

BEM-ESTAR SUBJETIVO, FUNCIONALIDADE E IMAGEM CORPORAL EM  
CANDIDATOS E SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Mayra Juliana Galvis Aparicio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Abril de 2016

BEM-ESTAR SUBJETIVO, FUNCIONALIDADE E IMAGEM CORPORAL EM  
CANDIDATOS E SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Mayra Juliana Galvis Aparicio

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia, sob orientação da Profa. Dra. Clarissa Marcelli Trentini.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Abril de 2016

Für mein Lieblingsmensch, Jonas

A mi familia

## AGRADECIMIENTOS

Es imposible resumir en unas cuantas líneas la experiencia de vivir y estudiar fuera de tu país, pero si tuviera que elegir algunas palabras para describir esta vivencia, diría que fue multicultural, intensa y desafiante. Mi vida se divide ahora en un antes y un después de estos dos años como estudiante de maestría, y el momento resulta propicio para agradecer a todos aquellos que hicieron de ésta una experiencia de gran crecimiento personal y profesional.

En primer lugar, agradezco a Dios por concederme la oportunidad de hacer realidad este sueño y por ser mi fortaleza a través de tantas personas maravillosas que puso en mi camino y que me ayudaron a superar los retos que esta experiencia me impuso. A mis padres, Marco e Inés, por su constante e incondicional apoyo en esta aventura de ser, vivir y aprender lejos del hogar. Por nunca poner límites a mis sueños, y por enseñarme con su ejemplo el valor de la responsabilidad y del trabajo duro para alcanzar aquello que se desea.

A mi amado Jonas, gracias por su amor, paciencia y apoyo en los momentos difíciles, y por ser mi compañero de viajes y horas felices. La distancia separa cuerpos, pero no corazones. A A Maria Andrea, por su amistad, compañía y por esas horas de charlas, reflexión y comida! Por abrirme las puertas de su hogar, junto a Daniel e Iker, y acogerme como a una integrante más. Esa, nuestra tierra tan lejana, se sentía cerca compartiendo juntos.

A mi querida Orientadora Clarissa por acogerme con ese su *jeito* especial, por sus horas de dedicación y supervisión, y por su apoyo e incentivo para llevar adelante esta investigación. A mis queridos colegas de NEAPP, por recibirme con cariño, por su apoyo y sus aportes durante nuestras reuniones; en especial a Diogo, Luisa y Gabriela por su auxilio en esas largas jornadas de colecta de datos, y a Suelen e Juliana por la parceria en este proyecto, por todas las valiosas contribuciones teóricas y prácticas, y por las conversas informales que amenizaron el trabajo de estos dos años.

A los profesores miembros de la *banca de qualificação y defesa*, por sus valiosos aportes para la mejora y avance de esta investigación. Al equipo de cirugía bariátrica del Hospital de Clínicas, en especial a la enfermera Beatriz Mazui e a Psicóloga Rosemary Viana, por su colaboración en el proceso de inserción en el ambulatorio y acercamiento a los pacientes. Y por supuesto, a todos los participantes de esta investigación, por permitirme conocer su experiencia y por contribuir con su tiempo y disposición para que este proyecto se hiciera realidad.

Gracias también a todos los amigos extranjeros en Porto Alegre: Laura, Andrea, Diana, Xiomara y Viyils, por ese compartir fuera de las aulas que enriqueció esta experiencia. A mis amigos en Colombia que también estuvieron dándome apoyo y ánimo desde la distancia. A todos mis familiares: hermano, abuelos, tíos y primos por su cariño y su aliento durante todo este proceso, y en especial a mi nonita Mecerdes, por inspirarme con su bondad, paciencia y amor.

Obrigada UFRGS, obrigada Brasil por dos años intensos y de grandes aprendizajes y experiencias!

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	7
RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	8
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO .....	9
CAPÍTULO I.....	12
REVISÃO DA LITERATURA .....	12
CIRURGIA BARIÁTRICA.....	12
Surgimento e implementação .....	12
Técnicas cirúrgicas .....	13
Benefícios da cirurgia bariátrica .....	14
BEM-ESTAR SUBJETIVO .....	15
Obesidade, Cirurgia bariátrica e Bem-estar subjetivo .....	16
FUNCIONALIDADE.....	18
Funcionalidade e obesidade .....	18
Funcionalidade e cirurgia bariátrica.....	19
IMAGEM CORPORAL .....	21
O impacto da imagem corporal na saúde mental .....	21
Imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica .....	23
REFERÊNCIAS.....	24
CAPÍTULO II.....	33
BIENESTAR SUBJETIVO, IMAGEN CORPORAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE CANDIDATOS Y SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA .....	33
RESUMEN .....	33
ABSTRACT.....	33
INTRODUCCIÓN .....	34
MÉTODO .....	36
Participantes .....	37
Instrumentos .....	37
Procedimiento para la colecta de datos .....	38
Análisis de datos.....	39
Consideraciones éticas .....	40
RESULTADOS .....	40
DISCUSIÓN .....	42

REFERENCIAS.....	46
CAPÍTULO III .....	53
BIENESTAR SUBJETIVO EN CANDIDATOS Y SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: RELACIÓN CON EL IMC, LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA IMAGEN CORPORAL.....	53
RESUMEN .....	53
ABSTRACT.....	53
INTRODUCCIÓN .....	54
MÉTODO .....	56
Participantes .....	57
Instrumentos.....	57
Procedimiento para la colecta de datos .....	59
Análisis de datos.....	59
Consideraciones éticas .....	60
RESULTADOS .....	60
DISCUSIÓN .....	64
REFERENCIAS.....	67
CAPÍTULO IV .....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
ANEXOS .....	74
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	74
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	80
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE.....	82
ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA.....	87
PANAS .....	88
WHODAS 2.0.....	89

## LISTA DE TABELAS

### Capítulo II

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los participantes.....	40
Tabla 2. Diferencia entre los grupos al respecto del BES, la capacidad funcional y la imagen corporal.....	42
Tabla 3. Diferencias entre los grupos a respecto de los componentes del WHODAS 2.0.....	42

### Capítulo III

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los participantes .....	60
Tabla 2. Bienestar subjetivo de los participantes .....	61
Tabla 3. Relación entre IMC, capacidad funcional e imagen corporal con los componentes del BES.....	62
Tabla 4. Capacidad funcional como explicativa de la Satisfacción con la vida.....	63
Tabla 5. Capacidad funcional como explicativa del afecto negativo .....	63
Tabla 6. Análisis de regresión para la capacidad funcional como predictor del afecto positivo .....	63
Tabla 7. Análisis de regresión para la satisfacción con la imagen corporal como predictor de la satisfacción con la vida en el grupo posquirúrgico.....	64

# **BEM-ESTAR SUBJETIVO, FUNCIONALIDADE E IMAGEM CORPORAL EM CANDIDATOS E SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

## **RESUMO**

A presente dissertação estudou a relação do Bem-Estar subjetivo (BES) com a capacidade funcional e a imagem corporal de pessoas candidatas e submetidas a cirurgia bariátrica, e as diferenças nessas variáveis para ambos os grupos de participantes. A amostra foi composta por 77 pacientes do programa de Cirurgia Bariátrica (CB) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (grupo pré-cirúrgico n=48; grupo pós-cirúrgico n=29). Os instrumentos utilizados foram Questionário de dados sociodemográficos e de saúde, a Escala de satisfação com a vida, a Escala de afetos positivos e negativos, a Escala de figuras e silhuetas brasileiras, o WHODAS 2.0, e a Bateria fatorial da personalidade. Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos para todas as variáveis principais analisadas. A capacidade funcional apresentou relações estatisticamente significativas com todos os componentes do BES, e contribuiu à explicação da variância da satisfação com a vida e do afeto negativo. A partir desses resultados se estima que a CB possa gerar uma melhora no BES, na capacidade funcional e na imagem corporal das pessoas com obesidade mórbida. Não obstante, ainda é necessária a realização de estudos longitudinais que acompanhem esses pacientes em longo prazo para identificar não só as melhoras que a CB pode trazer, mas também quais fatores podem mediá-las ou potencializá-las, e se tal melhora se mantém além dos primeiros meses de pós-operatório.

Palavras chave: Bem-estar subjetivo; Capacidade funcional; Cirurgia bariátrica; Imagem corporal; Obesidade.

## **SUBJECTIVE WELL-BEING, FUNCTIONAL CAPACITY AND BODY IMAGE IN BARIATRIC PATIENTS**

### **ABSTRACT**

This dissertation aimed to study the relationship of Subjective Well-being (SWB) with functional capacity and body image of candidates and patients undergoing Bariatric Surgery (BS), and the differences in these variables for both groups of participants. The sample was composed by 77 patients of the BS program of a hospital in Porto Alegre, Brazil (pre-surgical group n= 48; postsurgical group n=29). Instruments used were the Satisfaction with Life Scale, the Positive and Negative Affect Scale, the Brazilian scale of figures and silhouettes, the WHODAS 2.0, and the *Bateria Fatorial da Personalidade*. Statistically significant differences were identified between both groups for all main variables that were analyzed. Functional capacity showed statistically significant relationships with all components of BES and contributed to the explanation of the variance of life satisfaction and negative affect. These results show that it is possible to estimate that the BS can generate an improvement in SWB, functional capacity and body image of people with morbid obesity. Nevertheless, it is still necessary to conduct longitudinal studies in order to follow these patients in long term, to identify not only which improvements BS can bring, but also which factors may mediate or power them, and if such improvements remain beyond the first months postoperatively.

Key words: Bariatric surgery; Body image, Obesity; Subjective well-being.

## APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A obesidade, definida pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2015) como um acúmulo excessivo de gordura que pode por em risco a saúde, tem alcançado proporções epidêmicas a nível mundial. Sua etiologia é complexa e multifatorial. A causa mais comumente apontada é o consumo calórico que excede o gasto energético diário, o qual é favorecido pelo estilo de vida mais sedentário que caracteriza a sociedade atual, e a ampla oferta de alimentos hipercalóricos de baixo aporte nutricional. Não obstante, fatores genéticos, fisiológicos, ambientais, comportamentais, psicológicos e sociais também contribuem em diferentes níveis para seu desenvolvimento (Wright & Aronne, 2012). A respeito do anterior, um estudo realizado por Keith et al. (2006), identificou diversos fatores que contribuíaam ao ganho de peso, entre os quais se incluíam, entre outros, o uso de certo tipo de medicamentos (psicotrópicos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, anticoncepcionais, anti-histamínicos), a cessação no uso de cigarro, e a restrição nas horas de sono, indicando que o foco na tradicional díade ingesta calórica e atividade física deixa de lado outras possíveis explicações para o desenvolvimento da obesidade.

A crescente preocupação pela obesidade não obedece simplesmente ao fato de seu incremento acelerado, mas também aos altos riscos para a saúde que ela implica, e os altos custos que gera para os sistemas de saúde. A obesidade mórbida está relacionada com importantes enfermidades como a diabetes, a hipertensão arterial, as cardiopatias isquêmicas e alguns tipos de câncer (Cabrerizo, Rubio, Ballesteros, & Moreno, 2008), reduzindo a qualidade e a expectativa de vida (O'Brien, 2010). Segundo a OMS (2014), o risco de sofrer tais doenças aumenta com o incremento do índice de massa corporal (IMC).

Além disso, a obesidade está associada com questões psicológicas. Segundo Lin et al. (2013), as pessoas com obesidade têm maior risco de apresentar não só doenças físicas, mas também mentais, encontrando-se na literatura frequentes relatos de psicopatologia nessa população, especialmente entre aqueles que procuram tratamento (Kinzi, 2007). Entre as alterações psicológicas mais frequentemente encontradas na população com obesidade mórbida estão os transtornos do humor, de ansiedade e os transtornos da conduta alimentar, entre eles o transtorno da compulsão alimentar periódica (Kalarchian et al., 2008; Mauri et al., 2008).

Igualmente, segundo Hall (2010), as pessoas com obesidade podem apresentar isolamento e discriminação econômica e social. Isso tem um impacto cíclico na vida dessas pessoas, já que a discriminação pelo peso, ao invés de motivar as pessoas a perder peso, parece incrementar o risco de obesidade, como evidenciado no estudo de Sutin e Terracciano (2013). Esses autores usaram dados de participantes do *Health and Retirement Study* (HRS) dos Estados Unidos dos anos 2006 (linha de base) e 2010 (seguimento), com o objetivo avaliar se a discriminação pelo peso estava associada com risco de “virar obeso” em aqueles que não apresentavam tal condição na avaliação inicial, e se tal discriminação estava associada com risco de permanecer obeso em aqueles que já apresentavam tal condição na primeira avaliação.

Entre os resultados mais destacáveis do estudo de Sutin e Terracciano (2013) está o achado de que as pessoas que tinham experimentado discriminação devido ao peso eram 2.5 vezes mais propensas a desenvolver obesidade, enquanto as pessoas que já tinham obesidade eram três vezes mais propensas a permanecer obesas do que aquelas que não tinham vivenciado tal discriminação. Tais efeitos se mantinham, mesmo quando controlados fatores sócio-demográficos como idade, sexo, raça e nível educacional, e quando se incluía o IMC inicial como covariável.

Resultados semelhantes foram encontrados também nos Estados Unidos, no estudo de Hunte (2011), que tinha por objetivo avaliar a relação entre as mudanças da circunferência da cintura e a mudança na discriminação interpessoal diária percebida. Os resultados desse estudo mostraram que a circunferência da cintura de homens e mulheres adultas que reportaram altos níveis de discriminação incrementou, respectivamente, 2.39 e 1.88 cm mais do que a de congêneres que reportaram baixos níveis de discriminação.

Outra importante complicação associada à obesidade é a alteração da capacidade funcional, principalmente no que se refere à mobilidade e à realização de tarefas cotidianas, o que pode levar também a dificuldades para conseguir emprego, ou absenteísmo laboral (Hall, 2010; Orsi et al., 2008). São precisamente, essas dificuldades funcionais, produto dos problemas físicos associados à obesidade mórbida, junto com as dificuldades interpessoais que aparecem ligadas à mesma, as que autores como Carr, Friedman e Jaffe (2007) consideram os aspectos mais estressantes que podem prejudicar o humor, mais do que o excesso de massa corporal.

Uma das principais estratégias para o tratamento da obesidade mórbida é a Cirurgia Bariátrica (CB). Esse procedimento, embora não seja indicado para todos os pacientes, tem

mostrado oferecer importantes benefícios para as pessoas que a ele se submetem, favorecendo a perda de peso e a melhora nas comorbidades físicas. Não obstante, ainda é preciso aprofundar no impacto que ele pode ter em aspectos psicológicos e sociais.

Assim, a presente dissertação teve como foco o bem-estar subjetivo (BES), a funcionalidade, e imagem corporal de pessoas com obesidade mórbida candidatas e submetidas à cirurgia bariátrica, e foi dividido em dois estudos. O estudo um pretendeu identificar as diferenças no BES, na capacidade funcional e na imagem corporal de pessoas em aguardo pela cirurgia, e pessoas submetidas a ela que estivessem entre o quinto e o oitavo mês de pós-operatório. Por outra parte, O estudo dois buscou avaliar o BES dos participantes, e identificar sua relação com o IMC, a capacidade funcional e a imagem corporal, quando controladas as características de personalidade extroversão e neuroticismo. No capítulo I será apresentada uma revisão teórica dos aspectos relacionados com a CB, e das variáveis psicológicas e de saúde que este projeto abrange. Nos capítulos seguintes serão apresentados os estudos um e dois, e posteriormente as considerações finais da dissertação.

## CAPÍTULO I

### REVISÃO DA LITERATURA

#### CIRURGIA BARIÁTRICA

##### Surgimento e implementação

O termo Cirurgia Bariátrica (CB) refere-se a um conjunto de técnicas com respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], nd.a). O início da CB se remete aos anos 50, com as primeiras técnicas que eram, principalmente, procedimentos muito invasivos para os quais se tinha escassa evidência de eficácia em longo prazo, mas que evoluíram às atuais técnicas com laparoscopia que aumentaram a segurança dos procedimentos e que contam com maior documentação de sua efetividade (O'Brien, 2010).

Assim, a indicação da CB para o tratamento da obesidade tem-se incrementado no mundo. Segundo Buchwald (2014), a cada ano 200.000 novos pacientes se submetem a esse tipo de procedimento, sendo os Estados Unidos e o Brasil os países onde mais se realizam (SBCBM, nd.a). No Brasil, segundo Marcelino e Patrício (2011), a CB foi regulamentada no Sistema Único de Saúde-SUS pela Portaria no 628/GM, de 26 de abril de 2001, e desde então a demanda do serviço tem aumentado, gerando importantes filas de espera.

As diretrizes para a prestação desse serviço no Brasil foram redefinidas pelas portarias 424 e 425 de 19 de março de 2013, inserindo mudanças como a redução da idade mínima para a realização da cirurgia de 18 para 16 anos, a cobertura da gastrectomia vertical, e de um novo tipo de cirurgia plástica reparadora (dermolipectomia abdominal circunferencial pós-gastroplastia). Igualmente, na portaria 424 se estabelece que esse tipo de cirurgia seja indicada para as pessoas que apresentem IMC igual ou superior a  $40 \text{ kg/m}^2$  com ou sem comorbidades e que não tenham tido sucesso em tratamentos clínicos longitudinais prévios durante um período mínimo de dois anos; e pessoas com IMC maior do que  $35 \text{ kg/m}^2$  que apresentem comorbidades importantes e que não tenham tido sucesso em tratamentos longitudinais realizados por no mínimo dois anos.

Mais recentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), através da resolução Nº 2.131 de 2015 ampliou a lista de comorbidades que favorecem a indicação da CB, incluindo entre outras, a insuficiência cardíaca congestiva, o acidente vascular cerebral, a

infertilidade masculina e feminina, e a depressão. Esse último aspecto é uma amostra de como as questões psicológicas relacionadas à obesidade vêm ganhando relevância no âmbito clínico, o que tem levado a que a presença de psicólogos e psiquiatras seja requerida nas equipes multidisciplinares que atendem os pacientes em procura de tratamento cirúrgico para a obesidade. Tal atendimento deve ser realizado tanto no pré como no pós-operatório, sendo que nesse último, os encontros de seguimento com a psicologia ou psiquiatria devem acontecer no segundo, terceiro, quarto, sexto, nono, 12º ou 15º, e 18º mês, segundo as disposições da portaria 425.

### Técnicas cirúrgicas

Tradicionalmente, os seis procedimentos dominantes na área têm sido, em ordem cronológica de surgimento segundo Buchwald (2014), o *by-pass* Jejunoileal, o *by-pass* gástrico em Y de Roux, a gastroplastia vertical, a derivação bilopacreatica/Switch duodenal, a banda gástrica ajustável e a gastrectomia em manga. Todas essas técnicas, segundo Buchwald tem mostrado falhas, o que tem levado a que algumas delas não sejam mais usadas, ou a que sejam implementadas em poucos casos, como acontece com a derivação bilopacreatica/Switch duodenal que tem gerado efeitos colaterais como deficiências nutricionais e a possibilidade de insuficiência hepática, e como no caso da gastroplastia vertical, após da qual os pacientes podem experimentar importante reganho de peso.

No entanto, algumas dessas técnicas seguem sendo amplamente usadas dado que os benefícios que oferecem são maiores do que seus riscos. Neste sentido, as técnicas cirúrgicas mais comumente usadas na atualidade são o *by-pass* gástrico em Y de Roux e a banda gástrica. Segundo O'Brien (2010), a primeira destas, embora seja um método não ajustável, não reversível e com riscos significativos, é a mais usada na América Latina, devido a que a necessidade de programas de seguimento em longo prazo é menor do que com procedimentos como a banda gástrica, precisando também de menor financiamento.

A técnica utilizada resulta de importância, entre outros aspectos, por ser um dos fatores que influencia a perda de peso alcançada com a CB. Nesse sentido, os resultados de uma meta-análise realizada por Buchwald et al. (2004), com o objetivo de determinar o impacto da CB na perda de peso e em outros aspectos de saúde mostraram que a média de excesso de peso perdido dos pacientes que receberam Banda gástrica foi de 47.5%; entre os que receberam *bypass* gástrico foi de 61.6%; para o grupo que recebeu gastroplastia foi de 68.2% e para os que receberam derivação biliopancreática ou Switch duodenal foi 70.1%.

A respeito do *by-pass* gástrico, que é a técnica mais usada no Brasil, outros estudos também têm reportado que os pacientes podem perder entre 60 e 75% do excesso de peso (Bastos, Barbosa, Soriano, dos Santos, & Vasconcelos, 2013). Essa perda usualmente é maior nos primeiros seis meses após a cirurgia, e pode se prolongar até os 12 ou 18 meses, período a partir do qual o peso tende a se estabilizar (Larsen et al., 2004; SBCBM, nd.b.; Papapietro, 2012).

Igualmente, tem-se encontrado que em longo prazo, os pacientes podem apresentar reganho de peso. O estudo de Gracia-Solanas et al. (2011), que comparou diversas técnicas cirúrgicas para conhecer sua efetividade sobre a síndrome metabólica encontrou, entre outros resultados, que durante os dois primeiros anos de seguimento, a perda de peso foi constante em todos os pacientes, independentemente do tipo de cirurgia, mas após esse período, encontrou-se que aqueles que receberam gastroplastia vertical apresentaram um importante reganho de peso, e que entre os que receberam *by-pass* gástrico em Y de Roux (laparoscópico) esse reganho de peso apareceu cinco anos depois do procedimento cirúrgico.

#### Benefícios da cirurgia bariátrica

A evolução das técnicas cirúrgicas tem-se relacionado com a maior eficácia que esse tratamento tem mostrado sobre a obesidade e suas comorbidades, quando comparado com outros tratamentos não-cirúrgicos, cujo sucesso em longo prazo têm se mostrado limitado (Belanger, Wechsler, Mahsaw, & Virden, 2010; Wimmelmann, Dela, & Mortensen, 2014). Dessa forma, entre os benefícios da CB, além da redução do peso, está a melhora das comorbidades clínicas.

Assim, diversos estudos têm encontrado evidências da efetividade do tratamento cirúrgico para a obesidade sobre a diabetes tipo II, como é o caso do estudo de Mingrone et al. (2012), cujo objetivo era comparar a eficácia do *by-pass* gástrico e a derivação biliopancreática com o tratamento médico convencional para essa doença em pacientes com obesidade mórbida. Esses autores encontraram que, depois de dois anos de seguimento, 75% dos pacientes que receberam o *by-pass* gástrico e 95% dos que receberam derivação biliopancreática apresentavam remissão da diabetes, enquanto que nos pacientes com tratamento convencional não se obteve remissão, mostrando que a CB era melhor para o controle da glicose do que o tratamento médico. Além do anterior, Schauer et al. (2012), comparando a eficácia do tratamento médico intensivo para a diabetes tipo II com o tratamento médico intensivo mais o *by-pass* gástrico ou a gastrectomia em manga em pacientes com obesidade mórbida e diabetes tipo II não controlada, encontraram que depois

de um ano de seguimento, mais pacientes que receberam o tratamento médico junto com a CB alcançaram controle da glicemia, do que os pacientes que só receberam o tratamento médico.

A CB também parece ser útil para a síndrome metabólica. Nesse sentido, um estudo realizado por Gracia-Solanas et al. (2011), cujos objetivos eram mostrar a evolução dos parâmetros que definem tal síndrome após a CB e identificar qual técnica cirúrgica permitia obter melhores resultados e menos complicações mostrou que depois de um ano, a porcentagem de pacientes com síndrome metabólica diminuiu de 76 para 30% no grupo que recebeu derivação biliopancreática de Scopinaro; de 73.9 para 31% no grupo de derivação biliopancreática modificada; de 53.4 para 12.5% no grupo que recebeu *by-pass* gástrico em Y de Roux (laparoscópico) e de 78.4 para 14.4% no grupo de gastroplastia vertical. Os autores indicaram que o principal fator que influenciou tal melhora foi a redução da glicemia em todos os grupos, e concluíram que a melhor técnica para resolver a síndrome metabólica era a derivação biliopancreática modificada, mas ela apresentava alta morbidade, portanto seu uso deveria estar delimitado a pacientes com super obesidade (IMC >50 kg/m<sup>2</sup>).

Além dos aspectos já destacados, a CB tem mostrado ser útil na resolução da apneia obstrutiva do sono. Nesse sentido, a meta-análise de Buchwald et al. (2004) mostrou que em 85.7% dos pacientes tal doença foi resolvida após a cirurgia, e o estudo de Gracia-Solanas et al. (2011), evidenciou que os pacientes que padeciam de apneia e precisavam de tratamento à noite com pressão positiva contínua nas vias respiratórias conseguiram interrompê-lo no primeiro ano após a cirurgia, independentemente da técnica que se tinha usado.

Mas os benefícios da CB têm mostrado ir além da melhora nas comorbidades clínicas, pois segundo o indicado por Dixon e O'Brien (2002), ela também parece influir na qualidade de vida, mostrando melhoras importantes especialmente quanto às deficiências físicas, de modo que as medidas pós-cirúrgicas podem ser semelhantes às da população geral. Igualmente, Dixon e O'Brien referem melhoras na imagem corporal, e redução da depressão após o tratamento cirúrgico. No entanto, poucos estudos têm se focado no Bem-Estar Subjetivo (BES) das pessoas com obesidade mórbida ou daquelas que têm recebido tratamento cirúrgico para tal condição. A continuação apresenta-se uma revisão teórica desse construto.

## BEM-ESTAR SUBJETIVO

O BES é um conceito amplo que se refere a como as pessoas se sentem e como avaliam as suas vidas. Está composto por dois fatores, um cognitivo, relacionado com a

avaliação da própria vida como um todo, denominado satisfação com a vida, e um fator afetivo, que tem relação com a experiência de emoções agradáveis e desagradáveis denominadas afetos positivos e negativos, respectivamente (Diener, 1984; Eid & Larsen, 2008, citados por Woyciekoski, 2012; Emmons & Diener, 1985). Nesse sentido, o BES seria resultado da experiência de altos níveis de afeto positivo, baixos níveis de afeto negativo, e alta satisfação com a vida (Diener, Oishi, & Lucas, 2009; Tay, Li, Myers, & Diener, 2014).

A respeito das variáveis que poderiam influenciar o BES, Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) indicam que existem tanto fatores intrínsecos quanto extrínsecos ao sujeito. Desta forma, a respeito dos fatores intrínsecos, esses autores encontraram evidência teórica que relaciona o BES com o otimismo, as interpretações subjetivas das circunstâncias da vida, a espiritualidade e a personalidade. Sobre essa última variável Diener, Oishi e Lucas (2003) indicam que o BES tem mostrado ser estável ao longo do tempo, apresentando forte relação com traços de personalidade, destacando-se sua associação com as características Extroversão e Neuroticismo do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (MCGF). Pesquisas no Brasil como a realizada por Nunes, Hutz y Giacomoni (2009) também têm encontrado tal associação entre características de personalidade e BES. Esses autores identificaram relações significativas positivas entre a extroversão com a satisfação com a vida e o afeto positivo, e do neuroticismo com o afeto negativo. Igualmente encontraram associações significativas negativas entre o neuroticismo e a satisfação com a vida, sugerindo que tais traços de personalidade podem ser determinantes do BES.

O BES também é considerado, segundo Diener et al. (2003), uma importante medida de qualidade de vida tanto no nível da sociedade quanto dos sujeitos, e como indicado por Belanger et al. (2010), as medidas de qualidade de vida podem refletir com maior precisão o ajuste psicológico pós-cirúrgico em pacientes que se submetem a CB, do que as medidas de patologia, o que faz com que o BES seja uma variável de estudo de interesse ao trabalhar com esses pacientes.

#### Obesidade, Cirurgia bariátrica e Bem-estar subjetivo

No que se refere à CB, são poucos os estudos que têm analisado seus efeitos sobre o bem-estar subjetivo, mas Kinzi (2007) reporta que acompanhamentos ao longo do processo pós-cirúrgico mostram que existem melhoras significativas na satisfação com a vida. No entanto, ainda são necessários estudos que deem conta das mudanças que podem acontecer nos distintos componentes do BES após a realização do tratamento cirúrgico.

De outro lado, pesquisas com foco na obesidade e não na cirurgia, que têm estudado principalmente o componente afetivo do BES, têm encontrado que ela está associada com baixos níveis de bem-estar, independentemente do tipo de medida usado para avaliar o sobrepeso ou a massa corporal (Böckerman, Johansson, Saarni, & Saarni, 2014) e que as pessoas com obesidade grau II e III apresentam menor frequência de afeto positivo e maior afeto negativo (Carr et al., 2007).

Esse último aspecto resulta de grande importância, pois segundo Jansen, Vanreyten, et al. (2008), o afeto negativo dificulta para as pessoas obesas resistirem à ingestão excessiva de comida. Evidência para suportar tal afirmação foi encontrada no estudo realizado por esses autores, no qual 53 mulheres com sobrepeso/obesidade e 38 mulheres com peso normal, divididos em grupos de alto e baixo afeto negativo, participaram de um experimento usando uma condição de controle e duas experimentais: indução de humor negativo e exposição a alimentos saborosos. Os autores encontraram que o subgrupo de mulheres com obesidade/sobrepeso e alto afeto negativo comeu uma quantidade significativamente maior após exposição às duas condições experimentais do que após a condição controle, enquanto que as mulheres com obesidade/sobrepeso e baixo afeto negativo e as mulheres de peso normal (com alto e baixo afeto negativo) não.

Além do anterior, existe evidência de que altos níveis de afeto negativo são sinal de sintomas mais severos de transtornos alimentares (Jansen, Vanreyten, et al., 2008), e de que as pessoas com obesidade ou sobrepeso que apresentam alto afeto negativo apresentam também maior preocupação com o corpo e o peso e reportam mais sentimentos negativos, do que pessoas com obesidade ou sobrepeso e baixo afeto negativo (Jansen, Havermans, Nederkoorn, & Roefs, 2008). Igualmente, Jansen, Havermans, et al., encontraram na sua pesquisa que em pessoas sem transtorno alimentar, a preocupação com o corpo explicava um terço da variância do nível de afeto negativo que apresentavam seus participantes.

Outros autores também tem procurado encontrar variáveis que permitam prever o BES nas pessoas com obesidade, assim, Dierk et al. (2006), numa pesquisa na que tentavam esclarecer a relação entre o IMC, as habilidades sociais e o suporte social com o BES, encontraram que o IMC não era um determinante do bem-estar subjetivo, enquanto que as habilidades sociais e o suporte social emergiram como preditores relevantes dessa variável. Nesse sentido, esses autores acharam que embora existisse uma baixa correlação entre o IMC e os escores de afeto negativo ( $r=.17$ ), mesmo que diferenças nos níveis de afeto negativo e satisfação com a vida entre grupos de pessoas com obesidade segundo seu IMC (BMI 30-

34.9; 35-39.9 e 40+ kg/m<sup>2</sup>), tal variável não contribuiu significativamente para predizer nenhuma das medidas de bem-estar subjetivo.

Além do anterior, Dierk et al. (2006), também encontraram que o número de comorbidades que as pessoas apresentavam contribuía para a predição das medidas de BES. Igualmente, outros estudos como o de (Böckerman et al., 2014) encontraram que o IMC não era um determinante principal do BES na obesidade, mas as questões de saúde associadas a essa condição. O principal achado desse estudo foi que quando controladas apropriadamente a saúde e capacidade funcional, a associação negativa entre obesidade e bem-estar subjetivo desaparecia completamente. Assim, não seria a obesidade por si mesma a que geraria o prejuízo no bem-estar subjetivo das pessoas que padecem ela, mas os problemas de saúde e a diminuição da capacidade funcional que ela pode causar.

Do mesmo modo, outros autores como Carr et al. (2007) propõem que a obesidade aumenta a susceptibilidade para lidar com tensões físicas e interpessoais que requerem ajuste pessoal e a exposição ao estresse, junto com o esforço para se adaptar às condições de estresse persistentes, podem afetar seu ânimo. Entre os fatores que esses autores assinalam como mais importantes fontes de estresse associadas à obesidade estão as os conflitos ao interior de suas famílias, a discriminação, saúde física deteriorada e funcionamento físico comprometido.

Os anteriores achados reforçam então, não só a necessidade de estudar os distintos componentes do BES nas pessoas com obesidade que se submetem ao tratamento cirúrgico, mas também a capacidade funcional desses sujeitos e as mudanças que se podem apresentar nesse aspecto no pós-operatório.

## FUNCIONALIDADE

A funcionalidade é resultado da interação dinâmica entre múltiplos fatores, tanto de saúde, quanto contextuais e pessoais (OMS, 2013). De acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Deficiência e Saúde da OMS, a funcionalidade humana pode-se classificar em três níveis: funcionamento ao nível do corpo ou parte do corpo, da pessoa, e da pessoa em um contexto social. Quando um ou mais desses níveis apresentam disfunção, se considera que existe deficiência (OMS, 2002).

### Funcionalidade e obesidade

Uma das grandes preocupações que existe a respeito da obesidade é que ela possa reverter muitos dos avanços alcançados em saúde nas últimas décadas, como o aumento da

expectativa de vida. Tal preocupação se vê suportada no aumento da prevalência da diabetes e das doenças cardiovasculares que estão fortemente associadas a essa condição (Gregg & Guralnik, 2007), o que, somado ao aumento na expectativa de vida poderia trazer como consequência maior prevalência de deficiências (Alley & Chang, 2007).

Nesse sentido, nos Estados Unidos, Alley e Chang (2007) realizaram um estudo com o objetivo de determinar se a associação entre obesidade e deficiência tinha mudado ao longo do tempo, usando dados de 9928 pessoas de 60 anos ou mais, pertencentes a duas coortes das enquetes *National Health and Nutrition Examination-NHANES 1988-1994 e NHANES 1999-2004*. Esses autores encontraram que o IMC em pessoas de 60 anos ou mais estava fortemente associado com maior prevalência de deficiência, avaliada através de auto-relato de limitações funcionais e limitações nas atividades da vida diária, especialmente quando o IMC ultrapassava os  $30\text{kg/m}^2$ , o que indicava que as pessoas obesas durante o período 1999-2004 eram mais propensas a apresentar deficiências do que as pessoas obesas durante a década anterior.

Além do anterior, em outros estudos com população com obesidade como o de Carr et al. (2007), tem se encontrado que as pessoas com obesidade grau I, II e III reportam mais condições crônicas de saúde, e qualificam com maior frequência sua própria saúde como “pobre”, quando comparadas com pessoas com peso normal e sobrepeso. Igualmente esses autores encontraram que as pessoas com obesidade grau II e III reportavam com maior frequência interações interpessoais aflitivas e mais interações familiares negativas do que pessoas com menor IMC.

#### Funcionalidade e cirurgia bariátrica

Estudos têm mostrado que pessoas obesas e candidatos à CB apresentam alteração na capacidade funcional e no nível de independência (Vasconcelos & Neto, 2008), prejuízo na interação social (Félix, Soárez, & da Nóbrega, 2012), e dificuldade para a realização de tarefas cotidianas como vestir-se, amarrar os sapatos, deitar-se e levantar-se da cama, e tomar banho (Orsi et al., 2008). Alguns dos preditores da capacidade funcional em candidatos e submetidos à CB são, segundo resultados do estudo de Khawali, Ferraz, Zanella e Ferreira (2012), a idade, o IMC e a percentagem de excesso de peso perdido após o procedimento cirúrgico.

Além das consequências físicas e emocionais da obesidade, ela também pode implicar limitações na vida social das pessoas que padecem dela. Assim, as pessoas com obesidade

podem sofrer, segundo um estudo de Lewis et al. (2011), estigmatização social direta, na forma de abuso verbal em circunstâncias diversas; estigmatização ambiental na forma de instalações e assentos inadequados nos locais de trabalho, cinemas e meios de transporte, e dificuldades para encontrar vestuário apropriado para seu tamanho. Esses autores também indicam que tal discriminação pode ter um forte impacto tanto no bem-estar e saúde emocional das pessoas com obesidade, quanto nos seus comportamentos de saúde e na sua participação social.

Os anteriores resultados coincidem com os do estudo de Faria & Leite (2012) no Brasil. Esses autores, trabalhando com pacientes bariátricos em diferentes etapas do processo (pré-cirúrgico e pós-cirúrgico até 12 meses, de 13 a 36 meses e com mais de 37 meses) e usando tanto questionários quanto grupos focais, encontraram que existiam dificuldades para a inserção social das pessoas com obesidade, como o sentimento de discriminação dada a falta de estrutura nos espaços públicos para elas, o que também pode dificultar seu exercício da cidadania.

Além do anterior, a obesidade parece estar relacionada com discriminação laboral. Nesse sentido, Agerström e Rooth (2011) encontraram que os gerentes de contratação que tinham mais estereótipos negativos automáticos sobre as pessoas obesas eram menos propensos a convidar um candidato obeso para uma entrevista de trabalho.

Igualmente, a obesidade tem um importante impacto sobre a produtividade laboral. Assim, por exemplo, num estudo realizado por Agredo Zúñiga et al. (2013), encontrou-se que pessoas com obesidade abdominal apresentavam maior frequência e tempo de incapacidade laboral e maior custo por hora de incapacidade médica, quando comparados com pessoas não obesas, embora tais diferenças não se mostraram estatisticamente significativas. Do mesmo modo, Tucker e Friendman (1998) reportaram que as pessoas obesas tinham mais do dobro das possibilidades de experimentar absentismo laboral do que pessoas magras.

No entanto, após a realização da CB, além da redução significativa de peso, tem-se encontrado diminuição do número de problemas e queixas de saúde, especialmente quando comparando o período pré-cirúrgico com o sexto mês do pós-operatório (Da Silva & Maia, 2013). Igualmente, há relatos de diminuição nas restrições físicas e emocionais associadas à obesidade que afetavam a capacidade de trabalhar, e do incremento na quantidade de horas que podem ser dedicadas semanalmente ao trabalho (Hawkins et al., 2007). Nesse sentido, Faria e Leite (2012) encontraram que a perda de peso tinha permitido aos participantes

alcançar maior autonomia e independência nas atividades da vida diária, alcançando também melhoras na sua vida sexual e na sua vida laboral.

Outro aspecto que tem ganhado relevância nas pesquisas sobre obesidade mórbida e cirurgia bariátrica é a Imagem corporal, dado o impacto que pode ter sobre o bem-estar e a qualidade de vida. Uma revisão teórica a respeito do assunto é apresentada a continuação.

## IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal, de acordo com Cash (2008) refere-se a uma experiência psicológica de múltiplas facetas, relacionada ao próprio corpo e à aparência física, que inclui crenças, pensamentos, atitudes e comportamentos. Essa é de grande importância, pois, segundo Peres e dos Santos (2007), o conceito que se tem sobre o próprio corpo influencia a forma de vivenciar as próprias experiências e interagir com aqueles que estão ao redor.

O estudo da imagem corporal tem se desenvolvido ao longo do tempo com aportes de diferentes abordagens teóricas e de pesquisa. Um dos pioneiros no seu estudo foi o neurologista Paul Schilder, o primeiro a usar esse termo para se referir à representação mental que cada pessoa tem acerca de seu próprio corpo (Peres & dos Santos, 2007). De acordo como Cash e Smolak (2011), Schilder advogava por uma aproximação biopsicossocial à imagem corporal, enfatizando a necessidade de examinar seus elementos neurológicos, psicológicos e sociais.

Os aportes de Schilder foram seguidos pelos de Seymour Fisher, quem abordou o estudo da imagem corporal desde uma perspectiva psicodinâmica, e posteriormente pelos de Franklin Shontz, opositor à perspectiva psicodinâmica de Fisher, que sublinhava a importância do estudo multifacetado da experiência corporal e o uso de diferentes métodos científicos para compreensão desse fenômeno, incorporando uma perspectiva cognitiva, e levando os conceitos da imagem corporal ao estudo das deficiências físicas e ao campo da psicologia da saúde (Cash & Smolak, 2011). Com o avanço do tempo, o estudo da imagem corporal expandiu-se a assuntos como aos transtornos alimentares nas mulheres, a obesidade, a cirurgia reconstrutiva e estética, levando ao desenvolvimento na avaliação e nos tratamentos para os transtornos associados a esse construto (Cash, 2004; Cash & Smolak, 2011).

### O impacto da imagem corporal na saúde mental

A imagem corporal tem mostrado ter um grande impacto no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, e a insatisfação com a mesma pode contribuir com o desenvolvimento de

distúrbios alimentares, e ser uma fonte de estresse e mal-estar emocional (Kakeshita, Silva, Zanatta, & Alemida, 2009; Sante & Pasian, 2011). Nesse sentido, Grossbard, Lee, Neighbors e Larimer (2008) apontam que as pessoas que têm maior preocupação com a aparência física são mais propensas a se envolver em comportamentos de exercícios excessivos com o fim de perder peso. Igualmente, de acordo com Cash (2008), as pessoas que tem uma imagem corporal negativa podem apresentar também baixa autoestima, ansiedade interpessoal, dificuldades na vida sexual e depressão.

A respeito do anterior, um estudo de Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe e Ricciardelli (2010) encontrou que a insatisfação com a imagem corporal apresentava uma correlação negativa moderada com a autoestima em homens e mulheres, e que tal relação permaneceu constante durante um seguimento de dois anos, o que indicava que apesar da idade ou o gênero, as pessoas com baixa autoestima eram mais propensas a reportar insatisfação com seu corpo. Além disso, esses autores encontraram que a insatisfação com a imagem corporal predizia as mudanças na autoestima após dois anos em mulheres de menos de 31 anos, mas não em mulheres com idades acima de 31, o que poderia se dar em razão do valor que se dá - na sociedade ocidental - à aparência física e aos estereótipos sobre a beleza na juventude.

Também tem se encontrado que existem diferenças culturais a respeito da insatisfação com a imagem corporal e com a preocupação com o corpo e com a figura. Nesse sentido, um estudo realizado por George, Erb, Harris e Casazza (2007) com o objetivo de investigar os fatores psicossociais de risco para transtornos alimentares em mulheres universitárias hispânicas e não hispânicas mostrou que as mulheres da República Dominicana, Venezuela e Colômbia apresentavam maiores pontuações de preocupação pela aparência física, do que as mulheres não hispânicas, cubanas e da América central, o qual aumentava seu risco de apresentar transtornos alimentares.

Além do estudo referido acima, um estudo realizado por Hrabosky & Grilo (2007) com o objetivo de investigar as preocupações com a imagem corporal e os comportamentos próprios de transtornos alimentares em mulheres negras e hispânicas, mostrou que as segundas reportaram maiores preocupações com sua figura do que as primeiras. Igualmente, acharam que para ambos os grupos as preocupações com a alimentação e o ânimo deprimido eram preditores independentes significativos das preocupações com a imagem corporal, e que nas mulheres negras essas duas variáveis também eram preditoras de ansiedade com a imagem corporal, enquanto que entre as mulheres hispânicas só a preocupação com a alimentação predizia essa ansiedade.

Por outro lado, Grossbard et al. (2008) indicam que o IMC parece ser um dos correlatos biológicos mais confiáveis das preocupações com a imagem corporal especialmente nas mulheres, dados os estereótipos predominantes na sociedade ocidental que associam a magreza com a beleza, sendo que um maior tamanho do corpo não se ajusta a tal padrão, levando a uma auto-avaliação mais negativa. Do mesmo modo, alguns fatores de risco para desenvolver insatisfação com a imagem corporal, além de um maior IMC são, segundo Schwartz e Brownell (2004), a trajetória atual do peso (especialmente se se encontra ganhando peso), ser mulher, e apresentar a síndrome de compulsão alimentar periódica. Todos esses achados mostram a importância do estudo da imagem corporal em relação à obesidade e aos tratamentos para redução de peso como a CB.

### Imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica

As pessoas com obesidade são, muitas vezes, foco de preconceitos e discriminação, dado o estigma social que existe sobre o excesso de peso (Hall, 2010), o que pode gerar uma auto-percepção negativa e insatisfação com sua própria imagem, afetando seu bem-estar psicológico (Jansen, Havermans, et al., 2008). Nesse sentido, num estudo com 50 pacientes com obesidade grau III, realizado por Matos, Aranha, Faria, Ferreira e Teresa (2002), encontraram que 76% deles apresentavam insatisfação com sua imagem corporal, e que entre aqueles que tinham pontuações mais altas de insatisfação existia maior frequência de episódios de compulsão alimentar.

Igualmente, um estudo de Ben Thabet et al. (2013), cujo objetivo foi avaliar o impacto da percepção da imagem corporal na atividade sexual de pacientes com obesidade, comparados com pessoas da população geral, mostrou que as mulheres com obesidade apresentavam insatisfação com sua imagem corporal em maior frequência do que homens com obesidade, e do que controles com normopeso (IMC entre 18.5 e 24.9  $\text{k/m}^2$ ). Além disso, essa insatisfação e a percepção de seu corpo como pouco atrativo se relacionavam significativamente com evitação das relações sexuais.

Do mesmo modo, diversos estudos têm constatado a presença de insatisfação com a imagem corporal em pessoas aguardando tratamento cirúrgico para a obesidade. Assim, Arias et al. (2006) encontraram que tanto na sua amostra de pacientes aguardando CB, quanto no seu grupo controle de não candidatos à cirurgia, existia uma alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal, avaliada mediante o Questionário sobre a Figura Corporal. Igualmente, Almeida, Zanatta e Rezende (2012), usando a escala de Figuras e Silhuetas, encontraram que antes da cirurgia, seus participantes gostariam que seu IMC

fosse, em média,  $17.3 \pm 1.3$  kg/m<sup>2</sup> menos do que o atual. Por sua parte, Mota (2012), também usando a Escala de Figuras e Silhuetas, encontrou que 62% de seus participantes superestimavam seu tamanho corporal real, e 100% manifestavam insatisfação com sua imagem corporal.

Por outro lado, também são diversas as investigações que sugerem que a CB traz como benefício a melhora na imagem corporal e no senso de atratividade. Nesse sentido, van Hout, Fortuin, Pelle e van Heck (2008), verificaram uma diminuição significativa da insatisfação com a imagem corporal do período pré-operatório para o sexto mês pós-cirurgia. Esses autores encontraram também que a imagem corporal estava relacionada com o IMC, sendo que quanto menor o IMC, mais positiva era a imagem corporal. Igualmente, Almeida et al. (2012), observaram diferenças significativas na insatisfação com a imagem corporal em seus participantes submetidos à CB, quando comparados os resultados antes da cirurgia com os do sexto e o 12º mês de pós-operatório, evidenciando uma melhora nesse aspecto.

Resultados de outros autores têm mostrado também uma relação positiva entre a insatisfação com a imagem corporal e a perda de peso (Gordon, Sallet & Sallet, 2014). Porém, como esses autores apontam, poderia acontecer que tal insatisfação levasse ao desenvolvimento de transtornos alimentares, ao invés de se constituir num fator correspondente a um conjunto de adaptações positivas que propiciassem a maior aderência ao tratamento e ao cumprimento dos objetivos cirúrgicos.

No entanto, seja a insatisfação com a imagem corporal um facilitador ou não do sucesso após a CB, seu estudo é de grande importância dado o forte impacto que pode ter nas pessoas, sendo considerada uma mediadora na relação entre a obesidade e depressão naqueles que procuram tal tipo de tratamento para a obesidade (Friedman, Reichmann, Costanzo, & Musante, 2002, citados por Jansen, Havermans, et al., 2008), assim como um fator influente nos níveis de afeto negativo em pessoas com sobrepeso e obesidade (Jansen, Havermans, et al., 2008), constituindo-se num prejuízo para o bem estar subjetivo dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

- Agerström, J., & Rooth, D.O. (2011). The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *The Journal of applied psychology*, 96(4), 790–805. doi:10.1037/a0021594
- Agredo Zúñiga, R., García Ordoñez, E., Osorio, C., Escudero, N., López-Albán, C., & Ramírez-Vélez, R. (2013). Obesidad abdominal y ausentismo por causa médica en una

- empresa de la industria metalmecánica en Cali, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(2), 251–255.
- Alley, D. E., & Chang, V. W. (2007). The Changing Relationship of Obesity and Disability, 1988-2004. *JAMA*, 298(17), 2020–2027.
- Almeida, S., Zanatta, D., & Rezende, F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 153–160.
- Arias, F., Sanchez, S., Gorgojo, J. J., Almodovar, F., Moron, D., & Soto, A. (2006). Comorbilidad psiquiátrica y alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. *Anales de Psiquiatría*, 22(7), 328-334.
- Bastos, E.C., Barbosa, E.M., Soriano, G.M., dos Santos, E.A., & Vasconcelos, S.M. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(1), 26-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>
- Belanger, S. B., Wechsler, F. S., Mahsaw, E., & Virden III, T. B. (2010). Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale elevations , psychosocial factors , and diagnostic group membership. *Obesity surgery*, 20, 1361–1371. doi:10.1007/s11695-009-9866-y
- Ben Thabet, J., Sallemi, R., Maâlej Bouali, M., Charfi, N., Zouari, L., Zouari, N., ... Ayadi, S. (2013). Obesity, body image and sexual life: a comparative study of 40 cases. *European Psychiatry*, 28(S1), 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)77201-8
- Böckerman, P., Johansson, E., Saarni, S. I., & Saarni, S. E. (2014). The negative association of obesity with subjective well-being: is it all about health? *Journal of Happiness Studies*, 15, 857–867. doi:10.1007/s10902-013-9453-8
- Buchwald, H. (2014). The evolution of metabolic/bariatric surgery. *Obesity surgery*, 24(8), 1126–35. doi:10.1007/s11695-014-1354-3
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M., Pories, W., Fairbairn, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric Surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 292(14), 1724–1737.

- Cabrerizo, L. Rubio, M., Ballesteros, M., & Moreno, C. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 14(3), 156-162.
- Carr, D., Friedman, M. a, & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Body image*, 4(2), 165–77. doi:10.1016/j.bodyim.2007.02.004
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body image*, 1(1), 1–5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cash, T. (2008). *The Body Image Workbook: an eight-step program for learning to like your looks*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Cash, T. & Smolak, L. (2011). Understanding body images. Historical and contemporary perspectives. Em Cash, T. & Smolak, L. (Eds.). *Body Image, A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2 edição. New York: Guilford Press.
- Conselho Federal de Medicina. (2016). Resolução CFM 2.131 de 2015. Diário Oficial da União, 13 de janeiro de 2016, seção 1 p. 66.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54, 403–25. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. Em Snyder, C. R. & Lopez S. J. (Eds.), *The handbook of positive psychology* (2a ed., pp. 187-194). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Dierk, J.-M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of psychosomatic research*, 60(3), 219–27. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.083
- Dixon, J. & O'Brien, P. (2002). Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *American Journal of Surgery*, 184(6B), 51S-54S.

- Emmons, R. a., & Diener, E. (1985). Personality Correlates of Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11(1), 89–97. doi:10.1177/0146167285111008
- Faria, B. V., & Leite, L. (2012). Calidad de vida: un proceso de evaluación postoperatório. *Revista Meta: Avaliação*, 4(10), 78–90.
- Félix, L.G., Soares, M.J.G.O & da Nóbrega, M.M. (2012). Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 83-91.
- George, V. a, Erb, A. F., Harris, C. L., & Casazza, K. (2007). Psychosocial risk factors for eating disorders in Hispanic females of diverse ethnic background and non-Hispanic females. *Eating behaviors*, 8(1), 1–9. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.08.004
- Gordon, P. C., Sallet, J. A., & Sallet, P. C. (2014). The impact of temperament and character inventory personality traits on long-term outcome of Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity surgery*, 24(10), 1647–55. doi:10.1007/s11695-014-1229-7
- Gracia-Solanas, J. A., Elia, M., Aguilera, V., Ramirez, J. M., Martínez, J., Bielsa, M. a, & Martínez, M. (2011). Metabolic syndrome after bariatric surgery. Results depending on the technique performed. *Obesity surgery*, 21(2), 179–85. doi:10.1007/s11695-010-0309-6
- Gregg, E. W., & Guralnik, J. M. (2007). Is Disability Obesity ' s Price of Longevity? *JAMA*, 298(17), 2066–2067. doi:10.1038/sj.ijo.0803715.17.
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2008). Body Image Concerns and Contingent Self-Esteem in Male and Female College Students. *Sex Roles*, 60(3-4), 198–207. doi:10.1007/s11199-008-9535-y
- Hall, D. (2010). *A Qualitative Study of Bariatric Patients and Their Social and Emotional Experiences After Surgery* (Tese de doutorado não publicada). Walden University, Minneapolis.
- Hawkins, S., Osborne, A., Finlay, I., Alagaratnam, S., Edmon, J. & Welbourn, R. (2007). Paid Work Increases and State Benefit Claims Decrease after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 17(4), 434-437.

- Hrabosky, J. I., & Grilo, C. M. (2007). Body image and eating disordered behavior in a community sample of Black and Hispanic women. *Eating behaviors*, 8(1), 106–14. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.02.005
- Hunte, H. E. R. (2011). Association between perceived interpersonal everyday discrimination and waist circumference over a 9-year period in the Midlife Development in the United States cohort study. *American journal of epidemiology*, 173(11), 1232–9. doi:10.1093/aje/kwq463
- Jansen, A., Havermans, R., Nederkoorn, C., & Roefs, A. (2008). Jolly fat or sad fat? Subtyping non-eating disordered overweight and obesity along an affect dimension. *Appetite*, 51(3), 635–40. doi:10.1016/j.appet.2008.05.055
- Jansen, A., Vanreyten, A., van Balveren, T., Roefs, A., Nederkoorn, C., & Haermans, R. (2008). Negative affect and cue-induced overeating in non-eating disordered obesity. *Appetite*, 51(3), 556–62. doi:10.1016/j.appet.2008.04.009
- Kakeshita, I. S., Silva, A. I., Zanatta, D. P., & Alemida, S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de Escalas de Silhuetas Brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263–270.
- Kalarchian, M. a, Marcus, M. D., Levine, M. D., Soulakova, J. N., Courcoulas, A. P., & Wisinski, M. S. C. (2008). Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surgery for obesity and related diseases*, 4(4), 544–9. doi:10.1016/j.soard.2008.03.003
- Keith, S. W., Redden, D. T., Katzmarzyk, P. T., Boggiano, M. M., Hanlon, E. C., Benca, R. M., ... Allison, D. (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *International Journal of Obesity*, 30, 1585–1594. doi:10.1038/sj.ijo.0803326
- Khawali, C., Ferraz, M. B., Zanella, M. T., & Ferreira, S. R. G. (2012). Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 56(1), 33–38.
- Kinzi, J.F. (2007). Psychosocial consequences of weight loss after bariatric surgery in morbidly obese patients: A review. *Minerva Psichiatrica*, 48(4), 403-409.

- Larsen, J. K., Geenen, R., Maas, C., Wit, P. De, Antwerpen, T. Van, Brand, N., & Ramshorst, B. V. A. N. (2004). Personality as a Predictor of Weight Loss Maintenance after Surgery for Morbid Obesity. *Obesity Research*, *12*(11), 1828–1834.
- Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. a. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social science & medicine* (1982), *73*(9), 1349–56. doi:10.1016/j.socscimed.2011.08.021
- Lin, H., Huang, C.K., Tai, C.M., Lin, H.Y., Kao, Y.H., Tsai, C.C., Hsuan, C.F., Lee, S.L. Chi, S.C. & Yen, Y.C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, *13*. doi: 10.1186/1471-244X-13-1
- Marcelino, L. F., & Patrício, Z. M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver apos a cirurgia bariátrica: uma questao de saude coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, *16*(12), 4767–4776.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., & Teresa, M. (2002). Binge eating disorder, anxiety , depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(4), 165–169.
- Mauri, M., Rucci, P., Calderone, A., Santini, F., Oppo, A., Romano, A., Rinaldi, S., Armani, A., Polini, M., Pinchera, A. & Cassano, Giovanni B. (2008). Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(2), 295-301. doi: 10.4088/JCP.v69n0216.
- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. a. (2010). Body Image and Self-Esteem Across Age and Gender: A Short-Term Longitudinal Study. *Sex Roles*, *63*(9-10), 672–681. doi:10.1007/s11199-010-9813-3
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Leccesi, L., ... Rubino, F. (2012). Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *The New England journal of medicine*, *366*(17), 1577–85. doi:10.1056/NEJMoa1200111
- Ministério da Saúde. (2013). Portaria 424 de 19 de março de 2013. Diário oficial da União No. 54, seção 1, p.23.

- Ministério da Saúde. (2013). Portaria 425 de 19 de março de 2013. Diário oficial da União No. 54, seção 1, p. 25.
- Mota, D. C. L. (2012). *Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de São Paulo.
- Nunes, C.H., Hutz, C.S. & Giacomoni, C.H. (2009). Associação entre bem-estar subjetivo e personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 99-108.
- O'Brien, P. E. (2010). Bariatric surgery: mechanisms, indications and outcomes. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 25(8), 1358–65. doi:10.1111/j.1440-1746.2010.06391.x
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2002). *Towards a common language for Functioning, Disability and Health. ICF*. Genebra: Autor.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Genebra: Autor.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). Nota descritiva numero 311. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2015). Nota descritiva N°311 disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Orsi, J.V., Nahas, F.X., Gomes, H.C., de Andrade, C.H., Veiga, D.F., Novo, N.F. & Ferreira, L.M. (2008). Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(2), 106-109.
- Papapietro, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 64(1), 83–87.
- Peres, R. & dos Santos, M.A. (2007). Imagem Corporal, conceptualização e avaliação. Em Schelini, P. (Org.), *Alguns domínios da avaliação psicológica* (pp. 125-139). Campinas, SP: Alínea.

- Sante, A. B., & Pasian, S. R. (2011). Imagem corporal e características de personalidade em mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 421–429.
- Schauer, P., Kashyap, S., Wolski, K., Brethauer, S., Kirwan, J., Pothier, C., ... Bhatt, D. (2012). Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 366(17), 1567–1576.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43–56. doi:10.1016/S1740-1445(03)00007-X
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica-SBCBM. (nd.a). História da cirurgia bariátrica no Brasil. Disponível em <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica/>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica-SBCBM. (nd.b). Obesidade sem marcas. Cirurgia menos invasiva é um direito. Disponível em [http://www.sbcbm.org.br/imagens/PressKit\\_SBCBM.pdf](http://www.sbcbm.org.br/imagens/PressKit_SBCBM.pdf)
- Silva, S. S. P. Da, & Maia, A. D. C. (2013). Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(4), 264–271. doi:10.1590/2237-6089-2013-0007
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2013). Perceived weight discrimination and obesity. *PLOS one*, 8(7), e70048. doi:10.1371/journal.pone.0070048
- Tay, L., Li, M., Myers, D., & Diener, E. (2014). Religiosity and Subjective Well-Being: An International Perspective. In Religion and Spirituality Across Cultures. Em Kim-Prieto, C. (Eds.), *The positive psychology of religion and spirituality*. (pp. 163-175). Nova Iorque: Springer.
- Tucker, L. & Friedman, G.M. (1998). Obesity and absenteeism: an epidemiologic study of 10,825 employed adults. *American Journal of Health Promotion*, 12(3), 202-7.
- Van Hout, G. C. M., Fortuin, F. a M., Pelle, A. J. M., & van Heck, G. L. (2008). Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obesity surgery*, 18(1), 115–20. doi:10.1007/s11695-007-9309-6

- Vasconcelos, P. & Neto, S.B. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *PSICO*, 39(1), 58-65.
- Wimmelmann, C.L., Dela, F. & Mortensen, E.L. (2014). Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8(4), 314-324. doi: 10.1016/j.orcp.2013.11.002.
- Woyciekoski, C. (2012). *A relação entre Personalidade e Eventos de Vida e as suas contribuições para o Bem-estar Subjetivo* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280–288.
- Wright, S. & Aronne, L. (2012). Causes of obesity. *Abdominal imaging*, 37(5), 730-732.

## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade mórbida é um problema de saúde pública que tem repercussões alarmantes tanto no nível dos indivíduos como das sociedades. A crescente preocupação pela obesidade não obedece simplesmente ao fato de seu incremento acelerado, mas também aos altos riscos para a saúde que ela implica, e aos altos custos que gera para os sistemas de saúde. Essa preocupação se vê suportada no aumento da prevalência de diversas doenças crônicas como a diabetes e as doenças cardiovasculares que estão fortemente associadas a essa condição.

Essa mesma preocupação tem levado ao desenvolvimento de diversos tratamentos, alguns deles focados nos aspectos comportamentais e de estilo de vida; outros de tipo farmacológico, e outros de tipo cirúrgico; com o fim de responder à grande demanda assistencial para a obesidade e suas doenças associadas. Dentre esses tratamentos, a CB vem ganhando força, graças aos benefícios em longo prazo que tem mostrado ter, tanto na perda de peso, como na resolução das comorbidades da obesidade.

Dessa forma, a CB tem se constituído num assunto de interesse para os pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, que têm tentado identificar e compreender, entre outros aspectos, as repercussões (positivas ou negativas) que esse tratamento pode trazer para aqueles que a ele se submetem. Assim, o foco principal da presente dissertação foi o BES, a capacidade funcional e a imagem corporal de pessoas candidatas e submetidas a CB.

O trabalho, que esteve dividido em dois estudos e foi realizado a partir de um delineamento transversal, permitiu identificar que:

As pessoas com obesidade mórbida, participantes deste trabalho, e que aguardavam pela realização da CB apresentavam menor satisfação com a vida, menor capacidade funcional, maior afeto negativo, maior distorção e maior insatisfação com a imagem corporal do que pessoas que já se tinham submetido a esse tratamento, e que estavam em acompanhamento pós-operatório.

A respeito da capacidade funcional, as pessoas que já tinham recebido tratamento cirúrgico para a obesidade reportavam melhores escores em quatro dos seis componentes analisados desse constructo: Mobilidade, Cuidado pessoal, Atividades da vida diária (lar) e Participação na sociedade. A capacidade funcional apresentou relações estatisticamente

significativas com todos os componentes do BES tanto nas pessoas do grupo pré-cirúrgico, quanto nas do pós-cirúrgico; e contribuiu à explicação da variância da satisfação com a vida e do afeto negativo de ambos os grupos, inclusive quando inseridos no modelo de regressão dois fatores de personalidade que têm se mostrado como importantes preditores do BES (extroversão e neuroticismo).

Contrariamente ao esperado, a satisfação com a imagem corporal só apresentou associação significativa com um dos componentes do BES (satisfação com a vida), no grupo pós-cirúrgico. Embora esse resultado pudesse se associar a uma importância maior da perda de peso para o grupo pós-cirúrgico como indicador de sucesso após a CB, não se descarta que o tamanho reduzido da amostra e as limitações do instrumento utilizado para a avaliação da imagem corporal tenham influenciado tal desfecho.

A partir desses resultados se estima que a CB possa gerar uma melhora no BES, na capacidade funcional e na imagem corporal das pessoas com obesidade mórbida. Não obstante, o fato de ter se usado um delineamento transversal se constitui numa limitação desse trabalho, pois não permite concluir que as melhoras observadas tenham sido produto do tratamento recebido e não de diferenças individuais. Não obstante, para tentar compensar essa limitação, fizeram-se análises que permitiram identificar que ambos os grupos não diferiam em características como idade, sexo, escolaridade, estado civil e nível econômico.

Outra limitação do presente trabalho foi o tamanho reduzido da amostra, especialmente do grupo pós-cirúrgico, que ficou ainda menor no caso das análises sobre imagem corporal, dado que o instrumento utilizado apresentava um IMC máximo inferior ao IMC real de alguns dos participantes. Por tal razão alguns casos deveram ser excluídos dessas análises.

Essa limitação leva a se questionar sobre a adequação dos instrumentos para avaliação da imagem corporal em pessoas com obesidade mórbida, sendo importante estudar suas propriedades psicométricas, e realizar os ajustes pertinentes para obter medidas válidas e fidedignas para o trabalho com essa população. Igualmente sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam acompanhar os pacientes tanto no pré, como no pós-cirúrgico, para identificar não somente as melhoras que esse tratamento pode trazer, mas também quais fatores podem mediar nelas ou potencializá-las, e se elas se mantêm em longo prazo.

Finalmente, é importante lembrar que a CB é um procedimento delicado e de alto porte, reservado para casos específicos de obesidade mórbida, e que os resultados e sua

manutenção no longo prazo dependerão também das mudanças no estilo de vida que os pacientes consigam realizar e manter desde antes de se submeter ao tratamento cirúrgico.

**ANEXOS**

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERSONALIDADE, BEM-ESTAR SUBJETIVO, FUNCIONALIDADE E IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM OBESIDADE CANDIDATAS E SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

**Pesquisador:** Clarissa Marcell Trentini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40234914.4.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 966.495

**Data da Relatoria:** 25/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo transversal, com o objetivo de avaliar e comparar as características de personalidade, o bem-estar subjetivo, a funcionalidade e a satisfação com a imagem corporal em pessoas obesas candidatas e submetidas à cirurgia bariátrica, que estejam no período pré-cirúrgico, no sexto e no 18º mês de pós-operatório. A amostra por conveniência será formada por 90 pacientes participantes do ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, divididas em três grupos: pré-operatório, sexto e 18º mês após a cirurgia. Os instrumentos utilizados serão uma ficha de dados sócio-demográficos e de saúde, a Bateria Fatorial de Personalidade, a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo, a Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Figuras e Silhuetas e a Escala de Avaliação de Incapacidade WHODAS 2.0. Delineamento: quantitativo, transversal, correlacional e comparativo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar e comparar as características de personalidade, o bem-estar subjetivo, o nível de funcionalidade e a imagem corporal em pessoas candidatas à cirurgia bariátrica, e de pessoas submetidas a esse procedimento que estejam no sexto e 18º mês de pós-operatório.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (513)359--7640

**Fax:** (513)359--7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 966.495

**Objetivo Secundário:**

- a) Identificar as características sócio-demográficas e de saúde (IMC, peso pré e pós-cirurgia, e comorbidades) dos participantes.
- b) Avaliar as características de personalidade, o bem estar subjetivo, o nível de funcionalidade e a imagem corporal de pessoas aguardando a cirurgia bariátrica, e de pessoas submetidas a esse procedimento que estejam no sexto e 18º mês de pós-operatório.
- c) Analisar se existe relação entre as variáveis avaliadas, e entre essas e as características sóciodemográficas e de saúde para cada grupo de participantes.
- d) Identificar as diferenças entre os grupos de participantes, a respeito das variáveis psicológicas e de saúde estudadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios estão descritos de forma apropriada, estando contemplado o procedimento a ser adotado em caso de mobilização afetiva dos pacientes.

**Riscos:**

O participante poderá se sentir cansado devido ao tempo que irá disponibilizar, mas poderá pedir uma pausa ao pesquisador ou retomar a atividade em outro momento. Além disso, poderá sentir algum desconforto emocional ao responder alguns dos instrumentos, caso isso acontecer, o serviço de psicologia encarregado acompanhamento aos pacientes bariátricos será informado, a fim de que o participante possa receber atenção necessária. Se isso não for suficiente, o participante será encaminhado a atendimento especializado.

**Benefícios:**

A participação no estudo não trará benefícios diretos ao participante. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, auxiliando na compreensão de aspectos psicológicos e de saúde relacionados à cirurgia bariátrica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Procedimentos, intervenções, coleta de dados estão descritos de forma clara e apropriada.

Delineamento: quantitativo, transversal, correlacional e comparativo. Participantes: 90, divididos em três grupos de 30 pessoas cada um (Grupo 1 candidatos à cirurgia bariátrica; Grupo 2, pessoas que estejam no sexto mês de pós-operatório e Grupo 3, pessoas que estejam no 18º mês pós-cirúrgico). Serão escolhidos com base em um critério de conveniência e se contatarão por telefone, a partir de dados fornecidos pelo ambulatório de Psicologia do HCPA. Com os que

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Continuação do Parecer: 966.495

aceitarem participar será marcado um horário para a aplicação dos instrumentos. Os locais de aplicação poderão ser uma das salas do Instituto de Psicologia da UFRGS ou do Centro de pesquisa clínica do HCPA, ou na residência dos participantes, segundo a disponibilidade deles e dos pesquisadores. A duração da aplicação será de aproximadamente uma hora e meia. Instrumentos: Ficha de dados sociodemográficos e de saúde. Contemplará questões sobre idade, escolaridade, estado civil, condições médicas, antecedentes cirúrgicos, história do ganho de peso, e medidas antropométricas. Alguns desses dados serão preenchidos a partir do prontuário dos participantes e outros, consultados diretamente com eles durante a sessão de aplicação de instrumentos. Prontuário dos participantes: permitirá obter informações como medidas antropométricas, condições médicas associadas à obesidade, e percentagem de peso perdido após a cirurgia no caso dos participantes que estejam no pós-operatório.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O Termo está escrito em linguagem clara e acessível, em forma de convite ao participantes. Descreve todos os procedimentos e o tempo necessário para participação de forma adequada, assim como os riscos e benefícios;
- Formulário de Delegação de Funções;
- Termo de Compromisso para Utilização de dados;

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto necessita esclarecer as seguintes pendências de acordo com os comentários:

1) Incluir o aceite do Serviço de Psicologia do HCPA, assim como clarear o envolvimento dos psicólogos contratados do HCPA no projeto (autoria, co-autoria, forma de colaboração, participação em que aspectos do projeto).

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

2) Revisar os seguintes pontos do TCLE:

- a) Incluir de forma clara, e acessível, os objetivos e justificativa do estudo;
- b) Esclarecer e ajustar alguns termos na seguinte frase de acordo com a participação do serviço (questionada no comentário 1 acima): "o serviço de psicologia encarregado do acompanhamento aos pacientes bariátricos será informado, a fim de que você possa receber a atenção necessária";
- c) Alterar "pacientes bariátricos" por "pacientes" ou "pacientes acompanhados pela equipe de

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 966.495

cirurgia bariátrica", a fim de não caracterizar o paciente por sua patologia;

d)Alterar "Se isso não for suficiente, você será encaminhado a atendimento especializado" para p.ex "... será encaminhado para outras formas de atendimento especializado", já que o atendimento psicológico prestado no hospital caracteriza-se como um atendimento especializado.

e)Em relação à voluntariedade, sugere-se a substituição da frase "Você tem o direito de desistir a qualquer momento" por "A participação no estudo é totalmente voluntária, a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para o participante";

f)Em relação á confidencialidade dos dados, sugere-se a substituição da frase "vão ser mantidas em sigilo" por "os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo".

PENDÊNCIAS ATENDIDAS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 20/02/2015, TCLE versão 20/02/2015 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG. Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos ocorridos no estudo deverá ser realizada através do Sistema GEO – Gestão Estratégica Operacional, disponível na intranet do HCPA.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (513)359--7640

**Fax:** (513)359--7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 966.495

PORTO ALEGRE, 27 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de mestrado intitulado **“Personalidade, bem-estar subjetivo, funcionalidade e imagem corporal em pessoas candidatas e submetidas à cirurgia bariátrica”**, coordenado pela Prof(a). Dr(a). Clarissa Marcelli Trentini, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFRGS) e que conta com a colaboração do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Dadas as importantes mudanças que a cirurgia bariátrica traz para a vida das pessoas que a ela se submetem, e da necessidade de aprofundar no conhecimento de tais mudanças em diferentes etapas do processo pré e pós-cirúrgico, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo estudar aspectos psicológicos (bem-estar, imagem corporal, características de personalidade) e de saúde das pessoas que recebem tratamento cirúrgico para a obesidade. Para isso, se avaliarão pessoas de três diferentes grupos, a saber: pessoas que estejam no período pré-operatório (grupo 1) e nos meses 6 e 18 após a realização da cirurgia (grupo 2 e 3, respectivamente).

Se concordar em participar, você será solicitado (a) a responder cinco questionários e a autorizar o uso de informações do seu prontuário. Um questionário é sobre bem-estar, outro sobre imagem corporal, um sobre personalidade, e dois sobre aspectos de saúde. As informações consultadas pelo pesquisador no seu prontuário serão dados clínicos, incluindo dados relacionados ao seu peso, índice de massa corporal e condições médicas associadas à obesidade.

Os dados serão coletados de forma individual (através de entrevistas). A sessão ocorrerá em uma sala do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou do Instituto de Psicologia da UFRGS, ou na sua residência, a combinar. O tempo necessário para responder aos questionários será cerca de 1 hora e 30 minutos. Se você precisar de um intervalo no meio da sessão ou se você se cansar e preferir terminar a entrevista em mais de um encontro, basta combinar com o pesquisador. Você poderá se sentir cansado (a) devido ao tempo que irá disponibilizar, mas poderá pedir uma pausa ao pesquisador ou retomar a atividade em outro momento. Além disso, você poderá sentir algum desconforto emocional ao responder alguns dos instrumentos. Caso isso aconteça, o Serviço de Psicologia do HCPA, que faz parte da equipe de cirurgia bariátrica, prestará a você a atenção necessária. Se isso não for suficiente, você será encaminhado para outras formas de atendimento especializado. Se você tiver alguma preocupação relativa à forma pela qual essa pesquisa está sendo conduzida ou pela qual você foi testado (a), você pode nos contatar a qualquer momento.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para você, por tanto, sua decisão não interfere na realização da cirurgia ou no acompanhamento pós-cirúrgico. A participação no estudo não trará benefícios diretos a você, mas contribuirá para o desenvolvimento de um estudo científico, auxiliando na compreensão de aspectos relacionados à cirurgia bariátrica. Igualmente, não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação no estudo, e você não terá nenhum custo respeito aos procedimentos envolvidos nesta pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. Seu nome será trocado por um código anônimo, portanto, você não será identificado (a) ou reconhecido(a). Os dados coletados serão armazenados na sala do pesquisador responsável no Instituto de Psicologia da UFRGS pelo período de cinco anos. Os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem a identificação das pessoas que participaram do estudo.

Todas as suas dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante a pesquisa, através do telefone (51) 3308-5475 com a pesquisadora responsável Professora Clarissa Trentini, ou com as pesquisadoras Mayra Galvis, Suelen Bordignon e Juliana Bertoletti. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clínicas de Porto Alegre, sediado na Rua Ramiro Barcelos, 2350, 2º andar, sala 2227, Bairro Bom Fim, Porto Alegre, que também está disponível para esclarecer dúvidas a través do telefone (51) 3359-8304, das 8h às 17h, de segunda a sexta feira. Se concordar em participar, basta assinar este termo para confirmar sua concordância. Este documento foi elaborado em duas vias, você receberá uma delas e a outra será mantida pelo grupo de pesquisa.

---

Nome do participante

---

Assinatura do participante

---

Nome do pesquisador

---

Assinatura do pesquisador

Local e data: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

<b>Nome</b>	<b>Data de nascimento</b> (incluir idade)	<b>Código</b>				
<b>Endereço</b>						
<b>Telefones de contato</b>						
Fixo _____ Celular _____ Recado _____						
<b>1. Sexo</b>	<b>2. Estado civil</b>	<b>3. Filhos</b>				
1 Masculino ( )	1 Solteiro ( )	3.1. Tem filhos?				
2 Feminino ( )	2 Casado ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )				
	3 Divorciado ( )	3.2. quantos?				
	4 Viúvo ( )	( ) adotivo ____				
	5 União estável ( )	( ) enteado ____				
		( ) naturais ____				
<b>4. Escolaridade</b>	<b>5. Ocupação</b>					
4.1. Qual seu nível de escolaridade?	5.1. Qual sua ocupação atual?					
1 Ensino Fundamental incompleto ( )	1. ( ) trabalhando em tempo integral - CTPS					
2 Ensino Fundamental completo ( )	2. ( ) trabalhando em tempo parcial (um turno) - CTPS					
3 Ensino Médio incompleto ( )	3. ( ) trabalhando como autônomo					
4 Ensino Médio completo ( )	4. ( ) trabalha informalmente					
5 Ensino Superior incompleto ( )	5. ( ) realiza trabalho voluntário					
6 Ensino Superior completo ( )	6. ( ) em benefício					
7 Ensino Pós-graduação ( )	7. ( ) aposentado					
4.2. Anos de escolaridade _____	8. ( ) pensionista					
4.3. Houve repetências?	9. ( ) nunca trabalhou					
1 Sim ( )	10. ( ) dona de casa					
2 Não ( )	11. ( ) desempregado (a)					
4.4. Quantas? _____	12. ( ) outro: _____					
	5.2. Profissão: _____					
	5.3. Anos de trabalho _____					
<b>6. Nível socioeconômico</b>						
6.1. Indique quantos tem:	0	1	2	3	4ou+	6.2. Renda mensal
Televisão em cores						Sua renda provém de: 1 Pensão ( ) 2 Salário ( ) 3 Ajuda de terceiros ( ) 4 Aposentadoria ( ) 5 Outro ( ) Qual _____
Rádio						
Banheiro						
Automóvel						
Empregada mensalista						
Aspirador de pó						
Máquina de lavar						
Videocassete e/ou DVD/Bluray						
Geladeira						
Freezer (ou parte da geladeira duplex)						
Computador						
<b>7. Rede de apoio</b>						
7.1. Com quem mora atualmente?						

1 sozinho ( ) 2 esposo(a) ( ) 3 filho(a) ( ) 4 pais ( )

5 parente ( ) 6 amigo(a) ( ) 7 instituição ( ) 8 outro ( ) \_\_\_\_\_

7.2. Você depende de outras pessoas para realizar suas atividades? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

7.3. Para quais atividades? (investigar locomoção e medicamentos)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.4. De quem recebe ajuda nas atividades que necessita?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>8. IMC atual</b>	<b>9. IMC prévio à cirurgia</b> (para aqueles que já se submeteram ao procedimento cirúrgico).
<b>10. Peso atual</b>	<b>11. Peso pré-cirúrgico.</b>
	<b>12. Percentagem peso perdido após cirurgia.</b>

**13. Condições médicas pelas que esteja recebendo tratamento médico** (comorbidades da obesidade).

1 Hipertensão arterial ( ) 2 Diabetes mellitus tipo II ( ) 3 enfermidade cardiovascular ( )

4 Apneia de sono ( ) 5 Síndrome metabólica ( ) 6 Outras ( ) Quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Medicações**

14.1. Faz uso de alguma medicação? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

14.2. Quais e para que servem?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**15. Houve alguma hospitalização prévia?** 1 Sim ( ) 2 Não ( )

Motivos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15.2 Quantas?

1 ( ) uma ou 2 hospitalizações 2 ( ) ate 3 hospitalizações 3 ( ) mais de 3 hospitalizações

**16. Antecedentes cirúrgicos** (procedimentos estéticos ou por condições médicas).

16.1. Tem-se submetido a cirurgias anteriormente? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

Motivos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. Antecedentes psicológicos ou psiquiátricos pessoais**

17.1. Tem recebido atendimento psicológico ou psiquiátrico anteriormente? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

Motivos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17.2. Tempo de duração do atendimento \_\_\_\_\_

**18. Antecedentes psicológicos ou psiquiátricos familiares.**

18.1. Algum membro de sua família tem precisado atendimento psicológico ou psiquiátrico antes?

1 Sim ( ) 2 Não ( )

Motivos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.2. Tempo de duração do atendimento \_\_\_\_\_

**19. Estressores**  
Durante o último ano, você tem experimentado alguma das seguintes situações?

19.1. Situação	19.2. Faz quanto tempo (meses)	19.3. De 1 até 5, qual o impacto desse evento na sua vida?
1 Conflito familiar com filhos ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
2 Conflito familiar com companheiro(a) ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
3 Morte de alguém próximo ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
4 Divórcio ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
5 Perda de emprego ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
6 Mudança de emprego ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
7 Mudança de cidade ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto
8 Assalto ( )	_____	Baixo   _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Alto

**20. História de ganho de peso**

20.1. Idade à que começou a obesidade \_\_\_\_\_

20.2. Momento do ganho de peso mais importante \_\_\_\_\_

**21. Antecedentes familiares de obesidade**

21.1. Na sua família outras pessoas têm obesidade? 1 Sim ( ) 2 Não ( )  
quem? \_\_\_\_\_

21.2. Na sua família alguém tem preocupação com o peso? 1 Sim ( ) 2 Não ( )  
quem? \_\_\_\_\_

21.3. Na sua família alguém tem preocupação com a aparência física? 1 Sim ( ) 2 Não ( )  
quem? \_\_\_\_\_

21.4. Algum de seus parentes fez o procedimento cirúrgico antes? 1 Sim ( ) 2 Não ( )  
quem? \_\_\_\_\_

**22. Outros tratamentos ou tentativas anteriores para controlar o peso**

- |   |   |
|---|---|
| 1 Dieta ( )                               | 6 Participação em grupos multidisciplinares ( ) |
| 2 Exercício ( )                           | 7 Uso de laxantes ( )                           |
| 3 Medicação ( )                           | 8 Uso de diuréticos ( )                         |
| 4 Tratamento com nutricionista ( )        | 9 Uso de enemas ( )                             |
| 5 Tratamento psiquiátrico/psicológico ( ) |   |

**23. Atividade física**

23.1. Realiza atividade física? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

23.2. Que atividades realiza?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23.3. Com que frequência? (horas por semana) \_\_\_\_\_

**24. Uso de substâncias (atual)**

24.1. Você faz uso de cigarros? 1 Sim ( ) 2 Não ( ). Quantos cigarros por dia/semana? \_\_\_\_\_

24.2. Você costuma consumir bebidas alcoólicas? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

24.3. Qual bebida? \_\_\_\_\_

24.4. Com que frequência? \_\_\_\_\_

24.5. Em que quantidade (copos)? \_\_\_\_\_

**25. Uso de substâncias (prévio)**

25.1. Você fazia uso de cigarros? 1 Sim ( ) 2 Não ( ). Quantos cigarros por dia/semana? \_\_\_\_\_

25.2. Você costumava consumir bebidas alcoólicas? 1 Sim ( ) 2 Não ( )

25.3. Qual bebida? \_\_\_\_\_

25.4. Com que frequência? \_\_\_\_\_

25.5. Em que quantidade (copos)? \_\_\_\_\_

**26. Como conheceu sobre a cirurgia bariátrica?**

1 Através do pessoal médico ( ) 2 Familiares ou amigos que têm feito a cirurgia ( )

3 Meios de comunicação como a TV ou a internet ( )

27. Que expectativas tem em relação às mudanças que ocorrerão na sua vida após a cirurgia, em curto e longo prazo nos seguintes aspectos:

Saúde  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aparência física  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Laboral

---

Afetivo

---

Social

---

28. Que expectativas tinha em relação às mudanças que ocorreriam na sua vida após a cirurgia, em curto e longo prazo nos seguintes aspectos (para pós-cirúrgico):

Saúde

---

Aparência física

---

Laboral

---

Afetivo

---

Social

---

29. (para participantes no pós-cirúrgico) Numa escala de 1 até 7, qual é seu nível de satisfação com a cirurgia bariátrica, sendo 1 nada satisfeito e 7 muito satisfeito?

Nada satisfeito \_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_|\_ Muito satisfeito

## ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA

### Instruções

Logo abaixo, você encontrará 5 afirmativas. Assinale na escala ao lado de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente com relação a cada uma dessas afirmativas.

A minha vida está próxima do meu ideal.

Discordo Plenamente \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ Concordo Plenamente

Minhas condições de vida são excelentes.

Discordo Plenamente \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ Concordo Plenamente

Eu estou satisfeito com a minha vida.

Discordo Plenamente \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ Concordo Plenamente

Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.

Discordo Plenamente \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ Concordo Plenamente

Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.

Discordo Plenamente \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ Concordo Plenamente

## PANAS

### Instruções

Esta escala consiste de um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente.

- 1 nem um pouco**
- 2 um pouco**
- 3 moderadamente**
- 4 bastante**
- 5 extremamente**

_____ aflito	_____ humilhado
_____ amável	_____ incomodado
_____ amedrontado	_____ inquieto
_____ angustiado	_____ inspirado
_____ animado	_____ irritado
_____ apaixonado	_____ nervoso
_____ determinado	_____ orgulhoso
_____ dinâmico	_____ perturbado
_____ entusiasmado	_____ rancoroso
_____ forte	_____ vigoroso

## WHODAS 2.0

### Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0

Versão de 36 itens, autoaplicável

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino Data: \_\_\_\_\_

Este questionário pergunta acerca de dificuldades devidas a condições de saúde/saúde mental. As condições de saúde incluem **enfermidades ou doenças, outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool e drogas**. Relembre os **últimos 30 dias** e responda às perguntas pensando no grau de dificuldade que você teve para realizar as seguintes atividades. Para cada pergunta circule apenas uma resposta.

							<i>Uso Exclusivo do Clínico</i>		
Escores numéricos atribuídos a cada um dos itens		1	2	3	4	5	Escore bruto do item	Escore bruto do domínio	Escore médio do domínio
Nos <b>últimos 30 dias</b> quanta dificuldade teve em:									
<b>Compreensão e comunicação</b>									
D1.1	<u>Concentrar-se</u> ou fazer alguma coisa por <u>dez minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		30	5
D1.2	<u>Lembrar-se</u> de fazer <u>coisas importantes</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.3	<u>Analisar e encontrar soluções para problemas</u> da vida diária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.4	<u>Aprender</u> uma <u>tarefa nova</u> , por exemplo, aprender a ir até um novo lugar?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.5	<u>Entender em geral</u> o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.6	<u>Iniciar e manter</u> uma <u>conversa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
<b>Mobilidade</b>									
D2.1	<u>Ficar de pé</u> por <u>longos períodos</u> , como <u>30 minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		25	5
D2.2	<u>Levantar-se</u> depois de sentado?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D2.3	<u>Movimentar-se dentro da sua casa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D2.4	<u>Sair</u> da sua <u>casa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D2.5	<u>Caminhar</u> uma <u>longa distância</u> , como 1 quilômetro (ou equivalente)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
<b>Cuidado pessoal</b>									
D3.1	<u>Lavar todo</u> o seu <u>corpo</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		20	5
D3.2	<u>Vestir-se</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D3.3	<u>Alimentar-se</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D3.4	Ficar <u>sozinho</u> por <u>alguns dias</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Escores numéricos atribuídos a cada um dos itens		1	2	3	4	5			
<b>Relacionamento com as pessoas</b>									
D4.1	<u>Lidar</u> com pessoas que você <u>não conhece</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		25	5
D4.2	<u>Manter</u> uma <u>amizade</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D4.3	<u>Ter bom relacionamento</u> com as	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não			

3	peças que estão <u>próximas</u> a você?					consegui fazer			
D4. 4	Fazer <u>novos amigos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D4. 5	Atividades <u>sexuais</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
<b>Atividades da vida diária – Tarefas domésticas</b>									
D5. 1	Cuidar das suas <u>responsabilidades nas tarefas domésticas</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5. 2	Fazer <u>bem</u> as tarefas domésticas mais importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5. 3	Realizar todas as tarefas domésticas que você precisa fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		20	5
D5. 4	Realizar suas tarefas domésticas com a <u>rapidez</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
<b>Atividades da vida diária – Escola/trabalho</b>									
Se você trabalha (remunerado, não remunerado, por conta própria) ou vai à escola, preencha as questões D5.5 – D5.8									
Devido à sua condição de saúde, <u>nos últimos 30 dias</u> quanta dificuldade você teve (em):									
D5. 5	No seu <u>trabalho/escola</u> no dia a dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5. 6	Fazer <u>bem</u> suas tarefas mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5. 7	Realizar todo o trabalho que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		20	5
D5. 8	Realizar seu trabalho com a <u>rapidez</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
<b>Participação na sociedade</b>									
Nos <u>últimos 30 dias</u>									
D6. 1	O quanto foi um problema para você <u>participar de atividades na comunidade</u> (p. ex., festividades religiosas ou outras atividades) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6. 2	Quanto problema você teve devido a barreiras ou obstáculos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6. 3	Quanto problema você teve em <u>viver com dignidade</u> devido às atitudes ou ações de outras pessoas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6. 4	Quanto <u>tempo</u> você gastou com a sua condição de saúde ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		40	5
D6. 5	O quanto você esteve <u>emocionalmente afetado</u> pela sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6. 6	O quanto sua saúde <u>consumiu seus recursos financeiros</u> ou os da sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6. 7	Quanto problema sua <u>família</u> teve devido aos seus problemas de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6. 8	Quanto problema você teve em fazer coisas <u>sozinho</u> para <u>relaxamento</u> ou <u>prazer</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Escore de Incapacidade Geral (total)								180	5