



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**VARIAÇÃO NO ACESSO A REFORÇADORES ENTRE GRANDES
OBESOS ANTES E DEPOIS DE SUBMISSÃO A GASTROPLASTIA**

Gleizer Carvalho Vieira

Brasília, 2006



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**VARIAÇÃO NO ACESSO A REFORÇADORES ENTRE GRANDES
OBESOS ANTES E DEPOIS DE SUBMISSÃO A GASTROPLASTIA**

Gleizer Carvalho Vieira

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia na área de
Desenvolvimento Humano no Contexto
Sócio-cultural.

Orientadora: Prof^a. Dra. Suely Sales Guimarães

Brasília, 2006

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Profª Dra. Suely Sales Guimarães

Banca Examinadora

Profª Dra. Suely Sales Guimarães – Presidente

Universidade de Brasília

Profº Dr. Carlos Augusto Teixeira da Cruz – Membro

Universidade de Brasília

Profª Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo – Membro

Universidade de Brasília

Profª Dra. Kenia Mara Baiocchi Carvalho – Suplente

Universidade de Brasília

Brasília, 2006

Dedico este trabalho aos portadores de
obesidade e aos profissionais de saúde
que trabalham nessa fascinante e
profícua área de estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me abençoado com muita saúde, família amorosa, amigos e gosto pelo conhecimento.

À professora Suely Guimarães por me orientar em vários aspectos da vida acadêmica, por me incentivar constantemente e pelo exemplo de atuação profissional pautada pela ética e responsabilidade.

À professora Teresa Cristina de Araújo pelos conhecimentos e literatura partilhada na disciplina Psicologia da Saúde, por aceitar o convite para participar da banca examinadora e pela argüição enriquecedora.

Aos professores Carlos Augusto da Cruz e Kenia Mara Carvalho, da Faculdade de Medicina e de Ciências da Saúde, pela convivência sempre acolhedora no Ambulatório de Obesidade, por aceitarem o convite para participar da banca examinadora e pela argüição e comentários instigantes.

A meus pais, Carvalho e Graça, que me incentivaram e apoiaram de modo incomensurável nessa trajetória. Obrigada por todo amor, compreensão, fortaleza e cuidados. Vocês são imprescindíveis!

A minha *irmã* Silmara por ter sido uma grande conselheira e exemplo de amor à profissão, por suas críticas sempre construtivas e pelos momentos de descontração. Irmã, é muito nítido, você tem um potencial enorme! Faço torcida para você enveredar pelos rumos da pesquisa em Fisioterapia.

A minha irmã Suênia e ao meu cunhado Maurício por me proporcionarem acesso a recursos e suporte tecnológicos, por serem pacientes, por me cobrarem presença e dedicação às pessoas mais importantes da minha vida: minha família.

As minhas sobrinhas Maria Luísa e Ana Letícia por encherem meu dia com muita alegria e carinho, por serem compreensivas nos momentos em que a tia não pode estar tão presente com vocês.

A todos os meus tios, de modo especial ao tio Raimundinho e a tia Bernardete por valorizarem e acompanharem de perto esse momento e a tia Munira pelas conversas nos corredores do trabalho.

A todos os meus primos e primas pelos momentos familiares de descontração e de apoio, principalmente a Tilde, Gisa, Matilde, Mailde e Liedson.

Ao meu gatinho, Lucas Córdova, pela paciência, carinho e incentivo a minha formação, por tornar esse percurso mais aprazível, pelas dicas, risos e conhecimentos partilhados, pela trilha sonora desses últimos anos e pelo exemplo de serenidade e intrepidez (sim, intrepidez!) diante da vida.

A todos os colegas de estágio em Psicologia da Saúde por me ensinarem muito durante o período que estive na Enfermaria de Clínica Médica e por me incentivarem ao mestrado. De modo especial à Cristina, Daniela, Larissa, Luciana e Marcela.

A Dra. Fátima, Dra. Tsulia, Dr. Alessandro, Dr. Sérgio e toda a equipe de Endocrinologia por valorizar a abordagem multidisciplinar de saúde e pela aprendizagem proporcionada nos encontros semanais de discussão de caso.

À responsável pelo Centro de Ambulatórios, Alcilene Lima, à secretária da Divisão de Psicologia, Graça, e à secretária do Ambulatório de Obesidade, Neusa, que viabilizaram o apoio institucional necessário para a realização da pesquisa e propiciaram momentos de conversa e amizade.

A todos os participantes desse estudo pela disponibilidade e por confiarem a mim um pouco sobre a história de suas vidas. De modo especial, àqueles participantes que atendi durante o período pré-operatório. Foi uma alegria reencontrá-los após a perda ponderal e verificar a melhora nos diferentes domínios da vida de vocês.

Ao professor Pedro Tauil, da Faculdade de Medicina, por sua excelente aula sobre Atenção Básica e por mediar o contato com o Dr. Flávio Goulart que disponibilizou sua tese para enriquecer minha aula sobre promoção da saúde. Obrigada, doutores!

A todos os colegas de pós-graduação pelas conversas, risos, conselhos e por confiarem profissionalmente em mim. Em especial à Carmem, Daniel, Marília, Leozinho, Adriana, Amílcar e a toda turma de Métodos de Pesquisa em Psicologia do Desenvolvimento.

Às colegas de graduação que se encontravam mestras ou quase, quando iniciei o meu mestrado. Cecília Brito, ler aquele artigo de metodologia foi fundamental na seleção. Mônica Müller, obrigada pela disposição em ajudar sempre que precisei. Ju Telles e Cris Fayad, foi ótimo reencontrá-las.

Ao professor Norberto Abreu, pela atenção e esclarecimento prestado na função de Coordenador de Pós-graduação.

Aos secretários de Pós-graduação e Graduação Edna, Iriode, Fábio, Luís e Basílio pelo atendimento profissional e sensível às minhas solicitações.

Aos meus chefes e colegas de trabalho por valorizarem minha formação, me incentivarem a seguir adiante, suportarem minha eventual ausência diante da grande demanda de serviço e das constantes mudanças organizacionais, pela amizade, pelos conselhos e pelo humor próprio dessa excelente equipe. Obrigada a Inês, Paula, Alice, Alessandra, Cristiano, Elismara, Gilmar, Quéren, Sandra, Sebastião, Serginho, Victor, Luíza, Alex, Fábio, Félix, Leandro, Marcélio, Sô, Roberto e Washington. De modo especial, ao Reivaldo (oh, meu Rei, obrigada!) e a Izabella que muito me ajudaram na correria de última hora. Agradeço também aos novos integrantes da equipe Rosângela e Washington (*boy*) por compartilharem comigo esse momento de conclusão de curso e, por outro lado, ao Seu Jonas, Don'Ana Karine, Henrique, Cris, Max e Leandro que acompanharam apenas o início dessa trajetória devido outras oportunidades de trabalho.

A toda família Salomão e à Cristhy. Obrigada pelas orações, pelos momentos de confraternização e pela ajuda com o *abstract*.

Ao colega de trabalho Pascoal pelas conversas matemáticas e pela revisão do *abstract*.

Ao colega de profissão Kleuton, a quem tenho enorme admiração. Obrigada por compartilhar comigo um pouco de sua experiência de mestrado e pelos conselhos para que eu perseverasse nessa caminhada.

À família Gonzaga e à família Peixoto pelo carinho e por sempre torcerem por mim.

A todos os meus amigos por me proporcionarem momentos de lazer, conforto e diversão. Em especial à Biloca, Mosca, *amiga* Patty e Júnior.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte desse período importante da minha vida.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Lista de tabelas e figuras	x
Resumo	xi
Abstract	xii
Introdução	1
Reforçadores	10
Avaliação psicológica de candidatos ao tratamento cirúrgico da obesidade	13
Ambulatório de obesidade do Hospital Universitário de Brasília	17
Justificativa.....	18
Objetivo	19
Metodologia	20
Contexto	20
Recrutamento	20
Participantes	21
Materiais e instrumentos.....	22
Procedimento	22
Resultados	24
Reforçadores, disponibilidade e acesso	28
Aceitação social	28
Afeto	30
Elogio	31
Rede de apoio	32
Amizade	33
Vida social	33
Lazer	34
Atividade física	36
Flerte	37

Relacionamentos amorosos	39
Vida sexual	40
Estudo	41
Trabalho	42
Vestuário	43
Transporte público	46
Discussão	48
Variáveis do tratamento	52
Variáveis outras e estímulos não-reforçadores	53
Efeito do tratamento psicológico sobre o relato	54
Limitações da pesquisa.....	55
Implicações para intervenção e pesquisa.....	56
Referências bibliográficas	58
Anexos	62
Anexo 1 : Roteiro de entrevista semi-estruturada versão não-operado.....	63
Anexo 2 : Roteiro de entrevista semi-estruturada versão	72
Anexo 3 : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabelas

	Pág.
Tabela 1: Apelidos relacionados ao corpo por grupo de participante.....	29
Tabela 2: Acesso e limitações a trocas afetivas.....	30
Tabela 3: Atividades físicas praticadas e desejadas.....	37
Tabela 4: Variáveis mediadoras do flerte.....	38
Tabela 5: Comprometedores do acesso ao trabalho.....	43

Figuras

	Pág.
Figura 1: Porcentagem de acesso a reforçadores disponíveis no ambiente natural entre não-operados e operados.....	25
Figura 2: Elogios relatados por categoria.....	32
Figura 3: Atividades de lazer referidas.....	35
Figura 4: Relato de atividade sexual e problemas no acesso.....	40
Figura 5: Formas de aquisição de vestuário.....	44
Figura 6: Vestuário inacessível para os participantes.....	45
Figura 7: Relato de acesso a diferentes meios de transporte.....	47

RESUMO

Estudos de qualidade de vida com obesos submetidos à cirurgia bariátrica geralmente indicam uma melhora significativa no domínio físico e pouca ou nenhuma alteração no domínio mental. Investigações mais detalhadas sobre o impacto da obesidade e do emagrecimento rápido nos vários domínios da vida social são escassas. O objetivo deste estudo foi analisar (a) os reforçadores disponíveis e acessíveis ao portador de obesidade grau III antes e após tratamento cirúrgico, segundo sua natureza; (b) as variáveis que definem a variação na disponibilidade e acesso aos reforçadores no pós-operatório; (c) o custo da resposta de acesso aos reforçadores antes e depois da operação. Participaram do estudo 30 pacientes do Ambulatório de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília, sendo 15 em lista de espera (9F; 6M) e 15 operados (10F; 5M). Os participantes em lista de espera tinham IMC entre 40,84 kg/m² e 67,16 kg/m² ($X = 51,31$ kg/m²), idade entre 21 e 64 anos e escolaridade predominantemente primária. Os participantes operados tinham 6,1 a 31 meses de operados, IMC pré-operatório entre 39,82 kg/m² e 53,12 kg/m² ($X = 46,52$ kg/m²) e IMC pós-operatório entre 24,9 kg/m² e 39,1 kg/m² ($X = 30,44$ kg/m²), idade entre 26 e 53 anos e escolaridade predominantemente secundária. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada individual e aferido o peso e altura de cada participante. Os resultados mostraram 15 classes de reforçadores – aceitação social, afeto, elogio, rede de apoio, vida social, amizade, lazer, atividade física, flerte, vestuário, sexo, relacionamentos amorosos, estudo, trabalho, e transporte público – com acesso médio de 59,2% para participantes não-operados e de 83,1% para operados. Foram identificadas variáveis relacionadas à obesidade, ao tratamento e de outra natureza que funcionavam como barreiras ao acesso ou como estímulos aversivos que oneravam o custo da resposta tornando conflituoso o acesso aos reforçadores. As variáveis relacionadas à obesidade foram relatadas de modo prevalente entre não-operados e agrupadas em variáveis ambientais, orgânicas, pessoais e sociais. As variáveis do tratamento se caracterizavam por impor uma limitação temporária aos participantes operados. Os resultados sugerem uma melhora considerável na frequência e qualidade de acesso aos reforçadores após a perda ponderal e a importância da assistência psicológica no tratamento pré e pós-operatório do grande obeso. Estudos sobre a manutenção desse acesso a longo prazo e a comparação entre obesos operados e pessoas de peso normal são sugestões para estudos futuros.

Palavras-chave: obesidade grau III, cirurgia bariátrica, reforçador, qualidade de vida.

ABSTRACT

Research data show a significant improvement in physical health and little or no improvement in mental health among obese people who undergo bariatric surgery. Further investigations on the effects of obesity and weight loss on one's social life are still necessary. This study was aimed to investigate the (a) reinforcement availability and accessibility by obese people in their natural environment before and after bariatric surgery; (b) predictors of variation in the reinforcement availability and accessibility after the operation; (c) cost of response to access the reinforcement before and after the operation. Participants were 30 outpatients attending the Obesity Ambulatory of the Hospital Universitário de Brasília. From those, 15 patients came from the waiting list (9F;6M), had BMI between $40,84\text{kg/m}^2$ and $67,16\text{kg/m}^2$ ($X=51,31\text{kg/m}^2$), age 21 to 64-years-old, and most of them had elementary school education. The other 15 had already undergone the gastroplasty (10F;5M), had pre-surgery BMI varying between $39,82\text{kg/m}^2$ and $53,12\text{kg/m}^2$ ($X=46,52\text{kg/m}^2$) and post-surgery BMI between $24,9\text{kg/m}^2$ and $39,1\text{kg/m}^2$ ($X=30,44\text{kg/m}^2$), age 26 to 53-years-old, and most of them had high-school education. Data were gathered by an individual semi-structured interview after weight and height measurement. Results showed 15 classes of reinforcement – social acceptance, affection, praise, social support network, friendship, leisure, physical activity, flirting, loving relationships, sexual life, social life, study, work, clothing and public transportation – with an average access of 59,2% by not-yet-operated patients and 83,1% by operated patients. It was found some variables related to obesity, treatment and else more, which worked as barriers to reinforcement access or as aversive stimuli. The nature of the variables related to obesity was environmental, organic, personal and social. Those variables were reported more often by the not-yet-operated participants. The variables related to treatment were those implying some temporary limitations to operated participants. Overall, results showed a higher increase in the frequency and quality of reinforcement access by participants after losing weight and the necessity for psychological assistance for obese patients before the surgical treatment. The long-term maintenance of the reinforcement accessibility among operated patients and the outcomes of being obese for a long period of time are important topics that remain to be investigated.

Keywords: class III obesity, bariatric surgery, reinforcement, punishment, quality-of-life.

O sobrepeso e a obesidade têm apresentado um crescimento vertiginoso tanto em países industrializados quanto em países em desenvolvimento. Segundo estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), a prevalência de adultos com sobrepeso supera a marca de um bilhão, dos quais 300 milhões são considerados clinicamente obesos.

No Brasil, um estudo sobre o estado nutricional de 95,5 milhões de indivíduos maiores de 20 anos revelou que o excesso de peso acometia 40,6% da amostra e que a obesidade era registrada em 11% das pessoas desse grupo (IBGE, 2004). Análises comparativas entre os dados atuais e os dados da última versão da Pesquisa de Orçamentos Familiares evidenciaram uma tendência ao crescimento das taxas de sobrepeso e obesidade ao longo de quase três décadas entre 1974/1975 e 2002/2003. Assim, o crescimento registrado do sobrepeso para esse período foi de 22,4% para os homens e 10,6% para as mulheres; enquanto o aumento da obesidade para homens e mulheres foi de 6% e 4,8%, respectivamente (IBGE, 2004).

Se por um lado a prevalência mundial da obesidade tem apresentado mudanças significativas ao longo dos tempos, por outro a forma como a obesidade é concebida também sofreu importantes modificações. De um modo geral, o conceito de obesidade variou de um indicador de riqueza, passando por um estigma moral ou desvio de personalidade até chegar a atual concepção clínica da obesidade como doença (Brown, 1992).

A Vênus de Willendorf, escultura datada da Idade da Pedra, constitui-se em um dos primeiros sinais de obesidade humana (Brown, 1992). Todavia, a inconsistência dos estoques de comida e a atividade física necessária para a sobrevivência nos tempos antigos tornavam a obesidade uma possibilidade remota para a maior parte da população. Assim, a obesidade era restrita a indivíduos com alta susceptibilidade genética ou pertencentes à realeza, uma vez que estes possuíam acesso a grandes estoques de comida e despediam pouco gasto energético diário (Peters, Wyatt, Donahoo & Hill, 2002).

A concepção moralista da obesidade tornou-se prevalente a partir de Galeno, na medicina greco-romana. Nessa época, a obesidade passou a ser associada à inadequação pessoal e a prejuízos à saúde como morte prematura e infertilidade (Brown, 1992). Com a evolução de abordagens médico-científicas, a concepção psiquiátrica ganhou espaço e os indivíduos obesos foram conceituados como pessoas que adotavam a hiperfagia para resolver conflitos psicológicos ou compensar uma formação egóica inadequada (Segal & Fandiño, 2002).

Múltiplos sistemas fisiológicos são responsáveis pela estimulação do comportamento alimentar, além da capacidade fisiológica para reduzir a taxa metabólica em resposta a um déficit energético. Por outro lado, não parece haver qualquer motivação biológica para aumentar a atividade física voluntária em resposta a uma ingestão alimentar excessiva e o aumento da taxa metabólica frente a um balanço energético positivo parecer ser menos intenso que o processo de redução anteriormente citado (Peters & cols., 2002).

Dessa forma, a incidência crescente da obesidade na população mundial sugere a manutenção do mecanismo biológico que outrora assegurou a sobrevivência independente da alteração ambiental. Atualmente, o ambiente é caracterizado por um abundante estoque de comida altamente calórica, palatável, facilmente disponível e de baixo custo (Peters & cols., 2002). Nesse contexto atual, a obesidade é entendida como uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo que compromete a saúde física e psicológica e reduz a expectativa de vida do indivíduo acometido (Mancini, 2001; Segal & Fandiño, 2002).

Para estabelecer e classificar os diferentes graus de obesidade, o índice de massa corporal (IMC) – medida que considera o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura – passou a ser amplamente utilizado. A criação dessa classificação teve como base a relação entre o IMC e o risco de morbidade e mortalidade. Dessa forma, as categorias peso saudável (18,5 – 24,99kg/m²), sobrepeso (25 – 29,99kg/m²), obesidade grau I (30 – 34,99kg/m²), obesidade grau II (35 – 39,99kg/m²) e obesidade grau III (acima de 40kg/m²) encontram-se relacionadas com riscos cada vez maiores de desenvolvimento de doenças (WHO, 2000).

As principais vantagens do IMC são a facilidade do cálculo para o uso clínico e a estabilidade da medida entre os gêneros e ao longo da idade cronológica do indivíduo adulto. Por outro lado, esse índice não distingue o peso associado ao músculo e à gordura, nem reflete a gordura corporal quando a altura não se encontra estabilizada (WHO, 2000). Em consequência dessas peculiaridades, o peso de atletas e de crianças, avaliados pelo IMC, pode ser interpretado de forma equivocada.

Bray (1992) propõe quatro variáveis importantes a serem consideradas na avaliação da obesidade:

1. *Número de células adiposas*: refere-se a uma medida da quantidade e do tamanho médio do adipócito (Mancini, 2004). Uma pessoa obesa pode apresentar grande quantidade de

pequenas células adiposas – denominada obesidade hiperplástica – ou pequena quantidade de grandes adipócitos – denominada obesidade hipertrófica. Na obesidade hiperplástica, o número de células adiposas pode aumentar de 3 a 5 vezes mais que o normal. Ocorre de modo mais freqüente na infância e adolescência, por ser este o período de desenvolvimento do tecido adiposo. Em geral, a obesidade hipertrófica é mais prevalente na vida adulta ou durante a gravidez e correlaciona-se mais freqüentemente com a obesidade andróide, que é associada com desordens metabólicas como intolerância a glicose, hiperlipidemia, hipertensão, e doença coronariana arterial.

2. *Padrão de distribuição da gordura corporal*: refere-se à configuração corporal do acúmulo de gordura. A técnica mais usada na prática clínica é o cálculo da relação cintura-quadril que consiste na divisão do perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca pelo perímetro dos quadris a nível dos trocânteres femorais com o indivíduo em decúbito dorsal (Mancini, 2004). De acordo com a configuração corporal, a obesidade pode ser:
 - a. *Andróide, troncular ou visceral*: é resultado de uma circunferência de cintura maior que a do quadril, sendo evidenciada pela configuração corporal em forma de maçã. A deposição da adiposidade ocorre em região intra-abdominal visceral e encontra-se mais relacionada a complicações cardiovasculares e metabólicas.
 - b. *Ginóide, periférica ou inferior*: é resultado de uma circunferência de quadril avantajada, sendo evidenciada pela configuração corporal em forma de pêra. O tecido adiposo se acumula de modo predominante abaixo da cintura, na região dos quadris, nádegas e coxas. Esse tipo de obesidade é considerado menos perigoso do que a obesidade andróide, uma vez que não se correlaciona diretamente com o desenvolvimento de comorbidades metabólicas e cardiovasculares.
3. *Idade de aparecimento da obesidade*: a obesidade infantil não necessariamente implica a obesidade da vida adulta, que é melhor predita após os vinte anos. Os primeiros anos da vida adulta são importantes para o desenvolvimento da obesidade tanto de homens quanto de mulheres. Enquanto a gravidez é o principal evento na vida adulta desencadeador do ganho ponderal para as mulheres, para os homens, o ganho ponderal parece ser associado à transição do estilo de vida mais ativo da adolescência para um

mais sedentário na vida adulta. O aumento do peso corporal acontece na vida adulta até a sexta década, para ambos os sexos, quando começa a declinar. O desenvolvimento da obesidade em idade avançada é incomum e sugere um distúrbio marcado no balanço energético.

4. *Fatores etiológicos*: a obesidade é o resultado de um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético. A regulação desse equilíbrio é altamente complexa e envolve fatores biológicos, hormonais e psicossociais (Skidmore & Yarnell, 2004):
 - a. *Fatores Biológicos*: referem-se principalmente aos papéis da hereditariedade, do cérebro e dos hormônios na regulação do apetite. Os aspectos genéticos contribuem em torno de 50% para a probabilidade de ser obeso (Straub, 2005). Apesar dessa ampla influência, o acúmulo de gordura não ocorrerá independente da ingestão de uma quantidade elevada de comida, baixo gasto energético ou ambos (Speakman, 2004). A hereditariedade atua em diferentes fatores que contribuem com a obesidade como a determinação da taxa metabólica basal, a forma geral do corpo e o processo de absorção de nutrientes (Straub, 2005).
 - b. *Fatores Hormonais*: hormônios como a leptina e a insulina também podem influenciar o desenvolvimento da obesidade. Eles atuam nos centros hipotalâmicos responsáveis pelo comportamento alimentar e são secretados em proporção à massa adiposa do indivíduo. Indivíduos obesos, por exemplo, têm maiores concentrações séricas desses hormônios e apresentam resistência à sua ação. Outros aspectos biológicos que interagem com receptores hipotalâmicos no controle da ingestão alimentar são os peptídeos intestinais como a grelina e orexina (estimulantes) e a cistocinina, leptina e oximodulina (inibidores) (Halpern, Rodrigues & da Costa, 2004).
 - c. *Fatores Psicossociais*: referem-se principalmente a variáveis sócio-culturais, comportamento, controle de estímulos alimentares e história de condicionamento. A obesidade apresenta uma relação inversa com o status socioeconômico definido pelo nível educacional e a renda pessoal (Peters & cols., 2002; Straub, 2005). Outros fatores sociais relevantes no entendimento dos costumes alimentares, de atividade física e imagem corporal são as diferenças etnoculturais,

aculturação (Mancini, 2004; Straub, 2005) e avanços tecnológicos. Skidmore e Yarnell (2004) apontam algumas características da sociedade moderna que contribuem para o desenvolvimento da obesidade como o aumento do tempo gasto com trabalhos sedentários, engarrafamentos, televisão e computador em momentos de lazer e a redução de atividades como caminhada e bicicleta. Outro aspecto apontado é a preferência por refeições em restaurantes e não em casa. A história de pareamento entre o alimento e conseqüências reforçadoras sociais é iniciada com a amamentação. Desse momento em diante, a comida é pareada com festas, realizações pessoais e diferentes ocasiões sociais (Straub, 2005).

A teoria do *locus de controle* explica o controle exercido por estímulos alimentares sobre o comportamento de pessoas obesas e não-obesas. Segundo essa teoria, o comportamento alimentar, em especial a resposta de saciedade em pessoas não-obesas é controlada por estímulos internos, enquanto o comportamento alimentar de pessoas obesas é controlado por estímulos externos como sabor, cheiro ou aparência da comida (Straub, 2005). Todavia, a literatura tem divergido quanto ao valor preditivo do *locus de controle* sobre a perda ponderal (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005) e sobre o peso (Straub, 2005).

Um dos principais impactos da obesidade ocorre na saúde física. As comorbidades relacionadas ao excesso de peso variam desde condições crônicas sérias que reduzem e comprometem a qualidade de vida – como hipertensão, doença vascular periférica, apnéia obstrutiva do sono, *diabetes mellitus*, dislipidemia, infertilidade, *acantose nigricans*, anormalidades menstruais, proteinúria, neoplasias, gota, osteoartrose de coluna e joelho, disfunções psicossociais – até o risco de morte prematura (Mancini, 2001; Segal & Fandiño, 2002). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a obesidade é responsável por pelo menos 2 a 6% dos custos totais do sistema de saúde em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, 45 bilhões de dólares anuais são gastos com as comorbidades associadas à obesidade como diabetes, hipertensão arterial e doença coronariana (Bocchieri, Meana & Fisher, 2002). Somando-se a esse impacto econômico, encontram-se também as despesas geradas pelo aumento do absenteísmo e diminuição da produtividade no trabalho (Shippey & Macedonia, 2003).

Entretanto, os custos da obesidade não se restringem apenas à esfera macroeconômica. A literatura mostra essa doença se constitui atualmente na problemática de saúde pública de maior

relevância tanto pelo seu custo econômico quanto pelo seu custo pessoal (Peters & cols., 2002; Puhl & Brownell, 2003a;). Indivíduos obesos são, por exemplo, são mais vulneráveis à estigmatização no campo profissional, educacional, na mídia e até mesmo na área de saúde (Puhl & Brownell, 2003a). Desde tenra idade, múltiplas características negativas são atribuídas a indivíduos obesos, variando de falhas em esforços pessoais, como pobre auto-disciplina ou preguiça, até atributos centrais de atratividade, competência, higiene e moralidade (Fabricatore & Wadden, 2003; Puhl & Brownell, 2003a).

A literatura mostra que a visibilidade e percepção de controle sobre a condição estigmatizada são aspectos determinantes do estigma, gerando conseqüências psicológicas e sociais como a esquiva, rejeição e marginalização (Puhl & Brownell, 2003b). Além disso, formas sutis e encobertas de discriminação, denominada discriminação interpessoal, têm se tornado mais freqüentes devido à criação de leis contra a discriminação formal e a adoção de atitudes politicamente corretas (King, Shapiro, Hebl, Singletary & Turner, 2006).

Recentemente, três estudos conduzidos por King e cols. (2006) analisaram, através de auto e hetero-avaliação, a existência de discriminação formal e interpessoal contra mulheres obesas e de peso normal no comércio, a influência da percepção de controle do peso como mediador da discriminação e o impacto dessa discriminação sob o comportamento consumista. Os resultados mostraram que (a) a discriminação interpessoal no comércio foi significativamente maior para mulheres obesas, ocasionando menor potencial de compra atual e futuro; (b) mulheres obesas com comportamentos de baixo controle ponderal (vestuário casual, sedentarismo e consumo de bebidas calóricas) foram mais discriminadas na relação interpessoal do que mulheres obesas com comportamentos de alto controle ponderal (vestuário formal, prática de atividade física e consumo de bebidas *diet*) ou mulheres de peso normal com qualquer tipo de comportamento.

Estudos anteriores já indicavam que a obesidade quando atribuída a outra condição de saúde, como problemas na tireóide, implicava em menor estigmatização devido à percepção de baixa responsabilidade pessoal. De modo similar, a percepção de controle sobre condições como obesidade, AIDS e drogadição geravam sentimentos de menor empatia e atribuições negativas de personalidade, enquanto a percepção de irreversibilidade de condições como doença de Alzheimer, câncer, paraplegia e cegueira eliciavam sentimentos mais positivos (Puhl & Brownell, 2003a).

Pesquisadores têm investido na elaboração de instrumentos para identificar e avaliar a discriminação interpessoal. O desenvolvimento dessas medidas tem incluído aspectos do comportamento não-verbal como distância social, expressões faciais, olhares, piscadas e sorrisos. A relevância do comportamento não-verbal nessa avaliação ocorre por dois motivos. Primeiro, porque influencia a interação social e segundo porque quem é discriminado tende a perceber aspectos explícitos e não-verbais do comportamento, enquanto aqueles que discriminam percebem apenas o seu comportamento explícito (King & cols.,2006).

O estigma-por-associação e a dinâmica circular que envolve o estigma do peso são outros dois aspectos enfatizados pela literatura. O estigma-por-associação consiste na transferência de atitudes negativas para pessoas de peso normal quando vistas na companhia de obesos, independente do gênero do observador e da existência ou não de relacionamento afetivo entre eles (Fabricatore & Wadden, 2003). A dinâmica circular refere-se à probabilidade de que as conseqüências psicossociais do estigma, como o isolamento e o retraimento social, possam contribuir para a exacerbação da obesidade por aumentar a tendência à superalimentação e estilo de vida não saudável (Puhl & Brownell, 2003a).

Apesar dessa retroalimentação do estigma, é importante ressaltar o consenso da área em conceber os distúrbios psicopatológicos, como depressão e ansiedade, mais como um resultado da obesidade do que uma causa para o seu desenvolvimento (Bocchieri & cols., 2002). De um modo geral, estudos sobre a prevalência desses distúrbios não tem encontrado diferenças significativas entre obesos e não-obesos (Fabricatore & Wadden, 2003), inclusive com amostras compostas por crianças e adolescentes (Wardle & Cooke, 2005). Essa inconsistência tem levado alguns pesquisadores a acreditar que não há diferença no funcionamento psicológico entre grupos pessoas com diferentes IMCs. Outros pesquisadores, entretanto, questionam os resultados de pesquisas e enfatizam a necessidade de aperfeiçoamento metodológico, como o uso de amostras maiores e representativas, uso de instrumentos diagnósticos ao invés de inventários de auto-aplicação e o uso de grupos controle apropriados (Fabricatore & Wadden, 2003).

Por outro lado, a procura ou não por tratamento médico é um importante fator a se considerar na avaliação da relação entre distúrbios psicopatológicos e obesidade (Fabricatore & Wadden, 2003). Estima-se, por exemplo, que 20 a 30% dos indivíduos que procuram tratamento cirúrgico para obesidade sofrem de compulsão alimentar ou depressão (Wadden & Phelan, 2002).

Outras evidências indicam altas taxas de stress psicológico em obesos que procuram tratamento médico, não necessariamente cirúrgico, os quais geralmente apresentam mais histórico de ansiedade e depressão do que indivíduos participantes de programas de controle ponderal e restrição dietética (Bocchieri & cols., 2002).

Estudando os preditores de sucesso após intervenções cirúrgicas para a obesidade, Ray, Nickels, Sayeed & Sax (2003) observaram altos escores no instrumento Sarason's Life Experiences Survey (LES) em pacientes submetidos à operação bariátrica há pelo menos 24 meses. Esse instrumento, que tem como objetivo avaliar o impacto da ocorrência de determinados eventos na vida do indivíduo, correlaciona-se inversamente com o estresse percebido. Logo, altos escores no pós-operatório evidenciam baixo nível de stress após a redução ponderal e sugerem que os níveis de stress registrados no pré-operatório dessa amostra relacionam-se parcialmente com a obesidade.

Um aspecto já bem estabelecido na literatura sobre obesidade refere-se aos benefícios gerados por perdas ponderais mesmo que pequenas, como 5 a 10% do peso inicial, especialmente quando se considera a saúde física (Cooper & Fairburn, 2001; Kolotkin, Meter & Williams, 2001; Kushner, 2005;). Além da redução do risco de doenças cardiovasculares, aumento da longevidade, melhora do controle glicêmico e da pressão arterial, Kolotkin e cols. (2001) enumeram uma série de outros benefícios associados à perda ponderal como melhora do funcionamento sexual – avaliado em termos de interesse sexual, prazer e freqüência –, aumento das atividades físicas e sociais, e melhora da imagem corporal, inferida pela diminuição da esquivas a olhar-se no espelho. Portanto, o emagrecimento para indivíduos obesos tem impacto na saúde física, psicológica e social, com tendência à melhora de sua qualidade.

Atualmente, as principais abordagens para o tratamento da obesidade são a modificação comportamental, orientação dietética, farmacoterapia e a operação bariátrica (Segal & Fandiño, 2002). De um modo geral, os tratamentos não-cirúrgicos resultam em uma perda média de até 10% do peso corporal, sendo efetivos somente no curto prazo (Cooper & Fairburn, 2001; Wadden, Sarwer & Berkowitz, 1999). De acordo com Segal e Fandiño (2002), 95% dos pacientes submetidos às terapêuticas convencionais recuperam os seus pesos iniciais em até dois anos, enquanto aqueles submetidos ao tratamento cirúrgico apresentam uma perda ponderal substancial e boa manutenção da perda a longo prazo (Cooper & Fairburn, 2001).

A cirurgia bariátrica se desenvolveu ao longo de três tipos de procedimento: restritivo, malabsortivo e malabsortivo-restritivo (Buchwald, 2002). Dentre as técnicas cirúrgicas reconhecidas pelo Consenso Latino Americano de Obesidade encontram-se a gastroplastia vertical com bandagem ou técnica de Mason, a Lap Band, a gastroplastia com derivação gastro-jejunal ou técnica de Fobi-Capella e a técnica de Scorpinaro (Buchwald, 2002; Segal & Fandiño, 2002; Shippey & Macedônia, 2003).

Apesar de apresentar resultados mais duradouros e eficazes para grandes obesos, o sucesso do tratamento cirúrgico depende substancialmente da modificação dos hábitos alimentares e da adesão às recomendações médicas, da mesma forma que nas abordagens tradicionais de tratamento da obesidade (Ray & cols., 2003). Isso significa que o trabalho e acompanhamento das variáveis psicológicas inerentes ao processo de controle ponderal não podem ser negligenciados no pré-operatório e nem no pós-operatório.

Conforme expõe Segal e Fandiño (2002), estudos e relatos de caso mostram que de um modo geral pacientes submetidos à operação bariátrica apresentam uma consistente melhora da qualidade de vida e dos quadros depressivos, ansiosos, alimentares e de insatisfação com a imagem corporal. Todavia, apesar dos inúmeros benefícios proporcionados pela perda ponderal, conseqüências negativas também podem ser observadas em alguns pacientes obesos com rápida uma perda ponderal. Bocchieri e cols. (2002) ressaltam a dificuldade do paciente para se ajustar às demandas do aumento na aceitação social, de conciliar as mudanças do novo estilo de vida com relacionamentos pré-operatórios incompatíveis, de adaptar-se a atividades laborais ou sociais que envolvem alimento e de enfrentar possíveis sentimentos de inveja e ciúmes advindos do seu ambiente social devido sua rápida perda de peso.

Apesar do emagrecimento ser algo desejável para a população superobesa, pesquisas começam a evidenciar que a perda ponderal não é suficiente para assegurar uma melhora em todos os aspectos da qualidade de vida. Velcu, Adolphine, Mourelo, Cottam e George Angus (2005), ao analisar a qualidade de vida e mudanças na condição empregatícia de obesos submetidos a cirurgia bariátrica Roux-en-Y, observaram que 27 dentre 41 pacientes estavam desempregados no pré-operatório, época em que o IMC médio era de 53,4 kg/m². Cinco anos após a operação, com um IMC médio de 31,2 kg/m², apenas quatro dos inicialmente desempregados encontraram trabalho, apesar do sucesso da perda ponderal a longo prazo e da

melhora na qualidade de vida observados na amostra. De acordo com os autores, esses dados evidenciam que o impacto socioeconômico da obesidade mórbida persiste após a operação, comprometendo a qualidade de vida desses indivíduos.

Outra evidência da persistência de uma pobre qualidade de vida após o emagrecimento pode ser obtida no relato de caso de Omalu e cols. (2005). Eles estudaram três casos de suicídio ocorridos 12, 26 e 27 meses após a realização da cirurgia bariátrica. As principais regularidades encontradas nesse estudo foram o sucesso no controle da obesidade – IMC pré-operatório e pré-morte para esse grupo era em média 39.7 kg/m² e 25.5 kg/m², respectivamente – e a persistência no pós-operatório do transtorno depressivo maior registrado no pré-operatório.

Conforme exposto, tratamentos cirúrgicos para obesidade resultam em mudanças significativas no ambiente do indivíduo devido à rápida perda de peso. Todavia, apesar da redução ponderal, muitos obesos continuam a apresentar uma baixa qualidade de vida. A literatura médica, cada vez mais, tem avaliado o sucesso do tratamento para obesidade de acordo com três fatores: a perda ponderal, saúde física e a qualidade de vida após a redução ponderal.

Reforçadores

A Análise do Comportamento, ciência embasada pela filosofia do Behaviorismo Radical, tem como um dos seus principais objetivos identificar relações funcionais entre padrões comportamentais e variáveis ambientais. Dessa forma, busca entender a interação organismo-ambiente através do exame das contingências em vigor. Nessa análise, eventos que sucedem o comportamento são fundamentais por alterarem a probabilidade futura do comportamento (Skinner, 1953/1998).

Reforçamento é o princípio fundamental do comportamento operante e um dos princípios mais aplicados da análise do comportamento (Ferster, Culbertson & Boren 1968/1977; Vollmer & Hackenberg, 2001). Ele descreve o aumento da probabilidade futura de um operante que foi sucedido por um estímulo. Reforçadores, portanto, são definidos por seus efeitos em elevar a taxa futura de um comportamento operante.

De modo geral, os sabores doce e salgado contribuem para a palatabilidade dos alimentos e são bem aceitos por seres humanos. A percepção desses sabores nos alimentos tende a promover sua ingestão. Sabores azedo ou amargo, por outro lado, contribuem para reduzir a

palatabilidade dos alimentos e tendem a ser rejeitados por humanos especialmente quando em alta concentração. Embora a sensibilidade a esses sabores seja semelhante entre pessoas magras e obesas, a literatura tem apontado um aumento na sensibilidade a sabores amargos ou azedos e uma redução na sensibilidade a sabores doce ou salgados entre grandes obesos após o tratamento cirúrgico (Nasser, 2001).

Um evento não terá a mesma função para um dado comportamento em diferentes momentos ou contextos; ao contrário, o evento poderá não exercer qualquer efeito sobre o comportamento ou poderá exercer efeitos diferentes, como reforçamento e punição. Baldwin e Baldwin (no prelo) sugerem, por exemplo, que os estímulos sejam entendidos em um *continuum* com funções reforçadoras e punitivas em cada extremo e com função neutra no meio do *continuum*. De uma maneira geral, os estímulos se deslocarão ao longo desse contínuo exercendo diferentes funções de acordo com o contexto atual, a história de vida e os níveis de privação e saciedade.

Os reforçadores podem se classificar em incondicionados ou condicionados. Os reforçadores incondicionados referem-se à classe de eventos cujo poder de aumentar a probabilidade do comportamento se constituiu a partir da história filogenética de determinada espécie. Alimento, água, sexo e calor são alguns exemplos dessa classe de reforçadores que também é denominada de reforçadores inatos ou primários (Skinner, 1953/1998).

Reforçadores condicionados referem-se à classe de estímulos que adquiriu seu poder para fortalecer o comportamento devido uma história passada de pareamento com reforçadores primários, durante a ontogênese do indivíduo. Por dependerem da história de condicionamento individual, os reforçadores condicionados são mais variáveis e menos previsíveis para cada indivíduo do que os reforçadores incondicionados. Em qualquer situação, para reconhecer a função reforçadora de um estímulo, é necessário observar seu efeito sobre a ocorrência da resposta à qual ele segue (Skinner, 1953/1998).

O emparelhamento de um reforçador condicionado a mais de um reforçador primário ou secundário dá origem a reforços generalizados. Contextos sociais, onde o reforçamento é mediado por outra pessoa, são ocasiões que possibilitam o desenvolvimento de importantes reforçadores generalizados como a atenção, aprovação e afeto (Skinner, 1953/1998). Sorrisos, sinais de interesse e elogios podem se tornar reforçadores condicionados quando seguidos por

abraços, cuidados e outros reforçadores (Baldwin & Baldwin, no prelo). A literatura mostra, também, que a efetividade da aprovação verbal é fortalecida pelo sorriso e pelo contato físico e que o contexto geral de reforçamento pode modular a efetividade de um reforçador particular (Vollmer & Hackenberg, 2001).

Dois tipos de controle podem ser exercidos sobre o comportamento, o controle positivo e o negativo. O controle positivo ocorre por reforçamento positivo e o controle negativo ocorre por punição ou por reforçamento negativo. Os indivíduos respondem de modo diferente a esses controles, engajando-se em comportamentos que resultam em reforçadores e evitam punições (Baldwin & Baldwin, no prelo).

O reforçamento positivo consiste em elevar a probabilidade futura de um comportamento pela apresentação de um estímulo. No reforçamento negativo, esse processo de fortalecimento operante ocorre pela supressão de um estímulo aversivo. Respostas de fuga e esquiva são exemplos típicos de comportamentos que levam ao reforço negativo. A fuga é o comportamento que tem como consequência a supressão do estímulo aversivo presente e a esquiva adia a ocorrência dessa estimulação (Skinner, 1953/1998).

A punição se refere à redução da probabilidade futura da resposta pela apresentação de um estímulo aversivo ou pela remoção de uma consequência reforçadora contingente ao comportamento. Alguns efeitos da punição têm sido apontados ao avaliar sua aplicação para o controle do comportamento: (a) aparecimento de respostas emocionais; (b) surgimento de respostas de fuga e esquiva; (c) adoção do agente punitivo como modelo para o uso futuro da punição (Skinner, 1953/1998).

De um modo geral, a cultura e a tecnologia funcionam para aumentar o contato com eventos reforçadores e reduzir nossa exposição a eventos punitivos. A medicina, por exemplo, propicia melhor qualidade de vida à medida que protege o indivíduo de doenças e o auxilia a ser mais saudável (Baldwin & Baldwin, no prelo). Nesse sentido, evidências científicas sobre a melhora da saúde física e bem-estar psicológico reforçam a adoção do tratamento cirúrgico para controle da obesidade. Do mesmo modo alimentos com alto teor calórico e muito palatáveis explicam em parte a manutenção de hábitos alimentares inadequados. Consequências de curto prazo exercem maior controle sobre o comportamento do que consequências de longo prazo (Skinner, 1953/1998). Embora a ingestão de alimentos calóricos por um período prolongado possa

contribuir para o desenvolvimento da obesidade (Nasser, 2001), a ingestão parece ser melhor controlada pela aquisição do alimento do que pelo desenvolvimento da obesidade.

Alguns estímulos são aversivos porque constituem a ocasião para uma redução na frequência do comportamento ou para a cessação do reforçamento positivo. Por exemplo, ao impedir que o organismo emita comportamentos que resultem em reforçadores positivos, os estímulos impeditivos adquirem propriedades aversivas. Barreiras arquitetônicas que impedem ou dificultam a locomoção podem se tornam estímulos aversivos. Por outro lado, há respostas que, às vezes, são reforçadas porque são incompatíveis com algum estímulo altamente aversivo (Ferster e cols., 1968/1977). Por exemplo, realizar atividade de lazer em casa pode ser reforçado por evitar as conseqüências da exposição social. Piadas e apelidos depreciativos direcionados a pessoas obesas na rua podem ser evitados se ela permanecer em casa. Esse comportamento, negativamente reforçado, é um exemplo de comportamento de esquiva, onde a exposição pública é evitada ou posposta.

Avaliação psicológica de candidatos ao tratamento cirúrgico da obesidade

A Psicologia da Saúde institui-se formalmente no final da década de 70 impulsionada pela retomada do modelo biopsicossocial, pelos avanços tecnológicos na medicina e farmacologia e pelo aumento na incidência de doenças crônicas (Guimarães, 1999). A concepção unidimensional de saúde proposta pelo modelo biomédico se enfraquece com a identificação de etiologias comportamentais e sociais de morbidade e mortalidade, fortalecendo cada vez mais a concepção multidimensional de saúde estabelecida pela OMS desde 1946.

Considerando os quatro pilares constitutivos do campo de saúde propostos pelo Relatório Lalonde, estima-se que 50% das causas de mortes prematuras possam ser relacionadas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida; 20% a fatores ambientais; 20% à biologia humana e 10% a cuidados de saúde inadequados (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005). No caso da obesidade, o baixo percentual de casos causados por doenças endócrinas ou genéticas bem definidas remete a importância da etiologia comportamental e à necessidade da intervenção psicológica (Cataneo & cols., 2005).

Ao identificar fatores cognitivos e comportamentais preditores da saúde, a produção científica psicológica tem desenvolvido modelos explicativos da influência saúde-comportamento a

fim de subsidiar intervenções voltadas à promoção, prevenção e tratamento de doenças. Uma variedade de doenças e condições – como a obesidade, câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, abuso de substâncias, gravidez – tem sido beneficiada com intervenções que buscam modificar o ambiente dos pacientes, sua resposta aos estímulos e seus pensamentos, crenças, sentimentos e atitudes disfuncionais em relação à saúde (Capitão & cols., 2005).

Nesse sentido, a avaliação psicológica em contextos de saúde deve ser alicerçada no binômio prática-pesquisa para subsidiar de modo adequado processos de decisão acerca do diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico. Capitão e cols. (2005), propõem que a detecção precoce de problemas comportamentais e de distúrbios psicológicos pode significar a adoção de um tratamento mais adequado e de melhor qualidade, a diminuição do sofrimento e de custos operacionais institucionais.

Uma abordagem multidisciplinar que geralmente inclui intervenções psicológicas é fundamental no tratamento cirúrgico da obesidade (Grothe, Dubbert & O’Jile, 2006; Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004). As terapêuticas tradicionais para perda de peso geralmente não proporcionam uma redução de peso significativa nem duradoura e a recuperação ponderal é comum após a finalização desses tratamentos, chegando a níveis de sobrepeso ainda mais elevados que os anteriores. Esse insucesso é atribuído a uma intervenção que privilegia o biológico, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento (Travado & cols., 2004).

Com o advento e evolução das técnicas cirúrgicas para tratamento da obesidade, é comum conceber a cirurgia bariátrica como a *tábua de salvação* e depositar no cirurgião e na cirurgia todas as esperanças e expectativas. Conforme alerta Travado e cols. (2004), a crença do *milagre cirúrgico* poderá colocar em risco o êxito do tratamento pela ênfase irrealista na parte biológica e conseqüente *desresponsabilização* que poderá implicar por parte do paciente. De acordo com Valley e Grace (em Travado & cols, 2004), “um obeso que consiga uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente precipitando complicações médicas, não pode ser considerado sucesso terapêutico, ou seja, é um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas” (p. 534).

Diante desse contexto, a avaliação de pacientes, seleção criteriosa e educação pré e pós-operatórias têm sido consideradas de extrema relevância para pessoas obesas candidatas à

cirurgia bariátrica (Grothe & cols., 2006). O psicólogo da saúde, como integrante de equipes multidisciplinares para tratamento da obesidade, deverá subsidiar suas ações pela identificação de fatores cognitivos, comportamentais, psiquiátricos e emocionais que possam influenciar o sucesso da perda de peso e promover a adesão permanente do paciente aos seus requisitos comportamentais pós-operatórios (Grothe & cols., 2006; Travado & cols., 2004).

A avaliação psicológica é um processo científico (Capitão & cols., 2005; Range & Silveiras, 2001) que implica objetivos claros para coleta de informações sobre amostras de comportamento do indivíduo, seu ambiente e a relação entre eles. A avaliação psicológica utiliza instrumentos e ferramentas específicas para atingir seus objetivos e extrair uma conclusão, podendo ou não se valer de instrumentos psicométricos padronizados (Capitão & cols., 2005).

Na avaliação psicológica de candidatos ao tratamento cirúrgico da obesidade, um estudo envolvendo 194 centros de assistência americanos apontou que 98,5% utilizam entrevistas clínicas, 68,6% inventários, 63,4% testes psicopatológicos ou de personalidade entre outros recursos (Fabricatore, Crerand, Wadden, Sarwer & Krasucki, 2006). Os principais aspectos avaliados em candidatos à cirurgia bariátrica envolve (a) sintomas atuais de depressão, ansiedade, psicoses, (b) abuso de substâncias, (c) desordens alimentares, (d) história de abuso ou trauma, (e) tratamentos psiquiátricos anteriores, (f) estressores psicológicos, (g) disponibilidade de apoio social e (h) expectativas sobre os resultados da perda ponderal cirúrgica (Grothe & cols., 2006). De modo geral, a investigação desses fatores se justifica devido à alta incidência de certos distúrbios em obesos que procuram tratamento ou devido o impacto que pode acarretar na adesão ao tratamento.

De acordo com Collazo-Clavell, Clark, McAlpine e Jensen (2006), pelo menos metade dos pacientes encaminhados ao tratamento cirúrgico da obesidade relatam ter distúrbios psiquiátricos do Eixo I e II ou motivação instável ou baixa para a cirurgia. As psicopatologias mais comuns encontradas em obesos grau III são depressão maior seguida por distúrbios de ansiedade e compulsão alimentar (Grothe & cols., 2006; Sarwer & cols., 2004). Essas condições psiquiátricas e outras como abuso de substâncias e até mesmo sintomas psiquiátricos sem significado clínico devem ser avaliados porque podem interferir na habilidade e motivação para manter as mudanças comportamentais e alimentares desde antes da cirurgia.

Uma cuidadosa investigação deve ser realizada para detecção de comportamentos

alimentares disfuncionais como a alimentação noturna, comportamentos compensatórios (uso de laxantes, purgação, exercícios excessivos), alimentação emocional, petisco continuado, ingestão de largas porções de comida em episódios alimentares muito espaçados e compulsão alimentar. Essa avaliação é imprescindível devido às implicações que tais comportamentos podem ter sobre os resultados do tratamento (Grothe & cols., 2006).

A literatura mostra resultados inconsistentes em relação ao efeito preditor da compulsão alimentar sobre os resultados pós-operatórios. Grothe e cols. (2006) sugerem que vômitos recorrentes após a cirurgia podem ser sinais de tentativas mal-sucedidas de comer compulsivamente, embora muitos estudos relatem uma redução significativa da compulsão alimentar no pós-operatório.

A história de abuso sexual e estresse pós-traumático também não se apresentam de modo claro como indicadores prognósticos. Bauchowitz & cols., 2005 investigaram a incidência de contra-indicação cirúrgica devido a história de abuso sexual sofrido pelo paciente e não encontram nenhum caso de contra-indicação definitiva por esse motivo.

A história clínica de tratamento psicológico ou psiquiátrico também não constitui um critério universal de contra-indicação para a cirurgia. Sarwer e cols. (2004) avaliaram 90 candidatos à cirurgia bariátrica e identificaram 56 deles com pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. Desses pacientes, 35 recebiam tratamento psicológico/psiquiátrico como farmacoterapia (22), psicoterapia (3) ou ambos (9); e apenas três pacientes foram totalmente contra-indicados para a cirurgia. Dos 58 participantes da amostra operados, 28 tinham algum diagnóstico psiquiátrico. Grothe e cols. (2006) sugerem que tal histórico pode até mesmo ser considerado um prognóstico de perda ponderal após a cirurgia. Bauchowitz e cols. (2005) relataram que 34 a 44% de médicos entrevistados consideravam que a hospitalização psiquiátrica nos últimos 12 meses ou o histórico de depressão eram fatores de contra-indicação definitiva para a cirurgia.

A avaliação da prontidão para perder peso e das expectativas sobre os resultados da perda é necessária para detectar expectativas irrealistas sobre as perdas ponderais, comuns entre obesos (Elfhag & Rössner, 2005). A cirurgia geralmente resulta em uma perda média de 60% do excesso de peso, indicando que alguns pacientes permanecem com sobrepeso após a cirurgia (Ray & cols., 2003). Da mesma forma, os conhecimentos sobre o tratamento e suas seqüelas, a história de adesão a recomendações médicas e as tentativas prévias de perda ponderal devem

constar dos protocolos psicológicos para avaliar a probabilidade de sucesso dos pacientes. Os aspectos positivos do sobrepeso também devem ser considerados a fim de preparar os pacientes para qualquer consequência psicológica negativa que a perda ponderal pode ocasionar (Grothe & cols., 2006).

Uma pobre rede de apoio social tem sido apontada como uma possível ou completa contra-indicação à cirurgia bariátrica (Bauchowitz & cols., 2005), uma vez que esse aspecto pode afetar a habilidade do paciente em atingir uma perda ponderal bem sucedida e aderir a modificações de estilo de vida. Grothe e cols. (2006) ressaltam que a perda ponderal rápida pode ter impacto sobre as relações interpessoais do paciente, sendo vantajoso que eles reconheçam tais aspectos antes da cirurgia. Os autores ainda sugerem que o apoio social antes de depois da cirurgia seja avaliado através do auto-relato e da entrevista com um familiar ou amigo.

De modo geral, a avaliação psicológica para a perda ponderal cirúrgica focaliza áreas do funcionamento psicossocial que podem afetar os resultados da cirurgia como desordens psiquiátricas, funcionamento cognitivo, adesão ao tratamento, apoio social e expectativas de perda ponderal. Todavia, essas avaliações são necessárias para cumprir tanto as diretrizes nacionais de tratamento da obesidade devido sua natureza comportamental quanto as diretrizes preventivas. Identificar e intervir no manejo de condições psiquiátricas desses pacientes é uma das tarefas do psicólogo da saúde (Grothe & cols., 2006).

A forma como a avaliação psicológica de candidatos à cirurgia bariátrica é conduzida varia muito (Fabricatore & cols., 2006). Entre 81 programas avaliados por Bauchowitz e cols., (2005), 70,4% adotavam protocolos informais e 22,7% adotavam protocolos formais e escritos para avaliação psicológica. Desses programas, 25,9% empregavam profissionais de saúde mental, embora 83,9% considerassem a avaliação psicológica importante ou muito importante. Na maioria dos programas, a avaliação psicossocial era conduzida por psicólogos (82,7%) ou médicos psiquiatras (37%).

Ambulatório de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília

De acordo com informações disponíveis no *site* do Ministério da Saúde, (http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=17588) o tratamento cirúrgico da obesidade no Brasil é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

desde 2001, quando foi regulamentado. Atualmente, existem em torno de 52 unidades de assistência cadastradas para a realização da cirurgia bariátrica no país. O número de procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade segue um ritmo crescente. Em 2003, foram realizadas 1813 cirurgias bariátricas; em 2004, esse número alcançou mais de 2000 cirurgias e até setembro de 2005 já haviam sido realizadas 1600 cirurgias bariátricas pelo SUS ao custo de 5,3 milhões de reais.

O Hospital Universitário de Brasília (HUB), através do Programa de Pesquisa e Assistência em Obesidade (PASSO), é o único da rede pública do Distrito Federal a oferecer tratamento cirúrgico pelo Sistema Único de Saúde. O PASSO foi concebido dentro de uma abordagem multidisciplinar da obesidade, sendo composto por profissionais com diferentes formações como médicos endocrinologistas e cirurgiões, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas.

Atualmente, o serviço de Psicologia atende apenas os portadores de obesidade grau III com indicação cirúrgica e em acompanhamento endocrinológico e nutricional pelo PASSO. O atendimento psicológico se inicia com uma entrevista clínica para encaminhamento ao grupo de treinamento pré-operatório ou à psicoterapia, se alguma contra-indicação for detectada.

O treinamento pré-operatório consiste em sessões semanais grupais, com até dez participantes e duração mínima de quatro meses. O objetivo desse treinamento é desenvolver um repertório de auto-cuidados adequado às condições pós-operatórias, orientar os familiares sobre a necessidade de participação no tratamento e avaliar continuamente o paciente a fim de estabelecer o momento mais adequado para a realização da cirurgia bariátrica.

Reuniões da equipe multidisciplinar são realizadas para discussão dos casos e apreciação das indicações e contra-indicações e tomada de decisão sobre o tratamento. Após a operação, o paciente retorna ao acompanhamento ambulatorial nas diferentes especialidades em caráter permanente. O atendimento psicológico pós-operatório consiste em promover a manutenção do repertório adquirido, manejar de situações adversas, desenvolver novas habilidades diante da demanda biopsicossocial do paciente e promover a adaptação às novas condições clínicas e psicológicas.

Justificativa

Esse estudo busca a identificação de variáveis limitadoras do acesso a reforçadores por

parte de grandes obesos. É esperado que o entendimento sobre os padrões comportamentais pré e pós-operatórios auxilie na elaboração e escolha de técnicas de intervenção mais adequadas para a promoção da qualidade de vida e de repertórios de enfrentamento adequados ao contexto de obesidade, emagrecimento e restrição gástrica.

Objetivo

O estudo foi conduzido para descrever e analisar a variação na disponibilidade e no acesso a reforçadores em ambientes naturais entre grandes obesos antes e após o tratamento cirúrgico da obesidade. Especificamente foram respondidas as seguintes perguntas:

1. Que reforçadores são disponíveis no ambiente natural para o portador de obesidade grave antes e após a gastroplastia?
2. Que reforçadores disponíveis são acessíveis ao portador de obesidade grave antes e após a operação?
3. Que variáveis, se alguma, definem a variação na disponibilidade e na acessibilidade de reforçadores naturais no pós-operatório?
4. Como se comparam o custo da resposta para acesso aos reforçadores antes e depois da operação?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldwin, J.D. & Baldwin, J.I. (no prelo). *Princípios do comportamento na vida diária*. (L.F. Ciruffo, M.J.E. Vasconcellos, S.R.C. Pereira, S.S. Castanheira, Trad.).
- Bauchowitz, A.U., Gonder-Frederick, L.A., Olbrisch, M.E., Azarbad, L., Ryee, M.Y., Woodson, M., Miller, A. & Schirmer, B. (2005). Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosomatic Medicine*, 67, 825-832.
- Bocchieri, L.E., Meana, M, & Fisher, B.L. (2002). A review of psychological outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 155-165.
- Brown, P.J. (1992). The biocultural evolution of obesity: an anthropological view. In: P.Björntorp & B.N. Brodoff (Orgs.), *Obesity* (pp.320-329). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Buchwald, H. (2002). Overview of Bariatric Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 194, (3), 367-375.
- Capitão, C.G., Scortegagna, S.A. & Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 75-82.
- Cataneo, C., Carvalho, A.M.P. & Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.
- Collazo-Clavell, M.L., Clark, M.M., McAlpine, D.E. & Jensen, M.D. (2006). Assessment and preparation of patients for bariatric surgery. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(10), S11-S17.
- Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour research and therapy*, 39, (5), 499-511.
- Dixon, J.B., Dixon, M.E. & O'Brien, P.E. (2001). Quality of life after lap-band placement: influence of time, weight loss and comorbidities. *Obesity research* 9, (11), 713-721.
- Doll, H.A., Petersen, S.E.K. & Stewart-Brown, S.L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity research*, 8(2), 160-170.
- Elfhag, K. & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain.

- Fabricatore, A.N., Crerand, C.E., Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Krasucki, J.L. (2006). How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obesity Surgery*, 16 (5), 567-573.
- Fabricatore, A.N. & Wadden, T.A. (2003). Psychological functioning of obese individuals. *Diabetes Spectrum*, 16(4), 245-252.
- Ferster, C.B., Culbertson, S. & Boren, M.C.P. (1977). Princípios do comportamento. (M.I.Rocha e Silva, M.A.C Rodrigues, M.B.L. Pardo, Trad.). São Paulo: Editora Hucitec. (Trabalho originalmente publicado em 1968).
- Grothe, K.B., Dubbert, P.M. & O'Jile, J.R. (2006). Psychological assessment and management of the weight loss surgery patient. *The American Journal of the Medical Sciences* , 331(4), 201-206.
- Guimarães, S.S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. Em: R.R.Kerbaui (org.) *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. São Paulo: ARBytes Editora.
- Halpern, Z.S.C., Rodrigues, M.D.B. & da Costa, R.F. (2004). Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 150-153.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). Excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos. (Comunicação social de 16/12/2004). Retirado em 01/03/2005, do IBGE (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*), http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=278
- King, E.B., Shapiro, J.R., Hebl, M.R., Singletary, S.L. & Tuner, S. (2006). The stigma of obesity in customer service: a mechanism for remediation and bottom-line consequences of interpersonal discrimination. *Journal of Applied Psychology*, 91(3), 579-593.
- Kolotkin, R.L., Meter, K, & Williams, G.R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity reviews*, 2, 219-229.
- Kushner, R. (2005). Diets, drugs, exercise, and behavioral modification: where these work and where they do not. *Surgery for obesity and related diseases*, 1, 120-122.
- Maciejewski, M.L., Patrick, D.L. & Williamson, D.F. (2005). A structured review of randomized controlled trials of weight loss showed little improvement in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 568-578.

- Mancini, M.C. (2001). Obstáculos Diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 45(6), 584-608.
- Mancini, M.C. (2004). Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. Em: A.B. Garrido Jr. (Orgs.), *Cirurgia da Obesidade* (pp.1-7). São Paulo: Editora Atheneu.
- Mathus-Vliegen, E.M., de Weerd, S. & de Wit, L.T. (2004). Health-related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Surgery*, 135(5), 489-497.
- Nasser, J. (2001). Taste, food intake and obesity. *Obesity reviews* 2, 213-218.
- Omalu, B.I., Cho, P., Shakir, A.M., Agumadu, U.H., Rozin, L., Kuller, L.H & Wecht, C.H. (2005). Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surgery for obesity and related diseases*, 1, 447-449.
- Peters, J.C., Wyatt, H.R., Donahoo, W.T. & Hill, J.O. (2002). From instinct to intellect: the challenge of maintaining healthy weight in the modern world. *Obesity reviews*, 3, 69-74.
- Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2003a). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity reviews*, 4, 213-227.
- Puhl, R. & Brownell, K.D. (2003b). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating behaviors*, 4, 53-78.
- Range, B. & Silveiras, E.F.M. (2001). Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis. Em: B. Range. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: ARTMED.
- Ray, E.C., Nickels, M.W., Sayeed, S. & Sax, H.C. (2003). Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery*, 134, 555-564.
- Sarwer, D.B., Cohn, N.I., Gibbons, L.M., Magee, L., Crerand, C.E., Raper, S.E., Rosato, E.F., Williams, N.N. & Wadden, T.A. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 14, 1148-1156.
- Segal, A. & Faniño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, suplemento III, 68-72.
- Shippey, S.H. & Macedonia, C.R. (2003). Surgical treatment of extreme obesity. *Primary care update obstetrics and Gynecology*, 10, (6), 278-283.

- Singh, D. (2004). Mating strategies of young women: role of physical attractiveness. *The Journal of Sex Research*, 41(1), 43-54.
- Skidmore, P.M.L. & Yarnell, J.W.G. (2004). The obesity epidemic: prospects for prevention. *QJM: An International Journal of Medicine*, 97, 817-825.
- Skinner, B.F. (1998). *Ciência e comportamento humano*. (J.C. Todorov, R. Azzi, Trad.). São Paulo: Papyrus. (Trabalho originalmente publicado em 1953)
- Skinner, B.F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. (A.L. Néri, Trad.). Campinas: Papyrus. (Trabalho originalmente publicado em 1989)
- Speakman, J.R. (2004). The integrated roles of environment and genetics. *The Journal of Nutrition*, 134, 2090S-2105S.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 533-550.
- Velcu, L.M., Adolphine, R., Mourelo, R., Cottam, D.R. & George Angus, L.D. (2005). Weight loss, quality of life and employment status after Roux-en-Y gastric bypass: 5-year analysis. *Surgery for obesity and related diseases*, 1, 413-417.
- Vollmer, T.R. & Hackenberg, T.D. (2001). Reinforcement contingencies and social reinforcement: some reciprocal relations between basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 241-253.
- Wadden, T.A. & Phelan, S. (2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obesity research*, 10, suplemento 1, 50S-57S.
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B. & Berkowitz, R.I. (1999). Behavioural treatment of the overweight patient. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 13(1), 93-107.
- Wardle, J. & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice and Research Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440.
- World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. (WHO technical report series n° 894). Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). Obesity and overweight. Retirado em 15/09/2005, da WHO

(*World Health organization*),

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/index.html>

ANEXOS

Anexo 1

Roteiro de entrevista semi-estruturada

versão não-operado

7) O que você faz no seu tempo livre para se divertir?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistir televisão | <input type="checkbox"/> clube | <input type="checkbox"/> restaurante/lanchonetes |
| <input type="checkbox"/> atividades manuais(bordar/crochê) | <input type="checkbox"/> dormir | <input type="checkbox"/> visitar parentes/amigos |
| <input type="checkbox"/> bar | <input type="checkbox"/> esportes | <input type="checkbox"/> zoológico/parques |
| <input type="checkbox"/> brincar com filhos/netos | <input type="checkbox"/> festas/casamentos/formaturas | <input type="checkbox"/> não tem lazer. |
| <input type="checkbox"/> cinema/teatro | <input type="checkbox"/> igreja | <input type="checkbox"/> outros. Especifique: |
| <input type="checkbox"/> cozinhar | <input type="checkbox"/> passear no comércio | _____ |

Há algo difícil ou desagradável que acontece quando você está/vai _____?

(Nome da atividade desenvolvida)

8) Há alguma atividade de lazer que você gostaria de fazer e que por algum motivo não faz?

Por que?

9) Você costuma evitar situações sociais como festas, casamentos, restaurantes/lanchonetes, visitas a casa de amigos, barzinhos? Por que?

10) Você pratica alguma atividade física regularmente?

- Sim. Qual? caminhada futebol musculação natação
 outros. Especifique: _____

Como você se sente durante o exercício? Você gosta?

Não. Por que?

11) Eu vou citar alguns meios de transporte e gostaria que você me dissesse com qual frequência você utiliza tais meios de transporte para sua locomoção no dia-a-dia. Eu peço que você me diga se os utiliza (1) freqüentemente, (2) raramente ou (3) nunca.

- carro – dirige ou depende de outros: 1 / 2 / 3
 metrô: 1 / 2 / 3
 ônibus: 1 / 2 / 3
 van: 1 / 2 / 3
 outros. Especifique: _____

Se freqüentemente: Por que esse é o principal meio de transporte?

Se raramente: Por que não utiliza com mais frequência? Há algo difícil ou desagradável que acontece quando você usa esse meio de transporte?

Se nunca: Por que não utiliza?

12) Como você se sente ao utilizar o transporte público?

(Se desagradável) Por que?

13) Você tem carteira de habilitação?

() Sim. Costuma dirigir? () Sim. Você tem alguma dificuldade para dirigir?

() Não. Por que?

() Não. Por que?

14) Como você se sente com relação a seu corpo? Por que?

15) O que você mais gosta em você? Por que?

16) O que você menos gosta em você? Por que?

17) Há situações em que você se sente inferior aos outros ou que você tenha se sentido humilhada?

() Sim. Quais são elas?

O que você faz quando vivencia essas situações?

() Não.

18) Nos diferentes grupos sociais que você frequenta, como família, vizinhança, trabalho, escola, igreja, você se sente aceita pelos outros?

() Sim. Como você sabe disso?

() Não. Como você sabe disso?

19) Você tem ou já teve apelidos?

() Sim. Qual(is)? _____

Seus apelidos são/foram sempre referentes ao corpo/personalidade/situações?

Como você se sente/sentia quando te chamam/chamavam pelo apelido?

() Não.

20) Você toma a iniciativa de abraçar, beijar, tocar as pessoas que você gosta?

() Sim.

() Não. Por que?

21) As pessoas tomam a iniciativa de abraçar, beijar e tocar você?

() Sim.

() Não. Por que você acha que elas não demonstram carinho?

22) Você recebe críticas?

Sim. De quem? _____

Quais são as críticas mais freqüentes?

O que você faz quando recebe essas críticas? -

Não.

23) Você faz amizades com facilidade?

Sim. Tem muitos amigos?

Não. Por que?

24) Se eu tivesse conversando agora com um amigo(a) seu(sua) sobre você, o que você acha que ele(ela) diria a seu respeito? Por que?

25) As pessoas lhe dão atenção?

Sim. Em que situações?

Não. Por que você acha que as pessoas se comportam assim?

26) Com que freqüência você fala ou encontra seus amigos?

mensalmente semanalmente diariamente

27) Quando você tem algum problema ou dificuldade, você se sente compreendido(a) e apoiado(a) por seus amigos e familiares?

Sim. Como eles demonstram isso?

Não. Por que?

28) Você recebe elogios?

Sim. De quem? _____

O que as pessoas elogiam em você?

Não. Por que você acha que não recebe elogios?

29) Você é paquerada?

Sim. Por que você acha que te paqueram?

Não. Por que você acha que não é paquerada?

Por que você a(s) evita?

39) Existe algum tipo de roupa que você gostaria de usar mas não usa?

Por que você não as usa?

40) Você encontra sua numeração de roupa no comércio de um modo geral, como feiras e lojas?

Sim. Essa é a principal forma de você adquirir suas roupas?

Sim. Por que?

Não. Quais as outras formas? costureira

fabricação própria

outros. Especifique:

Por que você prefere _____ ao comércio?

(Forma de compra assinalada)

Não. Então, onde você compra suas roupas? costureira

fabricação própria

outros. Especifique:

Por que você prefere _____ ao comércio?

(Forma de compra assinalada)

41) Você está trabalhando atualmente?

Sim. Em que? _____ Há quanto tempo? _____

Como arrumou esse emprego?

Você gosta desse trabalho? Sim. Não. Por que?

Pretende continuar nele? Sim. Não. Por que?

Não. Por qual razão? não tem experiência não consegue arrumar emprego

sente-se discriminado não sabe como arrumar trabalho

nunca trabalhou está de licença. Que tipo? _____

teve que parar outros. Especifique: _____

Detalhamento do motivo: _____

Se houver histórico profissional:

42) Ao longo da sua vida profissional, você já foi promovido?

Sim. A que você atribui sua promoção?

Não. Como você explica o fato de não ter recebido promoções?

43) No último ano, quantas vezes você tirou licença ou se ausentou do trabalho para cuidar da própria saúde?

nenhuma _____

Que problemas de saúde impediram seu comparecimento ao trabalho?

44) Você, alguma vez, foi demitido?

Sim. Por qual razão?

Não.

45) Você já tomou a iniciativa de pedir demissão?

Sim. Por qual motivo?

Não.

46) Como é o seu relacionamento com as pessoas do seu trabalho (colegas, chefes)?

Por que você sente que é assim?

* * *

47) Como você avalia sua capacidade de trabalho ao longo do dia?

Por que você avalia dessa forma?

48) Você está estudando atualmente?

Sim.

Não. Por que? Já concluí. Tive que interromper.

Não tenho dinheiro. outros. Especifique: _____

Detalhamento do(s) motivo(s):

49) Há alguma atividade que você teve que interromper, mas que gostaria de voltar a desenvolver?

Sim. Qual/Quais?

Por que teve que parar?

Por que gostaria de voltar?

Não.

50) Você tem problemas de saúde?

Sim. Quais?

Você sabe a causa desse(s) problema(s)?

Não.

51) Como é o seu sono?

51.1.1- contínuo/fragmentado

51.1.2- restaurador/acorda cansado(a)

51.1.3- dificuldade para iniciar o sono

51.1.4- sonolência diurna

Quais as razões de ser assim?

52) Como é o seu humor de um modo geral?

() alegre

() triste/deprimido

() ansioso/irritado/nervoso

() calma/tranquila

() outros. Especifique:

Por que você acha que se sente assim a maior parte do tempo?

53) O que te dá prazer, alegrias em sua vida atual?

54) Existe algo que poderia deixar sua vida mais prazerosa, mais feliz? O quê?

O que impede você de obter tal(is) coisa(s)?

55) Há algo que você gostaria de fazer ou viver que eu não perguntei?

Anexo 2

Roteiro de entrevista semi-estruturada

versão operado

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
GRUPO OPERADO**

Participante:		
Idade: _____ anos	Sexo: () fem. () masc.	Coleta de dados em: ____ / ____ /05
Altura: _____ metros	Peso atual: _____ kg	IMC: _____ kg/m ²
Data da cirurgia: ____ / ____ / ____	Cirurgia realizada:	
Peso operatório: _____ kg	IMC operatório: _____ kg/m ²	
Escolaridade: () Primeiro grau () Segundo grau () Superior		
Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado/desquitado		

1) Quantas vezes e quais refeições você come/comia ao dia?

Desjejum: *antes* / depois

Lanche da tarde: *antes* / depois

Lanche da manhã: *antes* / depois

Jantar: *antes* / depois

Almoço: *antes* / depois

Colaço: *antes* / depois

Belisco: *antes* / depois Especifique: _____

Por que come _____ vezes ao dia? _____

Como você se sente comendo _____ vezes ao dia? _____

Por que comia _____ vezes ao dia? _____

Como você se sentia comendo _____ vezes ao dia? _____

2) Como você avalia a quantidade de comida que você come/comia durante o dia?

Pouca: *antes* / depois

Normal: *antes* / depois

Muita: *antes* / depois

3) Como você costuma/costumava se sentir após a refeição?

satisfeito(a) - *antes* / depois

fome - *antes* / depois

culpado(a) - *antes* / depois

enjoado(a) - *antes* / depois

cheio(a)/empanzinado(a) - *antes* / depois

outros - *antes* / depois. Especifique: _____

Por que? _____

4) Como você avalia a velocidade na qual você se alimenta/alimentava?

Devagar: *antes* / depois

Normal: *antes* / depois

Rápido: *antes* / depois

4.1) Você faz/fazia outras coisas quando está/estava comendo?

Assistir televisão: *antes* / depois

Conversar: *antes* / depois

Andar: *antes* / depois

Cuidar de outras pessoas: *antes* / depois

Outros: *antes* / depois Especifique: _____

5) O que você mais gosta/gostava de comer?

Depois:

Antes:

5.1) Quantas vezes por semana você come/comia essa comida?

Depois:

Antes:

6) Em diferentes situações, como na hora das refeições, em festas e lanches, você sempre come/comia aquilo que tem/*tinha* vontade até ficar satisfeito(a)?

- () Sim: *antes* / depois. Em qualquer situação? _____
 () Não: *antes* / depois. Por que? _____

7) O que você faz/*fazia* no seu tempo livre para se divertir? Marque "A" para ANTES da operação e "D" para DEPOIS da operação bariátrica.

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| () assistir televisão | () clube | () restaurante/lanchonetes |
| () atividades manuais(bordar/crochê) | () dormir | () visitar parentes/amigos |
| () bar | () esportes | () zoológico/parques |
| () brincar com filhos/netos | () festas/casamentos/formaturas | () não tem lazer. |
| () cinema/teatro | () igreja | () outros. Especifique: _____ |
| () cozinhar | () passear no comércio | |

Há/*Havia* algo difícil ou desagradável que acontece/*acontecia* quando você está-vai/*estava-ia*?

Depois:

Antes:

8) Há/*Havia* alguma atividade de lazer que você gostaria de fazer e que por algum motivo não faz/*fazia*?

Depois:

Por que?

Antes:

Por que?

9) Você costuma/*costumava* evitar situações sociais como festas, restaurantes, visitas a casa de amigos, barzinhos? SIM: *antes*/depois NÃO: *antes*/depois

Por que?

10) Você pratica alguma atividade física regularmente?

- () Sim. Qual? () caminhada () futebol () musculação () natação
 () outros. Especifique: _____

Como você se sente durante o exercício? Você gosta?

() Não. Por que?

10.1) E antes da operação bariátrica?

- () Sim. Qual? () caminhada () futebol () musculação () natação
 () outros. Especifique: _____

Como você se sentia durante o exercício? Você gostava?

() Não. Por que? _____

11) Eu vou citar alguns meios de transporte e gostaria que você me dissesse com qual frequência você utiliza tais meios de transporte para sua locomoção no dia-a-dia. Eu peço que você me diga se os utiliza (1) freqüentemente, (2) raramente ou (3) nunca. Marque "A" para ANTES da operação e "D" para DEPOIS da operação bariátrica.

() carro – dirige ou depende de outros: 1 / 2 / 3

() metrô: 1 / 2 / 3

() ônibus: 1 / 2 / 3

() van: 1 / 2 / 3

() outros. Especifique: _____

Se freqüentemente: Por que esse é/era o principal meio de transporte?

Se raramente: Por que não utiliza/utilizava com mais freqüência? Há/Havia algo difícil ou desagradável que acontece/acontecia quando você usa/usava esse meio de transporte?

Se nunca: Por que não utiliza/utilizava?

12) Como você se sente/sentia ao utilizar o transporte público?

Depois:

(Se desagradável) Por que?

Antes:

(Se desagradável) Por que?

13) Você tem carteira de habilitação?

() Sim. Costuma dirigir? () Sim. Você tem alguma dificuldade para dirigir?

() Não. Por que?

() Não. Por que?

13.1) E antes da operação bariátrica? Você tinha carteira de habilitação?

() Sim. Costumava dirigir? () Sim. Você tinha alguma dificuldade para dirigir?

() Não. Por que?

() Não. Por que?

14) Como você se sente/sentia com relação a seu corpo?

Depois:

Por que?

Antes:

Por que?

15) O que você mais gosta/gostava em você?

Depois:

Por que?

Antes:

Por que?

16) O que você menos gosta/gostava em você?

Depois:

Por que?

Antes:

Por que?

17) Há situações em que você se sente inferior aos outros ou que você tenha se sentido humilhada(o)?

() Sim. Quais são elas?

O que você faz quando vivencia essas situações?

() Não.

17.1) E antes da operação bariátrica? Vivenciou alguma situação em que tivesse se sentido humilhada(o) ou inferior aos outros?

() Sim. Quais eram elas?

O que você fazia quando vivenciava essas situações?

() Não.

18) Nos diferentes grupos sociais que você freqüenta/freqüentava, como família, vizinhança, trabalho, escola, igreja, você se sente/sentia aceita(o) pelos outros?

() Sim: antes / depois. Como você sabe/sabia disso?

() Não: antes / depois. Como você sabe/sabia disso?

19) Você tem ou já teve apelidos?

() Sim. Qual(is)?

Depois:

Antes:

Seus apelidos são/*foram* sempre referentes ao corpo/personalidade/situações/nome? _____

Como você se sente/*sentia* quando te chamam/*chamavam* pelo apelido?

() Não.

20) Você toma/*tomava* a iniciativa de abraçar, beijar, tocar as pessoas que você gosta/*gostava*?

() Sim: *antes* / depois.

() Não: *antes* / depois. Por que?

21) As pessoas tomam/*tomavam* a iniciativa de abraçar, beijar e tocar você?

() Sim: *antes* / depois.

() Não: *antes* / depois. Por que você acha que elas não demonstram/*demonstravam* carinho?

22) Você recebe/*recebia* críticas?

() Sim: *antes* / depois. De quem?

Quais são/*eram* as críticas mais freqüentes?

O que você faz/*fazia* quando recebe/*recebia* essas críticas? _____

() Não: *antes* / depois.

23) Você faz/*fazia* amizades com facilidade?

() Sim: *antes*/depois. Tem muitos amigos?

() Não: *antes*/depois. Por que?

24) Se eu tivesse conversando, agora/*meses antes da cirurgia*, com um amigo(a) seu(sua) sobre você, o que você acha que ele(ela) diria a seu respeito?

Depois:

Por que?

Antes:

Por que?

25) As pessoas lhe dão/*davam* atenção?

() Sim: *antes/depois*. Em que situações?

() Não: *antes/depois*. Por que você acha que as pessoas se comportam/*comportavam* assim?

26) Com que frequência você fala/*falava* ou encontra/*encontrava* seus amigos? Marque "A" para ANTES da operação e "D" para DEPOIS da operação bariátrica.

() mensalmente () semanalmente () diariamente

27) Quando você tem/*tinha* algum problema ou dificuldade, você se sente/*sentia* compreendido(a) e apoiado(a) por seus amigos e familiares?

() Sim: *antes/depois*. Como eles demonstram/*demonstravam* isso?

() Não: *antes/depois*. Por que?

28) Você recebe/*recebia* elogios?

() Sim: *antes/depois*. De quem?

O que as pessoas elogiam/*elogiavam* em você?

() Não: *antes/depois*. Por que você acha que não recebe/*recebia* elogios?

29) Você é paquerada(o)?

() Sim. Por que você acha que te paqueram?

() Não. Por que você acha que não é paquerada?

29.1) *Antes da cirurgia, você era paquerada(o)?*

() Sim. Por que você acha que te paqueravam?

() Não. Por que você acha que não era paquerada?

30) Você toma a iniciativa de paquerar?

() Sim. Obtém sucesso em suas investidas? () Sim. A que você atribui o sucesso?

() Não. Por que acha que suas investidas falham?

() Não. Por que?

30.1) *Antes da cirurgia, você tomava a iniciativa de paquerar?*

- () *Sim. Obtinha sucesso em suas investidas?* () *Sim. A que você atribui o sucesso?*
 () *Não. Por que acha que suas investidas falhavam?*
 () *Não. Por que?*

* * *

- 31) Está namorando atualmente?
 () *Sim. Há quanto tempo?*
 () *Não. Por que?*

Antes de se submeter a cirurgia, você estava namorando? () *Sim.* () *Não. Por quê?*

* * *

Se casado(a):

- 32) Como é sua relação com seu marido/esposa? Por que?
-
-

Houve alguma mudança após a cirurgia?

* * *

- 33) Você se sente/sentia uma pessoa atraente, desejada, para os homens/mulheres?
 Depois: () *Sim.* () *Não. Por que?*

Antes: () *Sim.* () *Não. Por que?*

- 34) Você tem/tinha vida sexual ativa?
 () *Sim: antes/depois. Você está/era satisfeito(a) com sua vida sexual?* () *Sim.*
 () *Não. Por quê?*

() *Não: antes/depois. Por que?*

- 35) Seu desejo sexual é o mesmo de sempre?
 () *Sim.*
 () *Não. A que atribui a mudança?*

- 36) Seu parceiro tem feito/fazia comentários sobre a vida sexual de vocês?
 () *Sim: antes/depois. Que tipo de comentário?*
 () *Não: antes/depois.*

37) Que tipo de roupa você veste? Marque "A" para ANTES da operação e "D" para DEPOIS da operação bariátrica.

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| () short | () calça | () bermuda |
| () vestido | () saia | () camisa com manga |
| () camisa regata/blusa de alcinha | () biquíni/sunga | () transparências |
| () roupas curtas, decotadas | () roupas longas | |
| () roupas coladas | () roupas folgadas | |
| () roupas coloridas, estampadas | () roupas monocromáticas | |
| () roupas claras | () roupas escuras | |

O que faz/fazia você usar esse tipo de roupa?
 Depois:

Antes:

- 38) Existe algum tipo de roupa que você evita/evitava usar? Qual?

Depois:

Por que você a(s) evita?

Antes:

Por que você a(s) evitava?

39) Existe/*Existia* algum tipo de roupa que você gostaria de usar mas não usa/*usava*?

Depois:

Por que você não as usa?

Antes:

Por que você não as usava?

40) Você encontra sua numeração de roupa no comércio de um modo geral, como feiras e lojas?

() Sim. Essa é a principal forma de você adquirir suas roupas?

() Sim. Por que?

() Não. Quais as outras formas? () costureira

() fabricação própria

() outros. Especifique:

Por que você prefere _____ ao comércio?

(Forma de compra
assinada)

() Não. Então, onde você compra suas roupas? () costureira

() fabricação própria

() outros. Especifique:

Por que você prefere _____ ao comércio?

(Forma de compra
assinada)

40.1) *Você encontrava sua numeração de roupa no comércio de um modo geral, como feiras e lojas?*

() *Sim. Essa era a principal forma de você adquirir suas roupas?*

() *Sim. Por que?*

() *Não. Quais as outras formas? () costureira*

() *fabricação própria*

() *outros. Especifique:*

Por que você preferia _____ ao comércio?

(Forma de compra
assinada)

() *Não. Então, onde você comprava suas roupas? () costureira*

() *fabricação própria*

() *outros. Especifique:*

Por que você preferia _____ ao comércio?

(Forma de compra
assinada)

41) Você está trabalhando atualmente?

() Sim. Em que? _____ Há quanto tempo? _____
 Como arrumou esse emprego? _____
 Você gosta desse trabalho? () Sim. () Não. Por que? _____
 Pretende continuar nele? () Sim. () Não. Por que? _____

() Não. Por qual razão? () não tem experiência () não consegue arrumar emprego
 () sente-se discriminado () não sabe como arrumar trabalho
 () nunca trabalhou () está de licença. Que tipo?
 () teve que parar () outros. Especifique:

Detalhamento do motivo: _____

41.1) *Você estava trabalhando antes da operação bariátrica?*

() Sim. Em que? _____ Há quanto tempo? _____
 Como arrumou esse emprego? _____
 Você gostava desse trabalho? () Sim. () Não. Por que? _____

() Não. Por qual razão? () não tem experiência () não conseguia arrumar emprego
 () sentia-se discriminado () não sabia como arrumar trabalho
 () nunca trabalhou () estava de licença. Que tipo?
 () teve que parar () outros. Especifique:

Detalhamento do motivo: _____

* * *

Se houver histórico profissional:

42) Ao longo da sua vida profissional, você já foi promovido?

() Sim: *Antes / Depois*. A que você atribui sua promoção?

() Não. Como você explica o fato de não ter recebido promoções?

43) Depois da operação bariátrica, quantas vezes você tirou licença ou se ausentou do trabalho para cuidar da própria saúde? () nenhuma () _____

Que problemas de saúde impediram seu comparecimento ao trabalho?

43.1) *Antes da operação bariátrica, qual era a frequência de licenças ou ausências do trabalho para cuidar da própria saúde?*

Que problemas de saúde impediam seu comparecimento ao trabalho antes da operação bariátrica?

44) Você, alguma vez, foi demitido?

() Sim: *antes/depois*. Por qual razão?

() Não: *antes/depois*.

45) Você já tomou a iniciativa de pedir demissão?

() Sim: *antes/depois*. Por qual motivo?

() Não: *antes/depois*.

46) Como é o seu relacionamento com as pessoas do seu trabalho (colegas, chefes)?

Por que você sente que é assim?

Houve alguma mudança após a cirurgia?

* * *

47) Como você avalia sua capacidade de trabalho ao longo do dia?

Depois:

Por que?

E antes da operação? Como era sua capacidade de trabalho ao longo do dia?

Por que?

48) Você está estudando atualmente?

Sim.

Não. Por que? Já concluí.

Tive que interromper.

Não tenho dinheiro. outros. Especifique:

Detalhamento do(s) motivo(s):

48.1) *Você estava estudando antes da operação bariátrica?*

Sim.

Não. Por que? Já concluí.

Tive que interromper.

Não tenho dinheiro. outros. Especifique:

Detalhamento do(s) motivo(s):

49) Há alguma atividade que você teve que interromper, mas que gostaria de voltar a desenvolver?

Sim: *antes/depois*. Qual/Quais?

Por que teve que parar?

Por que gostaria de voltar?

Não: *antes/depois*.

50) Você tem problemas de saúde?

Sim. Quais?

Você sabe a causa desse(s) problema(s)?

Você já tinha esses problemas antes da operação bariátrica? Sim. Não. Existiam outros problemas além desses já relatados?

Não. *E antes da operação bariátrica, você tinha algum problema de saúde?*

51) Como é/era o seu sono?

-
- 51.1.1- contínuo: *antes/depois* – fragmentado: *antes/depois*
51.1.2- restaurador: *antes/depois* – acorda cansado(a) : *antes/depois*
51.1.3- dificuldade para iniciar o sono: *antes/depois*
51.1.4- sonolência diurna: *antes/depois*

Quais as razões de ser assim?

52) Como *é/era* o seu humor de um modo geral?

- () alegre: *antes/depois* () triste/deprimido: *antes/depois*
() ansioso/irritado/nervoso: *antes/depois* () calma/tranquila: *antes/depois*
() outros: : *antes/depois* Especifique:
-
-

Por que você acha que se sente/*sentia* assim a maior parte do tempo?

53) O que te dá/*dava* prazer, alegrias em sua vida atual/*antes da operação bariátrica*?

54) Existe algo que poderia deixar sua vida mais prazerosa, mais feliz? O quê?

O que impede você de obter tal(is) coisa(s)?

55) Em linhas gerais, o que a operação bariátrica mudou em sua vida até agora?

55.1) Valeu a pena fazer a cirurgia? Você faria novamente?

56) Há algo que você gostaria de fazer ou viver que eu não perguntei?

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos estudando dificuldades enfrentadas por pessoas portadoras de obesidade, com o objetivo de aprimorar ainda mais o atendimento prestado. Para isso, estamos convidando todos os pacientes do Ambulatório de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília – HUB, operados ou não, a participar do estudo. Esta participação é totalmente voluntária, não havendo nenhum constrangimento ou consequência para pessoas que preferirem não participar. O atendimento em qualquer serviço deste hospital terá a mesma qualidade e disponibilidade de sempre para participantes e não participantes.

A participação será feita através de uma entrevista individual agendada, realizada nas dependências do HUB, com duração aproximada de 2h e constará de perguntas sobre suas atividades e experiências pessoais. Os resultados do estudo poderão ser divulgados entre profissionais de saúde para ampliar seu conhecimento sobre as experiências e necessidades do grande obeso e favorecer o desenvolvimento de procedimentos e técnicas voltadas para serviços sempre melhores. Entretanto, seu nome e quaisquer informações pessoais que possam identificá-lo serão mantidos sempre em sigilo.

Este estudo tem a chancela da Universidade de Brasília e será conduzido sob a orientação da Profa. Dra. Suely Sales Guimarães. Para qualquer outra informação, por favor, faça contato por meio dos telefones abaixo. Caso concorde em participar deste trabalho, pedimos que assine este termo de consentimento, em duas vias, guardando uma delas em seu poder. Agradecemos sua colaboração e estamos a seu dispor para esclarecer quaisquer dúvidas.

Gleizer Carvalho Vieira
Pesquisadora

Profa. Dra. Suely Sales Guimarães
Orientadora

Sim, concordo em participar do estudo.

Assinatura

Data