das relações entre pares e o meio ambiente. Essa nova fase da vida vem carregada de expectativas e desejos, podendo-se apresentar comportamentos diversos, como frustrações, ansiedades e desconfortos que precisam ser percebidos, sentidos e trabalhados para que o indivíduo reorganize seu cotidiano.

Esse fato reforça que obesidade é, também, um problema de ordem psicossocial e não deve ser delimitada apenas pela cirurgia, pois, apesar da perda de peso, dados de outros fatores da vida permanecem e necessitam ser trabalhados pelo paciente, juntamente com a equipe de profissionais que o acompanha. Denota-se a importância da existência dos grupos de apoio multidisciplinares, tanto no período pré quanto no pós-operatório, com o objetivo de colaborar com as mudanças decorrentes da cirurgia e no preparo para a mesma.

Nesse contexto da obesidade, insere-se o papel do terapeuta ocupacional, que segundo Morais (2004) é o de auxiliar no resgate das capacidades e habilidades perdidas, proporcionar o desenvolver de habilidades nunca desempenhadas e proporcionar novas vivências que tragam satisfação à vida do indivíduo. Após a cirurgia, este profissional poderá fornecer auxílio importante para a reorganização ou organização das rotinas de vida e do cotidiano dessas pessoas.

5.3 Papéis Ocupacionais

De acordo com Sousa (2011) e Cruz (2012), os indivíduos desempenham ocupações em seu cotidiano, mediante os padrões de desempenho que se referem aos hábitos, rotinas, papéis e rituais de cada pessoa, ou seja, as habilidades de desempenho empregadas em diferentes contextos e ambientes.

Nesse sentido, de acordo com Duran (2007), as pessoas obesas têm de construir suas estratégias e táticas na busca da reorganização do seu cotidiano, não de maneira robotizada e de rotina fixa, mas na busca de sentido nas regras preestabelecidas para perda de peso, advindas da cirurgia bariátrica na construção de novas regras.

O cotidiano antes e depois da cirurgia bariátrica de pessoas com obesidade grau III necessita ser refletido, pois há indicadores de uma ruptura da continuidade da vida cotidiana, ou seja, das relações sociais, do lazer, do trabalho, dentre outros aspectos, e pode-se pensar que a tomada de decisão para realizar a cirurgia bariátrica seja um marco dessa modificação. Isso faz com que o indivíduo obeso grau III, acabe por perder muitos papéis no seu *continuum* de vida e colocando toda a perspectiva de retomada desses papéis após a realização cirúrgica (SILVA, 2012).

Baseando-se na discussão de resultados do estudo de Cruz (2012), os dados do presente estudo serão discutidos na forma descritiva, relacionando a distribuição dos 10 papéis ocupacionais no passado, presente e futuro.

Segundo Cordeiro (2005), o papel de estudante é definido como freqüentar a escola de tempo parcial ou integral. Os resultados relativos ao papel de estudante nos dois grupos pesquisados permitiram analisar que esse papel evidenciou-se em grande proporção no tempo passado e em menor proporção nos tempos presente e futuro.

Esses dados permitiram inferir através das informações colhidas durante a pesquisa, que possa existir uma relação entre a história pregressa (tempo referido de 5 anos atrás) de vida desses indivíduos e a história atual, que muitos deles poderiam apresentar uma situação de saúde menos comprometida no referido período. No presente, o grupo pré referiu uma incidência baixa na realização desse papel, indo ao encontro dos estudos de Santos et al (2012), que apontam uma baixa na realização desse papel devido ao sobrepeso, principalmente entre as mulheres. O impacto do preconceito, o *bullying*, as poucas condições favoráveis de imobiliário e problemas com a imagem corporal, contribuem para a baixa aderência do obeso grau III no ambiente escolar. Durante a aplicação das avaliações, percebeu-se que muitos dos indivíduos já haviam sofrido ou ainda sofriam preconceito em

relação a atividade de estudar, e muitos disseram não voltar ao ambiente escolar devido ao *bullying* excessivo e também a falta de acessibilidade e adequações no ambiente.

No tempo futuro, observou-se que o grupo pós operatório almejou a retomada desse papel mais do que os indivíduos do grupo pré, corroborando com os estudos de Leite e Faria (2012) que apontam a retomada desse papel após a perda de peso, que se acentua no primeiro ano de pós-operatório. Pode-se inferir que por estarem perdendo peso, sintam-se mais confiantes para a realização desse papel.

Segundo Del Pino et al. (2007), o excesso de peso representa, possivelmente, mais uma fonte de estresse psicológico quando ocorre discriminação. O baixo desempenho associado com o sobrepeso pode estar relacionado à depressão ou a outros aspectos psicossociais, como a baixa auto-estima e o isolamento social.

Poucos estudos apresentam análise referente ao período de vida escolar, sendo que a maioria relaciona-se a fase infantil (SOUZA, 2006), achados esses que referem déficit na área escolar devido ao sobrepeso, inferindo que muitos indivíduos com obesidade ou obesidade grau III completam somente a fase primária, dificilmente chegando a faculdade. Nesse estudo observou-se que apesar de aparentemente baixo em relação aos outros níveis escolares, no grupo pré-operatório existem indivíduos que cursaram ou estão cursando o ensino superior, apontando uma evolução nesse sentido, corroborando com os resultados dos estudos de Faria e Leite (2012).

O papel ocupacional de trabalhador é definido como emprego remunerado de tempo parcial ou integral (OAKLEY et al., 1986; CORDEIRO, 2005).

De acordo com Silva (2012) “a atividade de trabalho permite ao ser humano criar algo em benefício dele e dos outros, este processo de criação favorece para que a pessoa progrida em si mesmo” (pg.15).

Segundo Cestari (2011), para exercer o papel de trabalhador, exige-se tanto a capacidade emocional, quanto a capacidade física do sujeito. Quando ocorre adoecimento este papel pode ficar comprometido, sofrendo alterações e até interrupções em decorrência da doença. No caso dos indivíduos obesos grau III, sabe-se que ocorre um comprometimento acentuado tanto físico como emocional, podendo desse modo, colaborar para que ocorra um déficit em relação ao desempenho desse papel. No tempo presente, pode-se perceber que os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, denotando-se que a presença da obesidade grau III não foi um fator limitante para a aquisição e realização desse papel, contrariando os estudos de Morais (2004) e Silva (2012), que referem prejuízos relacionados ao trabalho, devido a dores, preconceito, dificuldades de locomoção, etc. No resultado em relação ao

futuro, pode-se observar que o grupo pós superou o grupo pré no sentido de almejar desempenhar essa atividade. Segundo os relatos dos indivíduos avaliados, pode-se constatar entre os grupos, que os motivos que os levam a desempenhar esse papel são diferentes, pois o grupo pré tem um olhar de querer “conseguir” um emprego e o pós de “melhorar” de emprego, mas embora isso ocorra, os resultados obtidos reportam aos achados de Vasconcelos (2006) que relata a retomada do papel de trabalhador, após a realização cirúrgica.

Um fato interessante aconteceu durante a avaliação com o grupo pré, onde um dos indivíduos avaliados fez a seguinte pergunta:

“Quantas pessoas com obesidade grau III, você já viu empregadas em cargos de destaque, ou em lojas de roupas, ou em empresas como recepcionistas?”

A reflexão sobre essa questão engloba aspectos que vão muito além das limitações físicas e psíquicas que envolvem essa população, apontam também para barreiras sociais, como o preconceito que recai sobre os obesos de modo geral, e que reforçam preceitos da sociedade que cultua o corpo magro, olhando o indivíduo pela aparência que apresenta, ignorando as qualidades internas e inerentes de cada pessoa, confirmando os dados do estudo de Silva et al (2012), sobre o olhar preconceituoso dos empregadores sobre o obeso frente ao papel de trabalho.

O papel de voluntário é descrito como serviços gratuitos pelo menos uma vez por semana, em hospitais, escolas, comunidade, campanha política (OAKLEY, KIELHOFNER, BARRIS et al, 1986; CORDEIRO, 2005). O desempenho desse papel entre os grupos avaliados evidenciou-se mais como expectativa para o tempo futuro, do que em relação ao passado e ao presente. De acordo com os estudos de Cruz (2012) e Rebellato (2012), quando se refere ao papel de voluntário é importante considerar que, apesar do voluntariado representar uma prática tradicional no Brasil, mesmo que de forma invisível, religiosa e assistencial, foi somente nas últimas décadas, principalmente, após ter sido legislada, que seu significado e sua dinâmica de atuação sofreram transformações e ganharam nova visibilidade. O fato de, no presente, esse papel estar sendo pouco realizado, pode ser mais bem compreendido através dos achados de Cruz (2012), para quem uma das possíveis explicações “reside na compreensão de que na realidade da cultura brasileira, tal papel tem sido pouco presente e possui pouca representação social, quando comparado a outros países, por exemplo, nos Estados Unidos, onde parcela considerável da população o desempenha, sendo este um papel muito valorizado” (p.139). Durante a aplicação da avaliação no grupo pós-operatório, os indivíduos relataram que pretendem desempenhar esse papel futuramente, como forma de gratidão aos voluntários do hospital que os acolheram.

O papel de cuidador é descrito pela responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em prestar cuidados a filho, marido, parente ou amigo (OAKLEY, KIELHOFNER, BARRIS et al, 1986; CORDEIRO, 2005). Ressalta-se que esse item também foi explicado a todos os participantes do grupo, visto que na cultura brasileira recentemente começou a ser difundido esse termo, sendo para muitos, ainda entendido como um papel remunerado. Os dados relacionados a este papel mostraram que tanto no grupo pré quanto no grupo pós ocorreu uma baixa intenção em desempenhá-lo nos três tempos, embora no presente tenha sido mais influente, principalmente no grupo pós.

De acordo com os relatos dos participantes do grupo pré, constatou-se que devido aos problemas acentuados com as condições de saúde no presente, os sujeitos não têm possibilidades de cuidar de ninguém, sendo pessoas que requerem cuidados, o que vai ao encontro dos resultados de Cruz (2012), que em suas análises com pessoas com deficiência física encontrou resultados similares, relatando que os sujeitos encontram-se em condições de saúde que requerem mais expressivamente o ato de serem cuidadas, do que o de cuidar de outrem .

O papel de serviços domésticos é descrito como a responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, nos cuidados da casa, através de serviços como limpar, lavar, cozinhar, jardinagem (CORDEIRO, 2005; CRUZ, 2012; REBELLATO, 2012). Os resultados mostraram uma alta incidência desse papel no tempo presente nos dois grupos avaliados, chegando muito próximo de 100% no grupo pós-operatório. Em relação ao grupo pré-operatório, esse resultado contraria os achados de Moraes (2004), onde os indivíduos apontaram dificuldades na realização desse papel por motivos do excesso de peso, dificuldades de locomoção, presença de dores e desconforto físico para a realização de atividades relacionadas ao ambiente domiciliar. No grupo pré-operatório, segundo as informações colhidas, os participantes ressaltaram que necessitavam executar esse papel por não terem quem os auxiliasse, portanto, quando se sentiam cansados, acabavam parando a atividade por um tempo, descansando e a retomando na sequência.

Estudos de Vasconcelos (2006) e Reis et al (2010) mostraram que após a realização cirúrgica ocorre uma melhora das comorbidades, colaborando para o desempenho de atividades comprometidas por dores e fadiga, relacionando o resultado dado pelos grupos. Ainda segundo informações colhidas durante a avaliação, os resultados em relação ao futuro apontaram dados interessantes, pois o desempenho desse papel, ainda que pequeno, foi apontado como almejado somente no grupo pré, ou seja, no grupo que ainda possui obesidade grau III, e no grupo que já realizou a intervenção cirúrgica, esse dado não foi referido,

aparecendo como nulos no resultado, ou seja, por estarem desempenhando esse papel com percentuais altos no presente, não almejam desempenhá-los no futuro.

O papel de amigo é descrito pelo tempo empregado em fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com um amigo (KIELHOFNER, BARRIS et al, 1986; CORDEIRO, 2005). Nos resultados desse estudo, o desempenho do papel de amigo foi mais evidenciado nos dois grupos no tempo presente, embora essa porcentagem tenha sido menor no grupo pré-operatório. Esse resultado contraria os estudos de Reis et al (2010) e de Mota (2012), que apontam que a obesidade grau III remete ao indivíduo retraimento social e rebaixamento na aquisição de novos vínculos. Convém lembrar que a obesidade muitas vezes está associada a alterações psiquiátricas, podendo comprometer socialmente o indivíduo e influenciando diretamente nas dificuldades de relacionamento.

A pesquisa de Cavalcante (2009), que comparou um grupo pré e pós-cirurgia bariátrica, mostrou que os obesos que freqüentavam o grupo pré-operatório relataram dificuldades em se relacionarem, colocando que essa dificuldade estava muito ligada ao medo de críticas e as dificuldades de se aproximar dos outros. Já os pacientes do pós- cirúrgico não se consideram com dificuldades de relacionamento social, relatando ainda que suas relações melhoraram após a perda de peso. Pode-se inferir, no entanto, que o fato desses indivíduos se preocuparem menos com a percepção dos outros sobre eles, faz com que haja o resgate de cuidador de si mesmo, recuperando a autonomia e a capacidade de dizer não, de deixar de fazer as coisas só para agradar os outros. Apesar desse papel não ter sido muito ressaltado no tempo futuro em nenhum dos dois grupos, é importante destacar que o grupo pré deseja a realização desse papel, mais do que o grupo pós operatório, indo ao encontro dos resultados de Vasconcelos (2006) e Silva et al (2012), que remetem a vontade da formação de vínculos sociais e de amizade de indivíduos obesos grau III, pelo motivo de solidão e frustração na aquisição de vínculos de amizade.

Segundo Cruz (2012), considera-se que a construção de amizades envolve um convívio pessoal muitas vezes estabelecido ao longo de anos, sendo um importante tema para futuras pesquisas o modo como as pessoas constroem e cultivam as amizades e se há um predomínio em relação à fase do ciclo de desenvolvimento quanto ao momento da vida em que as amizades são iniciadas e mantidas ao longo do tempo.

O papel de membro da família é descrito como o tempo empregado em fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana com um membro da família, como filho, esposa, pais ou outro parente (CORDEIRO, 2005). Nos estudos de Braga (2009), Benedetti (2009) e Fanques (2009), foram observados que a relação familiar com o paciente obeso é considerada

uma relação de interação, pois as mudanças que ocorrem nos dois períodos envolvem não somente o paciente, mas todos os que estão a sua volta. Portanto, o obeso grau III necessita do apoio integral da família para a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, tendo em vista o impacto que essa decisão possa causar na dinâmica familiar, causando transtornos de interação social e para os membros da família. Por isso, muitas famílias resistem em aceitar a cirurgia, devido ao fato de não conseguirem mudar seus hábitos para ajudar o familiar obeso grau III. A participação dos familiares é importante nos períodos pré e pós-cirúrgicos, para que possam apoiar e minimizar o sofrimento do paciente, vivenciado pelo excesso de peso. Na presente pesquisa, denota-se a alta prevalência desse papel no tempo presente, em todos os grupos avaliados, destacando-se a importância das relações afetivas e parentais como forma de suporte social a esses sujeitos.

De acordo com informações colhidas nas avaliações, o grupo pré-operatório referiu encontrar na família apoio para a cirurgia, e que por motivos relacionados aos aspectos psicológicos, encontravam neles um referencial de suporte. O grupo pós-operatório referiu que o papel relacionado à família representa a continuação desse suporte inicial que se perpetuará por toda a vida, visto que esse papel foi pouco citado tanto no passado como no futuro, reportando essa interação familiar para o momento atual, considerando que isso se dará por toda a vida. Segundo Braga (2009), quando o suporte familiar é dado ao paciente, o tratamento se torna mais tolerável, obtendo-se um controle emocional mais consistente e uma organização de papéis mais estruturada.

O papel de religioso é descrito pelo envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades filiadas a uma religião, excluindo-se o culto religioso (OAKLEY, KIELHOFNER, BARRIS et al, 1986; CORDEIRO, 2005). Esse papel comportou-se com distribuição maior no tempo presente em todos os grupos, com pouca referência no passado e no futuro. Supõe-se que apesar desse papel ser citado comumente em todos os grupos no presente, os aspectos motivacionais que os levaram a isso foram distintos, sendo percebidos durante a coleta de dados. O grupo pré-operatório referiu o desempenho desse papel pelo motivo de proteção, por medo da morte, por motivos de solidão, por medo do que poderá acontecer durante a cirurgia, enfim, se respaldam nesse papel, com o intuito de zelar pela vida devido ao quadro comprometedor de saúde que apresentam no momento. Já o grupo pós-operatório, empregou ao papel de religioso um caráter de gratidão pelas melhoras que foram conquistadas após a cirurgia.

O papel de passatempo/amador é descrito pelo envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador, tais como costurar, tocar um

instrumento musical, marcenarias, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc. (CORDEIRO, 2005). Segundo Cruz (2012) e Rebellato (2012) por esses termos serem pouco utilizados no Brasil, o significado dessas palavras pode ser entendido como papéis relacionados ao lazer. Comparando-se o grupo pré com o grupo pós no tempo presente, observou-se que o resultado do grupo pré foi inferior ao do grupo pós, esse resultado foi coerente com os achados de Cavalcante (2009) e Silva (2012) que relataram a interferência negativa do sobrepeso na realização desse papel, visto que o obeso grau III possui um retraimento social advindo do sobrepeso, relacionando com o preconceito social, a não aceitação da auto-imagem e o fato de ter que lidar com as barreiras arquitetônicas existentes (ônibus, cinema, bares, etc.). Muitos pacientes relataram que por não poderem realizar atividades externas de lazer, organizavam churrascos na própria residência, ou adquiriam novos passatempos como atividades artesanais, assistir televisão, acessar o computador ou jogar baralho. Muitos indivíduos do grupo pré disseram que gostariam de desempenhar atividades relacionadas a passeios externos com amigos ou família, e que se sentiam impotentes e por muitas vezes frustrados por não conseguirem.

Ainda referindo-se ao tempo presente, observa-se que no grupo pós operatório ocorre o aumento do papel de passatempo quando comparado com o grupo pré operatório, indo ao encontro dos achados de Cavalcante (2009), Reis et al (2010), Silva (2012) que enfatizaram que após a realização cirúrgica, ocorre uma melhora em vários aspectos de vida, inclusive na realização dos passatempos ou atividades de lazer. Em relação ao papel de passatempo no futuro, os resultados apontaram que o grupo pré almeja a aquisição desse papel, e que o grupo pós-operatório também, embora ocorra uma queda percentual no futuro. Nos achados de Martinelli (2011) apud Cruz (2012), discute-se o lazer como possibilidade de expressão de escolhas e reflexo de opções pessoais. Esses autores ponderam esses conceitos com fundamentos do Modelo de Ocupação Humana, enfatizando propostas de ações destinadas à estimulação do lazer enquanto ocupação essencial para a qualidade de vida das pessoas.

O papel de participante em Organizações, segundo Cordeiro (2005), é definido como o envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como *Rotary* ou *Lions Club*, *Vigilantes do Peso*, etc. Nos resultados dessa pesquisa, observou-se que a incidência em relação a esse papel foi baixa nos dois grupos avaliados, destacando-se o grupo pós operatório no tempo presente; já o grupo pré no mesmo período não referiu a realização desse papel. Durante a pesquisa de campo, pode-se constatar que vários indivíduos do grupo pré não entendiam o que eram organizações, sendo que essa foi uma explicação constante nos dois grupos avaliados, inferindo que isso tenha ocorrido, devido ao fato desse papel não ser tão

difundido e incorporado na cultura brasileira. Muitos relataram que deveriam existir associações que lutassem por causas relacionadas à acessibilidade nos ambientes, mudanças em relação ao preconceito contra a pessoa obesa, e novas propostas de qualidade de vida e prevenção da obesidade.

Entre as pesquisas levantadas nesse estudo, não existem evidências da aplicabilidade desse instrumento com grupo de pessoas obesas grau III, fazendo com que os dados fossem comparados com estudos correlatos.

No que se refere ao grau de importância atribuído aos papéis ocupacionais, constatou-se que “muita importância” é dada a todos os papéis em todos os grupos avaliados, embora alguns sejam pouco desempenhados, como foi o caso do papel de estudante no grupo pré-operatório, ou os papéis de participante em organizações, voluntário e cuidador, similares nos dois grupos.

A partir da análise de correspondência para o grau de importância dos papéis, observou-se a formação de dois grupos principais: o primeiro, relacionado àqueles que deram “nenhuma” ou “alguma importância” para os papéis ocupacionais, sendo expressos por índices percentuais muito baixos em todos os grupos estudados. O segundo grupo foi relacionado àqueles que deram “muita importância” para todos os papéis, sendo evidenciados altos índices percentuais por todos os grupos da pesquisa. Dessa forma, um sujeito que deu “muita importância” para um papel, tendeu a dar “muita importância” para os outros, sendo que o oposto ocorreu da mesma maneira. Essa tendência atitudinal dos participantes foi também observada nos estudos de Cruz (2012) e Rebellato (2012).

O grau de importância atribuído aos papéis ocupacionais denota o valor que o indivíduo dá a cada papel. Tem-se com isso, a dimensão do grau de importância e significado que os papéis (e tudo o mais que se relaciona com ele: atividades, tarefas, pessoas, lugares) desempenham na vida da pessoa (CORDEIRO, 2005; CESTARI, 2011; REBELLATO, 2012).

Entre os grupos avaliados, apontou-se um percentual mais elevado na aquisição de papéis do passado para o presente, destacando-se entre eles o grupo pós-operatório com o índice mais elevado. Esse resultado é respaldado pela literatura, que aponta que após a realização da cirurgia o indivíduo retoma alguns papéis dados como perdidos, através da diminuição das comorbidades e da relação com a melhora das condições psíquicas e físicas advindas da cirurgia. (VASCONCELOS, 2006; CAVALCANTE, 2009; SILVA, 2012).

Na relação entre o presente e o futuro, a perda de papéis foi constatada nas respostas dos dois grupos avaliados, destacando-se o grupo pós-operatório com mais papéis perdidos.

Supõe-se que esse grupo por apresentar uma melhor condição na qualidade de vida, desempenha a maioria dos papéis no presente, não remetendo ao futuro novos papéis, pois o ganho que obtiveram no presente já demonstrou ser bastante favorável.

A compreensão sobre a importância desses papéis para os sujeitos provê uma noção global sobre os aspectos ocupacionais do indivíduo, direcionando o profissional de saúde na avaliação do impacto social das atividades de vida diária, que foram afetadas por um processo patológico como a obesidade grau III.

É importante pensar no resgate de papéis ou mesmo no ganho de novos, identificando quais as capacidades de desempenho, as habilidades ou os facilitadores do ambiente que seriam necessários para esses sujeitos desempenharem os papéis desejados, favorecendo a autonomia dessa população, sendo inserido nesse contexto o profissional de terapia ocupacional que ajuda a promover, através das atividades, uma organização e estruturação dos papéis enquanto ocupação humana significativa.

Nessa perspectiva, a pesquisa da vida cotidiana de pessoas com obesidade grau III, no tocante ao pré e pós-cirúrgicos, constitui um espaço importante para análise de fatores determinantes no seu ambiente que contribuem para ganho de peso, trazendo à tona algumas reflexões sobre o resgate da vida cotidiana e a importância da organização e significação desse espaço para contribuição no enfrentamento da obesidade e da cirurgia bariátrica.

5.4. Uso do tempo e o cotidiano

O tempo ou a falta dele correlaciona-se com a obesidade pelo fato de ser um agravante notificado pela transição nutricional, segundo estudos de Tardido e Falcão (2006), que mostram que as pessoas geralmente referem não ter tempo disponível para preparar refeições mais saudáveis no domicílio e acabam aderindo as tendências de países industrializados, consumindo produtos semi- prontos e que requerem menos tempo de preparo, embora sejam mais prejudiciais à saúde.

As pesquisas relacionadas a essa temática têm avaliado como o recurso “tempo” é usado diferentemente entre homens e mulheres, entre diferentes grupos etários, entre pessoas de grupos raciais distintos ou das várias classes sociais. Este tipo de pesquisa capta informações sobre as diferentes atividades que os indivíduos realizam ao longo de um determinado período, em geral 24 horas (CAVALCANTI et al., 2010).

Estudos relacionados ao uso do tempo permitem identificar como as pessoas o

utilizam, podendo ser exemplificados através dos seguintes seguimentos: a) execução de tarefas domésticas; b) cuidados pessoais e com as pessoas da família; c) cuidados com a saúde; d) alimentação e exercícios físicos; e) deslocamentos para desempenhar atividades necessárias; f) contato social e lazer; g) estudos; h) utilização de tecnologias (NEUBERT, 2011).

Ao mensurar o tempo no cotidiano da pessoa com obesidade grau III, o instrumento Relógio de Atividades apontou os escores em relação ao grupo pré-operatório e pós-operatório no emprego do tempo nas atividades durante a semana e no fim de semana, demonstrando as diferenças e similaridades na quantidade de horas empregadas em determinadas atividades.

Em relação às similaridades constatou-se que nos dois grupos pesquisados, são dedicadas mais horas a atividade de sono e atividades com a família durante os finais de semana, e que nos finais de semana ocorre uma diminuição das atividades de estudo. Comparado ao grupo pós-operatório, o grupo pré-operatório foi o que dedicou menos horas na atividade de sono, confirmando os achados de Melo (2011) e Lessa (2013), que indicam que nessa fase o indivíduo tem dificuldades para dormir por motivos de insônia ou apnéia.

Quanto às horas dedicadas a realização de trabalho remunerado, como esperado, evidenciou-se tanto no grupo pré quanto no grupo pós, que a dedicação de horas na realização dessa atividade foi superior no decorrer da semana em comparação aos finais de semana. Um dado importante que deve ser ressaltado é o desempenho dessa atividade nos finais de semana pelos dois grupos avaliados, embora tenha ocorrido uma diminuição de dedicação de horas nos finais de semana, apontou-se através da análise dos resultados, que eles foram significativos. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Emmel (2012), que ao comparar a atividade de trabalho de professores de terapia ocupacional, utilizando o mesmo instrumento de coleta, identificou que o trabalho tem um papel central no cotidiano do terapeuta ocupacional, ocupando também parte dos finais de semana, que embora haja uma diminuição do trabalho nos finais de semana, os indivíduos não extinguem completamente essa atividade em seus finais de semana. As informações colhidas durante o processo de coleta mostraram que em ambos os grupos, a maioria dos trabalhos realizados nos finais de semana são de caráter informal, e em grande maioria *freelancer*, alguns indivíduos do grupo pré relataram que necessitam financeiramente dessa complementação de renda, tendo em vista que gastam muito com medicações pra controle das comorbidades.

Em relação às horas dedicadas junto à família, evidenciou-se que foram mais bem contempladas nos finais de semana em ambos os grupos, e que no grupo pré-operatório, esse

valor dobrou em relação à semana. Parte das atividades que aparentemente parecem ser prazerosas ao indivíduo obeso grau III, que foram citadas durante a pesquisa, relaciona-se à proximidade com os seus familiares, quer seja em passeios, reuniões, festas ou simplesmente “ficar com a família”, indo ao encontro do estudo realizado por Emmel (2012). Embora nesse estudo não tenha sido levantados questionamentos sobre atividades de lazer e tempo livre, pode-se perceber que esse tipo de atividade relaciona-se com a companhia de familiares e atividades conjuntas com os mesmos, dados esses em acordo com os de Emmel (2002b); Bruschini, Ricoldi (2009) apud Emmel (2012). Algumas pesquisas já detectaram a importância da família como o principal suporte social e os dados deste trabalho corroboram com tais achados (BRAGA, 2009; EMMEL, 2012).

Tais evidências levam à reflexão de que a vida humana se compõe de um conjunto de situações, que as atividades fora do trabalho são tão essenciais à qualidade de vida como o alimento é para a sobrevivência. Estas parecem exercer um papel equilibrador e de auto-organização, ajudando a promover um estilo de vida saudável, pois permitem uma organização interior (EMMEL, 2012).

Observou-se que o subgrupo de pós-operatório 12 meses (Tabela 1) foi o que dedicou mais horas do dia às terapias, indo ao encontro dos achados de Cavalcante (2009), citando que após um ano da cirurgia o peso na maioria dos casos já está estabilizado, mas algumas pessoas sentem-se insatisfeitas, pois não alcançaram certos objetivos, como, por exemplo, no campo profissional, no campo sentimental, nos relacionamentos e na aquisição de uma imagem positiva do novo corpo. Nesse momento, muitos procuram auxílio psicoterápico para reorganizar a vida e trabalhar aspectos dessa nova identidade.

Um fato curioso a assinalar é que, embora a amostra aqui estudada tenha sido originária de grupos de apoio terapêuticos, a maioria dos participantes dessa pesquisa, não relataram que dedicavam horas do dia na realização de terapias.

O uso do tempo contribui de forma direta na produção e na estrutura da sociedade como um todo. Trabalho, tempo livre e lazer são interdependentes, mesmo estando em esferas diferentes. Sendo assim, é imprescindível tratar o tempo como elemento estruturante da vida humana (SOUSA, 2011). Ele está diretamente relacionado à forma como as pessoas organizam seu cotidiano e, conseqüentemente, à sensação de bem-estar e controle sobre a própria vida. Considerando o quão complexo é reconstruir o cotidiano, os profissionais que atuam com essa clientela devem estar atentos não só em relação às avaliações do modo como estão sendo organizadas as atividades, mas também em relação ao papel e à satisfação do indivíduo perante tal organização.

6- CONCLUSÃO

Os prejuízos causados pela obesidade têm sido amplamente discutidos no âmbito da saúde coletiva, abrangendo enfoques multidimensionais que contribuem na promoção de propostas preventivas e interventivas junto a essa população.

Esse estudo debruçou-se sobre o cotidiano do indivíduo obeso grau III no período que antecede a cirurgia bariátrica e no período posterior a realização cirúrgica, com o intuito de verificar as possíveis melhoras que permeiam os domínios que envolvem a qualidade de vida desses sujeitos; além de conhecer de forma mais ampla o desempenho dos papéis ocupacionais e a importância que se atribui a cada um deles, e analisar a dedicação temporal na realização de atividades que fazem parte do contexto ambiental e vital do público alvo em questão.

Os resultados obtidos permitiram concluir que ocorreu uma melhora significativa da qualidade de vida após a realização da cirurgia bariátrica. Em relação aos papéis ocupacionais, evidenciou-se um ganho maior de papéis na transição de passado para presente do que do presente para o futuro, nos dois grupos avaliados.

Os resultados da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais apontaram que em relação ao passado, os papéis mais marcados pelo grupo pré foram, estudante, trabalhador e passatempo; no presente, os papéis serviço doméstico, família e religioso se sobressaíram; e no futuro, destacaram-se os papéis de passatempo, estudante e voluntário. Já no grupo pós operatório, no passado os papéis de estudante, voluntário, trabalhador e serviço doméstico foram os mais evidenciados; no presente, os papéis mais marcados por esse grupo foram serviço doméstico, família e amigo; e no futuro, observou-se que os papéis de maior destaque foram voluntário, estudante e trabalhador.

Em relação ao grau de importância foram apontados como “muito importantes” o desempenho de todos os papéis, embora nem todos estivessem sendo realizados pelos grupos. A análise dos resultados quanto ao tempo gasto com trabalho, atividades com a família e atividades pessoais durante a semana e final de semana, demonstraram que, apesar de próximas, as médias do grupo pós-operatório foram superiores ao pré-operatório em todas as variáveis analisadas.

Essa pesquisa, de cunho exploratório, pode contribuir para o conhecimento de alguns aspectos da vida cotidiana do indivíduo obeso grau III, expondo os impactos da cirurgia bariátrica no desempenho das atividades de seu dia-a-dia. Trata-se de um estudo que pode ser considerado multiprofissional, uma vez que mostrou a importância de se conhecer melhor os

fatores que interferem nas diferentes fases deste ciclo e que abrangem questões de fundo clínico, emocional, social e de produtividade, abrindo novas frentes de pesquisa que precisam ainda ser desvendadas.

Considerando o contingente de pessoas obesas grau III, esta investigação dedicou-se a uma amostra que embora numerosa, quando comparada a grande demanda da população que procura esse tipo de recurso, ainda é bastante reduzida, o que circunscreve seus resultados a esta população estudada. Neste sentido, estudos com uma grande amostra poderiam sinalizar diferentes aspectos a serem apontados, que não os aqui encontrados. Ainda assim, aspectos que interferem na qualidade de vida, nos papéis ocupacionais e no uso do tempo dessa população puderam ser estudados, o que instiga o interesse da realização de novas investigações relacionadas a essa temática tão relevante no campo da saúde coletiva.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Custos de doenças ligadas à obesidade para o SUS**. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

AGUIAR, N. **Estudos de uso do tempo no Brasil**. Trabalho Apresentado ao Fazendo Gênero 9, Simpósio Temático Gênero e Uso do Tempo. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, agosto de 2010.

AGUIRRE, R. “Uso Del Tiempo y Desigualdades de Género enel trabajo no remunerado”. In: AGUIRRE, Rosario (Ed.). *Las bases invisibles del bien estar social*. Montevideo: Doble clic editoras, 2009. p. 23-86.

ALMEIDA, G. A. N., et al. **A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002, 15(2), pp. 283-292

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

AOTA - American Occupational Therapy Association. *Occupational therapy practice framework: domain and process*. 2nd ed. Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-83.

AQUINO, E. **Tempo e Saúde: notas para pensar o tema**. Trabalho apresentado no II Seminário Internacional sobre Pesquisas de Uso do tempo, set. 2010.

BARBIERI, A. F. **As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica**. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas*, v. 10, n. 1, p. 133-153, jan./abr. 2012.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicológica** (1ª ed.). 2009, São Paulo, SP: Vetor.

BENNEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor, 2003

BIANCHINI, J. A. A. et al. **Tratamento da Obesidade: Revisão de artigos sobre intervenções multiprofissionais no contexto brasileiro**. *Arq. Ciênc. Saúde*, 2012, abr-jun, 19(2) 9-15.

BRAGA, L. R. **A influência que a relação familiar pode exercer no paciente pós cirurgia bariátrica**. Trabalho de conclusão de curso. Psicologia. Centro universitário Jorge Amado. Salvador, Bahia. 2009.

BRASIL. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de Referência em 1º de julho de 2012**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/> Acesso em: 15 de jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRILMANN, M.; OLIVEIRA, M. S.; THIERS, V. O. **Avaliação da qualidade de vida relacionado a saúde na obesidade**. Cadernos de Saúde Coletiva- Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 15, n 1, jan-mar, 2007.

BRUSCHINI, M. C. A.; RICOLDI, A. M. **Família e trabalho: difícil conciliação para mães trabalhadoras de baixa renda**. Cadernos de Pesquisa, v. 39, n. 136, p. 93-123, 2009.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (org). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001, p.41-59.

CASTRO, M. et al. **Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento**. HU Revista, v. 36, n. 1, p. 29-36, 2010.

CAVALCANTE, R. C. **Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2009, 110f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2009.

CAVALCANTI, L. G. A. et al. **A pesquisa piloto de uso do tempo do IBGE 2009/2010**. Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Agosto de 2010.

CESTARI, L. M. Q. **Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa**. 2011, 103f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2011.

CESTARI, L. M. Q.; RIBEIRO, R. P. P. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. Rev Latino-Am. Enfermagem. 20 (2): Mar-abri. 2012.

CHAGAS, M. O. **Obesidade mórbida: qualidade de vida e acessibilidade**. 2013. 104 f. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013.

CONEJO, S. P. **Homem e obesidade - excessos e faltas: corpos que contam histórias**. 2009, 211p. Dissertação, (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CORDEIRO, J. J. R. et al. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Occupational Therapy*, v.61, n. 1, p. 33-40, jan./feb. 2007.

CORDEIRO, J. J. R. **Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil.** 2005, 111f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

CRUZ, D. M. C. **Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo.** 2012, 229 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, 2012.

DE CARLO, M. M. R. P.; MIOSHI, E.; NICOLAU, S. N. **Projeto de Implantação do Programa Didático-assistencial de Terapia Ocupacional no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.** São Paulo: EdUSP, 2000. 27 p.

DERNTL, A. M; DOIMO, L. A. **Uso do tempo no cotidiano de idosos: um método indicador do estilo e modo de vida na velhice.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v. 9, n.1. Rio de Janeiro, 2006.

DRUMMOND, A.D. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: Cavalcanti A; Galvão C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007, p. 10-17.

DURAN, M. **Maneiras de pensar o cotidiano com Michel De Certeau.** Revista Dialogo Educacional, v. 7, n. 22, p. 115-128, 2007.

EMMEL, M. L. G. et al. **Programa de Reinserção Profissional e Boas Práticas na Embraer.** São Carlos: UFSCar, 2002b. Relatório de pesquisa.

EMMEL, M. L. G. **Trabalho e qualidade de vida dos terapeutas ocupacionais: estudo de uma amostra brasileira.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 20, p. 55-63, 2012.

EMMEL, M. L. G.; MATSUKURA, T. S.; MARTINEZ, C. M. S. **Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 10, n.1, p. 30-41, 2002.

FABRICATORE, A. N. *et al.* **Health related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery.** *Obes Surg.* v. 15, n. 3, mar/2005. p. 304- 309.

FANDIÑO, J.; SEGAL, A. **Indicações e contra indicações para a realização das operações bariátricas.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 3,n 24,p. 68-72,2002.

FANQUES, A. R. M. Adesão ao tratamento os operatório: por que é tão difícil? In: XIMENES, E. **Cirurgia da obesidade; um enfoque psicológico.** 1 ed. Santos , 2009. Cap. 13, p.99-107.

FARIA, B. V.; LEITE, L. S. **Qualidade de Vida: um processo avaliativo pós-cirúrgico.** Meta: Avaliação, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 78-90, jan./abr. 2012.

FARNWORTH, L. Time use, tempo and temporality: Occupational therapy's core business or someone else's business. *Australian Occupational Therapy Journal* (2003) 50, 116–126.

FERREIRA, C. L. et al. **O uso do tempo: uma análise da população brasileira**. Trabalho apresentado no IV Encontro de Engenharia e Tecnologia dos Campos Gerais, ag 2008.

FERREIRA, C. L. **Trabalho, tempo livre e lazer: uma reflexão sobre o uso do tempo da população brasileira**. 2010. 80 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2010.

FERRER, A. L.; SANTOS, W. A. Terapia Ocupacional na Atenção a Pacientes com Dor Oncológica e em Cuidados Paliativos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; DE QUEIROZ, M. E. G. (Orgs.). **Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2007. p. 146-166.

FLECK, M. P. A. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”**. Rev. de Saúde Pública, 2000; 34.

FONTOURA, N. et al . **Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal**. Revista Econômica, Rio de Janeiro, v 12, n 1, junho, 2010.

FRANQUES, A. R. M., ASCENCIO, R. F. R. Depressão e obesidade. In: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2006. p. 125-135.

GARRIDO JÚNIOR, A. B.; FERRAZ, E. M.; BARROSO, F. L.; MARCHESINI, J. B.; SZEGÖ, T. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2006. 327p.

GIOLO, S. R. **Introdução à análise de dados categóricos**. 57ª Reunião anual da RBras. ESALQ/ USP. Piracicaba, São Paulo, 2012.

GOMES, G. M. B. **Cirurgia Bariátrica: mudanças no padrão alimentar e na qualidade de vida**. 2007, 98f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, 2007.

GREENACRE, M. J. “Multiple and Joint Correspondence Analysis,” in: M. J. Greenacre and J. Blasius, eds., **Correspondence Analysis in the Social Sciences**, London: Academic Press. (1994).

GUEDES, A.C. et al. **Qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica do tipo Derivação Biliopancreática com Preservação Gástrica**. Rev. Inst. Cienc. Saúde, 2009; 27 (3): 209 – 13.

HAIR, J.; BLACK, W.; BABIN, B.; ANDERSON, R. **Multivariate Data Analysis** (7th ed.): Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, USA. (2009).

HARBOTTLE, L. Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. **Obesity Reviews**, v.12, n.3, p. 198-204, 2011.

HUYNH, H.; FELDT, L. S. Conditions under with mean square ratios in repeated measurements designs have exact F-distributions. **Journal of the American Statistical Association**, v.65, n.332, p. 1582-1589, Dez, 1970.

IBGE. **Teste da pesquisa de uso do tempo: pesquisa nacional por amostra de domicílios/PNAD contínua** (versão em discussão). Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO GARRIDO DE GASTROENTEROLOGIA E CIRURGIA DA OBESIDADE. **Tratamento cirúrgico**. Disponível em: <http://www.institutogarrido.com.br/>. Acesso em: 06/mai/2013.

JOHNSON, R.A.; WICHERN, D.W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**, 7th ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs. 773 p. (2008).

KEILHOFNER, G. **Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice**. 4nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009. cap. 11, p. 150-174.

KHAWALI, C. et al. **Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public health care system**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2012, 56/1.

KOLOTKIN R. L., et al. **Assessing weight-related quality of life in adolescents**. Obesity and Quality of Life Consulting. 2006 Mar; 14(3):448-57.

LAKATOS E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312 p.

LEITE, L.; ROCHA, E.; BRANDÃO NETO, J. **Obesidade: uma doença inflamatória**. Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 85-95, 2009.

MARCHESINI, S. **Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. ABCD Arquivos Brasileiro de Cirurgia Diagnostico, v. 23, n. 2, p. 108-113, 2010.

MARTINELLI, S.A. A importância de atividades de lazer na terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jan/Abr 2011, v. 19, n.1, p. 111-118.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do sobrepeso/obesidade no Brasil**. Cad. Saúde Pública, 20(3): 698-709, 2004.

MONT'ALVÃO, A. **Percepção do espaço-tempo cotidiano de Belo Horizonte**. Espaço Sociólogos do Futuro, XII Congresso Brasileiro de Sociologia, Belo Horizonte, junho/2005.

MORAIS, L. V. **A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional**. 2004, 129f. Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

MOTA, D. C. L. **Comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em mulheres submetidas cirurgia bariátrica**. 2012, 143f. Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MUENNIG, P. **The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease**. BMC public health, v. 8, n. 128, p. 1-10, 2008.

NEUBERT, L. F. **Desigualdade ocupacional e o uso do tempo: um estudo sobre os determinantes do tempo de trabalho remunerado e do tempo livre entre indivíduos adultos inseridos no mercado de trabalho em uma cidade brasileira e nas regiões metropolitanas norte-americanas.** 2011, 207f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

NUNES, M. et al. Transtorno Alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 289-298.

OAKLEY, F.; KIELHOFNER, G.; BARRIS, R.; REICHLER, R. K. *The role checklist; development and empirical assessment of reliability.* Occup. Ther J Res. 1986; 6: 157-70.

OLIVEIRA, A. C. F. **Obesidade e os riscos da cirurgia bariátrica,** Folha da Cidade, 2007.

OLIVEIRA, A. P. F, et al. **Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos em um hospital universitário do município de São Paulo,** 2009.

OLIVEIRA, D. M. **O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva.** 2013, 125f. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, M. L. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil / Brasília, 2013. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

PEDRETTI, L. W. ; EARLY, M. B. Desempenho ocupacional e modelos de prática para a disfunção física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas.** São Paulo: Roca; 2005.

PEREIRA, T. F. C. **Obesidade: a epidemia do século XXI?** 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

PINTO, K. A.; AQUINO, E. M. L. *Inequalities in time use and excess body weight in adults.* Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://eventos.ibge.gov.br/iatur2013>. Acesso em: 19/10/2013

PREVEDELLO, C. F. et al. **Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método Baros.** Arquivos de Gastroenterologia, 46 (3), 199-203, 2009.

RAMOS, D. P. **Pesquisas de uso do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero.** Estudos Feministas, Florianópolis, 17(3): 312, setembro-dezembro/2009.

REBELLATO, C. **Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional.** 2012. 239f. Dissertação- (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2012.

REIS, E. P.; GONTIJO, P. L.; CARDOSO, F. P. F. **Qualidade de vida nos diferentes graus de obesidade.** Brasília Med. 2010; 47(3): 285-91.

REZENDE, F. F. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégia de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** 2011, 148f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2011.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. *The time use of people with mental health problems in Brazil: changes occurred after the disease has begun.* Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://eventos.ibge.gov.br/iatur2013>. Acesso em: 19/ 10/2013.

SANTOS A. A. et al. *Quality of life of people with class III obesity: a behavioral challenge.* Rev. Bras. Clin. Med., São Paulo, 2012. set-out; 10(5): 384-9.

SANTOS, A. A. et al. **Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental.** Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo, 2012, set-out; 10(5): 384-9

SBCBM. Sociedade Brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica. **A cirurgia.** Disponível em: <http://www.sbc.org.br/> . Acesso em: 08/11/2013.

SILVA, M. P. et al .**Obesidade e qualidade de vida.** Acta Médica Portuguesa, [S.I.], v.19, n.3, p.263-271, 2006.

SILVA, V. T. B. L. **Cirurgia bariátrica - fatores motivacionais e vida cotidiana de homens obesos.** 2012, 92f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Fortaleza, 2012.

SILVA, V. T. B. L., et al. **O homem, a obesidade, a cirurgia bariátrica e o cotidiano.** In: Anais do XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e IV congresso Pan-Americano para tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva – ABCB, v. 25, supl.1, p.56, 2012.

SOARES, C.; SABÓIA, A. L. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005.** Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2007.

SOARES, L. B. T. História da Terapia Ocupacional. In: Cavalcanti A; Galvão C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007, p. 3 – 9

SOUSA, L. C. **Estudo comparativo do cotidiano de crianças com paralisia cerebral e de crianças com comportamento típico.** 2011, 94f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional)- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

SOUSA, L. C.; EMMEL, M. L. G. **A organização do tempo no cotidiano de crianças com paralisia cerebral e de crianças com desenvolvimento típico.** Temas sobre Desenvolvimento, v. 19, p. 136-141, 2013.

SOUZA, J. M. B. *et al.* **Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social** Rev. Bras. Ter. Cog., v.1, n.1. Rio de Janeiro, jun. 2005.

STINSON, L. L. *Measuring how people spend their time: a time-use survey design.* Monthly Labor Review. August 1999.

TARDIDO A. P; FALCÃO M. C. *The impact of the modernization in the nutritional transition and obesity*. Rev. Bras. Nutr. Clin., 2006; 21(2): 117-24.

TAVARES, T. B. et al. *Obesity and quality of life: literature review*. Rev. Med. Minas Gerais, 2010; 20(3): 359-366.

TOLEDO, C. C. et al. **Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica**. Rev. APS, Juiz de Fora, v.13, n.2, p.202-209, abr./jun. 2010.

VALENTE, C. B. **Complicações da cirurgia bariátrica**. Disponível em: <http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes.2012>. Acessado em: 21 de julho de 2013.

VASCONCELOS, P. O. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. Goiânia, Novembro de 2006.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; DE AZEVEDO, A.P. **Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade**. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 195-198, 2004.

VECCHIA, V. D. **Obesidade Mórbida - aspectos clínicos**. In: Guilhardi HJ e cols.(1ª Org). **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da Teoria do comportamento**. Santo André: esetec editores associados. 2003.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. **Obesidade: uma perspectiva plural**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

WHOQOL - Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, 29 jul. 2007. Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html> Acessado em 14 de ago. 2013.

ZEVE, J. L. M. et al. **Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura**. Revista **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A**FORMULÁRIO****SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL – SETOR CIRURGIA BARIÁTRICA****(PERÍODO PRÉ E PÓS - OPERATÓRIOS)****NOME:** _____**ENDEREÇO:** _____**ESTADO CIVIL:** _____**BAIRRO:** _____ **CIDADE:** _____**DATA DE NASCIMENTO:** _____ **IDADE:** _____**TELEFONE:** _____**ESCOLARIDADE:** _____**PROFISSÃO:** _____**HÁ QUANTO TEMPO ESPERA OU ESPEROU PELA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA?** _____**QUAL DESSES FATORES CONSIDERA SER DESENCADEANTE DA SUA ATUAL****SITUAÇÃO OBESIDADE:** genético hormonal ambiental emocional outros

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

(Obrigatório para as pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução nº 196/96 – CNS)

I – Dados de identificação do paciente:

Nome:.....
Documento de identidade:
Sexo: () F () M **Data de Nascimento:**/...../.....
Endereço:.....
Bairro:.....**Cidade:**.....
Cep: **Telefone:** () -

II – Dados sobre a pesquisa científica:

Título do Projeto: “Qualidade de vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pré e pós cirurgia bariátrica.”

Pesquisadora: Marina Pereira Zaiden

End: Rua 2 , n 110, Nova Colina – Colina – SP

Telefone: (17) 9149 5178

Identificação Profissional: CREFITO/3 - nº 3307/LTTO

Cargo/Função: Terapeuta Ocupacional e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional

Instituição: UFSCAR – São Carlos- SP

A obesidade é um assunto de interesse universal e sua prevalência vem aumentando em níveis de epidemia no mundo inteiro. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. No estudo que será realizado, o público alvo a ser pesquisado são obesos grau III, cuja patologia causa impacto negativo na qualidade e expectativa de vida. Devido a isso, observa-se o grande aumento do número de indicações para a realização das chamadas cirurgias bariátricas, objetivando dessa maneira, uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves e prognósticos positivos em relação à condição de vida do indivíduo.

Através do contexto apresentado, convido-lhe a participar da pesquisa intitulada “Qualidade de vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pré e pós-cirurgia bariátrica.” Este projeto de pesquisa vem sendo desenvolvido como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, junto ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, sob orientação da Prof^a. Dra. Maria Luísa Guillaumon Emmel.

O objetivo principal deste estudo é avaliar a qualidade de vida; o desempenho dos papéis ocupacionais e o grau de importância atribuído a eles e o tempo dedicado a realização de atividades rotineiras e significativas através da percepção dos indivíduos pesquisados, em

dois períodos distintos: pré e pós-cirúrgicos, verificando, através de dados comparativos, se ocorrem mudanças relevantes no cotidiano e rotina dos mesmos.

Sua participação consistirá em responder questões (em forma de protocolos avaliativos) sobre: qualidade de vida, desempenho de papéis ocupacionais e grau de importância e o tempo de dedicação as atividades significativas durante a semana e os finais de semana. A pesquisadora aplicará as avaliações durante a realização do grupo de atendimento multidisciplinar pré- cirurgia bariátrica e pós cirurgia bariátrica, sendo que para a aplicabilidade de todos os questionários levará aproximadamente 50 minutos.

Serão realizados esclarecimentos antes e durante o decorrer da pesquisa, a respeito dos procedimentos a serem realizados e das visitas nos grupos que serão previamente agendadas.

Será mantido total sigilo em relação aos dados pessoais e endereço, sendo divulgada a coleta de dados e os resultados obtidos na pesquisa, assegurando dessa forma, privacidade quanto aos dados confidenciais.

A pesquisadora que acompanhará a pesquisa possui formação em Terapia Ocupacional e apresenta qualificação para o desempenho deste trabalho.

Sua participação não é obrigatória, estando livre para recusar-se ou não a fazer parte da pesquisa, podendo retirar seu consentimento em qualquer momento do trabalho, sem qualquer penalização ou prejuízo ao seu cuidado.

Em relação aos benefícios, salienta-se a importância de sua contribuição para a produção de novos conhecimentos científicos na área, para o esclarecimento de algumas dúvidas relacionadas ao público pesquisado e incentivo a novas pesquisas que poderão surgir. A sua participação não implicará em riscos para a sua saúde, compreendendo apenas as respostas às entrevistas e questionários.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Ribeirão Preto, _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Marina Pereira Zaiden – pesquisadora

ANEXOS

ANEXO I - WHOQOL – BREF (Avaliação da Qualidade de Vida)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de	1	2	3	4	5

	atividade de lazer?					
--	---------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfatório você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sem-pre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO II - 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.

PAPÉL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Freqüentar 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, <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 sua religião.			
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 tais 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) correspondentes(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.

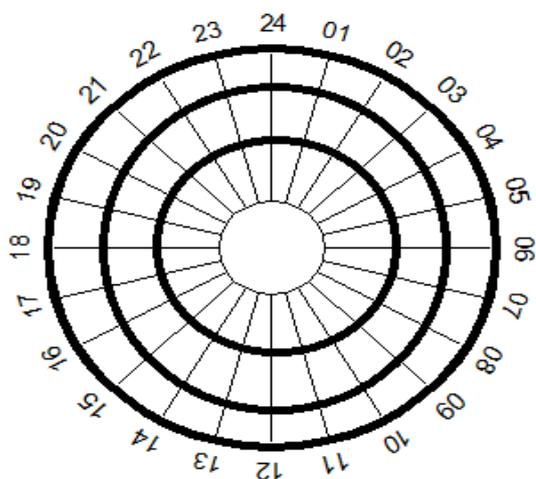
PAPEL	NENHUMA IMPORTANCIA	ALGUMA IMPORTANCIA	MUITA IMPORTANCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana , em hospital, escola, comunidade, campanha política, 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, 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 sua religião.			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar,			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ _____			

ANEXO III - RELÓGIO DE ATIVIDADES

Nome: _____

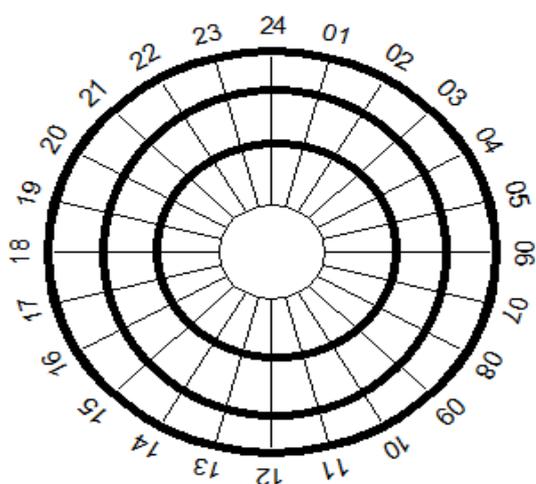
Idade: _____ Sexo: _____

Tempo dedicado às atividades Durante a Semana (Segunda a Sexta-feira)



- SONO
- TRABALHO
- ESTUDO
- ATIVIDADES COM A FAMÍLIA
- ATIVIDADES SÓ PARA VOCÊ
- TERAPIAS
- OUTROS

Tempo dedicado às atividades nos Finais de Semana (Sábado e Domingo)



- SONO
- TRABALHO
- ESTUDO
- ATIVIDADES COM A FAMÍLIA
- ATIVIDADES SÓ PARA VOCÊ
- TERAPIAS
- OUTROS

ANEXO IV – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS E TEMPO DE DEDICAÇÃO NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES SIGNIFICATIVAS NA PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS OBESOS PRÉ E PÓS

Pesquisador: MARINA PEREIRA ZAIDEN

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06938912.8.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 200.447

Data da Relatoria: 05/02/2013

Apresentação do Projeto:

A obesidade é um assunto de interesse universal e sua prevalência vem aumentando em níveis de epidemia no mundo inteiro. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. No estudo que será realizado, o público alvo a ser pesquisado são obesos grau III (mórbidos), cuja patologia causa impacto negativo na qualidade e expectativa de vida dessas pessoas, que não conseguem perder peso através de tratamentos menos invasivos. Através desse contexto, pode-se observar que ocorre o aumento das indicações das cirurgias bariátricas devido a necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, objetivando dessa maneira prognósticos positivos em relação à condição de vida do indivíduo. Trata-se de um estudo transversal, com

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



abordagem quantitativa tipo crosssection. , que será realizado em hospital público , com a participação de 80 sujeitos, divididos em 4 grupos de 20 pacientes cada: grupo pré-cirúrgico, grupo pós cirúrgico 3 meses, grupo pós- cirúrgico 6 meses e grupo pós cirúrgico 1 ano.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida, desempenho dos papéis ocupacionais , realização de atividades significativas e tempo de dedicação na percepção de indivíduos obesos grau III em dois períodos distintos: pré e pós cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos e benefícios como mais informações sobre os problemas decorrentes da obesidade, planejamento de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está adequado, descrevendo os instrumentos que serão aplicados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br