

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

LIGIA PEDROSA DOS SANTOS

**CIRURGIA BARIÁTRICA E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DA
SAÚDE**

**UBERLÂNDIA
2018**

LIGIA PEDROSA DOS SANTOS

**CIRURGIA BARIÁTRICA E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES
DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof. Dra. Rosuita Fratari Bonito

UBERLÂNDIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S237c Santos, Ligia Pedrosa dos, 1967-
2018 Cirurgia bariátrica e qualidade de vida de trabalhadores da saúde /
Ligia Pedrosa dos Santos. - 2018.
92 f. : il.

Orientadora: Rosuita Fratari Bonito.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.264>
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3.
Qualidade de vida - Teses. 4. Pessoal da área médica - Teses. I. Bonito,
Rosuita Fratari. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

LIGIA PEDROSA DOS SANTOS

**CIRURGIA BARIÁTRICA E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES
DA SAÚDE**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, pela banca examinadora formada por:

Data ____ / ____ / ____

Resultado _____

Profa. Dra. Rosuita Fratari Bonito - Orientadora
Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Maria Maura de Moraes - Membro Externo
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Profa. Dra. Mariana Hasse - Membro Interno
Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar todos os dias, a cada amanhecer.

À minha orientadora, Prof.^a. Dr^a. Rosuita Fratari, pela acolhida e abertura ao novo; pelas contribuições; por acreditar no projeto e principalmente pela amizade.

À Dr^a Mariana Hasse, pelo seu apoio durante as análises de pesquisa que subsidiaram este trabalho.

Aos professores, pelos conhecimentos e auxílios para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos mestrandos da segunda turma do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, pelo companheirismo e troca de experiências.

Às minhas parceiras Celeide, Ilda, Márcia e Viviane, pessoas a quem dedico meu carinho e amizade

Aos meus pais, e em especial à minha mãe Dirce, pelo incentivo e cuidado incansáveis.

Ao meu filho João Victor, por tudo o que me ensina e por sempre me apoiar. Por ter sido minha inspiração na busca pelo novo, na ampliação dos limites e na percepção da essência da vida.

À minha irmã Lusmar, pelo carinho e incentivo.

Às minhas sobrinhas Paula e Karla, sempre presentes, me apoiando e incentivando.

À minha grande amiga Cida, fundamental para a concretização desta dissertação, agradeço pela amizade, pelo apoio e pelas contribuições durante a realização deste estudo. A você dedico minha eterna amizade, gratidão e carinho.

À Sandra Márcia e Abiaka, pelo apoio e amizade.

Aos participantes do estudo, sem os quais não teria sido possível sua concretização.

À equipe de trabalho do Centro de Convivência e Cultura, pelo apoio.

Obrigada a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

RESUMO

A obesidade caracteriza-se como uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais cresce em todo o mundo, afetando atualmente mais de um terço da população mundial, considerada uma pandemia. Como alternativa para superação da obesidade, observa-se que o número de cirurgias bariátricas tem aumentado, principalmente por alcançar mais rapidamente a satisfação pessoal e com a vida. Esta pesquisa teve como objetivo compreender os impactos da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde no município de Uberlândia (MG), e foi desenvolvida por meio da triangulação de métodos. Para dados quantitativos foram utilizados dois questionários individuais, estruturados e validados sendo eles: Questionário Perfil Sócio econômico e Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo 14 profissionais de saúde submetidos à cirurgia bariátrica e a identificação dos entrevistados foi dada pela técnica da bola de neve. A análise do WHOQOL-Bref evidenciou que os profissionais avaliam a sua qualidade de vida como boa (64,3%) ou muito boa (35,7%), revelou excelentes níveis de satisfação e boas repercussões nas atividades cotidianas, laborais e autoimagem após a realização da cirurgia. Percebeu-se uma preocupação significativa quanto à manutenção e reganho de peso principalmente nas pessoas que fizeram a cirurgia há mais tempo, diferindo das que se submeteram a cirurgia recentemente.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Qualidade de Vida. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Obesity is one of the fastest growing chronic noncommunicable diseases in the world, affecting more than a third of world's population, consider a pandemic. As an alternative to overcome obesity, it is observed that bariatric number surgeries have increased, mainly by achieving faster personal satisfaction. The aim was to comprehend impacts of bariatric surgery on quality of life of health workers in Uberlândia county (MG). We developed triangulation of methods getting data by means of individual semistructured interviews, questionnaire of socio-economic characteristics and World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-Bref). Participated in the study 14 health professionals submitted to surgery bariatric. Sample was obtained by snowball technique. An analysis of the WHOQOL-Bref showed that professionals evaluated their quality of life as good (64.3%) or very good (35.7%), revealed excellent levels of satisfaction and good repercussions on daily activities, work and self-image after surgery. Significant concern about weight maintenance and weight regain has been noted especially in people who have had surgery longer, differing from those who have undergone surgery recently.

Key-words: Obesity. Bariatric Surgery. Quality of Life. Health Workers.

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome metabólica

CFM - Conselho Federal de Medicina

cm - centímetro

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa corporal

Kcal - Calorias

Kg – Quilograma

m² - Metro Quadrado

m – Metro

MG – Minas Gerais

ml - mililitros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPGAT - Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

SBCBM - Sociedade Brasileira e Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SUS - Sistema Único de Saúde

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

UTI - Unidade terapia Intensiva

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

WHOQOL-Bref - Questionário de Qualidade de Vida Abreviado da Organização Mundial de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais entrevistados quanto às condições socioeconômicas - Uberlândia/MG, 2017.....	35
Tabela 2	Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio físico - Uberlândia/ MG - 2017.....	44
Tabela 3	Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio relações sociais - Uberlândia/MG - 2017.....	47
Tabela 4	Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio psicológico - Uberlândia/MG - 2017.....	50
Tabela 5	Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio meio ambiente - Uberlândia/MG - 2017.....	52

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1. Histórico da obesidade	19
2.2. Definição e Classificação da Obesidade	20
2.3. Prevalência, Causas e Consequências da Obesidade	22
2.4. Estratégia de Enfrentamento à Obesidade	25
2.5. Tratamento Cirúrgico	29
2.6. Qualidade de Vida	33
2.7. Obesidade e Saúde do Trabalhador	36
3. OBJETIVOS	39
3.1. Objetivo Geral	39
3.2. Objetivos Específicos	39
4. METODOLOGIA	40
4.1. Tipo de Pesquisa	40
4.2. Contexto da Pesquisa	41
4.3. Participantes da Pesquisa	41
4.4. Critérios de Seleção dos Trabalhadores	42
4.5. Instrumentos da Pesquisa	42
4.6. Produção dos Dados	43
4.7. Análise dos Dados	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1. Caracterização Socioeconômica	46
5.2. Sentimentos em relação à cirurgia bariátrica	48
5.3. Motivações para a cirurgia bariátrica	52
5.4. Repercussão da cirurgia bariátrica na qualidade de vida	54
5.5. Cirurgia Bariátrica e Domínio Físico da Qualidade de vida	55
5.6. Cirurgia Bariátrica e Domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida	58
5.7. Cirurgia Bariátrica e Domínio Psicológico da Qualidade de Vida	61
5.8. Cirurgia Bariátrica e Domínio Ambiental da Qualidade de Vida	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69

APRESENTAÇÃO

Apresento minha dissertação, que foi organizada com o objetivo de submissão à Defesa Final do Mestrado Profissional de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), com toda sua estruturação englobando os referenciais teóricos e metodológicos, os resultados e a discussão.

A opção pelo tema representou uma importante etapa da minha vida pessoal que me possibilitou identificar com as angustias e vivencias dos entrevistados, uma vez que a cirurgia bariátrica fez parte da minha história como forma de sair da obesidade mórbida após inúmeros anos de investidas em dietas milagrosas, uso de medicamentos, práticas irregulares de exercícios físicos sem conseguir emagrecer em tentativas frustradas.

Dessa forma, com muita satisfação apresento este trabalho que carrega discussões sobre fatores que envolvem a obesidade e as consequências do peso que muitas vezes não é medido pela balança relacionando-os com a qualidade de vida entre os trabalhadores de saúde. Vale ressaltar que na minha trajetória profissional em cargo efetivo como assistente social da Secretaria Municipal da Saúde há 22 anos, percebi ao longo dos anos pouca valorização dos trabalhadores que possuem a tarefa de cuidarem da saúde do cidadão.

A obesidade é considerada, atualmente, um problema de saúde pública e constitui também um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas doenças, assim como é responsável pelo aumento da morbimortalidade. Sabe-se que pessoas obesas experimentam efeitos psicológicos negativos como a baixa autoestima, o preconceito e a discriminação. O ambiente que as rodeia também não se apresenta favorável para sua vida diária, o que gera dificuldades para sua locomoção e execução de suas atividades no trabalho.

Em linhas gerais, a presente pesquisa permite pensar sobre a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde que se submeteram à cirurgia bariátrica como opção para o tratamento da obesidade, investigando aspectos relacionados à qualidade de vida, a partir das percepções de trabalhadores que

vivenciaram a obesidade, considerando suas experiências no transcurso pré e pós-cirúrgico do procedimento de redução do estômago.

O resultado deste estudo está organizado em seis capítulos: o primeiro está destinado à introdução dessa pesquisa; o segundo capítulo, apresenta o referencial teórico, abordando o histórico da obesidade, aspectos de definição e classificação, causas, prevalência e consequências da doença mostrando as estratégias de enfrentamento mais utilizadas nos dias atuais, inclusive o tratamento cirúrgico como método de tratamento da obesidade, e traz também definições e conceitos de qualidade de vida e a sua relação com a cirurgia bariátrica, e a relação entre obesidade e a saúde do trabalhado. O terceiro capítulo foi destinado aos objetivos da pesquisa; no quarto capítulo procurou- se explanar a metodologia utilizada, a qual foi escolhida para responder aos objetivos da pesquisa, o tipo da pesquisa, o contexto, os participantes, critérios da amostra, os instrumentos utilizados, a produção dos dados e a análise dos dados; no quinto capítulo, são apresentados os resultados e a discussão; e no sexto capítulo, são as considerações finais, ao final, estão todos os anexos e apêndices.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade tem por definição o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal em forma de adiposidade, podendo trazer riscos à saúde. Nos dias atuais, o mundo vive uma epidemia de obesidade, a qual atinge todas as classes sociais (OMS, 1998). Diante disso, inúmeros estudos e pesquisas têm sido realizados para proporcionar ações eficientes que abordem a prevenção e o tratamento da obesidade. Nessa mesma linha, atividades físicas específicas, dietas e medicamentos vêm sendo desenvolvidos para controlar a obesidade (SOUTO, 2005).

A indicação da cirurgia bariátrica torna-se cada vez mais frequente, por proporcionar perda de peso, resolução ou redução das comorbidades, além de melhorar a qualidade de vida do indivíduo (OLIVEIRA, 2016). Nos dias atuais, o conceito de qualidade de vida busca dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas em abordagens gerais (CARLOS, 2017).

Para a OMS, qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (DINIZ, 2013). Já Minayo et al. (2000) identificaram a qualidade de vida como uma figura do discurso que implica muitos sentidos, podendo indicar bem-estar pessoal, posse de bens materiais, participação em decisões coletivas.

Além disso, Lacaz (2000) afirma que qualidade de vida está sendo bastante discutida em todo o mundo, incorporando uma imprecisão conceitual, uma vez que se trata de uma expressão muito abrangente e dotada de subjetividade intrínseca, que leva em consideração as percepções e emoções baseadas no ponto de vista do sujeito, no seu conjunto de vida pessoal, nos seus objetivos e aspirações, que podem ser motivados por aspectos culturais.

Para Daubermann e Tonete (2012), não há como dissociar a vida do trabalho. Partindo dessa premissa, e, dentre as influências da qualidade de vida na vida dos indivíduos, é preciso entender de que maneira estes percebem e atribuem um significado para o trabalho. As pessoas passam maior parte do tempo de suas vidas no trabalho e dependem dele para garantir sua

sobrevivência. Para Martins (1999), o trabalho é ainda um meio de colocar em aprendizado os conhecimentos e aptidões desenvolvidas, e de representar a utilidade humana na sociedade.

Em se tratando dos trabalhadores da saúde, esses enfrentam exposições laborais cercadas de diversos riscos e também de fatores que comprometem sua vida em diversos âmbitos, reforçando a importância de estudos de avaliação da qualidade de vida dos mesmos. Por fim, é preciso assinalar que alguns trabalhadores da saúde exibem alta prevalência de problemas, inclusive de saúde mental, como depressão, estresse, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (DILÉLIO et al; 2012).

Em escala mundial, são 59,8% de trabalhadores da saúde envolvidos em atividades cujo objetivo principal é a melhoria da saúde humana. Desse total, 2/3 são prestadores de serviços e 1/3 é composto por gestores em níveis diferentes do sistema e trabalhadores de apoio (OMS, 2006). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o trabalho em saúde representa 4,3% da população ocupada no país, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e, em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho (2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos) (IBGE, 2009).

Diante do exposto, faz-se necessário perceber que a saúde do trabalhador da saúde, expõe aspectos que estão relacionados à obesidade, como por exemplo, o contexto em que ele está inserido, onde o excesso de peso interfere na atividade laboral e, em consequência suas tensões e demandas urgentes, colaboram com o ganho de peso.

No tocante ao aspecto cirúrgico, as pessoas que sofrem com a obesidade podem recorrer à cirurgia bariátrica, que foi realizada pela primeira vez em 1954 (FARIAS, 2005) e é considerada como uma das formas mais eficazes para a redução de peso quando a pessoa é diagnosticada com obesidade mórbida (OMS, 1997). O conceito de obesidade mórbida leva em consideração o IMC. Considera-se como obesidade mórbida, ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) quando a obesidade está associada a outras doenças e/ou complicações que levem perigo à vida do paciente, comprometendo a sua qualidade de vida tanto psicológica quanto fisicamente, diminuindo assim, sua expectativa de vida (SARMENTO, 2010).

A cirurgia bariátrica também possui a função de conservar a médio e longo prazo o peso ideal da pessoa, desde que ela cultive bons hábitos alimentares e atividades saudáveis que contribuirão para manter determinada massa corporal (SANTOS, 2005).

Mediante a percepção da obesidade como uma patologia, com suas consequências para o indivíduo e para a sociedade em geral e a cirurgia bariátrica como uma forma de tratamento, percebe-se que, na sociedade moderna, se aperfeiçoa a visão holística do ser humano. Não se considera apenas o corpo adoecido e um tratamento com que se possa melhorá-lo, mas também a existência de um indivíduo complexo, com auto percepção, autoestima e vontades, e que está inserido na sociedade num contexto cultural.

Nos dias de hoje, enfatiza-se, quase automaticamente e de forma obsessiva o corpo ideal, com padrões rígidos de estética e beleza. Para muitos, principalmente para mulheres, encontrar-se fora dos padrões impostos significa frustração, insatisfação e sofrimento psíquico (FERNANDES, 2003). Ainda dentro desse conceito de padrão do corpo ideal, o indivíduo se enxerga como sendo necessário, para ser aceito na sociedade atual, seguir as regras e os condicionamentos ditados pela cultura, a ponto de, mesmo causando sofrimento, tais regras serem enxergadas como um comportamento natural e normal.

A saúde passou a ser direito universal dos brasileiros após a promulgação da Constituição Federal de 1988. O ponto de partida foram as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde que assinalavam mudanças para uma saúde universal, descentralizada, ampla e que contemplasse a participação social (BRASIL, 1988). Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que, em suas diretrizes e princípios, preconiza a universalidade, a integralidade, a equidade na assistência à saúde e a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 2000). Dessa forma, o SUS se constitui em dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para toda a população brasileira das cinco regiões geográficas.

Sendo assim, na busca pela organização e reestruturação da rede de serviços de saúde que passa a estabelecer a adesão de muitos programas, exige-se a contratação de um grande número de trabalhadores por parte dos

municípios. Isto posto, o setor de saúde se torna um importante universo do mundo do trabalho no campo da saúde pública e na economia brasileira.

É fundamental que se garanta a qualidade dos serviços de saúde prestados à população, sempre considerando como princípio o nível de saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores inseridos nesse contexto. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é compreender as repercussões substanciais da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde do município de Uberlândia, Minas Gerais.

Espera-se que o estudo sobre a temática da obesidade e sua relação com o trabalho contribuam para nortear e auxiliar no planejamento de ações em saúde do trabalhador que tenham uma visão para a totalidade sobre quem tem a responsabilidade do cuidado de outras vidas. Assim, será possível pensar em estratégias de promoção a saúde, de prevenção, tratamento e acompanhamento dos profissionais que apresentarem esta morbidade.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Histórico da obesidade

Quando se trata de obesidade, entra-se em contato direto com o corpo humano. Porém, há de se considerar que falar ou estudar o corpo humano, seja em suas dimensões físicas e biológicas, seja em suas dimensões psíquicas e emocionais, ainda é um enigma, considerando a grande quantidade de material já elaborado. O corpo não se define por si só, ou seja, nele existe uma rede complexa de sentidos e significados que vão se sedimentando ao longo da história da existência humana e da percepção individual de cada um. (CASTRO, 2009)

Para Assmann (1995), em cada situação o indivíduo vivencia o próprio corpo de uma forma, pois a este foi, ao longo dos tempos, sugerido e ensinado que, de acordo com interesses e tendências, ou seja, em cada época, as pessoas experimentam uma expectativa de um corpo adequado. A discussão sobre corpo se torna mais complexa quando se trata de corpos que não se enquadram em padrões vigentes de uma determinada época.

Atualmente, está em alta o corpo atlético e sarado (CERQUEIRA 2010), e por isso os corpos obesos são identificados como fora do padrão. É comum que as pessoas que estão acima do peso pensem suas potencialidades diminuídas e que lhes sejam atribuídos adjetivos negativos, como o de serem pessoas preguiçosas, indisciplinadas, desleixadas e feias (NOBREGA 2011).

Porém nem sempre foi assim. Em séculos passados, a obesidade não era vista necessariamente como um aspecto negativo. Por meio de pesquisa cultural é possível encontrar o corpo obeso sendo retratado como um ícone de beleza, sensualidade e fertilidade. Até o final do século XIX, a obesidade esteve presente nos corpos de homens e mulheres como padrão de beleza e fertilidade, ou seja, relacionados a aspectos estéticos. Foi a partir do século XXI que a cultura, principalmente produzida nos Estados Unidos, começou a fazer uma ligação entre o corpo esbelto e o normal, legitimando o corpo magro como representante do belo e aceitável, enquanto a obesidade está relacionada a patologias (CODO, SENNE, 1985).

Tal modificação da percepção, visível em registros artísticos, a respeito da obesidade se deve, em parte, pelas descobertas científicas e pela tendência, em nível mundial, de pessoas estarem acima do peso. A sociedade atual, ao mesmo tempo que exige como padrão de beleza um corpo magro, estimula o consumo de alimentação não saudável (CONTI, 2008; GOLDEMBERG, 2011; NASCIMENTO et al. 2013; CASTRO et al. 2013.)

2.2. Definição e Classificação da Obesidade

A obesidade é hoje um grave problema de saúde pública que atinge praticamente o mundo todo. Vem ganhando destaque no cenário epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis, sendo considerada como doença do século XXI, classificada como pandemia devido a sua alta prevalência na atual sociedade contemporânea (SAMPAIO, 2006).

No ano de 2004, em Genebra, a OMS elaborou a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde. Nesta estratégia a obesidade se enquadra dentro dos principais fatores de risco para o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ao lado de câncer, diabetes e sedentarismo (OMS, 2004).

A definição de obesidade proposta pelo *National Institutes of Health* (1985) é a de uma doença crônico-degenerativa caracterizada pelo acúmulo de gordura e que causa prejuízos à saúde do indivíduo, tanto física quanto psicológica. A obesidade é apresentada como a segunda causa de morte no mundo, sendo classificada como um mal da vida moderna. Apesar disso, é importante frisar que ela apresenta perspectivas diferentes, com uma complexa sobreposição de fatores genéticos, de comportamento do indivíduo e do ambiente em que ele está inserido, fazendo com que exista um empenho multidisciplinar para a aplicação terapêutica mais apropriada (ANDRADE, 2006).

Segundo Mancini (2002), pode-se estabelecer dois diferentes tipos de diagnósticos quando a pessoa é obesa: um diagnóstico quantitativo, ligado diretamente a massa corpórea ou a massa do tecido adiposo; e um diagnóstico qualitativo, ligado à distribuição de gordura corporal ou a presença de adiposidade visceral.

Para se obter o diagnóstico quantitativo é levado em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC), desenvolvido pelo matemático belga Lambert Quebey, em meados do século XIX (FERRAZ et al. 2003). O IMC é obtido pelo cálculo simples da divisão entre o peso (em quilogramas - kg) pelo quadrado da altura (em metros - m). Quando o IMC é maior que 25 kg/m² se tem o caso de sobrepeso; quando o IMC está entre 30 e 40 kg/m² tem-se o caso de obesidade; e quando ele está acima de 40 kg/m² temos a obesidade mórbida. (OMS, 1997)

O IMC é um padrão reconhecido internacionalmente, tido como método simples e rápido. Por meio dele é fácil obter a relação da adiposidade. No entanto, este diagnóstico não é capaz de distinguir a massa gordurosa da massa magra, podendo não ser específico para identificar o grau de obesidade dos indivíduos. Quando se trata de crianças, o mais indicado é utilizar tabelas que fazem correlação entre a altura e a idade das crianças. Estas tabelas são comumente identificadas como tabelas de IMC percentual (ALMEIDA; FERREIRA, 2005).

Desse modo, a pessoa que apresenta o IMC igual ou maior que 40 kg/m² é classificada pela OMS como no nível de Obesidade Classe III e quase sempre está associada a morbidades. Segundo Coutinho e Benchimol:

Obesidade mórbida é uma das doenças que mais matam no mundo. Na América Latina é provável que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência das comorbidades relacionadas com a obesidade (hipertensão arterial, diabete *mellitus* tipo 2, dislipidemia, doença coronariana, apneia do sono, câncer, entre outras). A taxa de mortalidade para o obeso é de 12 vezes maior, entre homens com 25 e 40 anos, quando comparada a indivíduos de peso normal (COUTINHO; BENCHIMOL, 2006, p. 13).

Quanto ao diagnóstico qualitativo que se refere à distribuição corpórea da gordura, pode-se verificar se ela se encontra mais na região abdominal ou no tronco, chamada de obesidade tipo andróide ou maçã; ou se a gordura se encontra na região dos quadris, chamada de obesidade ginóide ou pera. (McARDLE; KATCH; KATCH, 2003).

Para o diagnóstico qualitativo, é levado em consideração a relação existente entre as medidas da circunferência da cintura e a circunferência do quadril, sendo que o limite é de 0,95cm para homens e de 0,85cm para mulheres, quando se divide a circunferência da cintura pelo do quadril.

Portanto, é importante a identificação do IMC e da circunferência abdominal para o conhecimento e a prevenção dos riscos de comorbidades mais comuns associadas à obesidade. A identificação dessas medidas permite diagnóstico precoce por meio de avaliação precisa dos riscos e planejamento de intervenções adequadas.

2.3. Prevalência, Causas e Consequências da Obesidade

Pesquisas apontam que as causas da obesidade são múltiplas e abrangem fatores sociais, dietéticos, ambientais, predisposição genética, e questões psicológicas. (FRANCISCHI et al. 2000; CRISPIM 2010; BARBIERI, MELO, 2012; FONSECA JUNIOR et al, 2013; SANTOS 2013; TAMURA, 2013)

Além desses fatores, outros autores classificam como causas da obesidade fatores genéticos, neuroendócrinos, farmacológicos e inatividade física. Dentre as causas genéticas da obesidade a que se destaca é a Síndrome de Prader-Willi, que é provocada pela alteração do cromossomo 15. O portador desta síndrome apresenta um apetite fora do normal (UEHARA; MARIOSA, 2005).

As principais causas da obesidade neurológica são hipercortisolismo, síndrome dos ovários policísticos, deficiências dos hormônios de crescimento, hipotireoidismo, lesão hipotalâmica na qual ocorre hiperfagia em razão da lesão do hipotálamo ventromedial. Essa lesão que pode ser causada por trauma, aumento da pressão intracraniana, cirurgia, tumor, doenças inflamatórias, tem na craniofaringioma a causa neuroendócrina mais comum (UEHARA, MARIOSA, 2005). Este tipo de obesidade se relaciona diretamente com a saciedade; o que faz com que quanto mais saciado o indivíduo se sinta, menos comida ele irá ingerir.

No que se refere ao uso de fármacos, observa-se que existem algumas drogas que podem provocar como efeito colateral o ganho de peso. Dentre estes fármacos se destacam alguns antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, diabetogênicos orais secretagogos de insulina, insulina, alguns progestagênicos e glicocorticosteróides (UEHARA, MARIOSA, 2005).

Quanto ao ambiente, a obesidade pode ser provocada quando a pessoa está inserida em uma situação que altere substancialmente a sua rotina: viagens

longas, estados de ansiedade ou estresse, mudanças climáticas, doenças que alterem a mobilidade ou a lucidez psíquica. A literatura aponta que sofrimentos psíquicos interferem no descontrole da pessoa frente à comida. Alguns podem buscar na alimentação, e em seu excesso, mecanismos de recompensa para suas neuroses psíquicas, comportamentais, sexuais e afetivas (UEHARA, MARIOSA, 2005).

A obesidade foi introduzida no Código Internacional de Doenças há 50 anos, há diversas formas de diagnosticá-la, seu impacto é relevante na sociedade. A vida na sociedade moderna, o acesso fácil a alimentos hipercalóricos e o decrescimento da prática de atividades físicas constantes são elementos que contribuem para que o homem moderno se tornasse obeso. Conforme identifica Tardido e Falcão:

A prevalência da obesidade está em ascensão e um dos fatores que contribui para isto é a transição nutricional, com aumento do fornecimento de energia pela dieta e redução da atividade física, o que se pode chamar de estilo de vida ocidental contemporâneo. A industrialização e urbanização trouxeram aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física. A industrialização provocou modificações importantes no quadro distributivo da mão de obra, com redução das ocupações nos setores extractivos e da agricultura. Deve-se ainda acrescentar que a televisão contribui para a delimitação do estilo de vida ocidental, mediante aumento do consumo difundido pelo marketing. A urbanização induziu uma mudança nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações (TARDIDO; FALCÃO, 2006, p. 117).

Em estudo recente, NG et al. (2014) mostraram o Brasil como o quinto país com maior número de obesos em todo o mundo, perdendo somente para os Estados Unidos, o primeiro país no ranking, seguido por China, Índia e Rússia.

Segundo o levantamento realizado pela Vigilância e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico de Fatores de Riscos (VIGITEL), a prevalência da obesidade cresceu 60% em dez anos, passando de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. Verificou-se uma frequência semelhante em ambos os sexos, 18,1% para os homens e 19,6% para as mulheres. Quanto ao excesso de peso, este passou de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016, sendo observada maior presença entre homens (57,7%) do que entre mulheres (50,5%) (BRASIL 2016)

Em quase todos os estudos realizados a respeito da obesidade, identificou-se que ela afeta diretamente a relação da pessoa obesa com a sociedade. Geralmente, os obesos sofrem discriminação social, que se inicia já na infância. A sociedade moderna, enxerga o obeso como alguém sem disciplina e incapaz de se controlar. Tal visão acaba por infligir nos obesos comportamentos depressivos, de isolamento e de esquivamento social (POLLOCK; WILMORE; ROCHA, 2007).

Tal realidade é comumente vista em programas de televisão, canais no *Youtube*, piadas no dia-a-dia e outras situações cotidianas. Percebe-se também que o obeso tem menor escolaridade e pouca chance de ser encaixado em atividades extracurriculares. O mesmo acontece no mundo do trabalho, em que as vagas mais concorridas são ocupadas por pessoas magras e os obesos geralmente ocupam vagas menos concorridas (SEGAL; FANDINO, 2002).

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) fez uma classificação das doenças relacionadas ao excesso de peso. Estas doenças são chamadas de comorbidades. Elas são as que estão correlacionadas com o excesso de peso, causando não somente sintomas, mas a coexistência real de um estado patológico devido ao excesso de peso (PETRIBU, 2001). Segundo a OMS, à medida que aumenta o IMC, aumenta proporcionalmente o risco de comorbidades (CARVALHO, 2005).

Bray (2003) classifica o risco de doenças ligadas à obesidade em duas categorias: a primeira se relaciona com as alterações metabólicas associadas ao excesso de peso que são: diabetes tipo 2, hipertensão, doenças de vesícula biliar, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. A segunda se origina do próprio aumento da massa gorda, como a osteoartrite, apneia do sono e problemas sócio psicológicos pelo estado de obesidade.

Dentre as complicações, as cardiovasculares são as mais comuns e de acordo com Peres (2005), entre 25% e 55% dos obesos apresentam problemas cardiovasculares; além disso, existe a relação com a hipertensão e a consequência da combinação entre obesidade e hipertensão é o aumento do trabalho cardíaco, podendo causar arritmias, insuficiência cardíaca e o aumento da possibilidade de acidente vascular encefálico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), as três principais causas de morte, no Brasil,

são infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, totalizando 300 mil mortes por ano.

Outra patologia encontrada nos obesos mórbidos é a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, que se caracteriza pela obstrução intermitente das vias aéreas superiores, geralmente ocasionando o despertar da pessoa com uma sensação de sufocamento. Alguns tipos de câncer também são mais comuns em obesos, tais como do esôfago, do fígado, do pâncreas, da vesícula biliar e dos rins. A pessoa obesa pode sofrer de problemas nas articulações, principalmente nas dos joelhos e tornozelos. Estes problemas são chamados de orteartrites (BENCHIMOL, 2002).

Além destas comorbidades, deve-se destacar que as pessoas obesas têm problemas sociais; geralmente ela é alvo de brincadeiras, piadas, que geram sentimentos de discriminação e preconceito e é comum que tais problemas sociais já se iniciem na juventude, ou até mesmo na infância (CASTRO, 2009). De forma geral, pode-se afirmar que as pessoas obesas estão expostas a diferentes problemas, sejam doenças como as comorbidades, sejam manifestações psicossociais negativas (SILVA, 2013).

Mesmo a etiologia da obesidade não estando totalmente esclarecida, sabe-se que é uma doença multicausal, resultado da associação de fatores genéticos, ambientais, econômicos, culturais, sociais, familiares, psicológicos, metabólicos individuais, comportamentais e alimentares, que estão, na maioria das vezes, associados. O indivíduo obeso se encontra suscetível a diferentes problemas, sendo de forma física ou psicológica, os quais, de uma forma ou de outra, acabam por excluí-lo da convivência do meio social. Observa-se a importância em se atentar para as diversas formas de tratamento que incluem dietas, tratamentos medicamentosos, atividade física e, como última tentativa de barrar o aumento progressivo do peso, a Cirurgia Bariátrica.

2.4. Estratégia de Enfrentamento à Obesidade

Apesar de se conhecer a alta prevalência e os efeitos negativos da obesidade, o estudo e a elaboração de ações efetivas para o seu enfrentamento, ainda encontram sérios obstáculos. Um destes obstáculos é a utilização de parâmetros diversos para segmentos da sociedade, ou seja, existe ainda uma

diversidade tanto de informações quanto na forma de coleta. Em algumas regiões do mundo, os dados como informações nutricionais não estão disponíveis, dificultando o estabelecimento de uma dieta equilibrada (ALMEIDA, FERREIRA; 2005).

Para esses mesmos autores, os estudos sobre obesidade na população também demanda tempo e recursos financeiros altos, o que não torna estes estudos atrativos para governos, para entidades do terceiro setor e para empresas. Outro obstáculo se encontra no desequilíbrio existente entre obesidade e desnutrição. De forma não explicada, em muitos lugares do mundo, pessoas obesas estão convivendo com pessoas desnutridas, podendo ser ao mesmo tempo, obesa e desnutrida (ALMEIDA, FERREIRA; 2005).

No Brasil, de acordo com a OMS, aproximadamente, um terço da população está acima do peso, atingindo todas as classes sociais e todas as faixas de idade (OMS, 2015). Fatores como o aumento da expectativa de vida, maior desenvolvimento industrial e econômico, a diminuição da ingestão de frutas e verduras e o aumento quase exponencial de açúcares nos alimentos, contribuem diretamente para que a população brasileira esteja acima do peso. Consolida-se ainda, no Brasil, a maior incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, doenças que influenciam no perfil da morbidade e da mortalidade da população brasileira.

Diante desta realidade, a obesidade pode ser considerada como uma condição patológica crônica, que apresenta perspectivas complexas, exigindo a superação de desafios para diferentes profissionais de saúde, como nutricionistas, endocrinologistas, cardiologistas, educadores físicos, dentre outros. Mesmo com esta variedade de profissionais de saúde envolvidos, em alguns pacientes obesos, a resposta a tratamentos não é eficaz, necessitando de uma intervenção mais radical.

A partir da identificação da obesidade, é importante traçar um planejamento eficaz para que a pessoa não continue a aumentar o seu peso. Geralmente, quanto maior é a obesidade, maior será a dificuldade para o tratamento. Dentre os pontos principais que norteiam o início do tratamento das pessoas obesas, e perpassa todo o processo, destaca-se a necessidade de uma boa motivação, o resultado que se espera obter e a responsabilidade que todos os envolvidos devem apresentar. Estes pontos principais não podem ser

deixados de lado, pois a obesidade é uma doença crônica, que exige o emprego de bons recursos.

Não se deve deixar de lado a responsabilidade que é exclusiva do poder público. Cabe aos governos, portanto, a busca de políticas que empreguem meios necessários para que todos os que precisam tenham acesso a métodos terapêuticos eficazes para controlar a obesidade. Será de responsabilidade dos governos, determinada capacidade de saber utilizar os meios farmacológicos ou cirúrgicos a seu dispor, para que estes sejam sabiamente utilizados (COUTINHO, 1999).

Em se tratando de aspectos globais de saúde, um dos objetivos a serem buscados pelos indivíduos ao se tratar da obesidade, é o de controlar e prevenir as doenças associadas, buscando um equilíbrio metabólico, onde os níveis sanguíneos de glicose, triglicérides, colesterol total, ácido úrico, insulina estejam próximos da normalidade (COUTINHO, 1999). Para Cabral (2002) é de se considerar que tal objetivo é atingido quando se consegue reduzir a gordura corporal, aproximando-se do peso “normal”.

Vários estudos têm demonstrado que a redução da gordura pode melhorar a qualidade de vida e diminui consideravelmente a morbidade e mortalidade das pessoas. Porém, deve-se deixar expresso que redução de peso não significa necessariamente a redução da gordura corporal (FRANCISCHI et al. 2000). Existe a possibilidade de se reduzir a gordura corporal, sem, contudo, reduzir o peso. Isto acontece, porque pode ser que o indivíduo ganhe massa magra. Em alguns casos, o ganho de massa magra pode ser superior a perda de gordura corporal, levando a um aumento do peso da pessoa.

Para a redução de peso, a técnica mais utilizada é a dieta, a partir da restrição de determinados alimentos, visando à diminuição de ingestão de valor calórico, possibilitando reduzir o peso. A dieta pode ser muito eficaz, contudo não pode ser conduzida de qualquer forma, isto é, deve-se ter prudência e bom senso ao escolher a dieta mais adequada e é sempre ter um bom acompanhamento. O Centro Latino Americano de Obesidade orienta que a dieta deve contemplar a redução de ingestão diária de energia em 500 a 1000 kcal (COUTINHO, 1999).

A dieta não é destinada apenas a redução de consumo de valores calóricos e em alguns casos, a redução calórica deve ser acompanhada de

redução drástica de consumo de gorduras, escolhendo eliminar as gorduras insaturadas (WAJCHENBERG, 1992).

A obesidade é o excesso de tecido adiposo, este formado, por ingestão calórica superior ao que o corpo gasta. O acúmulo de gordura pode ser eliminado se o organismo começar a ter maior consumo de energia (SILVA, 2013). Daí segue o consenso da importância de atividades físicas que elevem o consumo de calorias (COUTINHO, 1999); contribuindo consideravelmente para a redução de peso, isto é, falta de exercícios físicos, chamada de sedentarismo, é uma das principais causas para o aparecimento da obesidade e sua conservação.

Por isto, homens e mulheres que levam um estilo de vida ativo, praticando perseverantemente atividades físicas, tendem a ter uma melhor saúde e ficam mais distantes da obesidade (McARDLE; KATCH; KATCH, 2003). Pouca atividade física representa um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose, alguns tipos de câncer, obesidade (FORTES, 2006).

É explícito ao recomendar que se façam exercícios físicos e reconhecem seus benefícios no combate a obesidade, que segundo Coutinho:

A atividade física prolongada, de baixa intensidade, como caminhar entre 30 e 60 minutos por dia, aumenta significativamente o gasto energético, reduzindo, assim o peso e a gordura corporal. Recomenda-se atualmente, consensualmente, que se acumule um total de 30 minutos diários de atividade física como suficientes para promover benefícios metabólicos. Deve-se reconhecer, porém, que os indivíduos que reúnam condições para praticar exercícios físicos de maior intensidade poderão obter benefícios adicionais. (COUTINHO, 1999, p. 9-10).

A atividade física não somente impacta na redução de peso, como também melhora a autoimagem da pessoa que a pratica. Tal é o pensamento expresso de Molina Júnior e Zanella (2005), pois a atividade física proporciona maior disposição para a realização de tarefas simples do cotidiano, fazendo com que o senso de recompensa e de utilidade do indivíduo seja exercitado.

Outra forma de reduzir o peso é a utilização de medicamentos, prescritos por médicos especializados e que tem, basicamente o princípio ativo que inibe o apetite. É importante ressaltar que alguns medicamentos já foram considerados eficazes na perda de peso, porém nem sempre conseguem manter

constantemente esta perda. Não é raro quando ocorrer um emagrecimento considerável em intervalos curtos de tempo, porém quando se retira o medicamento, ganha-se peso novamente (CASTRO, 2009). Desta forma, o uso de medicamento deve ser bem orientado por profissionais de saúde.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) têm realizado ações para chamar a atenção sobre o crescimento da obesidade e das comorbidades, indicando às autoridades a necessidade de dispor de uma maior quantidade de recursos econômicos para prevenção, diagnósticos e tratamento dessa doença (BERTI; CARAVATTO, 2012).

Enfim, pode-se assegurar que as políticas de atenção à pessoa com obesidade são novas e têm obtido grandes avanços em todos os níveis de atenção, propiciando o acesso da população ao tratamento.

2.5. Tratamento Cirúrgico

A cirurgia bariátrica, apesar de ser muito invasiva, é apontada como o método mais eficaz para pessoas obesas que não responderam significativamente aos outros tipos de tratamentos. Dessa forma, a indicação da cirurgia bariátrica vem se tornando cada vez mais frequente (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Ela não somente é eficaz no tratamento da obesidade, mas também na perda rápida de peso e na manutenção, a longo prazo, deste peso.

Em adição, a cirurgia é simples e descomplicada, e vem se tornando um artifício aceito mundialmente, embora ela seja um procedimento cirúrgico com pouco mais de 63 anos. Segundo Diniz e Maciente (2012), atualmente no Brasil a cirurgia bariátrica ocupa o segundo lugar em número de procedimentos bariátricos em todo mundo.

Dentre os tratamentos já propostos até aqui para combater a obesidade, a cirurgia bariátrica vem sendo identificada como prática mais eficaz realizada em pessoas com obesidade mórbida (SANTOS, 2005). Até o presente, não se tem registro de nenhum outro tipo de tratamento, seja por reeducação alimentar, exercício físico ou uso de medicamentos tão eficiente para a redução significativa de peso do obeso mórbido, quanto a cirurgia bariátrica.

Apesar de a cirurgia ser radical e invasiva, os seus resultados não são obtidos por meio de nenhum outro tipo de tratamento. Através dela é possível atingir a perda de 40 a 50% do peso inicial em períodos de um a dois anos (PEREIRA, 2003). E não é somente a perda de peso que se espera com a realização da cirurgia bariátrica, é possível verificar a melhora das comorbidades relacionadas a obesidade e a uma melhora na qualidade de vida (FANDIÑO et al. 2004).

Em território nacional, o Conselho Federal de Medicina (CFM) é o responsável por normatizar e estabelecer parâmetros claros para esta intervenção cirúrgica. Atualmente, a norma regulamentadora - Resolução 1.766/05, apresenta critérios ao processo a ser trilhado pela pessoa obesa e quais são os tipos de obesidade que podem ser tratadas por meio da cirurgia. Basicamente, o critério para se recorrer a cirurgia bariátrica é o IMC e pacientes com IMC maior que 40 kg/m² ou 35 kg/m² associado a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2, apneia do sono, entre outros) e entre 18 e 65 anos, são os que recebem indicação para se submeterem a cirurgia (CFM, 2005).

Também é necessário que a pessoa com obesidade já tenha sido acompanhada por, no mínimo, dois anos e seja comprovado que outros tipos de tratamento não foram bem-sucedidos. O paciente deve estar isento do uso de drogas ilícitas e alcoolismo e livre de distúrbios psicóticos. Como em qualquer intervenção cirúrgica, o risco da cirurgia deve ser compatível com o procedimento proposto (CFM, 2005).

Quanto à equipe básica que acompanha o paciente que passará pela cirurgia bariátrica, o CFM exige que esta seja composta por um cirurgião com formação específica, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes. A unidade hospitalar deve apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos e deve possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (CFM, 2005).

O trabalho multidisciplinar busca oferecer um tratamento adequado e propiciar ao paciente condições para adotar as mudanças necessárias no seu estilo de vida para o sucesso da cirurgia, diminuir os riscos do procedimento

operatório e prevenir ou tratar deficiências metabólicas ou nutricionais futuras (PEREIRA FARIA; LEITE FARIA, 2012).

Além destas necessidades, é fundamental a participação ativa do paciente, que deve ser orientado de forma completa, tendo todas as suas dúvidas respondidas, bem como deve-se produzir um ambiente de confiança e responsabilidade. Silva (2005) fala da importância dos cinco “Cs” durante todo o processo da intervenção cirúrgica: convicção, consciência, confiança, comprometimento e controle.

As técnicas cirúrgicas diferenciam-se de acordo com o mecanismo, podendo ser restritivas, que limitam a capacidade gástrica; disabsortivas, que interferem na digestão; e mistas, que é uma combinação de ambas as técnicas (SILVA et al. 2014). No Brasil, são aprovadas quatro modalidades diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica (além do balão intragástrico, que não é considerado cirúrgico). Segundo a SBCBM (2017), as modalidades mais utilizadas de cirurgia bariátrica são:

- a) Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)
- estudado desde a década de 60, o bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial. Nesse procedimento misto é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios, dá saciedade e diminui a fome. Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial.
- b) Banda gástrica ajustável: criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável representa 5% dos procedimentos realizados no país. Apesar de não promover mudanças na produção de hormônios como o bypass, essa técnica é bastante segura e eficaz na redução de peso (20% a 30% do peso inicial), o que também ajuda no tratamento do diabetes. Instala-se um anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago.

- c) Gastrectomia vertical: nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml), provocando boa perda de peso, comparável à do bypass gástrico e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lipídeos (colesterol e triglicérides).
- d) Duodenal Switch: é a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago é retirado, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial.

Ainda, como terapia auxiliar, tem-se o Balão Intragástrico, reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório. Trata-se de um procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina. O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobre peso ou no pré-operatório de pacientes com superobesidade, que seria o IMC acima de 50 kg/m².

Entretanto, após fortes evidências de que, além da redução do peso, algumas dessas técnicas levam a modificações metabólicas, incluindo a remissão do diabetes mellitus tipo 2 e redução de níveis pressóricos, atualmente, utiliza-se o termo cirurgia bariátrica e metabólica (DINIZ; MACIENTE, 2012).

Quando se refere à cirurgia bariátrica, é importante destacar que ela deve ser analisada não somente do ponto de vista médico, e exige uma cosmovisão, abarcando a dimensão sociocultural do paciente, bem como a melhoria no condicionamento psicológico de quem foi submetida a ela. Por isso, o tratamento não se restringe ao pós-operatório. Todo o tratamento se estende por mais alguns anos após a intervenção cirúrgica, para garantir que a pessoa esteja apta a se readaptar ao novo estilo de vida e a desenvolver - se em sua autopercepção. Tudo isto, se bem planejado e aplicado, contribuirá para a melhoria da qualidade de vida.

2.6. Qualidade de Vida

Frente às inúmeras pressões da vida moderna, o mundo parece tomar uma configuração sentida pelo homem devido a sua organização. Alguns indicadores como aumento dos índices de acidentes, violência urbana, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda do contato do homem com a natureza e até depredação da mesma, evidenciam a deterioração da qualidade de vida (RODRIGUES, 2005).

O conceito de qualidade de vida se apresenta na literatura de forma diversificada e tem ganhado cada vez mais atenção das diversas áreas do saber, como a educação, a medicina, a enfermagem, a psicologia, a sociologia entre outras. E, apesar das tentativas em descrever o termo, um conceito único, claro e universalmente aceito, ainda não é possível na definição de qualidade de vida, tendo em vista seu caráter subjetivo, sua complexidade e suas várias dimensões (CARLOS, 2017).

Dessa forma, optou-se por tomar como referência as duas definições de qualidade de vida compreendidas pelos autores abaixo relacionados. A primeira é a de Gill e Feinstein (1994), os quais afirmam que antes de ser um simples indicador de condição de saúde, qualidade de vida é a percepção individual que representa a maneira pela qual o indivíduo se sente em relação à sua condição de saúde e/ou aspectos não médicos de sua vida. Para alguns autores, a percepção do indivíduo sobre sua posição no contexto sócio cultural constitui um importante aspecto na avaliação da qualidade de vida, abrangendo aspectos como condições de saúde, lazer, realização pessoal, hábitos e estilo de vida (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

A segunda definição é a de Minayo, Hartz e Buss (2000), os quais afirmam que a qualidade de vida tem relação com a satisfação das necessidades mais básicas da vida, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos essenciais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Na atualidade, vários pesquisadores têm utilizado o tema qualidade de vida como objeto de estudos, utilizando amostragens público-específicas. Dentre

eles, podemos apontar o estudo de Jesus et al. (2012) que avaliou a qualidade de vida de catadores de materiais recicláveis. Também se destaca o estudo de Florentino et al. (2015) que avaliou a qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional dos profissionais do setor de tecnologia da informação. E por último o de Ferigollo et al. (2016) que avaliou a qualidade de vida dos profissionais da saúde pública de um município do interior do Rio Grande do Sul.

De acordo com um estudo realizado num município do interior do estado do Rio Grande do Sul por Moraes et al. (2014) sobre qualidade de vida de 16 pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, todos avaliaram que depois da cirurgia, a qualidade de vida e satisfação com a saúde ficaram boas ou muito boas.

Um estudo realizado por Lang (2013) sobre qualidade de vida antes e após cirurgia bariátrica, concluiu que a qualidade de vida dos participantes obesos foi afetada positivamente pela cirurgia. Conforme Vianna e Bahia (2013), os fatores responsáveis por esse benefício na qualidade de vida são as alterações da imagem corporal, maior autoestima, independência e interação social.

A preocupação com o bem-estar passa a ser de efetiva importância para as pessoas não só em suas vidas particulares, mas também profissionais. A escolha da profissão, fatores relacionados à cultura, aos valores, à infraestrutura familiar e às relações interpessoais são relevantes para a qualidade de vida no trabalho, conceito que envolve tanto o aspecto físico e ambiental, como os aspectos psicológicos do local de trabalho (RIBEIRO, 2015).

Segundo Feitosa e Rodrigues (2010) a qualidade de vida no trabalho representa o grau de satisfação pessoal e profissional que os trabalhadores são capazes de alcançar por meio de atividades desenvolvidas na empresa. Do mesmo modo, Basso et al. (2010) relatam que a qualidade de vida no trabalho possibilita um ambiente onde se propicia o bem-estar de todos, humanizando as relações interpessoais e o trabalho nas organizações, conduzindo a melhoria na realização de suas tarefas e do trabalho nas organizações.

Para Chiavenato (2010), a qualidade de vida no trabalho é um constructo complexo que envolve uma multiplicidade de fatores, como a satisfação com o trabalho executado, as possibilidades de futuro na organização, o reconhecimento pelos resultados alcançados, o salário recebido, os benefícios

auferidos, o relacionamento humano dentro da equipe e da organização, o ambiente psicológico e físico de trabalho, a liberdade de atuar e responsabilidade de tomar decisões e a possibilidade de estar engajado e de participar ativamente na organização.

Em se tratando do ambiente laboral dos profissionais de saúde, é exigido uma carga de trabalho com maior especificidade nas ações e nas prestações de suas tarefas gerando relevantes riscos ocupacionais, por conviverem constantemente com situações de sofrimento, depressão, dor, tragédia, estresse entre outros, prejudicando assim sua qualidade de vida (HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008).

Lourenço et al. (2010), semelhantemente, sinalizam que lidar com pacientes terminais, deprimidos, queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, além das limitações do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares, ocasiona dificuldades e limitações aos trabalhadores da saúde. Somado a isto, o fato de que muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício, o que gera um intenso desgaste físico, além das insatisfatórias condições de trabalho em decorrência da baixa remuneração, hierarquização, diversidade e complexidade dos procedimentos técnicos (PASCHOA et al, 2007).

Sob o mesmo ponto de vista, Silva e Nora (2010) citam que as atividades dos profissionais de saúde são fortemente semelhantes, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar.

Em estudos realizados por Andrade et al. (2015), percebeu-se que a falta de qualidade de vida no trabalho pode causar possíveis impactos; dentre eles estão o absenteísmo, o desinteresse no desenvolvimento profissional, maior número de acidentes de trabalho, apatia, tensão muscular, taquicardia, dores de cabeça, estresse, depressão, impactos físicos e psicológicos nas relações sociais e ambientais, alterações do sono. Portanto, pode originar também desgastes físicos advindos da sobrecarga de trabalho, tais como, cansaço, dores nas pernas, dentre outros. Tais impactos podem interferir negativamente na disposição do indivíduo, inclusive em suas atividades laborais voltadas ao cuidado do usuário, demandando desenvolvimento de estratégias mais adaptativas por esses profissionais.

Sendo assim, é importante apontar que o comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde pode influenciar diretamente na prestação de serviços, afetando a dinâmica do atendimento e trazendo prejuízos à assistência dos pacientes. Portanto, qualidade de vida no trabalho, essencial para a motivação e satisfação dos trabalhadores da saúde dentro de uma organização é imprescindível para a busca do sucesso no mercado.

2.7. Obesidade e Saúde do Trabalhador

A relação que o homem desenvolve com o meio ambiente se caracteriza de várias maneiras, seja no seu trabalho, seja na convivência em sociedade. Não há dúvidas de que o trabalho é um dos fatores mais relevantes na vida das pessoas quer como meio de subsistência ou realização pessoal. Assim, pode ser apreendido como um fardo pesado ou como algo prazeroso que dá sentido à vida. Para tal, o trabalho precisa ser gratificante, reconhecido e compreendido na sua totalidade.

Para Dejours (2004), a prática de trabalhar não é apenas uma construção da realidade a partir de uma matéria prima. Consiste em transformar realidade concreta, podendo alterar estruturas psíquicas pertinentes à própria subjetividade, sendo capaz, por vezes, de tornar-se motivo de realização pessoal, ou de expectativas fracassadas e de frustrações.

Mendes (2003) destaca que:

Sabemos que as condições de trabalho têm repercussões diretas sobre a saúde dos trabalhadores, uma vez que expõem as pessoas a diferentes riscos de adoecer e de morrer. O estresse pela sobrecarga de tarefas, a menor ingestão de alimentos, a diminuição do repouso, as instabilidades dos horários, a exposição aos riscos químicos, físicos, biológicos e sociais, a ausência de lazer, o aumento das doenças e dos acidentes de trabalho, entre outras coisas, resultam em um maior desgaste da força de trabalho. Acrescentamos, ainda, o convívio diário com a possibilidade de perder o emprego e do fim do posto de trabalho e com os baixos padrões de remuneração, moradia e transportes (MENDES, 2003, p. 49).

Reforçando que o trabalho é um requisito fundamental necessário na essência humana, para Rohm e Lopes (2015), é por meio do trabalho que o homem se conecta com a natureza, sistematiza sua realidade, se agrega em

ambientes grupais, agindo em diversos papéis e promovendo a continuidade de sua existência.

Com o desenvolvimento da produção capitalista, o mercado de trabalho vem se transformando, com alterações rápidas e profundas em sua dinâmica e em suas relações, trazendo novas questões e novos conflitos, que pedem por novas soluções e maior flexibilidade do sistema. Consequentemente, o trabalho passou a aparecer sob formas precárias, frágeis e eventuais, configurando-se pela intensificação, grande demanda e exigência, baixa autonomia e controle pelo trabalhador. A diversidade e complementaridade dentro das cadeias produtivas; a precarização dos vínculos e da proteção social, aumentou a vulnerabilidade dos trabalhadores e a degradação ambiental e da qualidade de vida (PINHEIRO et al.; 2012).

O trabalho é parte essencial da vida humana, sendo um meio de satisfação das necessidades de sustento, mas também busca de valorização pessoal (RAZZOUK et al.; 2016), sendo assim, faz-se necessário compreender que as situações inerentes a um processo laboral inapropriado podem ocasionar danos à saúde dos trabalhadores (ANDRADE; DANTAS, 2015).

Diante disso, Moreno et al (2010) propõem que se deve conhecer os efeitos negativos do trabalho sobre o processo saúde-doença para que sejam desenvolvidas medidas de enfrentamento, com o objetivo de diminuir os problemas existentes no ambiente de trabalho, minimizar as dificuldades, dar apoio aos trabalhadores, proporcionar melhores condições de vida dentro e fora do ambiente de trabalho e, assim, melhorar a qualidade da assistência prestada ao indivíduo

Neste cenário, a Saúde do Trabalhador se constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção, as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho; dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no SUS (BRASIL, 2012).

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais

responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplam as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Sem dúvida, se para um trabalhador com total condições físicas e mentais de realizar seu trabalho sente todas as dificuldades desse mercado suscetível, imagine para um trabalhador obeso, cujas limitações físicas podem prejudicar seu desempenho, sobre a atual configuração do trabalho. Segundo Scherer (2012) para o trabalhador obeso, a realidade de trabalho é bastante pesada, pois está exposto a todos os riscos do mercado de trabalho, agravados por sua condição física que o limita, o isola e o enfraquece em vários sentidos.

Hoje, na sociedade capitalista e para o mercado de trabalho, a pessoa obesa é discriminada, pois a obesidade tem sido considerada sinônimo de preguiça, de doença, de má aparência, de incapacidade, de relaxamento, de não seguir regras. Diante do evidenciado e do cenário vivido, estar obeso significa estar fora dos padrões estabelecidos e exigido para ser um trabalhador que rende o que o empregador espera, para manutenção e aumento de seus lucros. Estar obeso significa ser indesejado e socialmente desvalorizado.

Importante ressaltar que os impactos da obesidade afetam de diferentes formas e diretamente no dia a dia das pessoas obesas, seja na dificuldade de locomoção, dores advindas do peso, dificuldades em andar de ônibus, sentar em poltrona no cinema, seja no ambiente de trabalho, quando não conseguem exercer determinadas funções, se colocar em certos espaços, ser mais lento, sofrer com preconceitos, isolamento, discriminação, vergonha, dificuldades de relacionamento, além dos agravos na saúde.

Esta pesquisa, então se justifica, considerando que a obesidade é entendida como uma grande endemia mundial, traz graves problemas nos aspectos físicos e/ou psicológicos para os indivíduos e é passível de controle pelos métodos que a sociedade já dispõe. Por outro lado, a obesidade é também um importante indicador de qualidade de vida.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Compreender os impactos da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde no município de Uberlândia – MG.

3.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar o perfil socioeconômico dos trabalhadores da saúde submetidos à cirurgia bariátrica;
2. Identificar o nível de satisfação desses trabalhadores com sua qualidade de vida após a cirurgia bariátrica;
3. Conhecer a percepção dos profissionais de saúde submetidos à cirurgia bariátrica em relação aos momentos pré e pós-operatório;
4. Relacionar a cirurgia bariátrica e suas repercussões nas atividades laborais no dia a dia dos trabalhadores da saúde.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa proposta é do tipo transversal com abordagens quantitativa e qualitativa, por meio da triangulação de métodos. A justificativa de uma pesquisa consolidada na triangulação de métodos é a incorporação das análises quantitativa e qualitativa sobre um mesmo objeto, o que proporciona uma visão ampliada desse objeto. Para Flick (2009), a triangulação de métodos pode ser alcançada a partir da combinação de perspectivas e de métodos de pesquisa adequados e apropriados para levar em conta o maior número possível de aspectos distintos de um mesmo problema. Dessa forma, a triangulação de métodos proporciona ao pesquisador vários olhares a partir do mesmo lugar de escuta.

Na abordagem quantitativa, adota-se estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento. Frequentemente quantifica relações entre variáveis (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007). Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra “é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações” (DESLAURIES; KÉRISIT, 2008).

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, de motivos, de aspirações, de crenças, de valores e de atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de antropologia e sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. Por apresentar estas características a “pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador” (MINAYO, 2001, p. 14).

Segundo Goldenberg:

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

4.2. Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Uberlândia, cidade situada no extremo oeste do estado de Minas Gerais, na região denominada de Triângulo Mineiro, sendo atualmente o segundo município mais populoso do Estado, com população estimada de 654.681 habitantes (IBGE, 2014).

Na Prefeitura Municipal de Uberlândia, cenário da pesquisa, existem 12.500 servidores ocupantes dos cargos de provimentos efetivos, sob o regime estatutário. Deste total, 1631 estão lotados na Secretaria Municipal de Saúde, sendo 607 do sexo masculino e 1024 do sexo feminino.

4.3. Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com 14 trabalhadores da saúde que realizaram cirurgia bariátrica de diferentes áreas sendo elas: administrativa, técnico de nível médio e técnico de nível superior. A identificação dos participantes da pesquisa foi determinada por meio da técnica da Bola de Neve, que consiste numa amostragem não-probabilista comum às ciências sociais (MINAYO, 2014). Nesse estudo, o ponto de saturação ocorreu quando cada entrevistado sugeriu um novo participante, e assim sucessivamente até começar a repetir as pessoas indicadas que já haviam sido entrevistadas.

4.4. Critérios de Seleção dos Trabalhadores

Os critérios para a seleção dos participantes foram: 1) ser trabalhador da saúde da rede pública municipal de Uberlândia; 2) possuir vínculo estatutário com a Prefeitura Municipal de Uberlândia; 3) ter realizado cirurgia bariátrica; 4) consentir em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E a exclusão se deu quando o profissional não quis participar da pesquisa.

4.5. Instrumentos da Pesquisa

Para a produção de dados adotaram-se dois questionários e uma entrevista semiestruturada, conforme descritos a seguir:

- a) Questionário de caracterização socioeconômica: objetivou traçar os perfis socioeconômico, demográfico e profissional, abrangendo questões familiares, estado civil, sexo, idade, renda, escolaridade, formação profissional, ocupação, tempo de trabalho, tempo que realizou a cirurgia bariátrica, dos profissionais da Rede SUS. Trata-se de uma adaptação dos dados solicitados pelo IBGE (2013) e informações da contemporaneidade, construídas pela pesquisadora, que visa caracterizar a população estudada (Anexo 1).
- b) Entrevista semiestruturada: após concluir o questionário, realizou-se uma entrevista semiestruturada, norteada por um roteiro cujo objetivo foi conhecer os aspectos subjetivos dos profissionais de saúde que se submeteram à cirurgia bariátrica quanto aos momentos pré e pós-operatórios que podem estar relacionados à qualidade de vida. Essas entrevistas foram gravadas em áudio para possibilitar a transcrição das mesmas e permitir a análise do material (Anexo 2).

Para Manzini (1991), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização

de alternativas. É importante ressaltar que por meio da entrevista semiestruturada é possível coletar informações úteis para se compreender os fenômenos sociais, suas possíveis explicações e implicações, levando a uma compreensão holística, além de manter a posição ativa e orientadora do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987).

- c) Questionário de qualidade de vida: avalia a qualidade de vida baseado em três aspectos fundamentais: subjetividade, a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde e a presença de dimensões positivas e negativas (Anexo 3).

Neste estudo foi aplicada a versão em português abreviada desse questionário, o WHOQOL-bref, que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida que se referem à percepção individual; e as demais estão subdivididas em quatro domínios que são: (a) Físico: dor desconforto, energia e fadiga , sono e repouso, mobilidade, atividade de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; (b) Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. (c) Relações sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; (d) Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir informações e habilidades, participação e oportunidade de adquirir informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/ lazer e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) que compõe o instrumento original. (THE WHOQOL GROUP, 1998b). Esse instrumento foi traduzido para o português brasileiro e validado no país por Flerck et al. (2000).

4.6. Produção dos Dados

Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2017, após submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia em dezembro/2016, sob CAAE nº

61065316.0.0000.5152, utilizando os dois questionários e a entrevista semiestruturada supracitados.

Na execução da amostragem inicial, a pesquisadora utilizou-se de sua rede pessoal para contatar o primeiro trabalhador. Posteriormente cada entrevistado indicava o próximo participante. A amostra foi crescendo até se tornar saturada. Foi apresentado aos participantes da pesquisa a metodologia, os objetivos, os riscos e benefícios da pesquisa.

Ressalta-se que seis entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes, e oito no seu local de trabalho. Ambas em local privado, tendo em vista as particularidades dos conteúdos nas falas.

É importante mencionar que, ao realizar as entrevistas, houve preocupação em deixar os participantes à vontade para responder aos questionamentos e esclarecer qualquer dúvida a respeito dos mesmos. No entanto, não houve dificuldade ou limitação no entendimento por parte dos entrevistados.

4.7. Análise dos Dados

Os dados quantitativos coletados por meio do Questionário de Caracterização Socioeconômica e pelo WHOQOL-bref foram analisados estatisticamente de forma descritiva. Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo temática descrita por Deslandes (2015). Para Bardin a análise de conteúdo é um:

“Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens’ (BARDIN, 1979, p. 42)

Neste estudo, utilizou-se a análise de conteúdo temática descrita por Deslandes (2015), e que se iniciou com uma análise sistematizada dos dados coletados. Os dados brutos (as transcrições) foram tratados de forma a fornecerem significados e sentidos válidos (BARDIN, 1979). Essa fase constitui-se das seguintes etapas: transcrição das entrevistas em sua totalidade; leitura

exaustiva das mesmas; identificação das subcategorias: 1) Domínio físico, domínio relações sociais, domínio psicológico e domínio meio ambiente 2) Sentimentos antes da cirurgia, sentimentos após a cirurgia, sentimentos hoje. 3) Preocupação com a saúde, aspectos físicos e sociais, dificuldade em perder peso; 4) Desempenho para atividades laborais, autopercepção no trabalho, preconceito e discriminação; 5) Exames, sensações.

Essas subcategorias foram organizadas segundo o referencial teórico e os objetivos da pesquisa e formaram respectivamente as seguintes categorias: 1) Sentimentos em relação à cirurgia bariátrica; 2) Motivações para a cirurgia bariátrica; 3) Repercussão e satisfação na qualidade de vida e saúde após a cirurgia; 4) Cirurgia Bariátrica e Domínio Físico da Qualidade de vida; 5) Cirurgia Bariátrica e Domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida; 6) Cirurgia Bariátrica e Domínio Psicológico da Qualidade de Vida; 7) Cirurgia Bariátrica e Domínio Ambiental da Qualidade de Vida; e 8) Relação da cirurgia bariátrica com o trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Caracterização Socioeconômica

A população do estudo foi composta por 14 profissionais de saúde que foram submetidos à cirurgia bariátrica. Na Tabela 1, estão apresentadas suas características socioeconômicas. Prevaleceu no perfil populacional, o sexo feminino (12; 85,7%), o estado civil casado (5; 35,7%), com renda salarial familiar entre 3 a 5 salários mínimos (9; 64,3%), que trabalham há mais de 10 anos no SUS (9; 64,4%) e que possuem somente um vínculo empregatício (11; 78,1%). A idade média informada foi de 46,64 anos, sendo a menor idade 29 anos e a maior 57 anos. Do total de entrevistados, 50% (7) possuem ensino médio, 35,7% (5) superior completo e 14,3% (2) com especialização.

Participaram do estudo, 2 técnicos em saúde bucal, 4 oficiais administrativos, 4 técnicos em enfermagem, 2 cirurgiões-dentistas, 1 assistente social e 1 auxiliar em serviços gerais. A média de tempo desde a realização da cirurgia foi de 67,23 meses, sendo o menor tempo de 90 dias e o maior tempo de 19 anos. Quanto ao tipo de Cirurgia realizada, todos os entrevistados realizaram a Cirurgia By Pass.

Nesse estudo, foi verificado a predominância do sexo feminino, diferindo dos estudos nacionais (BRASIL, 2016) e internacionais (WHO, 2015), que comprovam maior prevalência de obesidade entre homens. Além dessas pesquisas, os resultados desta investigação estiveram alinhados com outros estudos que têm mostrado maior prevalência de mulheres na busca pelo tratamento cirúrgico para obesidade (CAMBI, MARCHESINI, BARETTA, 2015; DUARTE et al., 2014). Esta similaridade entre os estudos pode ser explicada por Oliveira, Nerighi e Jesus (2014) que, em seu estudo sobre a decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica, evidenciaram que a pressão social imposta à obesidade, faz com que muitas mulheres procurem pelo tratamento cirúrgico. O preconceito vivenciado é um incentivador para a tomada de decisão para realização da cirurgia bariátrica.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais entrevistados quanto às condições socioeconômicas - Uberlândia/MG, 2017.

	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	12	85,2
Masculino	2	14,3
Estado Civil		
Casado	5	35,7
Solteiro	4	28,6
Divorciado	2	14,3
Viúvo	2	14,3
União estável	1	7,1
Pessoas que dividem a moradia com o entrevistado		
Cônjugue	9	64,3
Pais ou familiares	3	21,4
Filhos	2	14,3
Renda total do grupo familiar		
De 3 a 5 salários	9	64,3
Até 2 salários	3	21,4
6 ou mais salários	2	14,3
Nível de Escolaridade		
Médio	7	50,0
Superior	5	35,7
Especialização	2	14,3
Vínculos empregatícios		
Um	11	78,1
Dois	3	21,3
Tempo de trabalho no SUS		
Mais de 10 anos	9	64,4
6 a 10 anos	3	21,4
1 a 5 anos	2	14,3

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Quanto aos casados, estado civil mais frequente neste estudo, observou-se que ele se assemelha aos resultados de Costa et al. (2014), Lino et al. (2011) e Veloso e Silva (2010). Para Costa et al. (2014), o estado civil pode ser fortemente associado ao sobrepeso e obesidade, com prevalência maior entre os casados. No estudo de Lino et al. (2011) foram detectadas estimativas de risco significativas para obesidade entre homens que tinham companheira. O estudo de Veloso e Silva (2010) verificou que viver sem companheiro esteve associado a menor prevalência de obesidade abdominal. Esses resultados e literatura associada sugerem que o casamento pode influenciar no ganho de

peso, o que pode estar associado às mudanças no comportamento social advindas com o matrimônio.

Com relação ao nível de escolaridade, os resultados deste estudo diferiram-se de outros encontrados na literatura. Apesar deste estudo revelar que 50% dos entrevistados apresentavam nível médio, dados da VIGITEL (BRASIL, 2016) mostram a obesidade mais prevalente entre os com menor escolaridade. Complementarmente, Andrade et al. (2015) observaram que a maior escolaridade é um fator protetor para o excesso de peso em mulheres.

5.2. Sentimentos em relação à cirurgia bariátrica

O momento prévio à cirurgia foi percebido por muitos como associado ao cansaço, a uma insatisfação com a aparência, à comorbidades e a uma situação limitante. A obesidade para os entrevistados esteve associada à sensação de cansaço e, em decorrência disso, promotora de incapacidade e limitante para as atividades diárias e prazerosas. Foi possível perceber, ainda, que a obesidade está associada fortemente a questões estéticas, trazendo uma autoimagem negativa ou mesmo vergonhosa, limitante para o convívio social saudável. Nesse sentido, algumas expressões chamaram a atenção como “bola ambulante” e “monte de banha”. Somada aos prejuízos psicológicos e sociais, a obesidade foi tida também, pelo seu fator biológico, como responsável por comorbidades e pelos exames alterados. Esses achados podem ser observados pelos seguintes depoimentos:

Cansada...desanimada...chateada com minha aparência física, e ultimamente meus exames estavam dando tudo alterado... sentia uma pessoa cansada e desanimada da vida (Entrevista 1)

Uma bola ambulante...sem saúde, você procurava um médico ele só via gordura, não via nada diferente (Entrevista 6)

Desanimada...falta de animo, sem, ... motivação no trabalho, em casa, no lazer, muito desanimada, assim autoestima baixa e com muitas dores (Entrevista 12)

Nos relatos apresentados, os participantes descrevem situações que os fizeram sentir-se limitados e frustrados devido à obesidade. Essa exposição a tais condições provavelmente foi capaz de acarretar baixa autoestima, isolamento social, ansiedade e estresse. Coerentemente a esse resultado, o trabalho de Moraes et al. (2014) constatou que, antes da cirurgia os entrevistados consideraram a qualidade de vida e saúde ruim ou muito ruim, mostrando insatisfação.

Outro resultado percebido nas falas esteve relacionado à sensação de dificuldades em desempenhar as atividades do dia a dia. Nesse sentido, Stenzel (2002) compreendeu que a obesidade acaba sendo um fator de discriminação levando a sentimento de rejeição e consequências que impactam negativamente na saúde física e psicológica do indivíduo.

Matos et al. (2002), em seu estudo sobre compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com Obesidade Grau III, verificaram a associação entre ansiedade e preocupação excessiva com a imagem corporal em indivíduos no período prévio à cirurgia bariátrica. Observou-se que as pessoas elaboraram sua imagem corporal por meio das impressões e emoções, no entanto, acabaram permitindo que os conceitos e valores sociais formulados pela sociedade influenciassem de forma importante na aparência do corpo.

Após a cirurgia, dois sentimentos dicotômicos dentre os discursos. É perceptível que os entrevistados se mostram felizes e vibrantes com a rápida perda de peso e sua nova aparência física. A empolgação percebida está ligada a maior disposição e a melhora na questão estética. Contudo, os entrevistados também descobrem que a cirurgia não é milagrosa, refletiram sobre o momento pós-operatório considerando-o penoso, desanimador, entristecedor e preocupante.

(...) já percebo com menos de um ano de cirurgia se eu não tomar cuidado engorda, porque a cirurgia não é milagrosa igual as pessoas pensam. ...hoje eu percebo que o sucesso da cirurgia nem vem tanto dela, mas do acompanhamento psicológico feito antes, porque tem que ter uma mudança de pensamento (Entrevista 2)

Eu me senti bem vendo emagrecimento rápido... às vezes vomitava, tinha umas complicações como o dumping mais nada que impedisse minha qualidade de vida. (Entrevista 7)

(...) às vezes o dumping, mais a gente com o tempo vai aprendendo que precisa fazer mastigação mais lenta... devagar (...) se for para avaliar os pontos positivos dos negativos, para mim só tive pontos positivos. (Entrevista 14)

A experiência, logo após a cirurgia bariátrica, foi ímpar para cada um dos entrevistados. Apresentaram limites, comportamentos, insatisfações e preocupações com a manutenção diária. Tais sentimentos podem ser identificados na síndrome de dumping, que é uma resposta fisiológica à ingestão de carboidratos simples e acarretando sintomas como náuseas, vômitos, sensação de mal-estar, tremor, rubor e diarreia. Dentre outras manifestações comuns após a cirurgia são vômitos frequentes se houver ingestão superior à nova capacidade gástrica, além de dificuldade para consumir alimentos sólidos, diarreia, constipação, distensão abdominal, refluxo gastresofágico, alopecias e anemias (BOSCATTO et al., 2010)

Para Loss et al. (2009), em um estudo sobre a avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico, concluiu que 74 % dos pacientes apresentam sintomas de dumping após dois meses de operação, quando retorna à dieta normal. No estudo de Berkman e Heck (1945), foi observada uma melhora dos sintomas do dumping e, em alguns casos, seu desaparecimento em 50% dos pacientes estudados, cujas queixas foram muito pronunciadas nos primeiros meses.

Além disso, os resultados do presente estudo apontam a existência de um entendimento e conscientização crítica com as mudanças de hábitos de vida necessárias para o sucesso da cirurgia, que não dependem somente da perda de peso, mas de todo apoio multidisciplinar antes e após a cirurgia no almejo da conquista de uma melhor qualidade de vida.

O resultado encontrado no estudo de Souza et al. (2008), que avaliou a importância da intervenção multidisciplinar no tratamento da obesidade mórbida, conclui que este acompanhamento é fundamental para garantir o sucesso do

procedimento cirúrgico. Para Benedetti (2003), os pacientes com obesidade mórbida buscam por meio da cirurgia bariátrica uma possibilidade de mudança, de um futuro diferente, e vão para a cirurgia com a esperança de melhorar a qualidade de vida e mesmo de mudar radicalmente de vida.

No momento da pesquisa, os sentimentos dos entrevistados mantinham-se semelhantes àqueles observados no pós-operatório, talvez porque se referiram ao modo de vida obtido após a cirurgia. Dessa forma, pode-se perceber que os profissionais de saúde estavam satisfeitos com os resultados obtidos, sentindo-se bem fisicamente e psicologicamente; vaidosos com a imagem do próprio corpo, confiantes e até mesmo realizados. A preocupação com a manutenção da dieta e com a retomada do ganho de peso traz preocupação e angústia, conforme representado nas falas a seguir:

Eu me sinto bem (...) fisicamente, mas eu sou preocupada. Eu tenho muito medo de ganhar peso novamente. Então, assim eu tenho sentimento de preocupação até estabilizar meu peso, porque ele não está estabilizado ainda.
(Entrevista 1)

Começava a entrar nas roupas, a gente muda ... o local de comprar roupa, antigamente quando eu era gorda eu não escolhia a roupa, aquela que coubesse eu vestia... Aquela que me cabia, hoje em dia, posso escolher com calma... vejo detalhes, então assim: me sentia um "maste", melhor pessoa da face da terra.
(Entrevista 3)

(...) realmente eu falo que é penoso, nem tanto pela fome, mas pela variedade de alimentos ser pequena e....principalmente na dieta líquida, aquela rigidez de ficar se alimentando de meia em meia hora, aquilo é muito complicado de fazer. (Entrevista 2)

Os discursos descritos anteriormente indicam que os participantes entenderam que a cirurgia trouxe benefícios físicos e psicológicos. No entanto, alegaram o período pós-operatório como o mais difícil devido ao desconforto, a dieta, a fase de adaptação, ansiedades e inseguranças pertinente à nova fase vigente. Vale ressaltar que a fase posterior à cirurgia requer uma alimentação

liquida e em pequena quantidade exigindo do paciente sacrifícios, equilíbrio e persistência.

Para Segal e Fandiño (2002), a cirurgia bariátrica não finaliza o tratamento da obesidade, é uma ferramenta que é eficaz quando associada às terapias auxiliares, fazendo, se necessário, uma monitoração regular com equipe multidisciplinar. Sendo assim, pode-se dizer que o tratamento da obesidade não se concentra somente à cirurgia, mas é necessária uma transformação de hábitos de vida agregados a terapêuticas multidisciplinar visando a reeducação alimentar e incentivo à prática de atividade física.

Cabe ainda ressaltar, a preocupação dos participantes com relação ao reganho de peso que pode advir com o transcorrer do tempo após a cirurgia. Para Cumimings et al. (2004), a manutenção do peso em longo prazo é um grande desafio, pois cerca de 15% dos pacientes submetidos à cirurgia voltam a ganhar peso. Segundo pesquisa de Marcelino e Patrício (2011), ficou demonstrado que o período após a cirurgia é o mais complexo, portanto necessário adequar a uma nova dieta, ao lado de uma nova realidade que pode causar insegurança e ansiedade.

5.3. Motivações para a cirurgia bariátrica

Quando questionados sobre os motivos que levaram à cirurgia bariátrica, três foram mais evidentes: a preocupação com a saúde, os aspectos físicos e sociais e a dificuldade de perder peso. A preocupação com a saúde advém dos resultados de exames alterados, das comorbidades associadas e das sensações de mal-estar. Os aspectos físicos estiveram relacionados à desmotivação, ao cansaço, a limitação para o trabalho, ao desânimo e a vergonha, enquanto os aspectos sociais foram marcantes pelo comprometimento ou limitação da vida social. A última motivação observada esteve relacionada à insuficiência dos métodos tradicionais de emagrecimento, marcados por dietas e pela atividade física.

Pressão alta, esteatose, dor no joelho, eu não estava conseguindo mais fazer minhas atividades normalmente. (Entrevista 7)

Ser magra primeiramente, ... ser aceita na sociedade, porque querendo ou não o obeso ainda é criticado.... Ele é ponto de referência nos lugares que ele está, sempre tem alguém perto do gordo, ... então, assim queria me sentir bem, inserida no meu meio social, no meio de trabalho e queria me sentir bem. (Entrevista 3)

(...) em um determinado momento eu comecei a desmotivar com a dieta, acabou que eu ganhei o peso que eu tinha perdido e ainda ganhei um pouco mais...comecei a perceber que sozinho eu não ia dar conta, porém foi uma ideia muito bem amadurecida, porque eu tinha muito medo de fazer a cirurgia e....eu realmente a vi como opção justamente quando eu vi, que sem ajuda eu não ia conseguir chegar até meu peso ideal. (Entrevista 2)

Foi observado nesse estudo que os entrevistados procuraram a cirurgia bariátrica na esperança de melhor disposição física e mental, pois se sentiam ameaçados pela obesidade e tantos outros problemas de saúde associados ao excesso de peso. Os resultados identificados nos depoimentos referentes à preocupação com a saúde, aspectos físicos e sociais e dificuldades de perder peso de forma conservadora, baseada na mudança dos hábitos alimentares físicos e medicamentos, mostram que a obesidade, como estigmatizadora, produz discriminação, preconceito e exclusão social dessas pessoas.

Para Pimenta et al. (2013), a evolução clínica decorrente da perda de peso, do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, o que se confirma pela suspensão da medicação para hipertensão e do diabetes dos pacientes analisados. No estudo de Chaves et al. (2012), a maioria nos participantes que passou pela cirurgia bariátrica apresentou todas as comorbidades maiores resolvidas e outras melhoradas. No estudo sobre aspectos nutricionais e de qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica feito por Cambi et al. (2003), foi percebida uma melhora significativa tanto na saúde física como na psíquica e emocional dos pacientes.

De acordo com Zilberstein et al. (2002), a obesidade quando tratada de forma tradicional, através de programas que envolvem dietas, orientações comportamentais e psicológicas, exercícios, medicamentos que inibem o apetite chegam até reduzir o peso, porém os efeitos não são sustentados a logo prazo.

Reforça ainda que somente de 5% a 10% preservam esse resultado por mais de dois anos.

5.4. Repercussão da cirurgia bariátrica na qualidade de vida

A avaliação global da qualidade de vida permite, a cada um, estimar o conceito de maneira significativa para si mesmo de acordo com seus respectivos valores, objetivos e finalidades. Estudiosos ressaltam que a qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais, em que a avaliação era feita por um observador, usualmente um profissional de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A análise do WHOQOL-Bref evidenciou que os profissionais avaliaram a sua qualidade de vida como boa (64,3%) ou muito boa (35,7%). Este resultado foi semelhante ao observado por Barros et al. (2013) que, ao investigarem pacientes no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, observaram que 79% dos pacientes afirmaram melhora significativa da qualidade de vida após cirurgia.

A satisfação com a saúde é outro dos itens avaliados pelo WHOQOL-Bref. A análise descritiva dos dados quantitativos evidenciou que os profissionais entrevistados se sentem satisfeitos com a sua saúde (78,6%) ou até mesmo muito satisfeitos (14,3%). A análise qualitativa permitiu compreender que essa satisfação com a saúde foi representada por uma melhora nos exames clínicos e laboratoriais, mas também pela redução do cansaço, das dores no corpo, na redução do peso e melhoria da locomoção.

(...) meu desempenho físico, minha animação, o sono ... no meu dia em si sou mais animada, sem falar a aparéncia física (Entrevista 1)

(...) mudou tudo a minha vida, mobilidade, condição de saúde, de trabalho, e até de estética, até relacionamento melhorou (Entrevista 4)

Praticamente tudo, desde a alimentação, ...meu trabalho melhorou bastante, ... o espaço físico, parece que a gente ocupa menos espaço, tem mais disponibilidade, tem mais ânimo, mais vontade de fazer as coisas, isso mudou

bastante assim, em relação a tudo mudou bastante, melhorou bastante (Entrevista 10)

Estudo conduzido por Moraes et al. (2014), com obesos antes e após se submeterem à cirurgia bariátrica, mostrou que todos os entrevistados avaliaram a satisfação com a saúde como boa ou muito boa. Esses resultados mostraram, então, que os entrevistados consideraram melhoria na qualidade de vida e na saúde após a cirurgia.

Na avaliação dos pesquisados, em relação à satisfação com a saúde após a cirurgia, pode se observar que o obeso encontra grandes limitações nos aspectos físicos, indisposição para o trabalho, baixa autoestima, poucas aproximações sexuais, insegurança e insatisfação que aumenta mais ainda o seu peso. Para Moraes et al. (2014) em seu estudo sobre a caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, os participantes manifestaram que estavam satisfeitos quanto à capacidade de realizar atividades básicas relacionadas ao sono, à locomoção, à atividade sexual, às relações interpessoais dentre outras após a cirurgia bariátrica. Portanto os resultados indicam que a maioria dos indivíduos que realizaram a cirurgia encontraram-se em estado de satisfação com sua imagem atual, sugerindo que houve uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

5.5. Cirurgia Bariátrica e Domínio Físico da Qualidade de vida

O domínio físico se refere à dor, ao desconforto, à falta de energia, ao sono, ao repouso, à mobilidade, às atividades da vida cotidiana, à dependência de medicação ou de tratamentos, à capacidade para as atividades diárias de vida e de trabalho.

Em relação ao domínio físico, após a cirurgia, os resultados estão expostos na Tabela 2 e observa-se que a dor impede nada (21,4%), muito pouco (50,0%) ou mais ou menos (21,4); há bastante energia para o dia-a-dia (64,3%); há satisfação com o sono (50,0%); boa capacidade de locomoção (64,3%); No que diz respeito a capacidade de desempenhar atividade no dia a dia (35,7%) alegaram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos respectivamente. Dos entrevistados (78,6%) informaram precisar muito pouco de tratamento médico.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio físico - Uberlândia/ MG - 2017

	Frequência (n)	Percentual (%)
Em que medida você acha que sua dor impede você de fazer o que precisa?		
Muito pouco	7	50,0
Nada	3	21,4
Mais ou menos	3	21,4
Bastante	1	7,1
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?		
Bastante	9	64,3
Mais ou menos	4	28,6
Extremamente	1	7,1
Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?		
Satisffeito	7	50,0
Nem satisffeito, nem insatisffeito	3	21,4
Muito insatisffeito	2	14,3
Muito satisffeito	1	7,1
Insatisffeito	1	7,1
Quão bem você é capaz de se locomover?		
Boa	9	64,3
Muito boa	5	35,7
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		
Satisffeito	5	35,7
Muito satisffeito	5	35,7
Nem satisffeito, nem insatisffeito	3	21,4
Insatisffeito	1	7,1
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?		
Muito pouco	11	71,4
Nada	2	14,3
Mais ou menos	1	7,1
Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de trabalho?		
Satisffeito	9	64,3
Nem satisffeito, nem insatisffeito	2	14,3
Insatisffeito	2	14,3
Muito satisffeito	1	7,1

Fonte: Pesquisa direta, 2017

Esses resultados foram semelhantes aos observados nas entrevistas semiestruturadas, as quais revelaram que, após a cirurgia bariátrica, houve uma melhoria no desempenho físico no dia-a-dia, na qualidade do sono, na locomoção e na capacidade para o trabalho. São depoimentos que evidenciaram a melhora no domínio físico:

(...) eu sinto mais disposição, a gente tem mais flexibilidade, mais agilidade, e ...mais até disponibilidade em tudo. (Entrevista 6)

(...) depois da cirurgia bariátrica mudou para melhor, muita coisa mesmo... a minha disposição física, mental, porque você começa a emagrecer, você consegue fazer as coisas que você não conseguia fazer antes... no trabalho você fica mais ágil... quando você tem essa agilidade você cabe em menores espaços também as pessoas te vê com outros olhos. (Entrevista 8)

(...) eu sinto mais disposição, eu vi que eu passei a dormir melhor, eu passei a dar conta de fazer atividade física, é coisa que antes não, não dava conta, então assim tanto, o condicionamento físico melhorou, como uma disposição mesmo para o dia a dia, assim até para sair de casa, fazer um passeio... hoje eu tenho uma disposição maior que antes, antes eu não tinha. (Entrevista 13)

(...) antes sentia muito cansada, dores nas pernas e na coluna, desanimada.... hoje sinto disposta, não sinto mais dores... não tomo mais medicação para a pressão, e satisfeita com a minha aparência física. (Entrevista 1)

Para Moraes et al. (2014), em seu estudo sobre a caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, os participantes descreveram que, estavam satisfeitos quanto à capacidade de realizar atividades básicas relacionadas ao sono, à locomoção, à atividade sexual, às relações interpessoais, dentre outras, após a cirurgia bariátrica. Portanto, os resultados indicam que a maioria dos indivíduos que realizou a cirurgia encontra-se em estado de satisfação com sua imagem atual, sugerindo que houve uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

Foi observado que as limitações causadas pela dor física diminuíram após a cirurgia bariátrica. Similarmente, resultado encontrado no estudo de Grans et al. (2012) que mostrou o incomodo causado pela dor quando realizava atividades diárias foram reduzidos após a cirurgia bariátrica. No estudo de Serrano et al. (2010), foi comprovado maior mobilidade de locomoção e com menos dor pelo obeso após cirurgia bariátrica.

De acordo com Moraes et al. (2014) e Melo e São-Pedro (2012), em seus estudos foi comprovado que obesos apresentaram acentuada diminuição na frequência e na intensidade de episódios de dor crônica muscular esquelética nos membros inferiores após a realização da cirurgia bariátrica. Esse resultado, provavelmente, foi ocasionado pela redução na sobrecarga articular. Dessa forma, ficou comprovada a melhora na dor sentida pelos pacientes após a cirurgia bariátrica, sendo um elemento importante a ser considerado na avaliação da qualidade de vida.

Do ponto de vista da discussão das questões ligadas ao domínio físico, foram encontradas contribuições significativas no trabalho de Ceneviva et al. (2006), que concluiu que o tratamento cirúrgico e a perda de peso diminuem a depreciação da imagem corporal, beneficiando a disposição para o trabalho, estimula as atividades físicas. Em estudo realizado por Faria e Leite (2012), foi concluído que a perda de peso aumenta a capacidade de trabalho em função da maior mobilidade, resistência, autoestima e inserção social. Para Moreno et al. (2011), a cirurgia bariátrica propiciou para a maioria dos entrevistados uma melhor disposição, vontade para o trabalho, seguidos de autoconfiança e busca de novos desafios, sentimento de menos discriminação e segurança.

Quanto ao aspecto relacionado ao sono, este estudo corrobora com o de Boscato et al. (2011), que avaliou a percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica onde os entrevistados relataram que a qualidade do sono para maioria foi classificada como boa, salientando uma melhora expressiva.

Na pesquisa de Moraes et al. (2014), observou-se que, após a cirurgia bariátrica, todos os entrevistados estavam satisfeitos com relação às necessidades básicas como sono, locomoção, atividades sexuais e relações interpessoais. Para justificar essa satisfação, pode-se atribuir à diminuição da síndrome da apneia obstrutiva do sono e redução de outras comorbidades em decorrência da diminuição do peso corporal (SOUZA; JOHANN, 2014).

5.6. Cirurgia Bariátrica e Domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida

Esse aspecto focou a percepção dos entrevistados quanto à satisfação com suas relações pessoais, apoio que recebem de seus amigos e a vida sexual. Em relação aos resultados para o Domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref

(Tabela 3), 42,9% dos entrevistados afirmaram que estavam nem satisfeitos, nem insatisfeitos com a atividade sexual e 35,7% satisfeitos. A maioria, 78,6%, disseram estar satisfeitos com os relacionamentos sociais e 21,4% nem satisfeitos, nem insatisfeitos. Reportaram ter bastante apoio/ suporte social 78,6%, e 21,4% alegam insatisfação.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio relações sociais - Uberlândia/MG – 2017.

	Frequência (n)	Percentual (%)
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?		
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	42,9
Satisfeito	4	28,6
Muito insatisfeito	2	14,3
Muito satisfeito	1	7,1
Insatisfeito	1	7,1
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		
Satisfeito	9	64,3
Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	21,4
Muito satisfeito	2	14,3
Quão satisfeito (a) você está com suas relações?		
Satisfeito	6	42,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	21,4
Bastante	3	21,4
Muito satisfeito	1	7,1
Extremamente	1	7,1

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Apoiando a compreensão desses resultados, os depoimentos a seguir evidenciaram que a cirurgia bariátrica repercute positivamente sobre o domínio Relações Sociais, uma vez que melhora a relação com familiares, amigos, parceiros afetivos e no ambiente de trabalho, além de reduzir as discriminações sofridas pelos profissionais em virtude da obesidade.

A minha concentração, o meu animo, a motivação mudou muito, eu hoje me sinto uma pessoa melhor, melhor e mais disposta. (Entrevista 12)

(...) percebi que eu tenho mais disposição, mais vontade, e assim as pessoas tem mais credibilidade numa pessoa que está mais magra do que no gordo, o gordinho geralmente é malvisto e as pessoas não acredita que ele é capaz, a partir do momento que ele faz a bariátrica e começa a emagrecer as

pessoas já tem mais confiança nele, que ele vai dar conta de exercer determinada função (Entrevista 10).

(...) e tem os elogios que você recebe, família, todo mundo ti apoiando, vendo que você está bem, então assim para mim foi tudo de bom. (Entrevista 8)

(...) passei a ter mais disposição e meu rendimento no trabalho foi muito melhor, isso eu falo com base no relato da minha chefe imediata e dos colegas de trabalho, então assim, hoje eu produzo muito mais do que antes, hoje tenho mais disposição, sou mais animada, não tenho preguiça das coisas. (Entrevista 13)

Acho que é assim...a mobilidade, destreza, ... hoje acho que sou mais forte, mais firme, quando quero falar com o chefe, sei encarar ele lá, a autoconfiança que voltou na minha vida depois da bariátrica. (Entrevista 4)

No aspecto do domínio das relações sociais, os resultados permitiram compreender melhora significativa inerente às relações pessoais, afetivas, sociais familiares e atividade sexual e mostraram que a cirurgia bariátrica oportunizou melhora na qualidade de vida dos obesos com relação às relações sociais.

Corroborando com os dados obtidos nessa pesquisa, verifica-se que, no estudo de Haddad et al. (2003), foi possível concluir o aumento no nível de aceitação e positividade dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, fazendo jus a comprovação nas mudanças profissionais, sociais, familiares, sexuais e, consequentemente, a redução da exclusão social. Em um estudo transversal e descritivo realizado em um Hospital de Belo Horizonte por Carvalho et al. (2013), verificou-se que os entrevistados relataram estar relacionando socialmente mais ou muito mais do que antes da cirurgia. Esse fato certamente se deve à redução de peso e, portanto, refletindo uma melhora na autoestima, levando a uma maior desenvoltura.

Ainda segundo os autores, no mesmo estudo, os aspectos relacionados à vida sexual também foram favorecidos e o interesse por sexo passou a ser maior ou muito maior após a cirurgia, aproximando-se aos resultados por hora

obtidos nessa pesquisa. Sendo assim, novamente, o benefício vindo da melhora da autoestima pode estar agregado a esse processo. Além disso, as mudanças com a imagem corporal provocaram uma sensação de bem-estar, segurança e transparência na vida sexual permitindo a liberdade de uma libido cada vez maior.

Marcelino e Patrício (2011) observaram, em seu estudo qualitativo que teve como objetivo investigar a complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica, verificaram que a principal repercussão na vida dos entrevistados foi na autoestima ao alcançarem sucessiva perda de peso. Acredita-se, portanto, que influências positivas nas relações sociais, são fatores que impactam na desmotivação e frustração, que induzem a procurar formas de resgatar o entusiasmo e a vontade de viver, sobretudo em atividades de grupo.

De acordo com o estudo de Cavalcante (2009), sobre análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, os participantes relataram uma melhora nas relações sociais, após a perda de peso, e, segundo o autor, isso se deve ao fato dos sujeitos se preocuparem menos com a percepção dos outros sobre ele, assim, como o resgate da disposição de cuidar de si mesmo, recuperando a autonomia e a capacidade de dizer não, deixando de fazer as coisas somente preocupado na avaliação de outras pessoas.

5.7. Cirurgia Bariátrica e Domínio Psicológico da Qualidade de Vida

Esse domínio destaca a percepção dos entrevistados no que se refere a quanto aproveitam a vida, em que medida acham que a vida tem sentido, capacidade de concentração, aceitação da aparência física, satisfação consigo mesmo e a frequência que tem sentimentos negativos tais como: mal humor, desespero, ansiedade, depressão.

Os resultados para o domínio psicológico do WHOQOL-Bref (Tabela 4) revelaram que 57,1% dos profissionais afirmaram possuir uma boa capacidade de concentração e 92,9% dos entrevistados declararam perceber sentido na vida. Quanto à capacidade de aceitar sua aparência física, 57,1 % responderam mais ou menos, e 42,9% declararam bastante aceitação. No tocante a emoções negativas, 64,3% apresentaram-nas algumas vezes. No que se refere ao quanto

aproveita a vida, 64,3% dos trabalhadores declararam aproveitar bastante e declararam em 57,1% das respostas satisfação consigo mesmo.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio psicológico - Uberlândia/MG - 2017

	Frequência (n)	Percentual (%)
O quanto você consegue se concentrar?		
Bastante	8	57,1
Mais ou menos	6	42,9
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?		
Bastante	7	50,0
Extremamente	6	42,9
Mais ou menos	1	7,1
Você é capaz de aceitar sua aparência física?		
Mais ou menos	8	57,1
Bastante	6	42,9
Com que frequência você tem sentimentos negativos?		
Algumas vezes	9	64,3
Veze frequentemente	3	21,4
Muito frequentemente	2	14,3
O quanto você aproveita a vida?		
Bastante	7	50,0
Mais ou menos	3	21,4
Muito pouco	2	14,3
Extremamente	2	14,3
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?		
Satisfeito	7	50,0
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	42,9
Muito satisfeito	1	7,1

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Em relação ao domínio psicológico, as entrevistas revelaram que a aparência física apresentou melhora significativa após a cirurgia bariátrica, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Mais disposição, sou mais feliz, eu me aceito mais, não brigo tanto com o espelho... (Entrevista 3)

(...) mudou tudo a minha vida, mobilidade, condição de saúde, de trabalho, e até de estética, até relacionamento melhorou. (Entrevista 4)

Ah! Mudou muita coisa né? A aparência, mudou a minha disposição é maior, eu tenho mais ânimo. (Entrevista 9)

Entre outras repercussões importantes referidas nas falas acima, evidenciou-se que a saúde foi seguramente recobrada com a eliminação do excesso de peso. Além do mais, todos os entrevistados mencionaram satisfação com a melhoria na aparência física. De acordo com Moreno et al. (2011), após a cirurgia, com a perda de peso, o indivíduo recupera a saúde com a eliminação e/ou diminuição das doenças associadas, observando-se uma maior disposição física, recuperando a confiança que o torna mais produtivo e com mais vontade de buscar novos desafios.

5.8. Cirurgia Bariátrica e Domínio Ambiental da Qualidade de Vida

O domínio ambiental demonstra aspectos relacionados à satisfação com o local de moradia, oportunidade de adquirir informações necessárias no dia a dia, cuidados de saúde apropriados, lazer, segurança física, dinheiro suficiente, satisfação de necessidades, transporte, ambiente físico saudável e de interesses tanto individuais como coletivos.

A Tabela 5 apresenta os resultados da qualidade de vida em relação ao domínio ambiental. Os respondentes declararam, em 64,3% das respostas, sentiram-se bastante seguros, satisfeitos com o local onde moram em 64,2% das respostas e mais ou menos satisfeitos com os recursos financeiros em 57,1% das vezes. Quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, 50% sentiram-se satisfeitos. Dos entrevistados, 64,2% alegaram dispor de boas oportunidades de adquirir novas informações e 50% dos entrevistados relataram ter mais ou menos oportunidades de recreação e lazer. Julgaram, em 42,9%, como saudável o ambiente em que viviam. Alegaram facilidade com o transporte 57,1% dos trabalhadores.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto ao domínio meio ambiente - Uberlândia/MG - 2017.

	Frequência (n)	Percentual (%)
Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?		
Bastante	9	64,3
Mais ou menos	5	35,7
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?		
Satisfeito	8	57,1
Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	35,7
Muito satisfeito	1	7,1
Você tem dinheiro suficiente p/satisfazer suas necessidades?		
Mais ou menos	8	57,1
Muito pouco	3	31,4
Bastante	2	14,3
Nada	1	7,1
Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?		
Satisfeito	6	42,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	35,7
Insatisfeito	2	14,3
Muito satisfeito	1	7,1
Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?		
Bastante	8	57,1
Mais ou menos	5	35,7
Extremamente	1	7,1
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?		
Bastante	6	42,9
Mais ou menos	5	37,5
Muito pouco	2	14,3
Nada	1	7,1
Quão saudável é o seu ambiente físico?		
Bastante	6	42,9
Muito pouco	3	21,4
Mais ou menos	3	21,4
Nada	2	14,3
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?		
Satisfeito	7	50,0
Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	35,7
Muito satisfeito	1	7,1
Insatisfeito	1	7,1

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Por meio dos dados quantitativos, pôde-se aferir que os aspectos relacionados ao domínio ambiental estiveram relacionados a uma satisfação mediana dos entrevistados. Similarmente, Saupe et al. (2004), em seu estudo sobre qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem, evidenciaram que o pior desempenho foi obtido no domínio meio ambiente. No mesmo sentido,

Vasconcelos e Costa (2008) e Souza e Stancato (2010) em seus estudos identificaram o pior escore no domínio meio ambiente. Em estudo realizado em hospital universitário, que analisou a qualidade de vida de profissionais de nível superior, verificou-se que em todas as categorias entrevistadas o domínio meio ambiente recebeu menores escores. (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008).

Apesar dos resultados deste estudo evidenciarem escores medianos para o domínio meio ambiente, o que foi similar a outros estudos realizados com profissionais de saúde, não foi possível identificar nas informações dos entrevistados falas que estivessem relacionadas a esse domínio. Pode-se concluir que esse fato se deve a não correlação da entrevista semiestruturada com as questões sociais inerentes a esse domínio.

Cotidianamente, pode-se encontrar trabalhadores da saúde reclamando da falta de lazer, de recursos financeiros, de segurança; falta de informações, ambientes físicos insalubres dentre outros aspectos relacionados ao domínio meio ambiente. Esses dados justificariam os resultados quantitativos observados. Quanto à ausência desse domínio nas entrevistas, acredita-se que esteja relacionado a uma não interferência da cirurgia bariátrica sobre esses aspectos.

5.9 Relação da cirurgia bariátrica com o trabalho

Foi possível observar que após a cirurgia bariátrica foram percebidos pelos entrevistados melhor desempenho físico, proatividade e rendimento na realização das atividades laborais. Essas ações se devem provavelmente por estarem associadas a uma autopercepção de maior agilidade, utilidade e qualidade profissional.

Agilidade, ...disposição física e até a concentração da gente muda, porque assim muito peso por mais que você ...negue em tudo o peso atrapalha, é o espaço que você ocupa, é o peso que você carrega, o cansaço é maior, então...tudo isso melhorou, principalmente a agilidade (Entrevista 8)

Depois da cirurgia eu passei a ter mais disposição e meu rendimento no trabalho foi muito melhor... hoje eu produzo muito mais ..., hoje tenho mais

disposição, sou mais animada, não tenho preguiça, até a segurança para resolver os problemas no trabalho melhorou. (Entrevista 12)

... eu acho que melhorou muito a qualidade de vida sim, ... eu sempre tive muita disposição, eu nunca deixei de fazer certos tipos de serviços devido minha obesidade, mas o que eu mais sentia era a respeito mesmo do preconceito com a obesidade, ...o tanto que ele come, a maneira com que ele veste, infelizmente isso é muito ruim, mas a gente vê o obeso com os olhos diferentes. (Entrevista 5)

Nas reflexões sobre as implicações positivas no desempenho das atividades laborais, verificou-se, pelos depoimentos, relevâncias da cirurgia bariátrica. O mais notável foi a melhoria na agilidade e disposição retomadas em certas atividades cotidianas no trabalho. Estudo sobre a qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica de Moraes, Caregnato e Schneider (2014), revelaram que após a cirurgia bariátrica, os pacientes estavam satisfeitos quanto à capacidade de realizar atividades básicas relacionadas ao sono, ao trabalho, à locomoção, à atividade sexual, às relações interpessoais dentre outras.

No estudo de Carvalho et al. (2013), sobre qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em um hospital de Belo Horizonte, constatou que em relação ao trabalho 85,71% dos entrevistados se sentiram mais ou muito mais capazes de trabalhar podendo ser atribuído à melhor aceitação da imagem corporal de si mesmo.

Moreno et al. (2011), que investigou a caracterização de mudanças psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, comprovaram uma melhor disposição e vontade para o trabalho motivados pela autoconfiança, busca de novos desafios, sentimentos de menos discriminação e segurança. Portanto pode-se concluir que, diante dos relatos das exposições, a perda de peso e a cirurgia trouxeram ganhos para o sucesso pessoal e profissional.

De acordo com o estudo de Gustad et al. (2011), foi evidenciado que após a intervenção cirúrgica, os pacientes perceberam uma melhora significativa da memória, da concentração e resolução de problemas. Para este autor, os fatores que acompanham a obesidade como a hipertensão, o diabetes tipo 2 e a apneia do sono podem danificar o cérebro de formas reversíveis. Após a cirurgia

bariátrica esses problemas desaparecem e assim, o funcionamento da memória se torna melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido durante o mestrado, alcançou seu objetivo permitindo compreender que a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde do município de Uberlândia submetidos à cirurgia de Bypass gastro intestinal foi positiva nos domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-bref, tanto do ponto de vista quantitativo com qualitativo, reforçando os resultados obtidos pela triangulação de métodos. A metodologia utilizada nesse estudo então, foi de relevância para compreender os aspectos subjetivos relacionados à cirurgia bariátrica e auxiliou a explicar resultados observados por meio de instrumentos quantitativos de qualidade de vida, como o WHOQOL-Bref.

O tema de pesquisa foi motivo de satisfação, curiosidade e relevância, para a pesquisadora e para os entrevistados. Entender a motivação, os sentimentos, as mudanças, as estratégias de enfrentamento, a relação com o trabalho e a satisfação com a saúde após a cirurgia bariátrica é o que, dentre outros fatores, despertou a confiança e o respeito que possibilitou a proximidade da relação dos pesquisadores e dos sujeitos da pesquisa.

Em relação à percepção após a realização da cirurgia os resultados da pesquisa mostraram excelentes níveis de satisfação e boas repercussões nas atividades cotidianas, laborais e autoimagem na totalidade dos pesquisados. Em adição a esses resultados, percebeu-se uma preocupação significativa quanto à manutenção e reganho de peso principalmente nas pessoas que fizeram a cirurgia há mais tempo, diferindo das que se submeteram a cirurgia recentemente.

Foi possível observar que a cirurgia bariátrica impactou positivamente no trabalho, na aparência física, na diminuição das doenças associadas à obesidade, na maior disposição física, no autoconceito positivo e na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, é importante elencar questões que envolve o mundo do trabalho como por exemplo: a) será que as pessoas obesas não dão conta do trabalho porque são obesas ou porque na lógica capitalista ninguém da conta do trabalho? b) na área da saúde o que pode

ser feito para minimizar os riscos ocupacionais para trabalhadores obesos e não obesos? c) as esferas da sociedade, do governo, do grupo continuam apoiando as pessoas obesas após a cirurgia?

Percebeu-se a existência de poucos estudos na literatura que permitem refletir, discutir e desenvolver ações sobre a relação obesidade e trabalho na área da saúde. Dessa forma, a discussão desse trabalho teve que se apoiar em publicações relacionadas a outros trabalhadores e até mesmo a outros públicos da rede privada e do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, acredita-se que este estudo denotou questões de saúde e qualidade de vida que podem amparar o planejamento e acompanhamento de ações em saúde do trabalhador auxiliando na gestão do trabalho na saúde pública. Essas questões devem ser analisadas na medida em que se evite o adoecimento do trabalhador com foco nas consequências, causas e comorbidades da obesidade.

Dessa forma, não é satisfatório somente identificar, analisar e reconhecer os fatores que afetam a qualidade de vida, mas é preciso desenvolver políticas e estratégias de cuidado no âmbito individual e coletivo desses trabalhadores da saúde, vislumbrando o bem-estar, a realização, a motivação e valorização no campo profissional e pessoal. Isto posto, acredita -se que ocorram impactos positivos tanto na qualidade de vida desses trabalhadores como na assistência de cuidados prestados aos usuários do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B.; FERREIRA, S. R. G. Epidemiologia. In: CLAUDINO, A. M; ZANE L. L. A, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, p. 185-193, 2005.
- ALMEIDA, S. S, ZANATTA D. P, REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**. Campinas, n. 17, v. 1, p. 153-160, 2012.
- ANDRADE, D. E. G. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de escolas públicas e privadas do ensino fundamental da cidade de Franca-SP e alguns fatores de riscos associados**. 2006. 73 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/D.17.2006.tde-18092006-162308>
- ANDRADE, K. O.; ANDRADE, P. O.; LEITE, L. F. Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Área de Saúde: revisão de literatura. **Revista Científica do ITPAC**, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2015.
- ANDRADE, G. O; DANTAS, R. A. A. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anestesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 65, n. 6, p. 504-510, 2015.
<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.021>
- ANDRADE et al; Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31 Sup.: S1- S11, 2015.
- ASSMANN, H. **Paradigmas educacionais e corporeidade**. 3^a ed. Piracicaba: UNIMEP, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Conexões**, v. 10, n. 1, 2012.
- BARROS, L. M, MOREIRA, R. A. N, FROTA, N. M, CAETANO, J. A. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. 5, p. 1365-1375, 2013.
- BASSO, R. P; et al. Avaliação da capacidade de exercício em adolescentes asmáticos e saudáveis. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14 n. 3, p. 252-258, São Carlos, 2010.
- BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicológica.** 1^a ed. São Paulo: Votor, 2003.

BERTI, L. V; CARAVATTO, P. P. P. **Importância da obesidade no Brasil e no mundo.** In: DINIZ, M. T. C. et al. *Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar.* São Paulo: Atheneu, 2012.

BERKMAN, J. M, HECK, F. J. Sintomas após ressecção gástrica parcial. **Gastroenterologia**, v. 5, n. 1, p. 85-95, 1945.

BOSCATTO, E. C.; DUARTE, M. F. S.; GOMES, M. A.; GOMES, G. M. B. Aspectos físicos psicossociais e comportamentais de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. **Journal of the Heath Sciences Institute**, v. 28, n. 2, p. 195-198, 2010.

BOSCATTO, E. C.; DUARTE, M. F. S.; GOMES, M. A.; GOMES, G. M. B. Comportamento ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 43-47, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. **Sistema único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.823. Aprova a Política Nacional de saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL.** Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRAY, G. Sobrepeso, Mortalidade e Morbidade. In: BOUCHARD, C. **Atividade Física e Obesidade.** Barueri: Manole, p. 35-62, 2003.

CABRAL, M. D. Tratamento clínico na obesidade mórbida. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. **Cirurgia da Obesidade.** Atheneu. São Paulo, p. 35-44, 2002.

CAMBI, M. P. C.; MARCHESINI, S. D.; BARETTA, G. A.P. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 28, n. 1, p. 40-43, 2015.

<https://doi.org/10.1590/s0102-67202015000100011>

CAMBI, M. P. et al. Aspectos nutricionais e de qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 1 n. 18, p. 8-15, 2003.

CARVALHO, J. E. Q. Risco de doenças e custos da obesidade. In: SILVA, R. S.; KAWARA, N. T. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, p. 34-45, 2005.

CARVALHO, L. A, PIRES, R. C. C. P., RABELO, T. J.; SILVA, L, Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG, **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 1, p. 195-205, 2013.

<https://doi.org/10.5892/952>

CASTRO, M. R. et al. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. **Motricidade**, v. 9, n. 3, 2013.

CASTRO, M. R. **Imagen corporal de mujeres submetidas à cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

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

CARLOS, M. A. **Perfil, qualidade de vida, estresse laboral, abuso e dependência de álcool dos trabalhadores da estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

CENEVIVA, R.; SILVA, G. A.; VIEGAS, M. M.; SANKARANKUTTY, A. K.; CHUEIRE, F. B. Cirurgia Bariátrica e Apnéia do Sono. **Medicina**, v. 39, n. 2, p. 235-245, abr./jun. 2006.

<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p236-245>

CERQUEIRA, F. S; **Juventude, Violência Simbólica e Corpo: desvelando relações de poder no cotidiano escolar**. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo.

CHAVES, L. C. L; et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio da aplicação do questionário BAROS. **Revista Paraense de Medicina**, v. 26, n. 3, p. 45-56, 2012.

CODO, W.; SENNE, W. **O que é corporalidade?** São Paulo: Brasiliense, 1985.

CHIAVENATO, I.; **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 2. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº. 1.766/05. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

CONTI, M. A. Os aspectos que compõem o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 3, p. 240-253, 2008.

<https://doi.org/10.7322/jhgd.19887>

COSTA, M. A. P; VASCONCELOS, A. G. G; FONSECA, M. J. M. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 421-436, 2014.

<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020011ENG>

COUTINHO, W. (Coord.). **Consenso Latino-Americano de Obesidade**. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, 1999.

COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JUNIOR A. B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, p. 13-17, 2006.

CRISPIM, M. A. C. **Determinantes da obesidade na pobreza: regência da acumulação do capital**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Serviço social, Programa de Pós-Graduação em serviço social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2010.

CUMMINGS, D.E; OVERDUIN J., FOSTER-SCHUBERT K. Bypass gástrico para obesidade: mecanismos de perda de peso e resolução de diabetes. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 89, n. 6, p. 2608-2615, 2004. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-0433>

DAUBERMANN, D. C, TONETE V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25 n. 2, p. 277-283, 2012.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200019>

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Editora Fiocruz, Brasília, 2004.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34^a ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

DESLAURIERS, J.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, p. 127 – 153, 2008.

DILÉLIO, A. S.; et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503 - 514, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>

DINIZ, M. T, C; MACIENTE, B. A. **Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica**. In: DINIZ, M. T. C. et al. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012.

DINIZ, D. P. et al. **Guia de qualidade de vida**: saúde e trabalho. Barueri, SP: Manole, 2013.

DUARTE, M. I. X. T. et al. Impacto Sobre Qualidade de Vida, Perda de Peso e Comorbidades: um estudo comparando o desvio biliopancreático com o interruptor duodenal e o bypass gástrico roteado Roux-em-y. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 51, n. 4, p. 320-327, 2014.

<https://doi.org/10.1590/S0004-28032014000400010>

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

<https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>

FARIAS, F. **Cirurgia bariátrica**: cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE, 2005.

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

FEITOSA, L. S. C.; RODRIGUES, A. M. S. **Saúde e qualidade de vida na percepção dos professores de educação física das escolas estaduais da zona sul de Teresina-PI**. Universidade Federal do Piauí, 2010. Disponível em: http://www.leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.16/GT_16_06_2010.pdf. Acesso em: 16 set. 2017,

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 15, 2003.

FERIGOLLO, J. et al. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 3, 2016.

FERRAZ, E.M. et al. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 30, n. 2, p. 98-105, 2003.

<https://doi.org/10.1590/S0100-69912003000200004>

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORENTINO, S. et al. Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional: uma análise junto a profissionais do setor de tecnologia da informação. **Revista Perspectivas Contemporâneas**, v. 10, n. 1, p. 104-125, 2015.

FONSECA-JUNIOR, S. J. et al. Exercícios físicos e obesidade mórbida: uma revisão sistemática. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Diagnóstica**, v. 26, s. 1, São Paulo, 2013.

FORTES, M. Atividade física no tratamento da obesidade. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, p. 299-313, 2006.

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

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. Uma avaliação crítica da qualidade das medidas de qualidade de vida. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

<https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>

GRANS, R. et al. Qualidade de vida e prevalência de dor osteoarticular em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Einstein**, v. 10, n. 4, p. 415-421, 2012.

<https://doi.org/10.1590/S1679-45082012000400004>

GUSTAD, J.; et al. Função de memória melhorada 12 semanas após a cirurgia bariátrica. **Surgery for obesity and related diseases**, v. 7, n. 4, p. 465–472, 2011.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Niterói: Record, 1997.

GOLDENBERG, M. Cultura e gastro-anomia: psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. **Horizontes antropológicos**, v. 17, n. 36, p. 235-256, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000200010>

HADDAD, M. C. L; LEROUX, A. M. R; SANTOS; C. F; LOMAN; H.; OLIVEIRA, S.G. Qualidade de vida após gastroplastia. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 2, n. 1, p. 37-43, jan./ jun, 2003.

HARBS, T. C.; RODRIGUES, S. T, QUADROS, V. A. S. Estresse da equipe de enfermagem em um Centro de Urgência e Emergência, **Boletim de Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 41-56, 2008.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **População Ocupada**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/analise04.shtm> Acesso em: 04/01/2018.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação Rio de Janeiro, 2015.

IBGE. **Questionários para censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/coleta/questionarios.html>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

JESUS, M. C. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de catadores de materiais recicláveis. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-85, 2012. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i2.15259>

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LANG, C. M. F. **Qualidade de vida antes e após bypass gástrico**. Dissertação (Mestrado). Famed-HSLPUCRS. Porto Alegre, 2013.

LINO, M. Z. R; MUNIZ, P. T; SIQUEIRA, K. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. 4, p. 797-810, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400019>

LOSS, A. B. et al. Avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstituição em Y de Roux. **Revista do Colégio Brasileiro de cirurgiões**, v. 36, n. 5, p. 413-419, 2009.

<https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000500009>

LOURENÇÂO, L. G, MOSCARDINI A. C, SOLER. Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n. 56 v. 1, p. 81-91, 2010.

<https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>

MANCINI, M. C. Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, p. 1 -7, 2002.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1991.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 16, n. 12, p. 37-52, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>

MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI). **Texto Contexto Enfermagem**, n. 8, v. 3, p. 128-46, 1999.

MATOS, M. I. R et al. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 4, p. 165-169, 2002

McARDLE, W. M.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fundamentos da fisiologia do exercício**. 2^a ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan, 2003.

MELO, I. T; SÃO-PEDRO, M. Dor Musculoesquelética em membros inferiores de pacientes obesos antes e depois da cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 29, n. 32, 2012.

MENDES, J. M. R.; **O verso e o anverso de uma história**: o acidente de trabalho e a morte no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2014.

MOLINA JUNIOR, S.; ZANELLA, M.T. Atividade física no tratamento da obesidade. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, p. 253- 258, 2005.

MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 2, p. 157-164, 2014.

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400028>

MORENO, F. N.; GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O. Estratégias e Intervenções no Enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 1, p. 140-145, 2010.

MORENO, C. A. S; SILVA, A. M; CECATO, J., BARTHOLOMEU, D; MONTIEL, J. Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista de Psicologia**, n. 14, n. 20, p. 99-116, 2011.

NASCIMENTO, C. A. D.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400028>

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENTE. Health Implications of Obesity. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, n. 103, p. 147-51, Dec. 1985.

NG M. et al. Prevalência global, regional e nacional de sobrepeso e obesidade em crianças e adultos 1980-2013: uma análise sistemática. **Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, ago. 2014.

NOBREGA, A. G. S, **Obesidade, cirurgia bariátrica e emagrecimento**: vivências e significados. Juruá, 2011.

OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 48, n. 6, p. 970-976, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700002>

OLIVEIRA, L. S. F.; **Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de pacientes com obesidade mórbida**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

OMS. **Obesity**: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. Geneve: World Health Organization, 1997.

OMS. **The World Health Report 2006**: working together for health. Geneva, 2006.

OMS. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of WHO consultation on obesity. Genevea, 2015.

OMS. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Trad. Cassia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2004.

OMS. **Obesity**: preventing and managing the globale epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. Word Health Organization. Geneva, 1998.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V; WHITAKER I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 20, v. 3, p. 305-310, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300010>

PEREIRA, J. A. **Avaliação das modificações metabólicas durante e após o emagrecimento em pacientes portadores de obesidade classe III, submetidos à cirurgia de gastroplastia vertical com bandagem e derivação gastro-jejunal**. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PEREIRA FARIA, O.; LEITE FARIA, S. Equipe disciplinar em um programa de cirurgia bariátrica. In: DINIZ, M. T. C. et al. **Cirurgia Bariátrica e Metabólica**: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012

PERES, R. B. Prejuízos à saúde impostos pela obesidade. In: CLAUDINO, A.M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, p. 211-218, 2005.

PETRIBU, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 17-20, 2001. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000600006>

PIMENTA, G. P. et al. Avaliação da qualidade de vida tardia após gastroplastia vertical. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 6, p. 453-7, 2013.

<https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000600006>

PINHEIRO, T. M. M.; et al. Saúde do Trabalhador. In: CAMPOS, G. W. S. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H.; ROCHA, M. L. **Exercícios na saúde e na doença**. 6^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2007.

RAZZOUK, D.; et al. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Cremesp; 310 p, 2016.

RIBEIRO, L. A; SANTANA, L.C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica**. v. 2, n. 2, p. 75-96, 2015

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**. 2^a ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. R. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Caderno da EBAPE**, v. 13, n. 2, 2015.

SAMPAIO, T. M. V. **Século XXI**: a era do corpo ativo. Campinas: Papirus, 2006.

SANTOS, F. C. G. **Magro. E agora?** Histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor, 2005.

SANTOS, A. X. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em obesos candidatos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 6, n. 34, p. 184-190, 2013.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas**. Manole, 2010.

SAUPE R; NIETCHE E. A; CESTARI M. E; GIORGI M. D. M; KRAHL M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12 n. 4, p. 636-642, 2004.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400009>

SCHERER, P. T.; **O peso que não é medido pela balança: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos**. 2012. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SEGAL, A; FANDIÑO, J. Indicações e Contraindicações para realização das operações Bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 68-72, 2002.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700015>

SEIDL, E. M.F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SERRANO, A. Q; VASCONCELOS M. G. L; SILVA, G. A; CERQUEIRA, M. M, PONTES, C. M. Percepção do adolescente obeso sobre as repercuções da obesidade em sua saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 44, n. 1, p. 25-31, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100004>

SILVA, R. S. Indicações cirúrgicas no tratamento da obesidade *In: SILVA, R.S.; KAWAHARA, N. T. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade*. Porto Alegre: AGE, p. 60 – 64, 2005.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. Indicadores de Qualidade. *In: VIANA, D. L.; LEÃO, E. R.; FIGUEIREDO, N. M. A. Especializações em Enfermagem Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, p. 3-9, 2010.

SILVA, S. M. B. **Pessoas em pré-operatório de cirurgia bariátrica: estudo da percepção acerca de sua qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Amapá, 2013.

SILVA, P. R. B. et al. Status nutricional e qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 27(Supl 1), p. 35-38, 2014.

<https://doi.org/10.1590/s0102-6720201400s100009>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Programa nacional de prevenção e epidemiologia**. 2016. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/epidemio.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2015- 2016, São Paulo, 2016: 1-348, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Técnicas cirúrgicas**. 2017. Disponível em <<https://www.scbcm.org.br/tecnicas-cirurgicas/>>. Acesso em 15 out. 2017.

SPILLER, A. P. M; DYNIEWICZ, A. M; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais de saúde em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 88-95, 2008.

<https://doi.org/10.5380/ce.v13i1.11965>

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitative. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>

SOUSA, K. O.; JOHANN, R. L. V. O. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 79, p. 155-164, 2014.

SOUTO, K. E. P. Tratamento clínico da obesidade mórbida: uso de fármacos antiobesidade. In: SILVA, R. S.; KAWAHARA, N. T. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, p. 46-49, 2005.

SOUZA, M. G. et al. A importância da intervenção multidisciplinar no tratamento da obesidade mórbida considerando o acompanhamento nutricional pré e pós cirúrgico. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 12, p. 588-596, 2008.

SOUZA, M. A; STANCATO, K. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde em Campinas. **Revista de Administração em Saúde**, v. 12, n. 49, p. 154-162, 2010.

STENZEL, L. M. **Obesidade**: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 124 p, 2002.

TARDIDO, A. P; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e na obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

TAMURA, L. S. **Avaliação clínico-funcional pré-operatória no quadro de obesidade mórbida**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, p. 144, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UEHARA, M. H.; MARIOZA, L. S. S. Etiologia e história natural. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, p. 195-201, 2005.

VASCONCELOS, P. O; COSTA NETO, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psicologia**, v. 39, n. 1, p. 58-65, 2008.

VASCONCELOS, N. P. C; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa- MG. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 17- 28, 2008.

VELOSO, H. J. F; SILVA, A. A. M; Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 400-412, 2010.

<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300004>

VIANNA, D.; BAHIA, L. **Cirurgia Bariátrica**, 2013. Disponível em: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/ docs /629bap9feo3pql3z.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017

WAJCHENBERG, B. L. (Org.). **Tratado de endocrinologia clínica**. São Paulo: Roca, 1992.

WHOQOL-GROUP. Desenvolvimento da avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF da Organização Mundial da Saúde. O grupo WHOQOL. **Psychological Medicine**. v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998b

ZILBERSTEIN, B. et al. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 4, p. 258-264, abr. 2002

ANEXOS

Anexo 1 - Caracterização Socioeconômica

Nº _____ **DATA** ____/____/____

1. Estado Civil

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 () solteiro (a) | 6 () viúvo (a) com companheiro (a) |
| 2 () casado (a) | 7 () união estável/vive junto |
| 3 () divorciado (a) | 8 () separado (a) |
| 4 () divorciado (a) com companheiro | 9 () prefiro não declarar |
| 5 () viúvo (a) | |

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

3. Idade _____

4. Com quem você mora atualmente:

- | | |
|--|--|
| 1() Sozinho(a). | 6 () Com meu (s) filho (s) |
| 2() com amigos/colegas | 7()prefiro não declarar |
| 3() com meus pais(mãe e pai/mãe pai) | 8() com esposa/marido/companheiro(a)
sem filhos. |
| 4() com meus pais e /ou outros familiares | 9() Outros:_____ |
| 5() com esposa/marido/companheiro(a) e
filhos(s) | |

5. Qual é a renda mensal de seu grupo familiar (considere a soma de renda de todos que moram em sua casa)? (Salário mínimo = R\$880,00)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 () Até dois salários mínimos | 4 () Mais de 10 salários mínimos. |
| 2 () De três a cinco salários mínimos. | 5 () Prefiro não declarar |
| 3 () De seis a 10 salários mínimos. | |

6. Escolaridade:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1.() Ensino Fundamental | 2 () Ensino Médio | 3 () Ensino Superior |
| 4.() Especialização concluída | 5 () Mestrado concluído | 6 () Doutorado concluído |

7. Formação

- | | | |
|--|---|--|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Médico | 2 (<input type="checkbox"/>) Enfermeiro | 3 (<input type="checkbox"/>) Cirurgião-dentista |
| 4 (<input type="checkbox"/>) Assistente Social | 5 (<input type="checkbox"/>) Psicólogo | 6 (<input type="checkbox"/>) Nutricionista |
| 7 (<input type="checkbox"/>) Técnico de Enfermagem | 8 (<input type="checkbox"/>) Técnico de Saúde Bucal | 9 (<input type="checkbox"/>) Auxiliar de Saúde Bucal |

10 () Outros: Nível Escolaridade Superior/ Técnico/Auxiliar: _____

8. Cargo que exerce atualmente: _____**9. Tempo de trabalho no exercício no SUS:**

- 1 () < 1 ano 2 () 1 a 5 anos 3 () 5 a 10 anos 4 () >10 anos

10. Número de vínculos empregatícios:

- 1 () um 2 () dois 3 () três

11. Trabalho autônomo, independente ou próprio

- 1 () sim 2 () não

12. Tipo de cirurgia bariátrica realizada

- 1 () Banda Gástrica Ajustável
 2 () Gastrectomia Vertical ou Sleeve
 3 () Duodenal Switch – Derivação Biliopancreática
 4 () Bypass Gástrico ou Cirurgia de Fobi-Capella
 5 () Outra: _____

13. Tempo desde que fez a cirurgia _____

Anexo 2 - Roteiro para a Entrevista Semiestruturada

1. Como você se sentia antes da cirurgia?
2. O que te motivou a fazer a cirurgia?
3. Como você se sentiu logo após a cirurgia (no primeiro ano)?
4. Na sua opinião, o que mudou na sua qualidade de vida após a cirurgia?
5. Na sua opinião, o que mudou no seu trabalho depois da cirurgia bariátrica?
6. Como você se sente hoje?

Anexo 3 - Qualidade de vida, versão abreviada "WHOQOL-bref"

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

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

22	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		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

99	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
111	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
112	Você tem dinheiro suficiente p/ 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 oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
		1	2	3	4	5

16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenharas 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, 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	1	2	3	4	5

	o seu acesso aos serviços de saúde?					
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	Vezes frequente	Muito frequente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 4 - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Impactos na qualidade de vida dos trabalhadores submetidos à cirurgia bariátrica inseridos na Rede SUS do município de Uberlândia-MG”**, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Prof.^a Dra. Rosuita Fratari Bonito e Lígia Pedrosa dos Santos**.

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar os profissionais da Rede SUS de Uberlândia, relacionando a obesidade e seus impactos na qualidade de vida desses trabalhadores e conhecer o nível de satisfação dos trabalhadores com o resultado pós-cirúrgico.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido antes da aplicação dos questionários e da entrevista, que será realizada de preferência em local que garanta privacidade e o mínimo de interferências do ambiente para que não se comprometa a sua concentração e participação na entrevista.

Na sua participação você responderá a questionários objetivando a caracterização socioeconômica. Além disso, você participará de uma entrevista para conhecemos as suas percepções antes e depois da cirurgia bariátrica. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem apenas na possibilidade de sua identificação, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. Enfatizamos que serão tomadas providencias necessárias para garantir a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Com relação aos benefícios, esta pesquisa contribuirá para implantação de políticas de cuidados para os trabalhadores submetidos a cirurgia bariátrica. Por meio deste estudo será possível sugerir estratégias de promoção, prevenção e acompanhamento da obesidade.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Universidade Federal de Uberlândia na Avenida Pará, 1720 – Umuarama - Uberlândia - MG, 38405-320, bloco 2U, sala 23– Campos Umuarama – Tel. 34-3225-8604. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131.

Pesquisador Responsável: Rosuita Fratari Bonito Telefone: (34)3225- 8273

Pesquisador Executante: Lígia Pedrosa dos Santos - Telefone: (34) 3227-2070

Uberlândia, _____ de _____ de 20_____
Assinatura dos pesquisadores

Eu _____ aceito
participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo 5 – Parecer Consustanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impactos na qualidade de vida dos trabalhadores submetidos à cirurgia bariátrica inseridos na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Uberlândia - MG

Pesquisador: Rosuita Fratari Bonito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61065316.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.881.200

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Para conhecer os impactos produzidos pela cirurgia bariátrica na qualidade de vida de trabalhadores da saúde, propõe-se um estudo misto em que os dados quantitativos serão colhidos por meio de um questionário validado de qualidade de vida, enquanto os dados qualitativos terão origem em entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos da pesquisa serão recrutados por meio da técnica da Bola de Neve, onde um entrevistado indicado, indica o próximo sujeito a ser entrevistado. Cada sujeito recrutado responderá a um questionário de caracterização sociodemográfica, em seguida fará a entrevista semiestruturada e, por fim, responderá ao questionário de qualidade de vida proposto. Os dados qualitativos serão analisados pela técnica de Análise do Conteúdo, enquanto os dados quantitativos serão analisados de forma descritiva e estatística. Espera-se que essa pesquisa permita evidenciar uma melhoria da satisfação com a vida e nas relações socioambientais desses trabalhadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os impactos na qualidade de vida dos servidores públicos efetivos da saúde submetidos a cirurgia bariátrica no município de Uberlândia –MG.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.881.200

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico dos trabalhadores da saúde submetidos à cirurgia bariátrica;
- b) Conhecer os aspectos subjetivos relacionados aos momentos pré e pós-operatório dos trabalhadores da saúde submetidos a cirurgia bariátrica;
- c) Relacionar a obesidade e seus impactos na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: A participação na pesquisa não apresenta riscos aos sujeitos nela inseridos. Além disso, os pesquisadores estarão atentos para preservar o sigilo e a identificação dos participantes da pesquisa, conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS. Assim, serão preservados o sigilo das informações e da identidade dos sujeitos.

Benefícios: Como benefícios indiretos para os sujeitos da pesquisa, a produção de conhecimentos científicos sobre a qualidade de vida do trabalhador após a cirurgia bariátrica poderá contribuir para a promoção de políticas públicas de saúde, em especial na saúde do trabalhador, ao considerar a íntima relação entre qualidade de vida e desenvolvimento do trabalho. Além disso, espera-se que os profissionais sejam beneficiados pela proposição de estratégias de cuidado para os trabalhadores com obesidade, sobre peso ou que se submetem a cirurgia bariátrica no âmbito do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Uberlândia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Neste parecer avalia-se respostas às pendências observadas em parecer anterior. Os autores fizeram as modificações solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.823.962, de 11 de Novembro de 2016, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.881.200

aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Novembro de 2017.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
 - b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
 - c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
 - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
 - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
 - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLANDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.881.200

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_807187.pdf	21/11/2016 18:56:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LIGIA_v3PlataformaBrasil.pdf	21/11/2016 18:56:06	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_PARECER_CEP.docx	21/11/2016 18:54:30	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_Ligia.docx	21/11/2016 18:53:04	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Nova_Folha_Rosto.pdf	21/11/2016 18:51:34	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	INST_COLETA_3.pdf	13/10/2016 18:47:15	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	INST_COLETA_2.pdf	13/10/2016 18:46:36	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	INST_COLETA_1.pdf	13/10/2016 18:46:15	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Link_Curriculos.pdf	13/10/2016 18:43:47	LIGIA PEDROSA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Ligia.pdf	11/10/2016 09:01:33	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_InstituicaoCO_Ligia.pdf	08/10/2016 14:33:32	Rosuita Fratari Bonito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br