

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

ARAKÉN ALMEIDA DE ARAÚJO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA
SEXUAL DE HOMENS OBESOS
MÓRBIDOS SUBMETIDOS À
GASTROPLASTIA REDUTORA À FOBI-
CAPELLA**

RECIFE
2010

ARAKÉN ALMEIDA DE ARAÚJO

**Análise da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos
à gastroplastia redutora à Fobi-Capella**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Brito
Co-orientador: Prof. Dr. Moacir de Novaes

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A663a Araújo, Arakén Almeida.

Análise da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella/ Arakén Almeida Araújo. — Recife: A. A. Araújo, 2010.

120 f.: il., tabs., quadros.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Maria de Brito, co-orientador: Prof. Dr. Moacir de Novaes.

1. Qualidade de vida. 2. Sexualidade. 3. Obesidade mórbida. 4. Cirurgia bariátrica. 5. Gastroplastia. I. Brito, Ana Maria de. II. Novaes, Moacir de. III. Título.

CDU 613.25

ARAKÉN ALMEIDA ARAÚJO

Análise da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à
gastroplastia redutora à Fobi-Capella

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 14/05/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Brito (Presidente)
CPqAM/Fiocruz

Prof. Dr. Adriano Almeida Calado
FCM/UPE

Prof^a. Dr^a. Kátia Cristina de Lima Petribu
FCM/UPE

Prof^a. Dr^a. Maria Cynthia Braga
CPqAM/Fiocruz

Dr^a. Vera Lucia Vasconcelos Chaves
CPqAM/Fiocruz

Aos sujeitos deste estudo

Dedico toda minha estima pela confiança em mim depositada, pela aceitação da minha incursão nos meandros de sua intimidade e pela nobre relação médico-paciente fraternalmente estabelecida durante os anos de pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À professora **Ana Maria de Brito**, eterna colega, por sua capacidade científica e pela orientação na elaboração deste trabalho.

Ao professor **Moacir de Novaes**, pelo inestimável apoio e incentivo, sempre compreendendo e ajudando com sua experiência nos momentos difíceis.

Ao professor **Edmundo Ferraz**, pela sua prestimosa colaboração, fornecendo meios e acesso ao Serviço de Obesidade Mórbida da Universidade Federal de Pernambuco.

À professora **Kátia Feliciano**, pela atenção, delicadeza e valiosa contribuição para o desenvolvimento deste estudo.

Ao professor **José Natal Figueirôa**, pela sua paciência e as minuciosas correções.

À incansável colega **Flávia Barkokébas**, pelo perseverante apoio e colaboração na fase final da redação da tese.

Aos colegas de trabalho do Centro de Referência de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, **Pedro Cavalcanti, Fernanda Fernandez, João Evangelista, Nair Cristina, Maria Helena Araújo e Kátia Petribu**, pela colaboração que me proporcionaram durante a fase mais intensa de trabalhos desta pesquisa.

Às enfermeiras **Cecília de Oliveira e Helena Lins**, que sem a compreensão e a presteza que me dedicaram, seria mais difícil a realização deste trabalho.

Ao estimado Prof. Dr. **Lísias Nogueira Castilho**, a quem eu devo o meu despertar para o conhecimento acadêmico. Seu exemplo e incentivo fizeram-me trilhar pelos caminhos strictu senso da pós-graduação acadêmica.

Às funcionárias **Mévine Carla e Márcia Saturnino**, da biblioteca do Centro de pesquisas Aggeu Magalhães, pela fineza no atendimento as minhas ansiosas solicitações.

A **todos** os que fazem a Secretaria Acadêmica do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pela gentileza que sempre me dispensaram.

À esposa **Nadja**, e aos filhos **Nabôr e Nízia**, pela tolerância e compreensão nos momentos de minha ausência nesses últimos quatro anos dedicados a este estudo.

“A melhor ação é a que busca a maior felicidade para o maior número de indivíduos”.

Francis Hutcheson (1694-1746)

ARAÚJO, Arakén Almeida. **Análise da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella.** Recife, 2010. 120 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A Obesidade é uma doença crônica, metabólica e de etiologia multifatorial, que vem apresentando elevada incidência nas últimas décadas na maioria dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. A obesidade grau III está associada à inadequação psicossocial, depressão e baixa autoestima. Homens obesos mórbidos podem ter a qualidade de vida sexual comprometida, decorrente de alterações da função sexual. O objetivo do presente estudo de intervenção foi analisar a qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos antes e após se submeterem à gastroplastia à Fobi-Capella. A pesquisa foi realizada em duas etapas, durante o período de março de 2005 a julho de 2008, em dois hospitais universitários da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil, com um grupo de 43 pacientes com idade entre 20 a 50 anos e média de IMC=49,7Kg/m². Na primeira etapa foram coletados dados clínicos e sócio-demográficos e, aplicado o questionário Índice Internacional de Função Erétil, no mês anterior à realização da cirurgia, Na segunda etapa, no sexto mês após a cirurgia, reaplicado o questionário e feita entrevista semiestruturada. Os resultados dos testes de homogeneidade marginal de Bhapkar e t de student para amostras pareadas, utilizados na análise estatística do questionário, aplicado em ambas as fases, mostram melhora estatisticamente significativa dos domínios da função sexual. Houve elevação dos escores relativos à disfunção erétil em 85%, à satisfação sexual em 65%, ao desejo sexual em 60%, e à satisfação geral em 51%. A análise do conteúdo das entrevistas revela os aspectos psicossociais relacionados à qualidade de vida sexual antes e após a realização da cirurgia. Foi constatado que a discriminação ou preconceitos associados à obesidade comprometiam a vida sexual ou laboral em 37%, atitude negativa relativa ao corpo ou baixa autoestima em 35% e condições psicológicas desfavoráveis para o ato sexual foram relatadas por 84%. Antes da cirurgia, a obesidade condicionava dificuldades para a atividade sexual em todos. No período de seis meses após a cirurgia, todos os participantes manifestaram melhora da qualidade de vida sexual. Conclui-se que, a redução do peso corpóreo de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia à Fobi-Capella proporciona modificações favoráveis da função e da qualidade de vida sexuais nos primeiros seis meses após a cirurgia.

Palavras-chaves: 1. Qualidade de vida. 2. Sexualidade. 3. Obesidade mórbida. 4. Cirurgia bariátrica. 5. Gastroplastia.

ARAÚJO, Arakén Almeida. **Analysis of the sexual quality of life of morbidly obese men that underwent the Fobi-Capella gastroplasty.** Recife, 2010. 120 s. Thesis (Doctor of Public Health) - Department of Public Health, Center for Research Aggeu Magalhaes, Oswaldo Cruz Fundantion, Recife, 2010.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, metabolic disease with a multifactorial etiology which has been presenting an increased incidence along the last decades in most of the developed countries or in the ones that are still in development. The class III obesity is associated with psychosocial inadequacy, depression and low self-esteem. Morbidly obese men might have the quality of their sexual life endangered due to changes in their sexual functions. The aim of this intervention study was analyzing the quality of life of morbidly obese men before and after they underwent the Fobi-Capella gastroplasty surgery. The research was executed in two phases between March, 2005, and July, 2008, at two university hospitals in Recife, Pernambuco, Brazil, with a group of 43 patients at the ages among 20 and 50 and median BMI value of 49.7 kg/m². In the first phase, one month before surgery, the medical records plus the socio-demographic data were collected, and the international index of erectile function (IIEF) questionnaire was applied. In the second phase, six months after surgery, the IIEF questionnaire was applied and a semi-structured interview was set. The results of Bhapkar's test for marginal homogeneity and student's t test for paired samples, used in the statistic analysis of the questionnaire, applied in both phases, show a statistically significant improvement in the erectile function. There was some percentage increase of the relative scores related to erectile dysfunction of 85%, sexual satisfaction of 65%, sexual desire of 60%, and general satisfaction of 51%. The analysis of the interview contents reveals the psychosocial aspects related to the quality of sexual life before and after surgery. It was found that discriminations or prejudices associated to obesity endanger the professional and sexual life in 37%, negative attitude related to the body or low self-esteem in 35% and the psychological conditions adverse to sexual act were reported in 84%. Before surgery, the obesity conditioned the difficulties of having sexual activity in all the patients. Along the six first months after surgery all the participants reported improvements in their quality of sexual life. It was concluded, therefore, that the reduction of the body weight of men who underwent the Fobi-Capella gastroplasty provides favorable changes in their function and quality of sexual life, six months after undergoing the surgery.

Key-words: 1. Quality of life 2. Sexuality. 3. Morbid obesity. 4. Bariatric surgery. 5. Gastroplasty.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação do IMC de acordo com a WHO.....	13
Tabela 2	Riscos de vários tipos de câncer associados à obesidade.....	19
Tabela 3	Distribuições das categorias da função erétil, antes e seis meses após a cirurgia.....	43
Tabela 4	Distribuição conjunta das categorias da função erétil, antes e seis meses após a cirurgia.....	43
Tabela 5	Principais estatísticas descritivas dos escores referentes à satisfação com a relação sexual, antes e após a cirurgia.....	44
Tabela 6	Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes à satisfação com a relação sexual antes e seis meses após a cirurgia.....	44
Tabela 7	Principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao orgasmo, antes e após a cirurgia.....	45
Tabela 8	Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes ao orgasmo antes e seis meses após a cirurgia.....	45
Tabela 9	Principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao desejo sexual, antes e após a cirurgia.....	46
Tabela 10	Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes a satisfação geral, antes e seis meses após a cirurgia.....	46
Tabela 11	Principais estatísticas descritivas dos escores da satisfação geral, antes e seis meses após a cirurgia.....	47
Tabela 12	Distribuição de frequência das diferenças dos escores da satisfação geral, antes e seis meses após a cirurgia.....	47
Tabela 13	Principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao escore total, antes e seis meses após a cirurgia.....	48
Tabela 14	Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes à satisfação geral, antes e seis meses após a cirurgia.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
.1 TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA: GASTROPLASTIA REDUTORA À FOBI-CAPELLA.....	20
1.2 QUALIDADE DE VIDA.....	23
1.3 FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA.....	26
1.4 OBESIDADE, QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA.....	28
2 OBJETIVOS	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3 JUSTIFICATIVA/PERGUNTA CONDUTORA	33
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	35
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	37
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (EM CONSONÂNCIA COM A PORTARIA Nº 390).....	37
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	37
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	39
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5 RESULTADOS	42
5.1 Caracterização da população do estudo.....	42
5.2 Dados do estudo de intervenção (antes e depois): aplicação do	

Índice Internacional de Função Erétil.....	42
5.3 Resultado da avaliação qualitativa.....	48
6 DISCUSSÃO.....	50
7 CONCLUSÕES.....	65
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (ROTEIRO).....	76
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (QUADROS).....	78
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA..	108
ANEXO A – ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL.....	109
ANEXO B – PROGRAMA DE CIRURGIA DE OBESIDADE.....	114

1 INTRODUÇÃO

Originadas do latim “obesitate” e “obesu”, as palavras obesidade e obeso significam, respectivamente: “deposição excessiva de gordura no organismo levando a um peso corporal que ultrapassa em 15% ou mais o peso ótimo” e “indivíduo portador de obesidade, excessivamente gordo” (AURÉLIO, 2009, p. 1420).

A Organização Mundial de Saúde, cuja sigla em inglês é WHO, define obesidade e sobrepeso como acúmulo ou excesso de gordura corporal, que podem comprometer a saúde e adota o índice de massa corpórea (IMC) ou índice de Quetelet para classificar a obesidade dos adultos em graus I, II e III (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000, 2006). Obtém-se este índice dividindo-se o peso em quilogramas pela estatura ao quadrado em metros (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE de acordo com o IMC.

IMC (Kg/m²)	CATEGORIAS
18.5 a 24.9	Normal
25.0 a 29.9	Sobrepeso
30.0 a 34.9	Obesidade grau I
35.0 a 39.9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: NHLBI-Obesity Education Initiative- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2000).

A boa correlação entre o IMC e a porcentagem de gordura corporal, já documentada em várias populações no mundo, sustenta o seu uso na avaliação da obesidade em populações (ANJOS, 2006). Um valor antropométrico ou de gordura corporal acima de um ponto de corte, baseado no IMC, consolida a definição de obesidade e sistematiza a antropometria como um método útil para estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção (VASCONCELOS; FREESE; LAPA, 2006). Contudo, um mesmo valor de IMC pode representar diferentes valores de porcentagem de gordura corporal, dependendo de fatores étnicos e ambientais da população, ou mesmo, entre pessoas com a mesma estrutura genética. Além do que

o excesso de gordura ou sua disposição corpórea podem apresentar consequências diferentes entre indivíduos obesos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).

Para muitos autores, a definição preconizada pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE permite considerar a obesidade como uma ameaça à saúde e à longevidade, e não, por si só, uma doença, uma vez que, tradicionalmente, doença significa a existência de um conjunto de sinais e sintomas além de alterações funcionais. Sendo assim, a obesidade seria um fator de risco para outras doenças (ANJOS, 2006). Considerada como integrante do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, a obesidade como as demais doenças deste grupo são de difícil conceituação. Há polêmicas quanto à denominação dessas doenças, seja caracterizá-las como doenças não-infecciosas ou doenças crônico-degenerativas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). No que tange à obesidade, algumas características, tais como: história natural prolongada, múltiplos fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, ausência de participação ou participação discutível de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte, permitem a sua inclusão no grupo das doenças crônicas não transmissíveis (LESSA, 1998).

Em todo o mundo, de uma forma geral, estima-se que sobrepeso e obesidade ocupam o sétimo fator de risco mais importante para mortalidade e o oitavo mais significativo de risco para doença (LOPEZ *et al.*, 2006).

Como fator de risco, a obesidade está presente em muitas doenças crônicas, como diabetes e doença cardiovascular, além de predispor a osteoartrites, refluxo gástrico, distúrbios respiratórios, apneia do sono e morte prematura (SJÖSTRÖM, 1992). O seguimento da coorte de Framingham em um período de 26 anos revelou que a obesidade é um fator de risco para enfermidades cardiovasculares, principalmente doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, independente da idade, pressão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, intolerância à glicose, níveis de colesterol e hábitos, como o tabagismo e o sedentarismo, em ambos os sexos (HUBERT *et al.*, 1983). A obesidade está associada a uma maior morbidade e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, quando comparada aos hábitos de fumar, beber ou aos problemas da pobreza (STURM; WELLS, 2001).

A obesidade na forma mórbida, grau III, está associada ao aumento da morbimortalidade por doença cardiovascular, diabetes, certos tipos de câncer, e a inadequação psicossocial decorrente de depressão e baixa autoestima (DYMEK *et al.*, 2002; KOPELMAN, 2000; PI-SUNYER, 1993). Problemas psicológicos e sociais parecem comprometer mais negativamente a qualidade de vida dos indivíduos portadores de obesidade grau III. Para Ropka (2002), além do aumento da morbimortalidade, a obesidade também está associada ao aumento dos custos com a saúde, e com a participação de fatores biológicos, genéticos, emocionais, sociais e culturais. Nos países desenvolvidos, dois a sete por cento do total dos custos com a saúde pública são atribuíveis à obesidade (HOSSAIN; KAWAR; EL NAHAS, 2007). Para salientar a importância das doenças crônicas não transmissíveis, em termos de custos, tome-se como exemplo o Brasil, um país emergente, que tem um gasto anual estimado em 1,5 bilhão de reais com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de massa corporal e doenças associadas (ANJOS, 2006). Por conseguinte, os custos com o absenteísmo e a diminuição da produtividade no trabalho, decorrentes da obesidade, podem ser considerados economicamente desfavoráveis.

A etiologia da obesidade é de natureza multifatorial com relevância para os aspectos genéticos e ambientais. Para cada indivíduo, o peso corpóreo é influenciado pela combinação de fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, ambientais, culturais e socioeconômicos (INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE, 2007). Brown (1990), estudando a evolução biológica e cultural humana, considera que a causa da obesidade e a condição de sobrepeso envolvem a interação das características genéticas com comportamentos e crenças culturalmente padronizados.

As investigações sobre a implicação genética na prevalência da obesidade, como a utilização de modelos animais de obesidade, a transferência gênica e os estudos de associação, identificaram cerca de 30 genes envolvidos na obesidade (MARQUES-LOPES *et al.*, 2004). A manutenção de peso e gordura corporal ao longo do tempo decorre da conjugação de vários mecanismos, quais sejam: participação de genes no controle de vias eferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas e sistema nervoso autônomo) (MARTÍNEZ; FRÜHBECK, 1996). Estudos sugerem que existe uma base genética

transmissível que promove o controle de peptídeos e monoaminas implicados na regulação do apetite, nas variações do metabolismo basal, no efeito termogênico dos alimentos e na atividade física espontânea, além da regulação da utilização metabólica dos nutrientes energéticos para suprir as necessidades do organismo e manter a estabilidade do peso corporal (HIRSCH; LEIBEL, 1998).

No entanto, sendo o aumento da prevalência de obesidade um fenômeno mundial recente, alterações genéticas por si só não poderiam ser consideradas fatores etiológicos da obesidade. Contribuiria para isso também, o fato de que certas populações apresentam predisposição ou susceptibilidade genética para a obesidade, sobre a qual atuariam fatores ambientais e estilo de vida, notadamente os hábitos alimentares e a atividade física, podendo-se supor que determinantes genéticos e ambientais agem de forma sincrônica (BRAY; BOUCHARD, 1997). Stunkard (2000) ressalta que a transmissão hereditária da obesidade não é superior a 33%, do que se deduz que 66% da variação do IMC é determinada pelo ambiente, tendo, portanto, os determinantes ambientais importante papel no desenvolvimento dessa doença. Para esse autor, atuações sobre os determinantes sociais e condição socioeconômica são estratégias para o controle da obesidade, enfatizando que, “a relação da condição socioeconômica com a obesidade é bidirecional: a condição socioeconômica determina a prevalência da obesidade e esta conduz a diminuição da condição socioeconômica” (STUNKARD, 2000, p. 30).

Existem causas complexas para o aumento da obesidade no mundo que ainda permanecem não esclarecidas. Alguns fatores que contribuem para esse fenômeno já têm sido identificados, porém, ainda possuem importância relativa e incerta (PUBLIC HEALTH, 2007). O aumento da obesidade no mundo é atribuído a dois fatores fundamentais: mudanças na dieta com a ingestão aumentada de alimentos com alta densidade energética, ricos em gordura e açúcar, mas com baixo teor de vitaminas, minerais e outros nutrientes e tendência à diminuição da atividade física devido ao aumento do sedentarismo comum em muitas formas de trabalho, mudanças nos modos de transportes e crescimento da urbanização (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Sob a ótica do processo de transição nutricional, esses fatores estão condizentes com os estudos sobre modificações nos padrões de morbimortalidade que vêm sendo realizados desde a década de 60 (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Do ponto de vista sociocultural, vale destacar achados publicados por Christakis e Fowler (2007), baseados no *Framingham Heart Study*. Esses autores ressaltam que a disseminação da obesidade “pessoa-a-pessoa”, num dado grupo social, é um possível fator de contribuição para a epidemia da obesidade. Avaliaram, considerando o IMC, uma rede social interconectada de 12.067 pessoas entre 1971 e 2003, concluindo que a obesidade parece disseminar-se através de vínculos sociais. Relataram que as chances de uma pessoa se tornar obesa aumentou em 57%, se possuía um amigo(a) que se tornou obeso(a), e 40% entre adultos de uma mesma família, se um membro tornou-se obeso.

As doenças crônicas não transmissíveis que se destacam epidemiologicamente desde o início da segunda metade do século passado e se constituem na primeira causa de morbimortalidade, como: hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, diferentes tipos de câncer, osteomusculares e diabetes tipo II, apresentam risco aumentado quando associadas ao sobrepeso e à obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; FREESE; FONTBONNE, 2006). Nesse contexto, a obesidade considerada como doença crônica não transmissível também pode ser compreendida como parte do processo de transição epidemiológica.

Dessa forma, pode-se considerar a obesidade como uma doença crônica, metabólica, de etiologia diversa que tem aumentado muito em incidência nas duas últimas décadas atingindo a maioria dos países (SORENSEN, 2000). Com o aumento da obesidade em proporções epidêmicas em todos os continentes, cuja prevalência tem aumentado rapidamente em muitos países, a OMS a tem considerado como uma epidemia global (SEIDELL, 2005). Na maioria dos países da Europa, verificou-se um aumento da obesidade entre 10% e 40% em 10 anos, principalmente na Inglaterra, nas décadas de 80 e 90. Países localizados na região oeste do Pacífico, como o Japão, a Austrália e a China, também apresentaram aumento da prevalência da obesidade. Nas Américas, o padrão de obesidade para ambos os sexos vem aumentando tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). Nos Estados Unidos, a prevalência de obesidade grau III ou obesidade mórbida aumentou em quase três vezes entre 1990 a 2000 (FREEDMAN *et al.*, 2002).

Estudo recente mostra que 312 milhões de pessoas ao redor do mundo são obesas (HOSSAIN; KAWAR; EL NAHAS, 2007). Estima-se que, em 2015,

aproximadamente 700 milhões de adultos, ou seja, pessoas acima de 15 anos, serão obesos, sendo comum encontrar subnutridos e obesos vivendo lado a lado em um mesmo país, na mesma comunidade e mesmo morando na mesma habitação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, a prevalência de sobrepeso e de obesidade em adultos é de respectivamente, 27 milhões e 6,8 milhões (BRASIL, 2005). Em 2003, Malheiros e Freitas Junior relataram que houve um aumento na prevalência da obesidade de 13,3% na população geral, sendo a taxa de ascensão de 0,20 pontos percentuais ao ano para a população masculina. Historicamente, nos últimos trinta anos, a prevalência de sobrepeso duplicou, e a de obesidade triplicou em homens adultos (IBGE, 2004), o que, por si só, denota relevância epidemiológica e um indicativo importante para implementação de políticas de saúde pública. Em 1995, Lima Junior estimava que 0,3% da população brasileira seria composta de portadores de obesidade grau III.

O Estado de Pernambuco, cuja população perfazia um total de 8.810.256 habitantes (IBGE, 2009), apresentava em 2004 uma prevalência de obesidade na população masculina com 20 anos ou mais de idade de 10,2%, ou seja, 858.187 obesos, e na população feminina, na mesma faixa etária, 13,8%, ou seja, 1.161.000 obesas (IBGE, 2004).

Considerando-se os dados sobre a prevalência de obesidade, publicados por Malheiros e Freitas Junior em 2003 e Lima Junior em 1995, é possível estimar que, atualmente sendo a população brasileira de aproximadamente 191.500.000 de habitantes (IBGE, 2009), existem aproximadamente 25.500.000 de obesos, sendo 57.450 portadores de obesidade grau III, dos quais 2.524 no estado de Pernambuco.

Dados sociodemográficos consistentes relativos ao sobrepeso e à obesidade resultantes de inquérito populacional, realizado em 2003, mostram que o sobrepeso afetava 41%, e a obesidade, 8,9% dos homens adultos e acompanhavam o crescimento dos rendimentos dessa população (IBGE, 2004).

O aumento da prevalência da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes tipo II está ligado ao avanço da obesidade. Em todo o mundo, aproximadamente 197 milhões e mais de um bilhão de pessoas, respectivamente, são portadoras do diabetes tipo II e de hipertensão arterial sistêmica, atribuíveis à obesidade e ao sobrepeso, sendo que esta última, incide cinco vezes menos em pessoas de peso normal (HOSSAIN; KAWAR; EL NAHAS, 2007).

Vários estudos nacionais e internacionais ressaltam a importância da obesidade na prevalência da hipertensão arterial sistêmica e da intolerância à glicose, além de enfatizar o aumento significativo na prevalência da primeira com o aumento do IMC (CARNEIRO *et al.*, 2003; MANSON *et al.*, 1995; VAN ITALLIE, 1985). Também há uma correlação positiva entre o aumento do IMC e a ocorrência de diabetes tipo II. Modan *et al.* (1986), e Barret (1989), demonstraram que o risco relativo de desenvolver o diabetes tipo II aumenta exponencialmente com o aumento do IMC.

A incidência de câncer em pessoas obesas excedeu em 33%, sendo 25% em homens e 37% em mulheres, entre 1965 e 1993, evidenciando a associação de mais formas de câncer com obesidade que previamente relatada (WOLK *et al.*, 2001). Esses autores estimaram o risco de vários tipos de câncer, ressaltando o elevado risco da doença de Hodgking apenas em homens (odds ratio=3.3) e linfoma não-Hodgking apenas em mulheres (odds ratio=1.6). Salientaram que a associação da obesidade com os riscos de câncer de próstata, da mama e do pâncreas, sofre influência da idade. A tabela abaixo mostra os vários tipos de câncer e os seus respectivos índices de risco (odds ratio).

Tabela 2. Índices de risco para vários tipos de câncer associados à obesidade.

Câncer	OR (odds ratio)
Bexiga	1.2
Cérebro	1.5
Colo	1.3
Colo de útero	1.4
Endométrio	2.9
Intestino Delgado	2.8
Laringe	2.1
Ovário	1.2
Pâncreas	1.5
Rim	2.3
Tecido conjuntivo	1.9
Vesícula biliar	1.6

Fonte: *Dados extraídos de WOLK et al.(2001)*

Para o entendimento da problemática a ser tratada nesta tese, com relação ao objetivo de analisar a qualidade de vida sexual em homens obesos mórbidos submetidos ao procedimento cirúrgico de gastroplastia redutora, serão abordados a seguir alguns fundamentos teóricos sobre tópicos inerentes ao tema.

1.1 TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA: GASTROPLASTIA REDUTORA À FOBI-CAPELLA

Diante da complexidade da obesidade, ainda não existe um tratamento satisfatório para essa enfermidade. Diversos tratamentos medicamentosos e comportamentais têm sido propostos, porém nenhum assegura perda permanente do peso corpóreo, enquanto a maioria é acompanhada de efeitos colaterais negativos (ALVAREZ-CORDERO, 1998; NATIONAL INSTITUTE HEALTH, 1998). O tratamento clínico baseado em regimes de dieta e exercícios físicos para obesidade mórbida reconhecidamente produz respostas insatisfatórias e, quando ocorrem, são ineficazes para a manutenção da redução do peso (WADDEN, 1993). Cowan Junior, Hiler e Buffington em 1999, mencionam cerca de 98% de falha na manutenção da perda de peso obtida com o tratamento clínico para obesidade. Vários estudos relatam a alta incidência de insucesso, em longo prazo, na manutenção da perda de peso em pacientes obesos mórbidos submetidos a alguma forma de tratamento não cirúrgico (ALPERT; TERRY; KELLY, 1985; SUPPLY, 2002; WROBEL *et al.*, 1983).

Nos últimos 25 anos, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida tem sido cada vez mais empregado, uma vez que os métodos conservadores não propiciam os resultados pretendidos ou uma resposta satisfatória na duração do tratamento (MELISSAS *et al.*, 1998).

A cirurgia bariátrica é um procedimento, que resulta em perda de peso significativa e duradoura, melhora das possíveis comorbidades associadas, prevenção de complicações ameaçadora da vida e aumento da longevidade (COWAN JUNIOR; HILER; BUFFINGTON, 1999). Os resultados obtidos com a cirurgia bariátrica devem incluir, além dos fatores acima citados, melhora no comportamento alimentar, nas variáveis psicossociais e na qualidade de vida (ORIA; MOOREHEAD, 1998). Estudo retrospectivo feito com pacientes submetidos à gastroplastia, entre um ano e meio a cinco anos e meio, mostrou mudanças significativas na qualidade de vida que refletiram na autoestima, no relacionamento com o parceiro e nos índices de relacionamento social, em ambos os sexos (ISACSSON *et al.*, 1997).

Estudo de meta-análise publicado recentemente mostrou superioridade e efetividade do tratamento cirúrgico sobre o tratamento medicamentoso, resultando

em melhora da qualidade de vida e redução de comorbidades (COLQUITT *et al.*, 2009). Entretanto, alguns pacientes apresentam ganho de peso depois da cirurgia, após um início bem sucedido da redução do peso corpóreo. Apesar disso, a cirurgia ainda é um tratamento que proporciona redução de peso significativa e permanente em pacientes obesos mórbidos, sendo a primeira opção que deve ser sugerida para esses pacientes (COLQUITT *et al.*, 2009; SJÖSTRÖM *et al.*, 2007).

Dentre as várias técnicas cirúrgicas, as gastroplastias, quando comparadas ao tratamento medicamentoso, proporcionam, além da manutenção da perda de peso, redução da mortalidade em 30%, num período de 10 anos, o que configura significativa redução de chances de morte precoce em obesos mórbidos (SJÖSTRÖM *et al.*, 2007).

A derivação gastrojejunal em Y-de-Roux é considerada a cirurgia mais eficaz. Há variações na técnica de realização dessa cirurgia: tipo de reservatório gástrico (horizontal ou vertical) e colocação, ou não, de um anteparo inelástico (Silastic ou Marlex) na bolsa gástrica como forma de diminuir a velocidade do esvaziamento gástrico e aumentar o tempo de saciedade. Ainda, existe variação em relação à medida do comprimento das alças aferente ou biliopancreática e eferente ou alimentar (PORIES; ROTH, 2004). Atualmente é consenso em vários países desenvolvidos a recomendação da gastroplastia vertical com derivação em Y-de-Roux, denominada gastroplastia redutora à Fobi-Capella, sendo a mais utilizada tanto nos Estados Unidos da América, país em que é realizado o maior número de cirurgias no mundo, como também, em nosso meio. Essa modalidade de tratamento cirúrgico é efetiva, confiável, apresenta menores índices de re-intervenção e resulta em rápida perda de peso, podendo ocorrer redução acima de 50% do excesso de peso corpóreo (GARRIDO JÚNIOR, 2000; PORIES; ROTH, 2004).

A gastroplastia redutora à Fobi-Capella é considerada uma técnica mista, classificada no grupo III das cirurgias denominadas bariátricas, por possuir características dos grupos I (disabsortiva) e II (restritiva) que, respectivamente, resultam em redução na absorção dos nutrientes ingeridos e da capacidade gástrica, com consequente diminuição da ingestão de alimentos. O componente restritivo é criado com secções transversal e longitudinal do estômago no sentido cranial, a 10cm da junção esôfago-gástrica (gastroplastia vertical). Após a colocação de um anel de silicone entre 6,2cm a 6,5cm de diâmetro, a capacidade final do novo reservatório gástrico deve ser de aproximadamente 50ml. A alça jejunal deve ser

seccionada, distando 50cm do ângulo de Treitz. A anastomose jejunojejunal deve ser feita cerca de 1m a 1,5m do nível da mencionada secção (varia de acordo com o IMC do paciente). Ao término do procedimento, encontram-se configuradas a alça alimentar, que recebe os alimentos e dista de 1m a 1,5m da anastomose gastrojejunal até a anastomose jejunojejunal, a alça bílio-pancreática, que recebe as secreções gástricas, intestinais e bílio-pancreática desde o estômago excluído até a anastomose jejunojejunal e deve medir de 50 cm até 1m nos pacientes diabéticos, e a alça comum que recebe conjuntamente os alimentos e as secreções digestivas após a última anastomose citada (Figura 1).

No Brasil, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 390, de 06 de julho de 2005, em seu artigo nº 10, anexo V – Ações de Atenção ao Paciente com Obesidade Grave item “V-D – Diretrizes para a Cirurgia Bariátrica”, reconhece e/ou autoriza no Sistema Único de Saúde a Gastroplastia Redutora à Fobi-Capella (BRASIL, 2008).

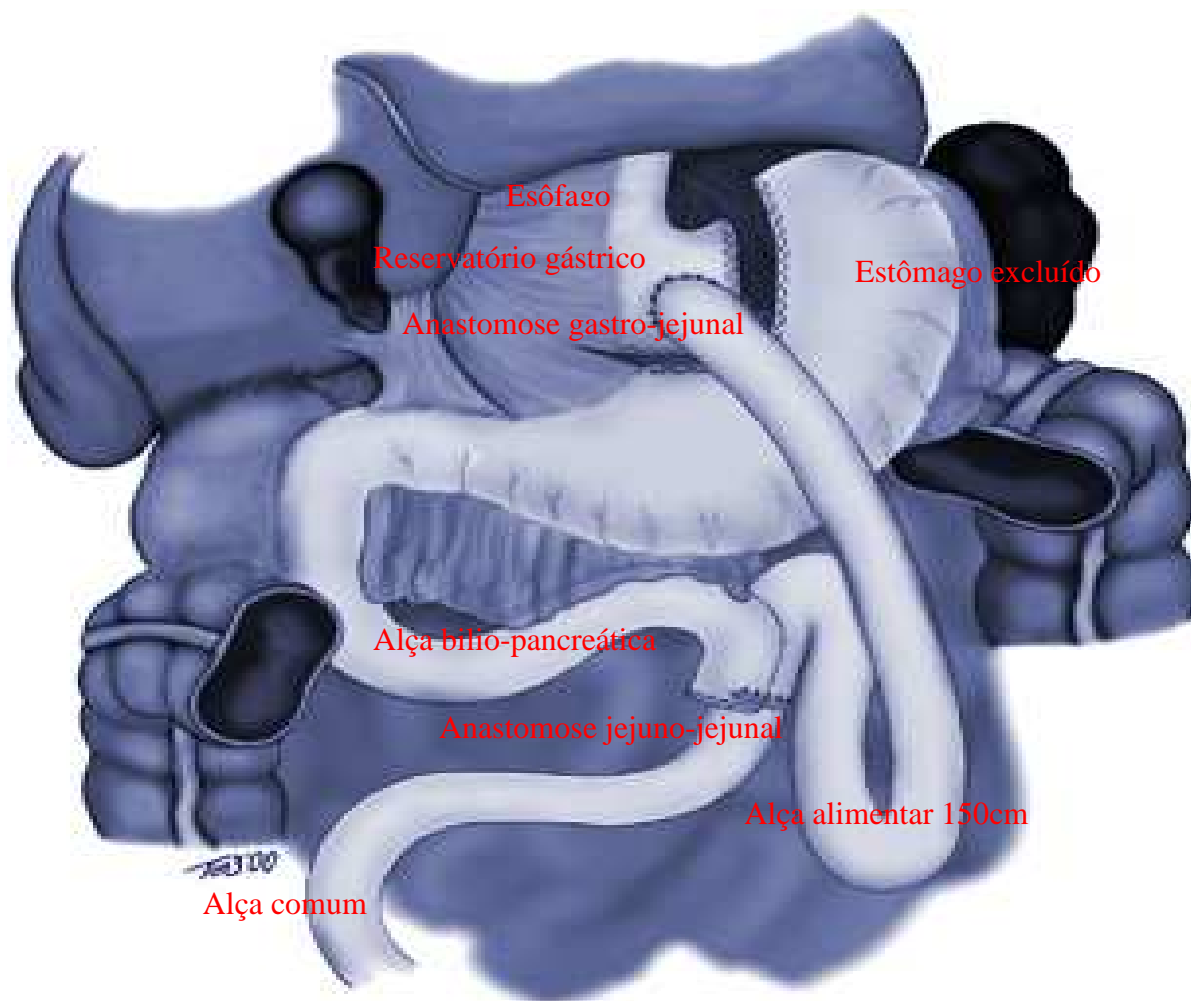


Figura 1. Gastroplastia Redutora à Fobi-Capella em Y de Roux.

Fonte: Imagem cedida pela clínica Agir – Belo Horizonte/MG. Modificada pelo autor. (CLÍNICA AGIR, 2010).

1.2 QUALIDADE DE VIDA

A busca pelo significado do termo “Qualidade de Vida”, faz parte dos anseios do homem desde a Antiguidade, tendo sido influenciada por diferentes correntes filosóficas. Na Grécia, com Aristóteles, a concepção de vida com qualidade se encontrava estreitamente ligada aos sentimentos de felicidade, realização e plenitude (BAYLEY, 1988). A dificuldade para a conceituação do termo “Qualidade de Vida” está implícita nos argumentos divulgados por Campbell, (1976 apud AWAD; VORUGANTI, 2000, p. 558): “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”.

Em 1995, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE estabeleceu o conceito sobre qualidade de vida: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, nos sistemas de valores que adota, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP 1995, p. 1405).

A abrangência e a complexidade do termo qualidade de vida estão evidentes no conceito de Belasco e Sesso (2003), que o considera interligado a perspectivas econômicas, demográficas, antropológicas, bioéticas e, mais recentemente, ambientais e de saúde pública, refletindo o processo de sua construção. Donovan (2001) ressalta que a preocupação com o conceito de qualidade de vida, reflete o interesse das ciências biológicas e sociais em ampliar e dar mais importância aos parâmetros inerentes aos sintomas, a redução da mortalidade e ao prolongamento da expectativa de vida.

O termo qualidade de vida é utilizado nos contextos do cotidiano por pessoas e profissionais de diversas áreas, e da pesquisa científica em diferentes campos do saber, notadamente em Medicina e em várias especialidades da Saúde. Universalmente utilizado em diversos tipos de estudos, o conceito de qualidade de vida encontra-se consensualmente embasado em dois aspectos relevantes: subjetividade e multidimensionalidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

Neste estudo, os diversos aspectos subjetivos de qualidade de vida, e mais especificamente de qualidade de vida relacionada à saúde sexual, foram interpretados como referências para os domínios físico, psicológico e social de saúde. Esses domínios configuram áreas distintas que são influenciadas por experiências pessoais, crenças, expectativas e percepções de cada indivíduo (TESTA; SIMONSON, 1996). Dessa forma, percebe-se a importância da subjetividade na avaliação da qualidade de vida.

Face ao incremento de programas preventivos e terapêuticos, pesquisadores e profissionais mostram que indicadores que levam em conta a subjetividade, especialmente os que avaliam, analisam e permitem a mensuração da qualidade de vida, também devem ser considerados (BELASCO; SESSO, 2003; CICONELLI, 2003; ROSET *et al.*, 2001). Portanto, parece que a análise consistente de uma condição de saúde ou da qualidade de vida, baseada, apenas, na observação de dados clínicos objetivos ou na interpretação de respostas a um agravo, não é suficiente.

Para a avaliação e/ou mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde são utilizados instrumentos ou questionários. Os instrumentos podem ser genéricos ou específicos: o primeiro inclui grande parte das dimensões que compõem a qualidade de vida, sendo útil na condução de pesquisas gerais sobre saúde e para comparar estados de doença. À medida que se concentra em um aspecto em particular, em uma determinada patologia e ou tratamento, é chamado específico (GUYATT; FEENY; PARICK, 1993). Tais instrumentos necessitam ser validados por técnicas psicométricas apropriadas e demonstrar confiança, consistência e reprodutibilidade. Um questionário deve ter sensibilidade para refletir as verdadeiras mudanças individuais dos pacientes de um estudo ao longo do tempo (HERR, 1997).

Vários instrumentos foram criados com o objetivo de avaliar o estado de saúde, sendo que muitos deles incluem a avaliação da capacidade funcional no desenvolvimento das atividades da vida diária (KRAL; SJÖSTRÖM; SULLIVAN, 1992), enquanto outros, levantamentos e questionários psicológicos, têm sido elaborados para avaliar aspectos subjetivos da qualidade de vida (VALLIS; ROSS, 1993). No âmbito da saúde coletiva, esse interesse é crescente, visando a indicadores que avaliam a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos como também na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

Um instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida largamente utilizado em pesquisa e na prática clínica, composto por oito domínios e 36 itens, denominado *Short Form of the Medical Outcomes Study* (SF-36), tem mostrado que a qualidade de vida varia diretamente com a gravidade da obesidade em indivíduos que buscam tratamento para redução de peso, sendo pobre na maioria dos obesos (FONTAINE; CHESKIN; BAROFSKY, 1996). Com quatro itens relativos à vida sexual, dentre 31 que compõem cinco domínios, um instrumento específico para avaliação da qualidade de vida em populações de obesos, o questionário *Impact of Weigh on Quality of Life-lite* (IWQOL-LITE), vem sendo utilizado em vários estudos sobre a obesidade. Van Nunen *et al.* (2007) mostram em estudo de meta-análise que ambos os instrumentos acima citados são úteis para a avaliação da qualidade de vida de pessoas obesas que buscam, ou não, tratamento cirúrgico ou não cirúrgico para a obesidade.

Um instrumento específico que avalia os parâmetros da função sexual masculina, denominado Índice Internacional de Função Erétil (Anexo A), vem despertando interesse entre os pesquisadores devido a sua importância para a utilização em ensaios clínicos. Trata-se de um questionário com especificidade e sensibilidade adequadas para detectar disfunção erétil, já validado em 32 idiomas, que permite não somente avaliar a função sexual do paciente como também os resultados de um tratamento baseado em informações do próprio indivíduo sobre a sua vida sexual (ROSEN *et al.*, 1997, 2002). Embora apresente limitações, como avaliar, de forma superficial, as respostas não relacionadas à função erétil, não focar completamente os diferentes aspectos da função sexual e avaliar, de forma limitada, o relacionamento com a parceira (FERRAZ; CICONELLI, 1998), pode ser utilizado para preencher uma lacuna existente em pesquisas sobre a qualidade de vida sexual de homens obesos, inclusive após se submeterem à cirurgia bariátrica.

1.3 FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

No conceito vigente, nas últimas duas décadas, a sexualidade passou a ser vista de forma abrangente, englobando o conhecimento anátomo-fisiológico do homem e da mulher; a identidade sexual; as alterações físicas e psicológicas ao longo da vida; o afeto e a autoestima; a gravidez; a maternidade e a paternidade; o planejamento familiar; as doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. A sexualidade é, portanto, influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos e legais (WHAT CONSTITUTES..., 2004).

Dentre os fundamentos psicanalíticos da sexualidade destacam-se a influência do desejo sexual e de outros vários aspectos na construção da sexualidade humana (OLIVEIRA, 1988). Assim, deve-se entender a sexualidade como parte da personalidade do ser humano, e produto da interação entre ele e as diferentes estruturas sociais.

Baseado em estudos que buscam entender a construção da masculinidade, Dutra (2002) assevera que esta é culturalmente construída e varia segundo as sociedades ou no âmbito de uma mesma sociedade, segundo diferentes períodos históricos.

A subjetividade masculina, baseada na força, no domínio e no machismo, é construída dentro de um contexto cultural onde o homem nasce e se cria (BRAZ, 2005). O modelo hegemônico de ser homem na construção da identidade sexual, ainda utiliza tradicionalmente o poder, a agressividade, a iniciativa e a sexualidade incontrolada. Entretanto, embora permaneça em intensidade variável o padrão patriarcal, atualmente se experimenta a possibilidade de construção da sexualidade masculina com base em outros referenciais (GOMES, 2003). Para Goldenberg (2000), o homem inserido no modelo hegemônico será obrigado a coexistir com outros modelos de ser homem. Para esta autora, este modelo de masculinidade não sobrevive com base na força, no poder e na virilidade.

A sexualidade masculina, em parte, é uma expressão complexa que resulta do desejo, da atração sexual e do comportamento sexual. Além da integridade anatômica e funcional dos órgãos genitais, a atividade sexual é influenciada por centros de excitação localizados no trato espinhal e no cérebro (sistema límbico), sendo que este último sofre efeitos significativos de fatores ambientais e socioculturais. Características marcantes da sexualidade masculina, orientadas mais pelo tato e por estímulos visuais, podem ter como base as influências culturais e evolutivas através dos anos (JOSEPH, 2000).

No cenário médico-científico, o termo sexualidade está cada vez mais sendo substituído pelas expressões função sexual e saúde sexual (GIAMI, 2002). Do ponto de vista fisiológico, a função sexual masculina envolve a obtenção e manutenção da ereção peniana, a emissão espermática, a ejaculação e o orgasmo. A ereção peniana é decorrente de um complexo mecanismo neurológico, vascular e endócrino, com a participação de componentes psicológicos. Estímulos parassimpáticos são promotores da ereção, enquanto os centros reflexos medulares emitem impulsos simpáticos para os órgãos genitais através dos plexos nervosos simpáticos hipogastro e pélvico. Esses últimos têm predominância na fase de ejaculação. Atuando por via central ou periférica, existem neurotransmissores diversos dotados de ação facilitadora ou inibidora. A contração e o relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos são controlados, respectivamente, pela noradrenalina, pelas endotelinas e angiotensina e pelo óxido nítrico e peptídeo vasoativo. Em nível intracelular, o controle da atividade da musculatura lisa depende do fluxo de cálcio. A flacidez e rigidez peniana cálcio-dependentes é modulada por neurotransmissores e fatores derivados do endotélio (CARSON, 2000).

Tradicionalmente, a ejaculação é considerada como a emissão espermática; a ejaculação e o orgasmo, porém, são eventos fisiologicamente distintos. A emissão espermática é o deslocamento do esperma nos ductos deferentes, esvaziamento das vesículas seminais e deposição da secreção prostática na uretra posterior, concomitante ao fechamento dos esfíncteres vesical interno e externo. Esse mecanismo tem o controle neural dos núcleos lombares e sacral da medula espinhal, que recebem estímulos sensoriais aferentes do pênis. A ejaculação é a expulsão do sêmen, decorrente da contração muscular perineal associada à abertura do esfíncter externo. Tem seu controle neural também em nível sacral sendo considerado um reflexo espinhal incontrolável (BUCH, 1994). O orgasmo, por sua vez, é a sensação prazerosa associada aos dois eventos precedentes, de natureza essencialmente psíquica, na qual influem emoções, expectativas e memória (RIVARD, 1982).

1.4 OBESIDADE, QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Como já descrito, a obesidade causa grande impacto na saúde física, no bem-estar emocional e no desempenho psicossocial dos indivíduos, resultando na diminuição da qualidade de vida dos portadores dessa enfermidade (FONTAINE; CHESKIN; BAROFISKY, 1996; KAWACHI, 1999), além de elevados custos materiais. As comorbidades associadas à obesidade tornam ainda mais prejudicada a qualidade de vida desses indivíduos, com possíveis repercussões na função sexual (KOLOTKIN *et al.*, 2006). Abdo *et al.* (2002) apresentaram um perfil da vida sexual da população brasileira, mostrando que 6,8% dos entrevistados com disfunção erétil referiam ser obesos contra apenas 3,3%, metade, sem disfunção erétil, que referiam ser obesos.

As doenças crônicas mais frequentemente associadas à obesidade, como a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, e os seus respectivos tratamentos, além de comprometerem a função sexual masculina, são causas relevantes de complicações sistêmicas e de óbito. Feldman *et al.* (1994) não demonstraram correlação entre obesidade e disfunção erétil na população geral, no entanto, ressaltaram que a associação de várias entidades mórbidas com a obesidade, como diabetes melitus, hipertensão arterial, dislipidemia e tireopatias pode estar

relacionada aos distúrbios da ereção. A obesidade por si só, parece não ser um fator independente para função erétil, mas pelo menos contribui como um fator mediador para aumentar o risco de o paciente ter doenças associadas que são fatores de riscos para disfunção erétil (CHUNG; SOHN; PARK, 1999).

O impacto da obesidade na função erétil foi analisado por Chung, Sohn e Park (1999), utilizando ultrassom com Doppler das artérias cavernosas do pênis, num estudo com 321 indivíduos portadores de disfunção erétil. Concluíram esses autores que: a qualidade de função erétil residual foi melhor em pacientes não obesos, a incidência de fatores de risco vasculares foi mais alta em pacientes obesos ($p=0,003$) e, quando esses fatores foram excluídos não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$), considerando função erétil residual ou a incidência de dano vascular peniano entre os pacientes obesos e não obesos.

A qualidade de vida sexual de homens portadores de obesidade mórbida pode ser prejudicada por disfunções sexuais que comprometem a ereção, o orgasmo e o desejo sexual, além de reduzida, devido a diversas limitações impostas pela mobilidade, massa corporal e estigmatização social. Indivíduos obesos têm que lidar com preconceitos, discriminação, isolamento social, insatisfação no relacionamento e problemas ocupacionais (VAN GERMET *et al.*, 1998). Do ponto de vista psicossocial, estados emocionais negativos e experiência de vida incluindo depressão, autoestima e dificuldade de relacionamentos, têm sido causas de disfunções sexuais como a diminuição do desejo sexual e alterações do orgasmo (MEANA; BINIK; THALER, 2008).

Estudo randomizado e multicêntrico, com aproximadamente 28.000 entrevistados, mostrou que boa saúde é um dos fatores significativamente importantes para a qualidade de vida, assim como autoestima é um fator determinante para a masculinidade (SAND *et al.*, 2008). Nos homens, a autoestima e o sucesso social parecem exercer um efeito sexualmente gratificante (BEN-ZION; GURENWALD; VARDI, 2004). Analisando o impacto da redução de peso na qualidade de vida de homens obesos, Kolotin *et al.* 2001 mostraram melhora significativa da saúde física e da autoestima.

Embora a prevalência da obesidade esteja aumentando em todo o mundo, pesquisas sobre a relação entre obesidade e qualidade de vida não têm acompanhado esse crescimento. Há, na literatura, poucos estudos sobre obesidade e qualidade de vida, predominando aqueles que associam essa relação ao

tratamento cirúrgico da obesidade (ADOLFSSON, *et al.*, 2004; DYMEK *et al.*, 2002; KINZL *et al.*, 2007; KOLOTKIN *et al.*, 2006; VILLELA *et al.*, 2004). Esses estudos avaliam alguns aspectos inerentes a qualidade de vida sexual, utilizando instrumentos genéricos ou específicos para a obesidade.

Dentre as diversas modalidades de disfunção sexual masculina, a disfunção erétil acomete homens a partir de 18 anos de idade em diferentes graus, variando de 41% na faixa etária de 18 a 39 anos, e 70% em homens com 60 a 70 anos. Cinquenta e dois por cento da população masculina apresentam algum grau de disfunção erétil, sendo 10% grave, 25% moderada e 17% leve. (FELDMAN *et al.*, 1994). Definida em 1993 pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos como a incapacidade persistente do indivíduo em obter e/ou manter uma ereção suficiente para completar um intercurso sexual satisfatoriamente, a disfunção erétil tem como principais fatores de risco, além da idade, alterações metabólicas, doenças cardiovasculares e transtornos psicossomáticos (FELDMAN *et al.*, 1994).

Há evidência de crescente aumento da disfunção erétil em todo o mundo: em 1999, Aytaç, Mckinlay e Krane estimaram que, em 1995, havia acima de 192 milhões de homens portadores de disfunção erétil e projetaram, para 2025, aproximadamente 322 milhões. No Brasil, estudo sobre a correlação de aspectos médicos, sociodemográficos, estilo de vida e disfunção erétil mostra uma taxa de prevalência para disfunção erétil igual a 46,2%, sendo 2,6% grave, 12,1% moderada e 31,5% leve (MOREIRA JUNIOR *et al.*, 2001).

A causa mais comum de disfunção erétil orgânica é a doença vascular (REHMAN; MELMAN, 2002), que, em sua patogênese, apresenta alterações endoteliais que podem ser produzidas pela hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Níveis elevados de marcadores inflamatórios séricos de baixo grau, como as interleucinas 6 e 8 e proteína C-reativa, têm sido associados à disfunção endotelial em pacientes obesos (ZICARD; NAPPO; GIUGLIANO, 2002). Dentre os principais fatores de risco para disfunção erétil, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus são mais significativos quando associados à obesidade. Investigando a distribuição dos quatro principais fatores de risco para doença arterial (diabetes, tabagismo, hipertensão e hiperlipidemia) em 440 homens com disfunção erétil, Virag, Bouilly e Frydman em 1985, encontraram 53% casos de lesões arteriais ateroscleróticas e 34% de hipercolesterolemia. Concluíram que hipertensão e tabagismo (64%), hipercolesterolemia (34%) e diabetes (30%) foram

significativamente mais comuns no grupo de homens com disfunção erétil. Wabrek e Burchell (1980) relataram que 64% de 131 homens com idade entre 31 e 86 anos, hospitalizados por infarto agudo do miocárdio, eram portadores de disfunção erétil.

Segundo Vinik e Richardson (1998), alterações endócrinas e metabólicas que podem ser associadas à disfunção erétil, como dislipidemias, hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipertireoidismo, hipotireoidismo, síndrome de Cushing e acromegalia são responsáveis por 6% dos casos de disfunção erétil, enquanto diabetes, 30%, o que evidencia a importância do diabetes como causa de disfunção erétil. Recentemente, Veronelli *et al.* (2006), utilizando o questionário International Index Erectile Function, mostraram que, num grupo de homens com idade entre 23 a 50 anos, o índice de disfunção erétil foi pior em pacientes obesos que em pacientes-controle e melhor que em pacientes com tireopatia. Em adição a estes últimos, os pacientes diabéticos apresentaram índices de disfunção erétil piores que os pacientes-controle.

A relação entre obesidade, disfunção sexual e problemas psicológicos é complexa e pode diferir entre os pacientes. Para Campos *et al.* (1996), a obesidade é um fator importante na determinação de problemas psicológicos e disfunção sexual. As principais consequências psicológicas da obesidade mórbida são depressão, somatização, atitude negativa relativa ao corpo e baixa autoestima (VAN GERMET *et al.*, 1998). Alguns estudos, no entanto, não encontraram associação entre IMC e distúrbios psicológicos, nem evidenciaram que modificações do peso corpóreo estão associadas com modificações psicológicas (KLESGES; KLEM; KLEGES, 1992; STUNKARD; SOBAL, 1995).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida sexual em homens obesos mórbidos antes e após se submeterem à gastroplastia redutora à Fobi-Capella.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar os escores do questionário Índice Internacional de Função Erétil aplicado em homens obesos mórbidos, antes de se submeterem à gastroplastia redutora à Fobi-Capella;
- b) Mensurar as modificações que ocorrem nos escores do questionário Índice Internacional de Função Erétil reaplicado em homens obesos mórbidos, após se submeterem à gastroplastia redutora à Fobi-Capella;
- c) Analisar as percepções emocionais e psicossociais relacionadas à qualidade de vida sexual em homens obesos mórbidos, antes e após a realização de gastroplastia redutora à Fobi-Capella;

3 JUSTIFICATIVA/PERGUNTA CONDUTORA

Considerando os achados da revisão de literatura anteriormente relatados sobre a obesidade e qualidade de vida, com enfoque na função sexual masculina, ressaltam-se:

a) Alguns estudos baseados em instrumentos genéricos de avaliação ou específico para obesidade mostram melhora da qualidade de vida, inclusive sexual, após a realização de procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade mórbida. Entretanto, inexistem estudos sobre os efeitos das diversas modalidades de tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida, inclusive a gastroplastia redutora à Fobi-Capella, sobre a qualidade de vida sexual masculina, utilizando um instrumento específico para a avaliação da função sexual e uma entrevista semiestruturada.

b) Diante do comprovado aumento da prevalência da obesidade e dos elevados índices de prevalência da disfunção erétil, notadamente em homens portadores de fatores de risco frequentemente associados à obesidade, estudos sobre a qualidade de vida sexual em homens obesos mórbidos que avaliem os parâmetros relevantes da função sexual, como função erétil, satisfação sexual, função orgásmica, desejo sexual e satisfação geral, são necessários.

c) A redução do peso corpóreo proporcionada pela gastroplastia redutora à Fobi-Capella, como forma de recuperação da saúde, manifestada pela maioria dos obesos mórbidos que buscam o tratamento cirúrgico da obesidade, impressões individuais de que os efeitos desta modalidade de tratamento podem acarretar melhora na qualidade de vida, além da preocupação dos profissionais de saúde na abordagem e no acompanhamento dos resultados de um tratamento cirúrgico para essa enfermidade justificam a realização de um estudo para a análise da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella, utilizando um questionário específico e uma entrevista semiestruturada.

A questão norteadora da pesquisa é:

A qualidade de vida sexual em homens obesos mórbidos se modifica nos primeiros seis meses após a gastroplastia redutora à Fobi-Capella?

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de intervenção não controlado, antes e depois, com um componente qualitativo baseado em entrevista semiestruturada.

Para alcançar os objetivos propostos a pesquisa foi conduzida em duas etapas.

- a) Etapa 1:** Coleta de dados clínicos e sócio-demográficos em prontuários médicos, e aplicação do questionário Índice Internacional de Função Erétil, no período de um mês antes do procedimento cirúrgico. Nessa etapa, foi feita uma abordagem a partir da história clínica e dos resultados de exames laboratoriais registrados em prontuários médicos (ANEXO B), e obtidas informações sobre a função sexual.

- b) Etapa 2:** Averiguação dos dados clínico-laboratoriais, reaplicação do questionário Índice Internacional de Função Erétil e realização da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) com cada um dos pacientes, no sexto mês após o procedimento cirúrgico. Nessa etapa, foram verificadas as possíveis alterações das condições clínicas e laboratoriais proporcionadas pela redução do peso corpóreo, comparados os valores dos escores do questionário Índice Internacional de função erétil aplicado em ambas as etapas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Dois hospitais universitários da cidade do Recife, estado de Pernambuco, Brasil: Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

(HC/UFPE). Ambos referências no tratamento cirúrgico da obesidade e credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A população usuária desses serviços é composta, em sua maioria, por residentes do Recife e da região metropolitana, seguida de pacientes provenientes do interior do estado. O perfil sócio-econômico dos pacientes atendidos corresponde, em sua maior parte, à classe de baixa renda, que não possui plano ou seguro de saúde.

O Centro de Referência de Cirurgia Bariátrica do HUOC/UPE, foi cadastrado pela Portaria nº 530, de 20 de novembro de 2001 e recadastrado por meio da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, nº 493, de 31 de agosto de 2007. A capacidade instalada do serviço é de 144 cirurgias/ano e atende, em média, 1000 pacientes/ano em regime ambulatorial, contando com uma equipe multidisciplinar, composta de quatro cirurgiões, três endocrinologistas, um psiquiatra, um psicólogo, um nutricionista e um assistente social. O referido Centro encontra-se em consonância com a Resolução nº 1.769/05, do Conselho Federal de Medicina. Segundo dados fornecidos pelo serviço, durante o período de março de 2005 a julho de 2008, foram realizadas 237 gastroplastias redutoras à Fobi-Capella, sendo 182 (76,79%) em pacientes do sexo feminino e 55 (33,21%) em pacientes do sexo masculino.

O Setor de Cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC/UFPE, foi cadastrado pela portaria nº 252/GM, de 30 de março de 1999 e recadastrado por meio da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, nº 493, de 31 de agosto de 2007. A capacidade instalada do serviço é de 156 cirurgias/ano e atende, em média, 450 pacientes/ano em regime ambulatorial, contando com uma equipe multidisciplinar composta de oito cirurgiões, dois endocrinologistas, um psiquiatra, um psicólogo, um nutricionista e um assistente social. O referido Setor encontra-se em consonância com a resolução nº 1.769/05, do Conselho Federal de Medicina. Segundo dados fornecidos pelo serviço, durante o período de janeiro de 2007 a julho de 2008, foram realizadas 94 gastroplastias redutoras à Fobi-Capella, sendo 85 (90,4%) em pacientes do sexo feminino e nove (9,6%) em pacientes do sexo masculino.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Pacientes do sexo masculino portadores de obesidade mórbida, participantes dos programas de cirurgia da obesidade dos hospitais mencionados e candidatos à gastroplastia redutora segundo a técnica de Fobi-Capella. Todos os sujeitos foram cadastrados no programa de cirurgia da obesidade, de acordo com o item “V-A - Protocolo de Triagem de Pacientes Candidatos à Cirurgia Bariátrica” da Portaria nº 390 do Ministério da Saúde, de 06 de julho de 2005, em seu artigo nº 10, anexo V – Ações de Atenção ao paciente com obesidade grave (BRASIL, 2005), (Anexo B).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (EM CONSONÂNCIA COM A PORTARIA Nº 390)

- Idade entre 20 a 50 anos.
- $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$.
- Insucesso em tentativas de tratamento clínico para obesidade nos últimos dois anos.
- Avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, anestésica, laboratorial e por imagem).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Os cinco domínios do Índice Internacional de Função Erétil:

- a) Função erétil
- b) Satisfação sexual
- c) Orgasmo
- d) Desejo sexual
- e) Satisfação geral

Para efeito de análise, a variável função erétil foi categorizada de acordo com a classificação original preconizada por Rosen *et al.* (1997):

- a) Disfunção grave: escore ≤ 15
- b) Disfunção moderada: escore ≥ 16 e ≤ 20
- c) Disfunção leve: escore ≥ 21 e ≤ 24
- d) Normal: escore ≥ 25

As demais variáveis foram consideradas como variáveis numéricas cujos valores foram os escores dos domínios correspondentes.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O questionário Índice Internacional de Função Erétil (ANEXO A) composto por 15 questões fechadas que são respondidas pelo paciente sem interferência de terceiros ou do pesquisador. As questões estão divididas em cinco domínios da função sexual: função erétil (questões de 1 a 5 e 15), satisfação sexual (questões 6,7 e 8), orgasmo (questões 9 e 10), desejo sexual (questões 11 e 12), e satisfação geral (questões 13 e 14). Cada questão tem um valor que varia de 1 a 5, sendo que respostas com valores baixos representam baixa condição da qualidade da vida sexual, enquanto o escore máximo de 75 representa o total. Com base nos escores relativos à função erétil, os graus de disfunção erétil são definidos como leve (21 a 24), moderado (16 a 20) e grave (≤ 15).

Uma entrevista semiestruturada com um roteiro de cinco questões abertas, simples e diretas, enfocando o tema em estudo: uma relacionada à motivação para o tratamento cirúrgico da obesidade, duas relacionadas à qualidade de vida sexual e à obesidade antes do tratamento cirúrgico, uma relacionada à função sexual antes e após o tratamento cirúrgico e uma relacionada à qualidade de vida sexual e à redução do peso corpóreo após o tratamento cirúrgico (APÊNDICE A).

4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os números dos registros dos sujeitos da pesquisa cadastrados nos programas de obesidade do HUOC/UPE e do HC/UFPE foram obtidos durante reuniões clínicas para programação cirúrgica. Os procedimentos abaixo relacionados foram realizados diretamente pelo pesquisador.

a) Procedimentos para coleta de dados da etapa I

Os prontuários relativos aos sujeitos da pesquisa programados para cirurgia foram buscados nos Serviços de Arquivos Médicos dos hospitais mencionados, sendo coletados os dados clínicos, laboratoriais e sociodemográficos.

Os candidatos selecionados com base nos critérios de inclusão dessa pesquisa, com cirurgia prevista para 30 dias, foram atendidos individualmente em regime ambulatorial nos hospitais onde estavam cadastrados. Nesse primeiro contato, foi explicado o objetivo da pesquisa, a solicitação de sua participação e a aplicação do questionário Índice Internacional de Função Erétil sem interferência de terceiros ou do pesquisador, tudo com base e legitimação no termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

b) Procedimentos para coleta de dados da etapa II

Foram pesquisados em prontuários médicos dados clínico-laboratoriais referentes ao seguimento de seis meses pós-operatório. Ao final deste período de seguimento, reaplicou-se o questionário Índice Internacional de Função Erétil da forma anteriormente descrita e realizada a entrevista semiestruturada. Para evitar limitações ou constrangimentos ao entrevistado, foi explicado pelo pesquisador, que suas informações seriam gravadas mediante o seu consentimento. Para garantir o caráter sigiloso das respostas, os entrevistados foram identificados com a letra O (obeso) e o número do depoimento, com base na ordem alfabética do grupo.

Durante a aplicação de ambos os instrumentos, foi assegurada uma postura de confidencialidade, neutralidade e respeito entre o entrevistador e o entrevistado.

c) Processamento dos dados

Os dados coletados nas duas etapas do estudo, referentes ao questionário Índice Internacional de Função Erétil, foram armazenados em um banco eletrônico preparado com o *software* Epi-info 6.04. As falas dos entrevistados foram gravadas em arquivo MP3, arquivadas eletronicamente em *software Windows Media Player* e transcritas na íntegra para a sua leitura e compreensão (APÊNDICE C – Quadros 1 a 10).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os números de ordem dos itens das questões relativas aos diferentes domínios do questionário Índice Internacional de Função Erétil corresponderam aos seus respectivos valores. A soma do total de todos os domínios correspondeu ao valor total do questionário. Os dados numéricos foram resumidos por meio das medidas usuais de locação e dispersão. Os dados categóricos foram resumidos por meio de frequência absoluta e relativa. A comparação das médias das variáveis numéricas, antes e após a cirurgia, foi avaliada, utilizando-se o teste t de Student para amostras pareadas. Para comparar o comportamento da função erétil antes e depois da cirurgia, foi utilizado o teste de Bhapkar para homogeneidade marginal. Em todos os testes, foi adotado o nível de significância de 5%. A análise estatística foi realizada com os *softwares* Stata 9.2 e R 2.8.1

A análise do conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi feita sem avaliação ou restrições, com o intuito de revelar a realidade vivencial dos sujeitos. Após leitura atenciosa das respostas de cada sujeito, buscou-se a compreensão de possíveis particularidades existentes na qualidade de vida sexual de obesos mórbidos, associadas a sua condição clínica e à realização da gastroplastia redutora à Fobi-Capella.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi elaborada e desenvolvida de acordo com os princípios fundamentais da Bioética. O projeto desta pesquisa obteve aprovação no processo de qualificação, em 31 de maio de 2008. Para a sua execução, foram obtidas aprovações sob protocolos n^{os} 33/06, de 16 de junho de 2006 e 96/2008, de 05 de setembro de 2008, do Comitê de Ética em Pesquisa do HUOC/UPE. Tais aprovações foram revalidadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, em 10 de setembro de 2008 (Apêndice D).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Sessenta e quatro pacientes, 55 operados no HUOC/UPE durante o período de março de 2005 a julho de 2008 e nove no HC/UFPE durante o período de janeiro de 2007 a julho de 2008. Desses, foram estudados 43 homens com obesidade mórbida: trinta e seis (83,7%) operados no HUOC/UPE e sete (16,3%) no HC/UFPE. Vinte e um sujeitos (32,8%) não participaram da pesquisa pelo fato de não comparecerem à primeira etapa para responderem ao questionário Índice Internacional de Função erétil. A faixa etária de 41 a 50 anos foi predominante com 17 participantes (39,6%), seguida de 20 a 30 anos com 15 (34,8%) e 31 a 40 anos com 11 (25,6%). Com relação à variável raça/cor, 46% declararam ser pardos, 25%, brancos e apenas 5%, negros. Informaram renda mensal familiar de um a três salários mínimos (25,6%), de quatro a seis (23,2%) e acima de seis salários mínimos (4,65%). Mais da metade (51,2%) declararam ser casados, e 23,2%, solteiros. Quanto à escolaridade, 19 (44,1%) referiram ter o segundo grau completo, sete (16,2%), o ensino fundamental, e três (6,9%), o curso superior. Vinte e tres (53,4%) eram hipertensos, e apenas um era diabético (2,3%), e sete, portadores de ambas as enfermidades (16,2%), todos em uso de medicações específicas. Cerca de 28% (n=12) não apresentavam sinais clínicos ou laboratoriais de doenças crônicas não transmissíveis em atividade.

5.2 DADOS DO ESTUDO DE INTERVENÇÃO (ANTES E DEPOIS): APLICAÇÃO DO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL

a) Domínio função erétil

Seis meses após a realização da gastroplastia redutora à Fobi-Capella, houve uma redução nas proporções de pacientes com disfunção grave ou moderada e um

aumento na proporção de pacientes que atingiram a normalidade da função erétil. O resultado do teste de Bhapkar (de homogeneidade marginal) mostra que essa melhora da função erétil foi estatisticamente significativa (Bhapkar chi-squared=8,178; p=0,043). As modificações das distribuições das categorias relativas à função erétil estão mostradas na tabela 3.

Tabela 3. Distribuições das categorias da função erétil, antes e seis meses após a cirurgia.

	Antes da cirurgia		Após a cirurgia	
	n	%	n	%
Função erétil				
Disfunção grave (escore ≤ 15)	4	9,3	1	2,3
Disfunção moderada (escore ≥ 16 & ≤ 20)	4	9,3	1	2,3
Disfunção leve (escore ≥ 21 & ≤ 24)	6	13,9	6	13,9
Normal (escore ≥ 25)	29	67,5	35	81,5
TOTAL	43	100	43	100

Bhapkar chi-squared=8,178; p=0,043

A distribuição conjunta das categorias da função erétil, antes e seis meses após a realização da cirurgia, está apresentada na tabela 4. Dos quatro pacientes com disfunção grave antes da cirurgia, apenas um permanecia nessa condição após os seis meses, e três mostraram melhora: dois apresentando disfunção leve, e um, função erétil normal. Entre os quatro pacientes com disfunção moderada antes da cirurgia, um não apresentou alteração após a cirurgia, mas três apresentaram melhora: dois apresentaram função erétil normal, e um, disfunção leve. Todos os seis pacientes com disfunção leve antes da cirurgia passaram a apresentar, após esta, normalidade da função erétil. Entretanto, dos 29 pacientes que apresentavam a função erétil normal antes da cirurgia, três passaram a apresentar, após esta, disfunção leve.

Tabela 4. Distribuição conjunta das categorias da função erétil, antes e seis meses após a cirurgia.

Função erétil antes da cirurgia	Função erétil após a cirurgia				Total
	Disfunção Grave	Disfunção Moderada	Disfunção Leve	Normal	
Disfunção grave	1	0	2	1	4
Disfunção moderada	0	1	1	2	4
Disfunção leve	0	0	0	6	6
Normal	0	0	3	26	29
TOTAL	1	1	6	35	43

b) Domínio satisfação sexual

A tabela 5 mostra as principais estatísticas descritivas dos escores referentes à satisfação sexual antes e após a realização da cirurgia. O escore médio seis meses após a cirurgia, apresentou um aumento aproximado de 1,8 ponto, correspondente a 17,5% do escore médio antes da cirurgia. O resultado do teste t de Student para amostras pareadas mostra que esse aumento foi significativamente maior que zero (Teste t de Student: $t=4,34$; $p<0,001$).

Tabela 5. Principais estatísticas descritivas dos escores referentes à satisfação sexual, antes e após a cirurgia.

Satisfação sexual	n°	Média	Dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Antes da cirurgia	43	10.3	3.2	0	10	15
Depois da cirurgia	43	12.0	2.9	0	12	15
Diferença (depois-antes)	43	1.8	2.7	-4	1	10

Teste t de Student: $t=4,34$; $p<0,001$

A tabela 6 apresenta a distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes à satisfação sexual, antes e seis meses após a realização da cirurgia. No escore final, sete (16,3%) pacientes apresentaram um decréscimo, oito (18,6%) não apresentaram variação, e 28 (65,1%) apresentaram aumento. Entre estes últimos, o escore médio do aumento foi igual a 3,2. Para aqueles que apresentaram diminuição no escore, a redução média foi igual a 1,9.

Tabela 6. Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes à satisfação sexual antes e seis meses após a cirurgia.

Diferença (depois – antes)	n°	%
-4	2	4.7
-1	5	11.6
0	8	18.6
1	7	16.3
2	5	11.6
3	5	11.6
4	4	9.3
5	4	9.3
6	2	4.7
10	1	2.3
TOTAL	43	100.0

c) Domínio orgasmo

A tabela 7 apresenta as principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao orgasmo antes e após a realização da cirurgia. O escore médio, seis meses após a cirurgia, apresentou um aumento aproximado de 0,4 pontos, correspondente a 4,5% do escore médio antes da cirurgia. O resultado do teste t de Student para amostras pareadas mostra que esse aumento foi significativamente maior que zero (Teste t de Student: $t=2,20$; $p=0,033$).

Tabela 7. Principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao orgasmo, antes e após a cirurgia.

Ejaculação	n°	Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Antes da cirurgia	43	8.8	1.6	4	9	10
Depois da cirurgia	43	9.2	1.2	5	10	10
Diferença (depois-antes)	43	0.4	1.2	-2	0	4

Teste t de Student: $t=2,20$; $p<0,033$

A tabela 8 apresenta a distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes ao orgasmo, antes e seis meses após a realização da cirurgia. No escore final, seis (14,0%) pacientes apresentaram um decréscimo, 21 (48,8%) não apresentaram variação, e 16 (37,2%) apresentaram aumento. Entre os pacientes que apresentaram melhora, o escore médio do aumento foi igual a 1,6 e, entre os seis pacientes com diminuição do escore, a redução média foi igual a 1,3.

Tabela 8. Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes ao orgasmo antes e seis meses após a cirurgia.

Diferença (depois – antes)	n°	%
-2	2	4.7
-1	4	9.3
0	21	48.8
1	11	25.6
2	2	4.7
3	2	4.7
4	1	2.3
TOTAL	43	100.0

d) Domínio desejo sexual

A tabela 9 apresenta as principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao desejo sexual, antes e após a realização da cirurgia. O escore médio, seis meses após a cirurgia, apresentou um aumento aproximado de 1,0 ponto,

correspondente a 13,7% do escore médio antes da cirurgia. O resultado do teste t de Student para amostras pareadas mostra que esse aumento foi significativamente maior que zero (Teste t de Student: $t=3,27$; $p=0,002$).

Tabela 9. Principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao desejo sexual, antes e após a cirurgia.

Desejo sexual	nº	Média	Dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Antes da cirurgia	43	7.3	2.0	2	8	10
Depois da cirurgia	43	8.3	1.5	4	9	10
Diferença (depois-antes)	43	1.0	1.9	-2	1	6

Teste t de Student: $t=3,27$; $p<0,002$

A tabela 10 apresenta a distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes ao desejo sexual, antes e seis meses após a cirurgia. No escore final, nove (20,9%) pacientes apresentaram um decréscimo, oito (18,6%) não apresentaram variação, e 26 (60,5%) apresentaram aumento. Entre os pacientes que apresentaram melhora, o escore médio do aumento foi igual a 2,0, e entre os nove pacientes que apresentaram diminuição no escore, a redução média foi igual a 1,3.

Tabela 10. Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes ao desejo sexual, antes e seis meses após a cirurgia.

Diferença (depois – antes)	nº	%
-2	3	7.0
-1	6	14.0
0	8	18.6
1	15	34.9
2	5	11.6
3	2	4.7
5	2	4.7
6	2	4.7
TOTAL	43	100.0

e) Domínio satisfação geral

A tabela 11 apresenta as principais estatísticas descritivas dos escores referentes à satisfação geral, antes e seis meses após a realização da cirurgia. O escore médio, seis meses após a cirurgia, apresentou um aumento aproximado de 1,0 ponto, correspondente a 13,7% do escore médio antes da cirurgia. O resultado

do teste t de Student para amostras pareadas mostra que esse aumento foi significativamente maior que zero (Teste t de Student: $t=3,56$; $p<0,001$).

Tabela 11. Principais estatísticas descritivas dos escores da satisfação geral, antes e seis meses após a cirurgia.

Satisfação sexual geral	n°	Média	Dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Antes da cirurgia	43	7.0	1.9	2	7	10
Depois da cirurgia	43	8.0	1.5	3	8	10
Diferença (depois-antes)	43	1.0	1.9	-3	1	6

Teste t de Student: $t=3,56$; $p<0,001$

A tabela 12 apresenta a distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes à satisfação geral, antes e seis meses após a realização da cirurgia. No escore final, quatro (9,3%) pacientes apresentaram um decréscimo, 17(39,5%) não apresentaram variação, e 22 (51,2%) apresentaram aumento. Entre os pacientes que apresentaram melhora, o escore médio do aumento foi igual a 2,3. Entre os cinco pacientes que apresentaram diminuição no escore, a redução média foi igual a 1,7.

Tabela 12. Distribuição de frequência das diferenças dos escores da satisfação geral, antes e seis meses após a cirurgia.

Diferença (depois – antes)	n°	%
-3	1	2.3
-2	1	2.3
-1	2	4.7
0	17	39.5
1	11	25.6
2	3	7.0
3	3	7.0
4	2	4.7
5	1	2.3
6	2	4.7
TOTAL	43	100.0

f) Escore total

A tabela 13 apresenta as principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao escore total, antes e seis meses após a realização da cirurgia. O escore médio, seis meses após a cirurgia, apresentou um aumento aproximado de 6,8 pontos, correspondente a 11,8% do escore médio antes da cirurgia. O resultado

do teste t de Student para amostras pareadas mostra que esse aumento foi significativamente maior que zero (Teste t de Student: $t=4,69$; $p<0,001$).

Tabela 13. Principais estatísticas descritivas dos escores referentes ao escore total, antes e seis meses após a cirurgia.

Escore total	n°	Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Antes da cirurgia	43	57.7	12.3	21	60	74
Depois da cirurgia	43	64.5	9.2	23	66	75
Diferença (depois-antes)	43	6.8	9.5	-8	5	48

Teste t de Student: $t=4,69$; $p<0,001$

A tabela 14 apresenta a distribuição de frequência das diferenças do escore total, antes e seis meses após a realização da cirurgia. No escore final, cinco (11,6%) pacientes apresentaram um decréscimo, cinco (11,6%) não apresentaram variação, e 33 (76,6%) apresentaram aumento. Entre os 33 pacientes que apresentaram melhora, o escore médio do aumento foi igual a 9,5. Entre os cinco pacientes que apresentaram escore menor após a cirurgia, a redução média foi 4,2.

Tabela 14. Distribuição de frequência das diferenças dos escores referentes ao escore total, antes e seis meses após a cirurgia.

Diferença (depois – antes)	n°	%
-8	1	2.3
-4	1	2.3
-3	3	7.0
0	5	11.6
1	5	11.6
2	1	2.3
3	1	2.3
4	2	4.7
5	3	7.0
6	2	4.7
7	3	7.0
8	2	4.7
9	1	2.3
11	2	4.7
12	1	2.3
13	5	11.6
14	1	2.3
16	2	4.7
30	1	2.3
48	1	2.3
TOTAL	43	100.0

5.3 RESULTADO DA AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Os quadros referidos neste subcapítulo constam do APÊNDICE C.

A duração das entrevistas variou de 1,27 minutos a 7,42 minutos.

Aproximadamente 67,5% dos participantes responderam que buscaram o tratamento cirúrgico da obesidade por motivos de saúde (Quadro 1). Ainda com relação à motivação para o tratamento, 28% apontaram outros motivos: gravidade das enfermidades associadas e a chance de morte precoce decorrente da obesidade mórbida, para se submeterem à gastroplastia redutora à Fobi-Capella (Quadro 2).

Cerca de 37% dos entrevistados relataram que a associação da obesidade com discriminação ou preconceitos repercute negativamente no desempenho da vida sexual ou laboral (Quadro 3).

Antes da realização da cirurgia, a atitude negativa relativa ao corpo ou à baixa autoestima estavam presentes em 35% dos participantes (Quadro 4).

Em relação aos aspectos psicológicos para o ato sexual antes do tratamento cirúrgico, referentes à segunda questão (APÊNDICE A), 84% dos entrevistados relataram condições desfavoráveis, 9% não referiram comprometimento psicológico associado à qualidade de vida sexual e 7% mencionaram aspectos físicos da obesidade (Quadros 5 e 6).

Em resposta à terceira questão (APÊNDICE A), todos os participantes relataram dificuldades para a atividade sexual, sejam relacionadas aos domínios da função sexual, a posições para o ato sexual ou a impedimentos físicos condicionados pela obesidade (Quadro 7).

O comprometimento dos domínios da função sexual modificou-se num espaço temporal de seis meses após a realização da gastroplastia redutora à Fobi-Capella em 97,6%, conforme se evidencia, nas respostas, a quarta questão (APÊNDICE A). As modificações foram favoráveis, notadamente aquelas relacionadas à satisfação sexual e ao orgasmo. Apenas 2,4%, não mencionaram modificações relacionadas aos domínios da função sexual e cirurgia (Quadros 8 e 9).

Com relação à quinta questão (APÊNDICE A), todos os participantes manifestaram melhora da qualidade de vida sexual, seis meses após a cirurgia (Quadro 10).

6 DISCUSSÃO

Há escassez de estudos sobre o interesse masculino direcionado à promoção da saúde e à qualidade de vida (COURTENAY, 2000). Embora a redução da qualidade de vida sexual dos obesos seja objeto de amplo debate, pouco se tem estudado sobre o assunto (KOLOTKIN *et al.*, 2006). Os homens têm dificuldade de falar o que sentem, uma vez que essa conduta pode demonstrar fraqueza e feminilização perante os outros (FIGUEIREDO, 2005). Goldenberg (2000) e Gomes (2003) discutem que o poder, a força e a virilidade, inseridos no modelo hegemônico de masculinidade, podem ser fatores que levam os homens a buscarem menos os serviços de saúde do que as mulheres.

Além das questões relacionadas a gênero, o acesso a serviços de saúde, ou mais especificamente, à dificuldade de acesso a esses serviços, fazem com que os estudos sobre qualidade de vida sexual em homens obesos mórbidos sejam limitados pela pequena casuística, prejudicando a produção científica sobre qualidade de vida, função sexual e obesidade em homens.

Em contraposição, nos últimos 20 anos, a evolução do conhecimento neurofisiológico e bioquímico da função sexual masculina propiciou pesquisas importantes sobre a etiologia e as formas de tratamento das suas alterações patológicas, entre elas a disfunção erétil, o tipo de disfunção sexual masculina mais comumente encontrada (JARDIN *et al.*, 2000). Em 1993, o National Institute Health estabeleceu novas definições dos transtornos sexuais masculinos que resultaram em amplo consenso. Desde então, as pesquisas se centraram quase que exclusivamente na função erétil (GIAMI, 2007).

A disfunção erétil pode ser associada à obesidade, em parte, devido às comorbidades (CHUNG; SOHN; PARK, 1999; FELDMAN *et al.*, 1994; REHMAN; MELMAN, 2002; VERONELLI, *et al.*, 2006; ZICARD; NAPPO; GIUGLIANO, 2002). A associação entre a obesidade e a disfunção erétil vem despertando interesse científico, embora em menor intensidade, se comparado aos estudos de prevalência e incidência destas.

O comprometimento da qualidade de vida sexual está associado a índices mais elevados de massa corpórea e à busca por tratamento cirúrgico da obesidade

(KOLOTKIN *et al.*, 2006). No que concerne aos portadores de obesidade grau III, observa-se um período longo para a investigação e o tratamento de comorbidades associadas, antes de se submeterem ao tratamento cirúrgico, o que torna a preparação desses indivíduos mais difícil, às vezes complicada e, quiçá, angustiante do ponto de vista da função sexual.

Na primeira etapa deste estudo, realizado no período de preparação para a cirurgia, constatou-se que 31 (72%) participantes eram portadores de, pelo menos, uma das comorbidades mais frequentes na obesidade grau III: hipertensão arterial sistêmica ou diabetes. Esse percentual é condizente com o estudo publicado por Must *et al.* (1999), acerca da carga de doenças crônicas não transmissíveis associadas à obesidade.

A limitação na coleta de dados em fontes documentais, como, por exemplo, a falta de resultados de exames laboratoriais, informações de seguimentos clínicos em prontuários médicos e dados sócio-demográficos incompletos, foi contornada mediante consultas médicas ambulatoriais aos sujeitos da pesquisa. As condições econômicas e os fatores estruturais restritivos dos hospitais públicos para a realização de cirurgias de obesidade, manifestados pela discrepância entre a capacidade estimada de atendimento aos pacientes obesos mórbidos e o reduzido número de pacientes operados, foram limitantes para a obtenção de um número maior de pacientes para o estudo nessa etapa. Todavia, vale salientar que, no que concerne à coleta de dados com qualquer um dos instrumentos metodológicos empregados, seja o questionário específico Índice Internacional de Função Erétil ou a entrevista semiestruturada, não ocorreram limitações ao pesquisador ou ao pesquisado nas circunstâncias em que foi desenvolvido o presente estudo.

Com base em estudo de Garrido Junior (2000), que relata uma média de redução de peso em torno de 25%, proporcionado pela gastroplastia redutora à Fobi-Capella nos primeiros seis meses após cirurgia, e na ausência de estudos sobre a qualidade de vida sexual de obesos mórbidos no referido espaço de tempo, estabeleceu-se esse período como referência para a segunda etapa do presente estudo. Nesta etapa, evidenciou-se uma média de 27,5% de redução do peso corpóreo dos indivíduos operados. Vale salientar que o período de estabilização do peso corpóreo oscila entre 18 a 24 meses, podendo atingir até 50% do excesso de peso verificado antes da cirurgia (STUNKARD; STINNETT; SMOLLER, 1986).

As análises dos escores do questionário Índice Internacional de Função Erétil, aplicado em ambas as etapas desta pesquisa, revelam elevação destes em todos os domínios, seis meses após a realização da gastroplastia redutora à Fobi-Capella. Este achado denota modificações favoráveis da função sexual após a cirurgia, uma vez que para o instrumento utilizado, quanto mais elevados os escores, melhor a função sexual do indivíduo (FERRAZ; CICONELLI, 1998; ROSEN *et al.*, 1997).

Como no presente estudo, a média do escore total antes da cirurgia foi de 57.7 – o que representaria mais de 75% do escore máximo – pode-se inferir que, de acordo com a avaliação do questionário Índice Internacional de Função Erétil, a obesidade não representaria um obstáculo à função sexual no grupo estudado (Tabela 13).

Em que pese a média do escore total partir de valores altos, na primeira etapa da pesquisa, observou-se o aumento de 11.8% desta após a cirurgia. Constatou-se melhora da função erétil, da satisfação sexual, do orgasmo, do desejo sexual e da satisfação geral na maioria dos casos. Tais modificações podem ser consideradas clinicamente relevantes, mostrando precocemente o efeito benéfico na função sexual relacionado à redução do peso corpóreo proporcionada pela cirurgia.

Com relação à função erétil, constatou-se que a redução do peso corpóreo melhora essa função sexual, considerando-se a elevação dos escores em 85% dos pacientes operados portadores de disfunção erétil. Analisando-se a disfunção erétil por categorias – leve, moderada e grave – verificou-se que, com relação às disfunções grave e moderada, os escores apresentam redução em oito pacientes (18,6%), ao mesmo tempo em que ocorreu aumento da variável função erétil normal, o que caracteriza melhora clínica da função erétil ($p=0,043$).

Observou-se que dois pacientes que não apresentaram modificações favoráveis da função erétil após a cirurgia tinham diagnóstico prévio de transtorno bipolar e hipertireoidismo, permanecendo em tratamento, respectivamente, com fluoxetina e tapazol. Sabe-se que tireopatia associada à obesidade e ao uso dos medicamentos citados podem contribuir para disfunção erétil, embora com baixos percentuais de incidência (VERONELLI *et al.*, 2006; VINIK; RICHARDSON, 1998).

Dos 29 pacientes com função erétil normal antes da cirurgia, três passaram a apresentar disfunção erétil leve. Destes, dois eram hipertensos, usuários de captopril, e um era diabético, usuário de metformina. Embora, aos seis meses após a cirurgia, eles se encontrarem com níveis tensionais e glicêmicos normais,

paradoxalmente se observou deterioração desta função nesses pacientes. A associação entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes à disfunção erétil tem sido estabelecida em vários estudos (BARRET, 1989; CARNEIRO *et al.*, 2003; DYMEK *et al.*, 2002; HOSSAIN; KAWAR; EL NAHAS, 2007; HUBERT *et al.*, 1983; KOPELMAN, 2000; MANSON *et al.*, 1995; MODAN *et al.*, 1986; PI-SUNYER, 1993; SJÖSTRÖM, 1992; VAN ITALE, 1985;).

Apesar de o questionário Índice Internacional de Função Erétil apresentar limitações para avaliar componentes não eréteis da função sexual (FERRAZ; CICONELLI, 1998), este estudo também mostra aumento dos escores em todos os outros domínios, após a cirurgia. Com relação ao domínio satisfação sexual, observou-se elevação em 65% dos pacientes. A média do aumento representa aproximadamente o dobro da média referente àqueles pacientes que apresentaram redução do escore relativo a este domínio da função sexual (Tabela 6). Os domínios: desejo sexual e satisfação geral também apresentaram incremento (antes 7.3 +/- 2.0, 7.0 +/- 1.9; após 8.3 +/- 1.5, 8.0 +/- 1.5) em mais da metade dos indivíduos (60,5% e 51,2%, respectivamente). Com relação ao domínio orgasmo, embora a variação da média do escore tenha sido positiva, cerca de 60% dos indivíduos não apresentaram incremento. Sabe-se que o orgasmo é um evento de natureza essencialmente psíquica, na qual influenciam outros fatores além do orgânico, como emoções, expectativas e memória (RIVARD, 1982).

Recentemente, Araújo *et al.* (2009), baseados em resultados do Índice Internacional de Função Erétil, aplicado em um grupo de obesos mórbidos, submetido à gastroplastia redutora à Fobi-Capella, concluíram que ocorreram modificações positivas em todos os domínios da função sexual após a cirurgia. Dallal *et al.* (2008) chegaram a conclusões semelhantes, utilizando um questionário específico, denominado *BSFI (Brief (male) Sexual Function Inventory)*.

Dar voz aos atores por meio de entrevista semiestruturada foi um passo importante para se compreender a busca pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, o comprometimento da qualidade de vida e dos diferentes aspectos da função sexual, associados à obesidade, inclusive aqueles não eréteis. A descrição e a redução do conteúdo dos discursos foram essenciais para tornar consistente a compreensão da qualidade de vida sexual. A utilização das entrevistas revelou os diferentes interesses dos indivíduos para se submeterem ao tratamento cirúrgico, evidenciando como motivo principal a promoção da saúde e da qualidade de vida,

além dos aspectos sintomáticos das doenças mais frequentemente associadas à obesidade mórbida. A natureza dos riscos, a gravidade das doenças associadas e a chance de morte precoce, decorrentes da obesidade mórbida, também foram motivos para se submeterem à gastroplastia redutora à Fobi-Capella.

A diferença entre os percentuais relativos às respostas à primeira questão da entrevista pode significar o desconhecimento das complicações mais sérias e graves associadas à obesidade assim como a deficiência na divulgação e na aplicação dos modelos de educação em saúde preventiva e nutricional prestados à população de obesos mórbidos.

A dificuldade, a discriminação e o preconceito relacionados à vida sexual, ao trabalho ou à obtenção de emprego revelam não somente o comprometimento da autoestima como também o estigma social proporcionado pela obesidade mórbida, ocasionando circunstâncias econômicas e psicossociais desfavoráveis.

Do ponto de vista conceitual, os relatos dos entrevistados concernentes à saúde, aos problemas ocupacionais e as dificuldades sexuais referentes à pessoa portadora de obesidade mórbida, são manifestações inerentes à percepção destes sobre sua posição na vida e no contexto da cultura, e, portanto, da qualidade de vida.

Embora haja divergência na literatura sobre a relação entre obesidade, disfunção sexual e problemas psicológicos (CAMPOS *et al.*, 1996; KLEGES *et al.*, 1992; STUNKARD; SOBAL., 1995; VAN GERMERT *et al.*, 1998), o excesso de peso corpóreo em pessoas obesas pode ser entendido como um aspecto negativo que interfere na sexualidade e um fator significativo da sua experiência sexual.

De início, a obesidade pode surgir e desencadear transtornos psicológicos, o que eventualmente pode acarretar disfunção sexual. Também é possível que disfunção sexual apareça primeiro, seguida de transtornos psicológicos independentes da obesidade. A população de obesos que busca tratamento apresenta um aumento na prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alimentares (WADDEN; STUNKARD, 1993).

Atitude negativa relativa ao corpo ou baixa autoestima, antes de se submeterem à gastroplastia redutora, relatadas pelos participantes do grupo analisado, são aspectos que, segundo estudo de Van Germert *et al.* (1998), fazem parte das quatro principais consequências psicológicas da obesidade mórbida. Vinte e dois entrevistados apresentaram aumento da pontuação, e trinta e nove

aumentaram ou mantiveram os índices do domínio referente à satisfação geral após a realização da cirurgia. Pode-se depreender que atitude negativa relativa ao corpo e baixa autoestima existentes antes da cirurgia influenciavam, de forma desfavorável, a atividade sexual, comprometendo a qualidade de vida sexual.

Fatores biológicos, genéticos, culturais e socioeconômicos, que em comum influenciam o peso corpóreo e também a sexualidade (WHAT CONSTITUTES..., 2004; INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE, 2007), levam a crer que a associação entre obesidade e sexualidade seja um aspecto determinante na construção da qualidade de vida sexual dos indivíduos obesos mórbidos. Os sintomas físicos ou psicológicos frequentes na obesidade, as limitações físicas devido ao excesso de peso, que ora comprometem a qualidade de vida, ora repercutem negativamente na função sexual, estão implícitos nas respostas à segunda e à terceira questão da entrevista (APÊNDICE A). É interessante frisar que todos os entrevistados alegaram que a obesidade impunha transtornos para realizarem uma relação sexual, antes de se submeterem à cirurgia.

Os fatores que comprometiam a qualidade de vida sexual ou a função sexual modificaram-se num espaço temporal de seis meses após a realização da cirurgia em 42 pacientes (97,6%), conforme se evidencia nas respostas à quarta questão (APÊNDICE A). As modificações foram favoráveis, notadamente aquelas referentes à satisfação sexual e ao orgasmo.

A melhora da qualidade de vida sexual seis meses após a cirurgia é ratificada nas respostas à quinta questão da entrevista (APÊNDICE A), em que todos os pacientes, ainda obesos, relatam as modificações decorrentes da perda de peso, enfatizando aquelas ocorridas no corpo que facilitam o desempenho do ato sexual, aumentam o desejo sexual e melhoram o orgasmo. Os efeitos psicológicos benéficos estão implícitos no conteúdo desses relatos, traduzidos pela melhora da autoestima e do relacionamento pessoal.

Nos dados resultantes dos instrumentos de análises aplicados neste estudo, observa-se, nas respostas da entrevista semiestruturada, a ênfase dada às modificações favoráveis da qualidade de vida sexual, decorrentes da satisfação sexual, do orgasmo, do desejo sexual e da satisfação geral. Todavia, vale ressaltar a influência e intensidade de fatores psicológicos nos domínios acima referidos da função sexual.

Considerando-se a redução de peso como consequência da gastroplastia redutora à Fobi-Capella, uma contribuição para melhorar a satisfação sexual e promover satisfação geral, verifica-se, em todas as respostas à entrevista semiestruturada, manifestações condizentes com a melhora da qualidade de vida sexual sob diversos aspectos. Entretanto, os escores relativos à variável satisfação geral apresentam-se reduzidos nas respostas de quatro pacientes. Dessa forma, pode-se inferir que as respostas de 39 (90,7%) pacientes demonstram que, dentro de seis meses após a redução do peso corpóreo proporcionada pela gastroplastia redutora à Fobi-Capella, a satisfação geral não é prejudicada, podendo apresentar modificações favoráveis na maioria dos pacientes e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida sexual.

Revisão da literatura sobre o desfecho psicossocial após a cirurgia bariátrica, feita por Herpertz *et al.* (2003), mostra que a maioria dos pacientes de ambos os sexos, submetidos a essa forma de tratamento para a obesidade referiu mudança na direção de uma vida sexual mais satisfatória, conforme estudos que utilizaram diversos instrumentos genéricos de análise desde questionários padronizados a entrevistas estruturadas, em seguimentos de um a dois anos.

Sobre a função sexual de homens obesos mórbidos, antes e após a realização de gastroplastia com derivação, há um estudo feito por Dallal *et al.* (2008), num seguimento médio de 19 meses (6 a 45 meses), no qual concluem que disfunções sexuais são reversíveis nos indivíduos submetidos a esse tipo de tratamento cirúrgico. Para avaliação da função erétil em pacientes obesos, submetidos a tratamento clínico-comportamental, há um estudo, utilizando o questionário Índice Internacional de Função Erétil que mostra melhora da disfunção erétil grave dois anos após tratamento, com modificações no estilo de vida que incluiu redução da ingestão calórica e aumento da atividade física (ESPOSITO *et al.*, 2004).

As observações e os achados obtidos da análise do questionário Índice Internacional de Função Erétil comprovam a praticidade do instrumento e ratificam sua exequibilidade no estudo da função sexual de obesos mórbidos, preparados e submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella. Deve-se enfatizar que, na presente investigação, o tempo de seguimento de seis meses após a realização do procedimento cirúrgico, pode ser considerado curto, quando comparado aqueles empregados por outros autores em estudos sobre qualidade de vida de indivíduos

obesos tanto os que utilizaram instrumentos genéricos ADOLFSSON *et al.*, 2004; (DYMEK *et al.*, 2002; KINZL *et al.*, 2007; KOLOTKIN *et al.*, 2006; VILLELA *et al.*, 2004) como específicos para a função sexual masculina (DALLAL *et al.*, 2008; ESPOSITO *et al.*, 2004;). É importante ressaltar que neste estudo todos os pacientes incluídos na investigação permaneceram portadores de obesidade em diferentes graus, embora a maioria apresentasse modificações favoráveis da qualidade de vida sexual. Diante disso, destaca-se que a redução do peso corpóreo proporcionada pela gastroplastia redutora à Fobi-Capella beneficiou, de forma rápida, a função sexual desses indivíduos.

Apesar de o questionário Índice Internacional de Função Erétil ser um instrumento de avaliação multidimensional, específico, cultural e psicometricamente validado em português (FERRAZ; CICONELLI, 1998), deve-se considerar suas limitações e ponderar o seu uso isolado no estudo da função sexual de indivíduos obesos. É um questionário com o título e o foco direcionados à função erétil, porém inclui outros aspectos, como o desejo, o orgasmo e a satisfação sexual. A função erétil para alguns homens pode não ser um parâmetro adequado de satisfação sexual geral. Para Giami (2007), o questionário Índice Internacional de Função Erétil silencia sobre as avaliações subjetivas ou o sofrimento do homem.

Como já referido no capítulo de aporte teórico, para se compreender a função sexual de homens obesos mórbidos, deve-se ter em mente que a disfunção erétil não está apenas associada às várias formas de doenças sistêmicas relacionadas à obesidade mas também às alterações comportamentais ou psicossociais. Além da possibilidade de promover impacto no bem-estar emocional e interferir profundamente na autoestima do homem, comprometendo sua qualidade de vida sexual, a repercussão negativa da disfunção erétil em obesos na sua qualidade de vida é mais acentuada.

Nesta pesquisa o questionário Índice Internacional de Função Erétil forneceu valores relacionados à função sexual e a entrevista semiestruturada, relatos da qualidade de vida sexual. A aplicação e a interpretação dos métodos empregados objetivaram compreender a realidade vivenciada por indivíduos portadores de uma enfermidade mórbida num contexto social significativa. Essa conduta investigativa tornou exequível a detecção de sentimentos pessoais e de variáveis relevantes de situações que podem ser objetivamente analisadas. Ressalte-se que, no estudo da função sexual, apesar da disponibilidade dos procedimentos de diagnóstico

laboratoriais, tem-se proposto que esta é mais bem avaliada por meio de relato do próprio paciente, em ambiente natural (ANDERSON; BROFFIT, 1988). Segundo Goldenberg (2004, p. 62), “a maioria dos pesquisadores em ciências sociais admite, atualmente, que não há uma única técnica, um único meio válido de coletar os dados em todas as pesquisas”.

No que tange à análise dos dados do questionário Índice Internacional de Função Erétil aplicado antes e após a cirurgia, pode-se afirmar que modificações favoráveis da qualidade de vida sexual de obesos mórbidos são frequentes antes da estabilização do peso corpóreo. Os valores dos escores encontrados seis meses após a realização da cirurgia evidenciam melhora da qualidade de vida sexual, manifestada pelo aumento da média dos valores relativos a todos os domínios da função sexual. Dentre esses, destaca-se aquele sobre a função erétil: dos pacientes portadores de disfunção erétil, variando de leve a grave antes da cirurgia, apenas dois não apresentaram variação favorável do escore após a cirurgia, permanecendo estes inalterados. Esses achados devem ser destacados, uma vez que traduz melhora clínica e significativa da função sexual. Diante disso, depreende-se a efetividade e praticidade desse instrumento em estudos com pacientes obesos mórbidos, quando submetidos à intervenção cirúrgica.

Quanto à entrevista semiestruturada, o objetivo foi o de conhecer a percepção dos sujeitos sobre a sua qualidade de vida sexual e a condição de obeso mórbido antes e após a intervenção cirúrgica. Teve como foco primordial o conhecimento, ainda que de forma pontual, da experiência dos entrevistados. A sua interpretação possibilitou uma visão abrangente dos aspectos da função sexual e da qualidade de vida dos sujeitos, mostrando-se compatível com os resultados evidenciados no questionário Índice Internacional de Função Erétil e revelando elevação da autoestima após a gastroplastia.

Os sintomas de comorbidades comuns à obesidade contribuem para a diminuição da qualidade de vida sexual, embora, em alguns casos, os domínios da função sexual não sejam acometidos. Há, entre os obesos mórbidos, a expectativa de que a redução do peso e o desaparecimento ou a diminuição dos sintomas associados à obesidade após a gastroplastia poderão resultar em melhora da qualidade de vida, manifestada no desempenho laboral, no relacionamento social e na rotina diária, como, por exemplo, vestir uma roupa ou ser visualizado por outrem.

Entretanto, modificações da função sexual com repercussões favoráveis na qualidade de vida sexual são desconhecidas.

Antes da cirurgia, observaram-se, entre os obesos mórbidos, preocupações que poderiam envolver o relacionamento pessoal em virtude do comprometimento da função sexual. À medida que os domínios da função sexual apresentam modificações favoráveis nos seis meses após a gastroplastia, concomitante à melhora da autoestima, ocorrem mudanças satisfatórias das relações com a parceira sexual.

A afirmação de Ben-Zion, Gurenwald e Vardi (2004) de que os homens têm mais probabilidade de descrever melhorias em sua qualidade de vida em resposta a um tratamento exitoso para disfunções sexuais, pressupõe que melhorias da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos após gastroplastia também podem ter mais probabilidade de serem relatadas por estes por meio de uma entrevista semiestruturada com questões abertas.

Na população de não obesos, a disfunção sexual pode ser um problema frequente como também em portadores de obesidade mórbida associada ou não a fatores de risco, como diabetes e doença cardiovascular. Manifestações clínicas das disfunções sexuais são quase sempre omitidas pelos seus portadores e pouco interrogadas pelos médicos. Não fogem a essa regra profissionais de saúde que integram equipes multidisciplinares para o tratamento cirúrgico da obesidade. A formação desses profissionais ainda é inadequada no que diz respeito aos aspectos da sexualidade humana, e a dificuldade dos pacientes em abordar aspectos relacionados a este tema faz com que a disfunção erétil seja subdiagnosticada (NATIONAL INSTITUTE HEALTH, 1993). Além disso, 80% dos pacientes de cirurgia bariátrica relataram atitudes desrespeitosas pela classe médica devido ao peso (WADDEN; STUNKARD, 1993). A percepção dessas atitudes por parte do paciente obeso faz com que ele relute em buscar ajuda adequada à sua condição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). Nessas circunstâncias, o atendimento aos obesos mórbidos que buscam tratamento cirúrgico pode ser resultante de aspectos psicossociais negativos implícitos na relação desses atores, os quais subestimam a avaliação da qualidade de vida sexual.

O aprimoramento do conhecimento acerca dos aspectos sexuais e psicossociais da obesidade é importante para a abordagem clínica dos pacientes obesos mórbidos que buscam tratamento cirúrgico. De modo empírico, a ajuda e o

incentivo de amigos ou parentes influenciam na busca e na tomada de decisão para esse tipo de tratamento: “Uma escolha em conjunto com a minha esposa, prá [...]. Questão de saúde” (O5, APÊNDICE C - Quadro 1); “[...] a mulher pegando em cima. Antonio, vamos conversar. Aí foi quando ela mesma me inscreveu, né?” (O7, APÊNDICE C - Quadro 1); “[...] minha irmã fez, meu primo fez, os amigos também fez, então, eu optei para fazer a cirurgia” (O22, APÊNDICE C - Quadro 1).

[...] quando eu voltei, aí eu encontrei minha cunhada em casa, aí ela perguntou se eu queria, fazer, me inscrever pra fazer cirurgia de obesidade, entendeu? aí eu me inscrevi aqui no HUOC. Foi aí que me despertou o interesse da deformação que eu tava, além da questão médica, né? (O34, APÊNDICE C - Quadro 1).

Diante disso, pode-se inferir que recomendações oriundas de serviços referenciados com pessoal qualificado influenciariam mais intensamente na decisão desses indivíduos para o tratamento adequado da obesidade mórbida.

O comprometimento da saúde e a gravidade dos sintomas relativos às comorbidades mais frequentes associadas à obesidade mórbida são os principais motivos para a tomada de decisão do tratamento cirúrgico (APÊNDICE C - Quadro 1). Tais motivos são fatores que afetam desfavoravelmente o desempenho laboral e a qualidade de vida sexual dos obesos mórbidos com repercussões na autoestima. Destaca-se o excesso de peso corpóreo e o cansaço físico, que impõem limitações físicas às atividades laborais e ao ato sexual. “Muito peso, né? [...] cheguei a pesar 140kg. Tava me incomodando no trabalho. Eu tava de uma falta de ar muito forte, [...] cansava com tudo, tudo que eu fazia cansava [...]” (O27, APÊNDICE C- Quadro 3); “[...] É, eu tinha dificuldade, eu comecei a ter dificuldade de ter até relação sexual, que eu cansava muito, tal, fora é, problemas de dores nos pés, nas pernas [...]” (O35, APÊNDICE C- Quadro 3); “É, bem. Sem poder trabalhar, qualquer relação com a mulher, muita dificuldade pra tudo, pra em relação com a mulher, pra trabalhar, pra dormir pra tudo” (O39, APÊNDICE C- Quadro 3).

A imagem corporal é o resultado de uma complexa resposta afetivo-cognitivo-comportamental a uma avaliação da interação do componente perceptivo, ou seja, a avaliação cognitiva do tamanho do corpo e o componente postural (WILLIAMSON; O'NEIL, 1998). Para Stunkard e Sobal (1995), entre as pessoas obesas mais propensas a apresentarem distorção corporal, estão àquelas portadoras de

obesidade mórbida e com distúrbios emocionais. No conceito de distorção corporal elaborado por Stunkard e Mendelson (1962 apud WILLIAMSON; O'NEIL, 1998, p. 131) consta:

A preocupação exacerbada com o excesso de peso e a avaliação do corpo como sendo grotesco, e até repugnante, com a conseqüente sensação de que as demais pessoas só podem olhar para ele/ela com horror ou desprezo.

No presente estudo, evidencia-se, nas falas dos obesos mórbidos, a percepção negativa sobre sua imagem corporal e sua limitação física na qualidade de vida sexual. Em alguns casos, o volume abdominal e o tamanho do pênis são impedimentos para a realização do ato sexual (APÊNDICE C - Quadro 7). O aspecto morfológico do corpo pode gerar, nesses indivíduos, sentimentos de rejeição e isolamento social que diminuem a motivação sexual. Para o obeso mórbido, o corpo não é apenas um obstáculo físico ao ato sexual; é também algo visto como pouco atraente sexualmente.

Obesos mórbidos são cômicos dessas dificuldades e limitações acarretadas pela obesidade que tornam a qualidade de vida sexual insatisfatória. Demonstram, com franqueza, o estado psicológico negativo gerado por esta condição que desencadeia sentimentos de vergonha, constrangimento, receio e insegurança. Podem sentir-se incapazes de prestar ou obter prazer sexual, manifestando desânimo e negação. Além disso, parece que a incerteza e a insegurança para satisfazer a parceira sexual são significantes nesses indivíduos. "[...] que eu não tinha nem ânimo nem nada, tinha até vergonha [...]" (O1, APÊNDICE C – Quadro 5); "É [...] abalado. Por conta da dificuldade que, realmente, é difícil ter uma relação sexual quando você tá, tá obeso" (O16, APÊNDICE C – Quadro 5); "Me sentia constrangido muitas vezes, né? Por não é, não achar jeito não achar às vezes, o que ia pensar minha parceira, né?" (O18, APÊNDICE C – Quadro 5); "Eu achava meio [...] na relação sexual por tá gordo, eu achava que não tinha muito prazer" (O37, APÊNDICE C – Quadro 5).

Pessoas obesas que procuram tratamento apresentam mais distúrbios emocionais do que pessoas obesas que não procuram e, nos casos de obesos

mórbidos, quadros depressivos mais graves (BLACK *et al.*, 1992). Em nosso trabalho encontramos alguns sintomas sutis de depressão, como falta de interesse, de vontade para realizar atos corriqueiros do cotidiano, diminuição do desejo sexual ou dificuldade de participação em tarefas habituais, são relatados por esses indivíduos como ausência de estímulo para trabalhar, relacionar-se sexualmente ou procurar um emprego (APÊNDICE C – Quadro 5).

Atitudes discriminatórias e preconceituosas contra pessoas obesas são observadas em diversas situações que podem originar repercussões negativas e comprometedoras da qualidade de vida. Moore, Stunkard e Srole (1997) afirmam que, em decorrência disso, os obesos são pessoas que cursam um menor número de anos na escola, que têm menor chance de serem aceitas em escolas e, posteriormente, em empregos mais concorridos, que têm salários mais baixos e têm menor chance de estarem envolvidas num relacionamento afetivo estável. Sendo essas condições fatores psicossociais e culturais que podem influenciar na construção da sexualidade do indivíduo (WHAT CONSTITUTES..., 2004), o presente estudo constatou que preconceitos e discriminações afetam desfavoravelmente a qualidade de vida sexual do obeso mórbido como destaca-se, a seguir, algumas manifestações: “[...] devido a dificuldade que tinha em relação a trabalho e a minha vida sexual [...]” (O1, APÊNDICE C - Quadro 3); “O emprego que não achava, que era muito renegado por causa do peito, tudinho, e também era muito discriminado na parte sexual” (O2, APÊNDICE C - Quadro 3); “Preconceito de um todo, preconceito no mercado de trabalho, na vida sexual, na vida particular, na vida profissional [...] não vivia de bem com a vida” (O18, APÊNDICE C - Quadro 3).

Uma atitude integradora baseada numa concepção dialética e o conhecimento dos efeitos de um tratamento, da relação com os profissionais de saúde, da relação com o sistema de saúde e com os recursos sociais influenciam a adesão dos indivíduos ao tratamento (REIS, 1999). A participação do paciente com a avaliação de seus desejos e expectativas é importante na escolha de um tratamento (FELDMAN, *et al.*, 1994).

Essas assertivas acima mencionadas são significantes, quando relacionadas à preparação de pacientes obesos mórbidos para o tratamento cirúrgico. Este estudo mostra que para homens obesos mórbidos, é de bom alvitre que questões acerca da qualidade de vida sexual sejam consideradas nas fases pré-operatória e de seguimento clínico da gastroplastia. Para tanto, a utilização do questionário Índice

Internacional de Função Erétil mostra-se como um recurso valioso. Adicionalmente, para um entendimento mais amplo dos fatores subjetivos de natureza psicossocial que envolvem a sexualidade, uma análise do conteúdo de uma entrevista semiestruturada deve ser associada. Este modo de abordagem focada no paciente pode tornar-se benéfico, uma vez que o conhecimento da melhora da qualidade de vida sexual proporcionada pela gastroplastia por parte do mesmo constitui um fator de estímulo para a adesão e a manutenção do tratamento.

Na região demográfica onde essa pesquisa foi desenvolvida, constatou-se baixa efetividade do atendimento prestado pelo sistema público de saúde à população portadora de obesidade mórbida. A oferta da capacidade instalada dos hospitais de referência para tratamento cirúrgico da obesidade não foi preenchida, apesar da demanda elevada. Esta situação permite inferir que é ineficiente a atenção à saúde do obeso mórbido, haja vista os índices de prevalência da obesidade.

As características epidemiológicas e socioeconômicas da obesidade requerem o envolvimento contínuo e intenso de organizações sociais e do poder público, visando, inicialmente, estabelecer como base a execução de pesquisas e o incentivo ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Nesse contexto, além de contribuir para o conhecimento dessa enfermidade em nosso meio, tornar-se-á possível informar e esclarecer os indivíduos que buscam o tratamento cirúrgico para a obesidade sobre as modificações favoráveis da qualidade de vida, inclusive sexual, após a realização da gastroplastia redutora à Fobi-Capella.

Diante do aumento da prevalência da obesidade em todo o mundo, da indicação mais frequente da gastroplastia redutora à Fobi-Capella e da escassez de estudos sobre a qualidade de vida sexual em homens após este tipo de cirurgia, pesquisas sobre a função sexual de obesos mórbidos devem ser incrementadas.

Setenta e dois por cento dos sujeitos do grupo estudado eram hipertensos e/ou diabéticos, em uso de medicações específicas, antes de se submeterem à cirurgia e apresentavam IMC em torno de 63kg/m^2 . Tal situação não foi evidenciada seis meses após a realização do procedimento cirúrgico, quando se constatou a ausência desses fatores de riscos importantes para disfunção erétil e, conseqüentemente, do uso de medicações específicas, além das mudanças favoráveis da qualidade de vida sexual.

A gastroplastia redutora à Fobi-Capella proporciona, em menor espaço de tempo, prevenção das complicações decorrentes das doenças acima citadas, concomitante à redução dos riscos para disfunção erétil. Os achados deste estudo corroboram a ideia de que, indiretamente, essa cirurgia pode ser considerada um procedimento adjuvante na prevenção e no tratamento das disfunções sexuais, notadamente da disfunção erétil em pacientes obesos mórbidos.

Os resultados deste estudo são consistentes com aqueles publicados sobre qualidade de vida relacionada à saúde ou função sexual de obesos submetidos à gastroplastia que utilizaram diversos instrumentos de avaliação, exceto o questionário Índice Internacional de Função Erétil (ADOLFSSON *et al.*, 2004; DALLAL *et al.*, 2008; DYMEK *et al.*, 2002; KINZL *et al.*, 2007; KOLOTKIN *et al.*, 2006; MAMPLEKOU *et al.*, 2005; VILLELA *et al.*, 2004).

O conhecimento das modificações favoráveis do comportamento psicossocial, da função sexual e da qualidade de vida proporcionadas pela gastroplastia redutora à Fobi-Capella num espaço temporal de seis meses, pode assegurar ao paciente obeso a aceitação e confiança na tomada de decisão para esta modalidade de tratamento, desenvolver maior efetividade e segurança na preparação desses pacientes para cirurgia, além de fornecer mais subsídios às políticas públicas sociais e de saúde para o manejo desta enfermidade considerada epidêmica.

Apesar de o número de participantes do grupo estudado, são significativos os dados estatísticos e os argumentos mostrados por meio dos instrumentos de análises utilizados. Isso denota que os resultados devem ser amplamente divulgados para as equipes multidisciplinares que planejam e preparam pacientes obesos mórbidos para tratamento cirúrgico.

Para tratar homens portadores de obesidade grau III, prevenir as principais doenças crônicas associadas, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, e proporcionar melhora da qualidade de vida sexual em reduzido espaço de tempo, políticas públicas devem ser incrementadas, visando esclarecer esses benefícios proporcionados pela gastroplastia redutora à Fobi-Capella.

Diversos aspectos psicológicos e sociais de homens portadores de obesidade grau III, submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella nos hospitais públicos universitários da cidade do Recife/Pernambuco, apresentam modificações favoráveis da qualidade de vida sexual seis meses após a cirurgia, proporcionando, por conseguinte, melhora da qualidade de vida.

7 CONCLUSÕES

A pesquisa desenvolvida em dois Hospitais Universitários do Recife, Pernambuco, Brasil, revelou as modificações da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora à Fobi-Capella, proporcionando as seguintes conclusões:

a) A qualidade de vida sexual melhora já nos primeiros seis meses após a realização da cirurgia, manifestada pelas modificações favoráveis da função erétil, do desejo sexual, da satisfação sexual, do orgasmo e da satisfação geral, representados pelo aumento de 76,6% no escore geral do Índice Internacional de Função Erétil, concomitante à redução, em média, de 27,5% do peso corpóreo.

b) De acordo com a média do escore geral do Índice Internacional de Função Erétil encontrada antes da realização da cirurgia, a obesidade não representava um obstáculo para a função sexual no grupo estudado.

c) O instrumento específico denominado Índice Internacional de Função Erétil é prático para a análise das funções sexuais de obesos mórbidos nas fases pré e pós-operatórias da cirurgia, apesar de suas limitações.

d) As respostas à entrevista semiestruturada forneceram subsídios para o conhecimento das características psicossociais e da qualidade de vida sexual antes e após a realização da cirurgia.

Com base neste estudo, recomenda-se que

Políticas de saúde pública sejam criadas, possibilitando que Unidades de Saúde do Homem desenvolvam acompanhamento multidisciplinar e apoio psicossocial aos obesos mórbidos, em consonância com o Plano de Ação Nacional (2009/2011) da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. *et al.* Perfil Sexual da População Brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS). **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 250-257, 2002.
- ALPERT, M. A.; TERRY, B. E.; KELLY, D. L.; Effect of weight loss on cardiac chamber size, wall thickness and left ventricular function in morbid obesity. **Am. J. Cardiol.**, New York, v. 55, n.6, p. 783-786, 1985.
- ALVAREZ-CORDERO, R. Treatment of clinically severe obesity, a public health problem: Introduction. **World. J. Surg.**, London, v. 22, p. 905-906, Sep. 1998.
- ANDERSON, B. L.; BROFFIT, B. Is there a reliable and valid self-report measure of sexual function? **Arch. Sex. Behav.**, New York, v. 17, p. 509-525, 1988.
- ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- ARAÚJO, A. A. *et al.* Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 42-48, 2009.
- AURÉLIO, B. H. F. Obesidade. *In*: _____; **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa: conforme a nova ortografia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Positiva, 2009, p. 1420.
- AWAD, G.; VORUGANTI, L. N. P.; Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophr. Bull.**, Rockville, v. 26, n. 3, p. 557-564, 2000.
- AYTAÇ, I. A.; MCKINLAY, J. B.; KRANE, R. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. **BJU**, Edinburgh, v. 84, n. 1, p. 50-56, 1999.
- BARRET, E. C. Epidemiology, obesity, and non-insulin-diabetes mellitus. **Epidemiol. Rev.**, Baltimore, v. 11, p. 172-181, 1989.
- BAYLEY, T. J. Quality assurance. **Postgrad Med J**, Oxford, v. 64, n. 752, p. 473-474, Jan. 1988.
- BELASCO, A.; SESSO, R. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. *In*: DINIZ, P. D.; SCHOR, N. (Coord.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. Escola Paulista de Medicina: qualidade de vida. São Paulo: Manole, 2003. p. 1-10.

BEN-ZION, I. Z.; GURENWALD, I.; VARDI, Y. Sexualidade masculina. *In*: TELOKEN, C.; DA ROS, C. T.; TANNHAUSER, M. (Org.). **Disfunção sexual**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 1-4.

BLACK, D. W. *et al.* Depression and other mental disorders in the relatives of morbidly obese patients. **J. Affect. Disord.**, Amsterdam, v. 25, n. 2, p. 91-96, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 390, de 06 de julho de 2005**. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-390.htm>> Acesso em: 10 Jan. 2008.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre a justiça distributiva. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

BRAY, G.; BOUCHARD, C. Genetics of human obesity: research directions. **FASEB. J.**, Bethesda, v. 11, p. 937-945, 1997.

BROWN, P. J. Culture and the evolution of obesity. **Human Nature.**, New York, v. 2, n. 1, p. 31-57, 1990.

BUCH, J. P. Disorders of ejaculation. *In*: BENNETT, A. H. **Impotence: Diagnosis and management of erectile dysfunction**. Philadelphia, PA: W B Saunders, 1994. p. 186-196.

CAMPOS, M. A. *et al.* Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality and morbidly obese patients and their partners. **Obes. Surg.**, v. 6, p. 356-360, 1996.

CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CARSON, C. C. Oral and injectable medications for the treatment of erectile dysfunction. **Curr. Urol. Rep.**, Philadelphia, v. 1, n. 4, p. 307-312, Dec. 2000.

CHRISTAKIS, N.A.; FOWLER, J. H. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.357, n. 4, p. 370-379, July. 2007.

CHUNG, W. S.; SOHN, J. H.; PARK, Y. Y. Is obesity an underlying factor in erectile dysfunction? **Eur. Urol.**, Basel, v. 36, n. 1, p. 68-70, 1999.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev. Bras. Reum.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 9-13, Mar./Abr. 2003.

CLÍNICA AGIR. [Clínica de Cirurgia da Obesidade]. Disponível em: <www.clinicaagir.com.br>. Acesso em: 20 Jan. 2010.

COLQUITT, J. L. *et al.* Sugery for obesity. The **Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, n. 2. Art. No.: CD003641. DOI: 10.1002/14651858. CD003641. pub3.**

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, May, 2000.

COWAN JUNIOR, G. S.; HILER, M. L.; BUFFINGTON, C. Criteria for selection of patients for bariatric surgery. **Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.**, London, v. 11, n. 2, p. 69-75, Feb. 1999.

DALLAL, R. M. *et al.* Sexual dysfunction is common in the morbidly obese male and improves after gastric bypass surgery. **J. Am. Coll. Surg.**, Chicago, v. 207, n. 6, p. 859-864, Dec. 2008.

DONOVAN, J. L. Symptom and quality of life assessment. In: ABRAMS, P. *et al.* (Org.). **Incontinence.** Plymouth: Plymbridge Distributors, 2001. p. 261-315.

DUTRA, J. L. Onde você comprou esta roupa tinha para homens? A construção de masculinidades nos mercados alternativos de moda. *In*: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu e vestido. Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca.** Rio de Janeiro: Record, 2002.

DYMEK M.P. *et al.* Quality of Life after Gastric Bypass Surgery: A Cross-Sectional Study. **Obes. Res.**, Baton Rouge, v. 10, n. 11, p. 1135-1142. 2002

ESPOSITO, K. *et al.* Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction *in* obese men. **Jama.**, Chicago, v. 291, n. 24, p. 23-30, Jun. 2004.

FELDMAN, H. A. *et al.* Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. **J. Urol.**, São Paulo, v.151, n. 1, p. 54-61, 1994.

FERRAZ, M. B.; CICONELLI, R. M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 35-40, 1998. Edição especial.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, Jan./Mar. 2005.

FONTAINE, K. R.; CHESKIN, L. J.; BAROFSKY, I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. **J. Fam. Pract.**, New York, v. 43, n. 3, p. 265-270, Sep. 1996.

FREEDMAN, D. S. *et al.* Trends and correlates of class 3 obesity in the United States from 1990 through 2000. **JAMA.**, Chicago, v. 288, n. 14, p.1758-1761, 2002

FREESE, E; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: Modernidade, Precariedade e Vulnerabilidade. *In*: FREESE E (Org). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.17-45.

GARRIDO JUNIOR, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq Bras. Endocrinol. Metabol.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 106-113, 2000.

GIAMI, A. Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept. **Annu. Rev. Sex. Res.**, Maastricht, v. 13, p. 1-35, 2002.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 301-320, 2007.

GOLDENBERG, M. O macho em crise: um tema em debate dentro e fora da academia. *In*: GOLDENBERG, M. (Org.). **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 13-39.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8^a. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, R. Sexualidade, masculinidade e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, Supl. 3, p. 825-829, 2003.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PARICK, D. L. Measuring health- related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, [S.l.]: v. 118, n. 8, p. 622-29, Apr. 1993.

HERPERTZ, S. *et al.* Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. **Int J Obes Relat Metab Disord**, London, v. 27, n. 11, p. 1300-1314, Nov. 2003.

HERR, H. W. Quality of life in prostate cancer patients. **CA Cancer J. Clin.**, New York, v. 47, n. 4, p. 207-217, Aug. 1997.

HIRSCH, J.; LEIBEL R. L. The genetics of obesity. **Hosp. Pract.**, New York, v. 33, n. 3, p. 55-59, 1998.

HOSSAIN, P.; BISHAR, K.; MEGUID, EL N. Obesity and diabetes in the developing world – a growing challenge. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 356, n. 3 p. 213-215, Jan. 2007.

HUBERT, H.B. *et al.* Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. **Circulation.**, Dallas, v. 67, n. 5, p. 968-977, 1983.

INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE (USA). **Overweight and Obesity: At a Glance**, CIDADE, 2007. Disponível em: <www.who.org> Acesso em: 18 Ago. 2007.

IBGE. **Censos demográficos e contagem populacional**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 22 Nov. de 2009.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares** - POF 2002-2003. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 02 Jul. de 2006.

ISACSSON, A. et al. Quality of life after gastroplasty is normal: a controlled study. **Eur. J. Surg.**, Stockholm, v. 163, n. 3, p. 181-186, Mar. 1997.

JARDIN, A. et al. Erectile dysfunction: 1st International Consultation on Erectile Dysfunction. **Health Publications**, Plymouth, UK. 2000.

JOSEPH, R. The evolution of sex differences in language, sexuality, and visual-spatial skills. **Arch. Sex. Behav.**, New York, v. 29, n. 1, p. 35-66, Feb. 2000.

KAPLAN, R. M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. *In*: DIMSDALE J. E.; BAUM, A., (Ed.). **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

KAWACHI, I. Physical and psychological consequences of weight gain. **J. Clin. Psychol.**, Brandon, v. 60, suppl., 21, p. 5-9, 1999.

KINZL, J. F. et al. Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 29-35, 2007.

KLESGES, R. C.; KLEM, M. L.; KLEGES, L. M. The relationship between changes in body weight and changes in psychosocial functioning. **Appetite.**, London, v. 19, p. 145-153, 1992.

KOLOTKIN, R. L. et al. Obesity and sexual quality of life. **Obesity.**, Silver Spring, v. 14, n. 3, Mar. 2006.

KOPELMAN, P. G. Obesity as a medical problem **Nature**, London, v. 6, n. 404, p. 635-643, Apr. 2000.

KRAL, J.G.; SJÖSTRÖM, L.V.; SULLIVAN M.B. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v. 55, n. 2, Suppl, p.611S-614S. Fev.1992.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não trasmisíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LIMA JUNIOR, S. E. **Manual de orientação do paciente**: obesidade mórbida. São Paulo: Hospital do Mandaqui, 1995.

LOPEZ A. D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **Lancet.**, London, v. 367, n. 9524, p.1747-1757, May. 2006.

MALHEIROS, C. A.; FREITAS JUNIOR, W. R. Obesidade no Brasil e no mundo. *In* GARRIDO JUNIOR, A. B. *et al.* **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 19-23.

MAMPLEKOU, E. *et al.* Psychological Condition and Quality of Life in Patients with Morbid Obesity Before and After Surgical Weight Loss. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 15, n. 8, p. 1177-1184, sep. 2005.

MANSON, J. E. *et al.* Body weight and mortality among women. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 333, n. 11, p.677-685, 1995.

MARQUES-LOPES, I. *et al.* Aspectos genéticos da obesidade. **Ver. Nutr.**, Campinas, v. 177, n. 3, p. 327-338, 2004.

MARTÍNEZ J. A.; FRÜHBECK G. Regulation of energy balance and adiposity: a model with new approaches. **J. Physiol. Biochem.**, Pamplona, v. 52, p. 255-258, 1996.

MEANA, M.; BINIK, Y.M.; THALER, L. *Assessment of Sexual Dysfunction. In:* HUNSLEY, J.; MASH, E.J. (Ed.), **A Guide to Assessments that work**. New York: Oxford University, 2008. p.464-487.

MELISSAS, J. *et al.* Disorders associated with clinically severe obesity: significant improvement after surgical weight reduction. **South. Med. J.**, Birmingham, v. 91, n. 12, p. 1143-1148, 1998.

MODAN, M. *et al.* Effect of past and concurrent body mass index on prevalence of glucose intolerance and type 2 (non-insulin-dependent) diabetes and on insulin response. The Israel study of glucose intolerance, obesity and hypertension. **Diabetologia**, Berlin, v.29, n. 2, p.82-89, Feb. 1986.

MOORE, M.E.; STUNKARD, A.; SROLE, L. Obesity, social class, and mental illness. **Obes. Res.**, Baton Rouge, v. 5, n. 5, p. 503-508, 1997.

MOREIRA JUNIOR, E.D. *et al.* Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. **Urology.**, Ridgewood, v. 58, n. 4, p. 583-588, Oct. 2001.

MUST, A. *et al.* The disease burden associated with overweight and obesity. **JAMA.**, Chicago, v. 282, n. 16, p. 1523-1529, 1999.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (USA). Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults – The evidence report. National Institutes of Health. **Obes. Res.**, Baton Rouge v. 6 [suppl 2], p. 51S-209S, 1998.

NATIONAL INSTITUTE HEALTH (USA). Consensus Development Panel on Impotence: Impotence. **JAMA**, Chicago, v. 270, n. 1, p. 83-90, Jul. 1993.

- OLIVEIRA, M. C. Aspectos psicogênicos da impotência sexual masculina. *In*: SISTER, M. P. **Impotência sexual masculina**. Rio de Janeiro: Livro médico editora, 1988. p. 57-69.
- ORIA, H. E.; MOOREHEAD, M. K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). **Obes. Surg.**, Oxford, v. 8, n. 5, p. 487-499, Oct.1998.
- PINHEIRO A. R. O.; FREITAS S. F. T., CORSO S. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Ver. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.
- PI-SUNYER, F. X. Medical hazards of obesity. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 119, n. 7 Pt 2, p. 655-660, Oct. 1993.
- PUBLIC HEALTH. Ethical issues. London: Nuffield Council on Bioethics. Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.nuffieldbioethics.org>> Acesso em: 12 dezembro de 2007.
- REHMAN, J.; MELMAN, A. Fisiopatologia das principais causas de disfunção erétil. *In*: GLINA, S. *et al.* (Org.). **Disfunção sexual masculina: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 59-79.
- REIS, J. Modelo metateórico da psicologia da saúde para o século XXI: Interação ou integração biopsicossocial? **Anál. Psicol.**, Lisboa, v. 3, n. 17, p. 415-433, 1999.
- RIVARD, D. J. Anatomy, physiology and neurophysiology of male sexual function. *In*: BENNET, A. H. **Management of male impotence**. Baltimore: Williams and Wilkins, 1982, p. 1-25.
- ROPKA, M. E. Symptom status and functional status outcomes: humanistic outcomes in obesity disease management. **Obes. Res.**, Baton Rouge, v.10, suppl. 11, p. 42S-49S, 2002.
- ROSEN, R. C. *et al.* The international index of erectile function (INTERNATIONAL INDEX ERECTILE FUNCTION): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, Ridgewood, v. 49, n. 6, p. 822-830, Jun. 1997.
- ROSEN, R.C.; CAPPELLERI, J. C.; GENDRANO, NIII. The international index of erectile function (ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL- IIEF): a state-of-the-science review. **Int J Imp Research**, v. 14, n. 4, p. 226-44, aug. 2002.
- ROSET, M. *et al.* Uses and applications of health-related quality of life measures: the state of play in Spain. **Arch. Hellen. Med.**, Atenas, v. 18, n. 2, p. 131-136, Mar./Apr. 2001.
- SAND, M. S. *et al.* Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. **J. Sex. Med.**, Malden, v. 5, n. 3, p. 583-594, 2008.
- SEIDELL, J. C. Epidemiology of obesity. **Semin. Vasc. Med.**, New York, [S.l.], v. 5, n.1, p. 3-14, Feb. 2005.

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

SJÖSTRÖM, L. V. Mortality of severely obese subjects. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v. 55, suppl. 2, p. 516-523, Fev. 1992.

SJÖSTRÖM L. et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 357, n. 8, p. 741-752, Aug. 2007.

SORENSEN, T. I. The changing lifestyle in the world. Body weight and what else? **Diabetes Care**. Alexandria, suppl. 2, v. 23, p. 1-4, Apr. 2000.

STUNKARD, A. J. Factores determinantes de la obesidad: opinión actual *In: Organización Panamericana da Saúde. La obesidad em la pobreza: um novo reto para la salud pública*. Washington, DC, 2000. (Publicação científica, n. 576). p. 27-32.

STUNKARD, A. J.; SOBAL, J. Psychosocial consequences of obesity. *In: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, C. G. Eating Disorders and Obesity*. New York: Guilford, 1995. p. 417-421.

STUNKARD, A. J.; STINNETT, J. L.; SMOLLER, J. W. Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. **Am. j. Psychiatr.**, Arlington, v. 143, n. 4, p. 417-429, Apr. 1986.

STURM, R.; WELLS, K. B. Does obesity contribute as much to morbidity as poverty or smoking? **Public Health**, London, v. 115, p. 229-235, May 2001.

SUPLICY, H. L. Quais as consequências do excesso de peso? *In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. (Ed.). Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo: Roca, 2002. p. 61-84.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C.; Assessment of quality of life outcomes. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 334, n. 13, p. 833-840, 1996.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 41, n.10, p. 1403-1409, 1995.

VALLIS, M. T.; ROSS, M. A. The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: Identification of psychological predictors of success. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 3, n. 4, p. 346-359, 1993.

VAN ITALLIE, T. B. Health implications of overweight and obesity in the United States. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 103, n. 6, pt. 2, p. 983-98, 1985.

VAN GERMET, W.G. *et al.* Psychosocial functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, London, v. 22, n. 5, p. 393-398, May. 1998.

VAN NUNEN, A. M. *et al.* The health-related quality of life of obese persons seeking or not seeking surgical or non-surgical treatment a meta-analysis. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 17, n. 10, p. 1357-1566. Oct. 2007.

VASCONCELOS, V. L.; FREESE, E.; LAPA, T. M.; Transição nutricional: prevalência da obesidade e sobrepeso em adolescentes no Brasil. *In:* FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 268-281.

VERONELLI, A. *et al.* Prevalence of erectile dysfunction in thyroid disorders: comparison with control subjects and with obese and diabetic patients. **Int. J. Imp. Res.**, New York, v. 18, n. 1, p. 111-114, Jan/Feb. 2006.

VILLELA, N. B. *et al.* Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 19, n. 6, p. 367-371, Nov. 2004.

VINIK, A.; RICHARDSON, D. Erectile dysfunction in diabetes. **Diabetes. Rev.**, New Jersey, v. 6, p. 16-33, 1998.

VIRAG, R.; BOUILL, Y. P.; FRYDMAN, D. Is impotence an arterial disorder? A study of arterial risk factors in 440 impotent men. **Lancet**, London, v. 26, n. 1(8422), p.181-184, Jan. 1985.

WABREK, A. J.; BURCHELL, R. C. Male sexual dysfunction associated with coronary gear disease. **Arch. Sex. Behav.**, New York, v. 9, n. 1, p. 69 -75, 1980.

WADDEN, T. A.; The treatment of obesity: an overview. *In:* STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. (ed.). **Obesity: Theory and Therapy**. 2nd ed. New York: Raven, 1993. p. 197-217.

WADDEN, T. A.; STUNKARD, A. Psychosocial consequences of obesity and dieting: research and clinical findings. *In:* STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. (ed.). **Obesity: Theory and Therapy**. 2nd ed. New York: Raven, 1993. p. 163-177.

WHAT constitutes sexual health? **Progress in Reproductive Health Research**, Geneva, v. 67, p. 2-3, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/index.html>> Acesso em: 09 novembro de 2006.

WILLIAMSON, D.A.; O'NEIL, P.M. Behavioral and psychological correlates of obesity. *In:* BRAY, G.A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W.P.T. (Ed.). **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, 1998. p.129-142.

WOLK, A. *et al.* A prospective study of obesity and cancer risk (Sweden). **Cancer Causes Control.**, Oxford, v. 12, n.1, p. 13-21, Jan. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. *In:*_____. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. *In*:_____. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity and overweighth**. (Fact sheet 311). Geneva, 2006.

WROBEL, S. B. *et al*. The surgical treatment of morbid obesity: economic, psychosocial, ethical, preventive, medical aspects of health cre. **Yale. J. Biol. Med.**, New Haven, v. 56, n.3, p. 231-241, May/Jun. 1983.

ZICARD, P.; NAPPO, F.; GIUGLIANO, G. Reduction of inflammatory cytokine concentrations and improvement of endothelial functions in obese women after weight loss over one year. **Circulation.**, Dallas, v.105, n. 7, p. 804-809, Feb. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (ROTEIRO)

Entrevista semiestruturada (Roteiro)

1. O que levou você a decidir pela cirurgia para tratar a obesidade?
(Qual o motivo que o levou a decidir pela cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade mórbida?).
2. Durante mais ou menos seis meses antes da cirurgia, como você se sentia psicologicamente, para ter uma relação sexual?
(No período de seis meses antes de submeter-se à cirurgia bariátrica, como se sentia psicologicamente para realizar um ato sexual?).
3. Devido à obesidade, antes da cirurgia, quais eram as dificuldades que sentia e que lhe incomodavam para ter uma relação sexual?
(Devido à obesidade, antes da cirurgia, quais eram as dificuldades apresentadas e que o incomodavam durante o ato sexual?).
4. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gozo se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?
(A libido, a ereção e o orgasmo modificaram-se após a cirurgia bariátrica? Como eram antes?).
5. Você acha que a perda de peso depois da cirurgia contribuiu para melhorar sua relação sexual? Como?
(A redução do peso ocasionado pela cirurgia bariátrica contribuiu para melhorar a sua atividade sexual? Em que sentido?).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, inclusive respondendo questionários e gravando entrevistas, sob responsabilidade do pesquisador Arakén Almeida de Araújo, professor assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que

1. o objetivo do projeto é o de avaliar a qualidade de vida sexual de homens obesos inscritos no programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/UPE.
2. obtive todas as informações necessárias para a minha participação na referida pesquisa.
3. estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem nenhuma forma de prejuízo ao atendimento.
4. os autores da pesquisa se comprometem a preservar a minha privacidade e me asseguram confidencialidade dos dados e das informações coletados no prontuário médico do Programa de Cirurgia Bariátrica, referente a minha pessoa, garantindo que os resultados obtidos serão utilizados, apenas, para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
5. dúvidas ou outras informações posteriores poderão ser obtidas com a equipe da pesquisa, através dos telefones: 3841.1350 ou 9975.6364.
6. poderei contactar o Comitê de Ética do HUOC-UPE para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone 3184.1271.

Declaro que estou convenientemente esclarecido pelo pesquisador e, ter entendido o que me foi explicado.

Recife, de de 20

Sujeito da pesquisa

Prof. Arakén Almeida de Araújo

APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (QUADROS)

Entrevista Semiestruturada (Quadros)

Quadro 1. Aspectos relacionados à saúde que motivaram a decisão pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

O3	<i>Olhe doutor, é... Teve vários motivos. Mas, os dois principais motivos foram minha saúde que estava muito debilitada... Não vou criar mais meus filhos, vão ficar sem pai, sem mãe, por irresponsabilidade minha.</i>
O4	<i>Pressão alta, chegava, chegou a 24x17. Problema de dor na coluna e esporão no pé. O principal foi isso. Relação sexual era devagar, mas tinha.</i>
O5	<i>Uma escolha em conjunto com a minha esposa, prá... Questão de saúde.</i>
O7	<i>Peso, a gordura, falta de... Desânimo... É, muito grande é... Problema no casamento... A mulher pegando em cima. Eu sempre cansado... É transar duas vezes, no máximo, duas vezes por semana. A mulher complicada. Vamos conversar. Aí foi quando ela mesma me inscreveu, né? inscreveu, eu fiquei com vergonha porque gordo, ser gordo é normal, mas ser gordo acima do seu peso, não é.</i>
O8	<i>É muito cansaço, dores nas pernas, dores no corpo todo, falta de estímulo para sair, procurar um emprego, trabalhar, pressão alta, pressão de 30x15, tomando dois diclofenaco por dia atrapalhando meus rins. Tudo isso me levou a tomar... Asseio também.</i>
O11	<i>Porque... Em primeiro lugar minha saúde, né? que tava muito complicada e... Eu não conseguia mais viver. Até pra andar era difícil, entendeu? E mais, pra procurar minha esposa também, pra... Sobre relação sexual era a coisa mais fulero do mundo, muitas vezes ela... Ela, não conseguia, eu não chegava nem a ter a ereção com ela, não conseguia e, hoje graças a Deus, doutor, eu posso dizer que tou bem graças a Deus.</i>
O12	<i>Por conta como é... Muitas coisas que eu vi sobre ela, certo? e por também, por problema de... Já cansaço, de... A coluna, o peso em excesso.</i>
O13	<i>Foi a questão de saúde, né? De início, saúde, porque eu tava com problema de pressão alta e de um começo de um AVC. Eu passei seis meses sem sentir nem cheiro nem gosto, cheiro de perfume, paladar de comida, nada. Aí vim pra aqui fazer um tratamento de pressão, aí foi quando a menina me explicou que tinha esse problema de pressão, depois de exame de sangue, de tudo, aí foi constatado que era excesso de peso, aí me encaminhou aqui para o grupo. Aí eu me inscrevi, então eu continuei participando das reuniões. Mas de início, foi questão de saúde.</i>
O14	<i>A minha saúde em primeiro lugar, não é? A minha estética e um desconforto, até às vezes na relação sexual. A mulher não diz, mas tem, fique certo que...</i>
O15	<i>O motivo principal não foi nem a parte sexual, foi que estava sendo prejudicado porque muito peso, não podia me abaixar, não podia me levantar, o joelho doía. Muitas coisas que quando a pessoa é muito obesa acontece. Dói tudo.</i>

Quadro 1. Aspectos relacionados à saúde que motivaram a decisão pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

(Continuação)

O16	<i>É... O que levou, me levou a fazer essa cirurgia foi a questão familiar né? além, além da saúde que eu tinha que cuidar, foi mais a questão familiar. Nasceu um filho meu e eu tinha que ter tarugo pra criar essa criança, pra dar assistência a ela. Foi o que me levou a fazer a cirurgia.</i>
O17	<i>Primeiramente, foi... Tava com muita pressão alta, com problemas de respirar, problemas de dores nas costas, dores nas articulações.</i>
O19	<i>Em primeiro lugar, a minha saúde. É pelo fator da minha idade, e também já algum tempo eu procurava por fazer tratamento da obesidade e não conseguia o efeito.</i>
O22	<i>Por que a cirurgia? eu tava, eu tinha feito todos os exames, todos, como é? Regime, todo o tipo de regime. De... De tudo que tivesse eu tentei e não emagreci. Como eu tenho tiróide, eu não sei se eu tenho tiroide é... Pra engordar ou emagrecer, eu aí, minha irmã fez, meu primo fez, os amigos também fez, então, eu optei para fazer a cirurgia.</i>
O23	<i>A questão de doença, a bebida, a diabetes, a dificuldade de trabalhar.</i>
O24	<i>O que levou, foi devido... Eu tava com problema de gordura no fígado, certo? e me sentia mal, certo? através... Dores, roupa não dava, uma autoestima baixa tá certo? por causa disso então, eu fui fazer um tratamento e apareceu meio mundo de problema. Até pressão alta começou, gordura no fígado, aí e então, fiz tratamento com Dr. Edmundo, e... Resolvi ir para cirurgia.</i>
O26	<i>Primeiro que eu tava me sentindo assim, um pré-morto, né? eu tava com quase 200Kg e tive problema na família de obesidade mórbida, e tinha até dificuldade, cansaço para andar, e após a cirurgia eu tô me sentindo outra pessoa. Eu praticamente revivi.</i>
O27	<i>Muito peso, né? que eu... Cheguei a pesar 140kg. Tava me incomodando no trabalho. Eu tava com uma falta de ar muito forte, tive asma e... O que me levou a fazer essa cirurgia foi a gordura, o peso, eu tenho 1,72m e... Cansava com tudo, tudo que eu fazia cansava. Não calçava nem o sapato mais.</i>
O30	<i>Em relação à saúde é... Relacionamento, trabalho. Tava difícil para conseguir tudo.</i>
O31	<i>É a questão da autoestima, estética e, principalmente, que eu era diabético e hipertenso.</i>
O32	<i>Minha saúde em primeiro lugar, salário e relação sexual em casa com a esposa.</i>

Quadro 1. Aspectos relacionados à saúde que motivaram a decisão pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

(Continuação)

O33	<i>É... Exatamente o excesso de peso, né? A indisposição, a cada ano que passava eu me sentia menos disposto. E eu percebia que nos próximos 10 anos, talvez eu tivesse em cima de uma cama esperando que as pessoas... E eu tinha um grau de disposição, de atividade, e esse grau, foi diminuindo a cada ano, na proporção que eu ia engordando mais. O peso aumentando, e a minha disposição ia diminuindo. Eu me tornando cada vez mais fatigado, né? cansado, dores nas pernas, nas costas e por querer continuar produtivo, né? Até o fim dos meus dias, eu optei pela cirurgia.</i>
O34	<i>O que levou foi o seguinte: eu tava, tive um pico de pressão, certo? tive um pico de pressão e fui atendido no HGV. Quando eu voltei, aí eu encontrei minha cunhada em casa, aí ela perguntou se eu queria, fazer, me inscrever pra fazer cirurgia de obesidade, entendeu? aí eu me inscrevi aqui no HUOC. Foi aí que me despertou o interesse da deformação que eu tava, além da questão médica, né? de ficar deformado ficar muito gordo, atrapalhando para tomar banho, pra isso, pra aquilo. Questão da vaidade, também, tava muito ruim.</i>
O35	<i>O que me levou foram as dificuldades da saúde que eu estava, em primeiro lugar. Uma delas foi a minha pressão que era muito alta. É, eu tinha dificuldade, eu comecei a ter dificuldade de ter até relação sexual, que eu cansava muito, tal, fora é, problemas de dores nos pés, nas pernas, a pressão que eu tomava remédio captopril de 50 e tal, e minha vida em si. Eu analisei todos os pontos, e o principal era a saúde e a proporção minha era piorar.</i>
O36	<i>Foram vários fatores. Primeiro o preconceito na sociedade. Segundo a minha saúde que já estava sendo prejudicada. Na forma de... Já estava tendo problema de diabetes, de pressão, já estava sentindo muitas dores nas articulações. Então Já estava me atrapalhando na minha vida pessoal. Então esses foram os principais fatores que...</i>
O38	<i>Primeiro foi a saúde, que eu estava com pressão alta, tava diabético e, segundo a estética, né? a barriga muito grande, aí eu tava com muito peso, sem poder mais caminhar direito, sem poder dirigir direito, sem poder dormir direito. A vida era péssima, aí eu resolvi fazer a cirurgia.</i>
O40	<i>Primeiramente saúde. Tava com a saúde muito abalada, pressão alta, e... Problema cardíaco e cansaço, problema de coluna. E segundo, autoestima. Autoestima foi essencial, nesse ponto.</i>

Quadro 1. Aspectos relacionados à saúde que motivaram a decisão pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

(Continuação)

O41	<p><i>Um dos fatores era, principalmente, a saúde. Eu não tava nem aí com a estética em si, tá entendendo? A saúde é... Eu... Em termo de... Em termo de sexo eu também não tava sendo, porque eu não era mais o mesmo. Eu tinha uma atividade. Minha irmã dizia que eu era um prostituto, né? que eu praticamente... Eu trabalhei em boate de strip, então todo o dia se tinha sexo e, de repente, você vê isso não acontecer. Eu não tinha problema de ejaculação precoce, de repente, isso começa a ocorrer, porque você já não faz sexo com tanta frequência, você, o que vinha ocorrendo também, por exemplo, há a substituição, você acaba praticando mais sexo oral do que vaginal, até por falta de segurança, já, ou seja, vai se avolumando assim, uma bola de neve que você chega ao ponto de optar o tempo todo pelo oral, esquece o vaginal porque você as... Você por já não praticar tanto, só faz encostar muito, a ejaculação vem e... Saúde foi fundamental. Agora, outro fator pode ter certeza que eu sei que nós somos discriminados. Eu trabalho num colégio há 15 anos com judô e nunca... Foi, surgiu várias oportunidades de dar aula de história, e eu tenho certeza absoluta que aquele meu estado impossibilitou disso, que é como o povo olhasse pra mim, não, pra judô ele dá pó!...Tem a ideia que judô o cara tem que ser, tem que ser monstro, né? Aí não tem problema. Mas, foi pensando no futuro, né? Também porque hoje. Eu não tinha, embora só o problema de pressão, eu tinha minhas taxas todas normais. Agora que nem se fala, eu tenho o colesterol de 89. Eu tinha 160 e pouco, tô com 89, ou seja, acho que meu filho deve ter esse colesterol. Aí vêm outras preocupações, né? com o filho em si. Eu sei que minha família, a maioria morreu tudo cedo. Meu pai morreu com 43 anos, se eu não me engano, tudo de infarto, tudo foi coração, meu avô, meus tios, tudinho tem esse problema e, quando ver o filho, aí vem também esse fator. Acho que foi primordial também, porque eu sei que, eu com o peso que eu vinha a tendência de ter um problema e ser fatal era uma coisa, e... Quando olho pra o meu filho e pra minha filha, aí não, eu preciso viver algum tempo, até pra ver as realizações deles.</i></p>
O43	<p><i>Foi o problema da minha pressão. A pressão alta, dificuldade de andar, as pernas inchando com dores.</i></p>

Quadro 2. Fatores relativos à natureza dos riscos, a severidade das enfermidades associadas e a chance de morte precoce decorrentes da obesidade mórbida, que levaram a decidir pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

O3	<i>Olhe doutor, é... Teve vários motivos. Mas, os dois principais motivos foram minha saúde que estava muito debilitada... Não vou criar mais meus filhos, vão ficar sem pai, sem mãe, por irresponsabilidade minha.</i>
O12	<i>Por conta como é... Muitas coisas que eu vi sobre ela, certo? e por também, por problema de... Já cansaço, de... A coluna, o peso em excesso.</i>
O13	<i>Foi a questão de saúde, né? De início saúde, porque eu tava com problema de pressão alta e de um começo de um AVC. Eu passei seis meses sem sentir nem cheiro nem gosto, cheiro de perfume, paladar de comida, nada. Aí vim pra aqui fazer um tratamento de pressão, aí foi quando a menina me explicou que tinha esse problema de pressão, depois de exame de sangue, de tudo, aí foi constatado que era excesso de peso.. Aí me encaminhou aqui para o grupo. Aí eu me inscrevi, então, eu continuei participando das reuniões. Mas de início, foi questão de saúde.</i>
O23	<i>A questão de doença, a bebida, a diabetes, a dificuldade de trabalhar.</i>
O24	<i>O que levou, foi devido... Eu tava com problema de gordura no fígado, certo: e me sentia mal, certo: através... Dores, roupa não dava, uma autoestima baixa tá certo: por causa disso então, eu fui fazer um tratamento e apareceu meio mundo de problema. Até pressão alta começou, gordura no fígado, aí e então, fiz tratamento com Dr. Edmundo, e... Resolvi ir para cirurgia.</i>
O27	<i>Muito peso, né? que eu... Cheguei a pesar 140kg. Tava me incomodando no trabalho. Eu tava de uma falta de ar muito forte, tive asma e... O que me levou a fazer essa cirurgia foi a gordura, o peso, eu tenho 1,72m e... Cansava com tudo, tudo que eu fazia cansava. Não calçava nem o sapato mais.</i>
O31	<i>É a questão da autoestima, estética e, principalmente, que eu era diabético e hipertenso.</i>
O33	<i>É... Exatamente o excesso de peso, né? A indisposição, a cada ano que passava eu me sentia menos disposto. E eu percebia que nos próximos 10 anos, talvez eu tivesse em cima de uma cama esperando que as pessoas... E eu tinha um grau de disposição, de atividade, e esse grau, foi diminuindo a cada ano, na proporção que eu ia engordando mais. O peso aumentando e a minha disposição ia diminuindo. Eu me tornando cada vez mais fatigado, né? cansado, dores nas pernas, nas costas e por querer continuar produtivo, né? Até o fim dos meus dias, eu optei pela cirurgia.</i>
O34	<i>O que levou foi o seguinte: eu tava, tive um pico de pressão, certo? Tive um pico de pressão e fui atendido no HGV. Quando eu voltei, aí eu encontrei minha cunhada em casa, aí ela perguntou se eu queria, fazer, me inscrever pra fazer cirurgia de obesidade, entendeu? aí eu me inscrevi aqui no HUOC. Foi aí que me despertou o interesse da deformação que eu tava, além da questão médica, né? de ficar deformado ficar muito gordo, atrapalhando pra toma banho, pra isso, pra aquilo. Questão da vaidade, também, tava muito ruim.</i>

Quadro 2. Fatores relativos à natureza dos riscos, a severidade das enfermidades associadas e a chance de morte precoce decorrentes da obesidade mórbida, que levaram a decidir pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

(Continuação)

O35	<p><i>O que me levou foram as dificuldades da saúde que eu estava, em primeiro lugar. Uma delas foi a minha pressão que era muito alta. É, eu tinha dificuldade, eu comecei a ter dificuldade de ter até relação sexual, que eu cansava muito, tal, fora é, problemas de dores nos pés, nas pernas, a pressão que eu tomava remédio captopril de 50 e tal, e minha vida em si. Eu analisei todos os pontos e o principal era a saúde, e a proporção minha era piorar.</i></p>
O36	<p><i>Foram vários fatores. Primeiro o preconceito na sociedade. Segundo a minha saúde que já estava sendo prejudicada. Na forma de... Já estava tendo problema de diabetes, de pressão, já estava sentindo muitas dores nas articulações. Então já estava me atrapalhando na minha vida pessoal. Então esses foram os principais fatores que...</i></p>
O41	<p><i>Um dos fatores era, principalmente, a saúde. Eu não tava nem aí com a estética em si, tá entendendo? A saúde é... Eu... Em termo de... Em termo de sexo eu também não tava sendo, porque eu não era mais o mesmo. Eu tinha uma atividade. Minha irmã dizia que eu era um prostituto, né? Que eu praticamente... Eu trabalhei em boate de strip, então todo o dia se tinha sexo e, de repente, você vê isso não acontecer. Eu não tinha problema de ejaculação precoce, de repente, isso começa a ocorrer, porque você já não faz sexo com tanta frequência, você, o que vinha ocorrendo também, por exemplo, há a substituição, você acaba praticando mais sexo oral do que vaginal, até por falta de segurança, já, ou seja, vai se avolumando assim, uma bola de neve que você chega ao ponto de optar o tempo todo pelo oral, esquece o vaginal porque você as... Você por já não praticar tanto, só faz encostar muito, a ejaculação vem e... Saúde foi fundamental. Agora, outro fator pode ter certeza que eu sei que nós somos discriminados. Eu trabalho num colégio há 15 anos com judô e nunca... Foi, surgiu várias oportunidades de dar aula de história, e eu tenho certeza absoluta que aquele meu estado impossibilitou disso, que é como o povo olhasse pra mim, não, pra judô ele dá pó!...Tem a ideia que judô o cara tem que ser, tem que ser monstro, né? Aí não tem problema. Mas, foi pensando no futuro, né? Também porque hoje. Eu não tinha, embora só o problema de pressão, eu tinha minhas taxas todas normais. Agora que nem se fala, eu tenho o colesterol de 89. Eu tinha 160 e pouco, tô com 89, ou seja, acho que meu filho deve ter esse colesterol. Aí vêm outras preocupações, né? com o filho em si. Eu sei que minha família, a maioria morreu tudo cedo. Meu pai morreu com 43 anos, se eu não me engano, tudo de infarto, tudo foi coração, meu avô, meus tios, tudinho tem esse problema e, quando ver o filho, aí vem também esse fator. Acho que foi primordial também, porque eu sei que, eu com o peso que eu vinha a tendência de ter um problema e ser fatal era uma coisa, e... Quando olho pra o meu filho e pra minha filha, aí não, eu preciso viver algum tempo, até pra ver as realizações deles.</i></p>

Quadro 3. Aspectos relacionados à vida sexual ou à vida laboral que motivaram a decisão pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

O1	<i>Foi a... Devido à dificuldade que tinha em relação a trabalho e a minha vida sexual. Isso aí foi que veio me prejudicando cada dia mais, e eu estava vendo, estava acelerado mesmo isso aí.</i>
O2	<i>O emprego que não achava, que era muito renegado por causa do peito, tudinho, e também era muito discriminado na parte sexual.</i>
O6	<i>Acho pela estética e pelo... Pela dificuldade de se arranjar trabalho hoje em dia. Dificuldade profissional, a pessoa, as empresas querendo ou não, ela já discrimina. Em determinadas funções, você não pode fazer.</i>
O7	<i>Peso, a gordura, falta de... Desânimo... É, muito grande é... Problema no casamento... A mulher pegando em cima. Eu sempre cansado... É transar duas vezes, no máximo duas vezes por semana. A mulher complicada. Antonio, vamos conversar. Aí foi quando ela mesma me inscreveu, né? Inscreveu, eu fiquei com vergonha porque gordo, ser gordo é normal mas, ser gordo acima do seu peso, não é.</i>
O8	<i>É muito cansaço, dores nas pernas, dores no corpo todo, falta de estímulo para sair, procurar um emprego, trabalhar, pressão alta, pressão de 30x15, tomando dois diclofenaco por dia atrapalhando meus rins. Tudo isso me levou a tomar... Asseio também.</i>
O11	<i>Porque... Em primeiro lugar, minha saúde, né? que tava muito complicada e... Eu não conseguia mais viver. Até pra andar era difícil, entendeu? E mais, pra procurar minha esposa também, pra... Sobre relação sexual era a coisa mais fulero do mundo, muitas vezes ela... Ela, não conseguia, eu não chegava nem a ter a ereção com ela, não conseguia e, hoje graças a Deus, doutor, eu posso dizer que tou bem graças a Deus.</i>
O14	<i>A minha saúde em primeiro lugar, não é? A minha estética e um desconforto, até às vezes na relação sexual. A mulher não diz, mas tem, fique certo que...</i>
O18	<i>É, foi difícil. Mais questão de preconceito de um todo, preconceito no mercado de trabalho, na vida sexual, na vida particular, na vida profissional. É difícil porque... Mente medrosa... Mas depois eu comecei a ver que hoje não me arrependo. Me arrependia no começo. Hoje eu vi que se eu tivesse feito há mais tempo. Tenho uma cabeça boa hoje. Não vivia de bem com a vida.</i>
O21	<i>Primeiro lugar, eu vinha... A cada ano eu vinha aumentando 10-12 quilos ao ano, cheguei a pesar 160 quilos. Depois que eu comecei o tratamento, a conviver com o HUOC, eu perdi 13 quilos antes da cirurgia. E vinha aumentando, sou taxista, vivia aumentando 10-12 quilos. Quando eu entrei no táxi eu tinha 95 kg, cheguei a 160 quilos. Aí, foi quando eu corri ao Oswaldo Cruz.</i>
O23	<i>A questão de doença, a bebida, a diabetes, a dificuldade de trabalhar.</i>

Quadro 3. Aspectos relacionados à vida sexual ou à vida laboral que motivaram a decisão pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

(Continuação)

O27	<i>Muito peso, né? que eu... Cheguei a pesar 140kg. Tava me incomodando no trabalho. Eu tava com uma falta de ar muito forte, tive asma e... O que me levou a fazer essa cirurgia foi a gordura, o peso, eu tenho 1,72m e... Cansava com tudo, tudo que eu fazia cansava. Não calçava nem o sapato mais.</i>
O30	<i>Em relação à saúde é... Relacionamento, trabalho. Tava difícil para conseguir tudo.</i>
O32	<i>Minha saúde em primeiro lugar, salário e relação sexual em casa com a esposa.</i>
O35	<i>O que me levou foram as dificuldades da saúde que eu estava, em primeiro lugar. Uma delas foi a minha pressão que era muito alta. É, eu tinha dificuldade, eu comecei a ter dificuldade de ter até relação sexual, que eu cansava muito, tal, fora é, problemas de dores nos pés, nas pernas, a pressão que eu tomava remédio captopril de 50 e tal, e minha vida em si. Eu analisei todos os pontos, e o principal era a saúde e a proporção minha era piorar.</i>
O39	<i>É, bem. Sem poder trabalhar, qualquer relação com a mulher, muita dificuldade pra tudo, pra em relação com a mulher, pra trabalhar, pra dormir pra tudo.</i>
O41	<i>Um dos fatores era, principalmente, a saúde. Eu não tava nem aí com a estética em si, tá entendendo? A saúde é... Eu... Em termo de... Em termo de sexo eu também não tava sendo, porque eu não era mais o mesmo. Eu tinha uma atividade. Minha irmã dizia que eu era um prostituto, né? que eu praticamente... Eu trabalhei em boate de strip, então todo o dia se tinha sexo e, de repente, você vê isso não acontecer. Eu não tinha problema de ejaculação precoce, de repente, isso começa a ocorrer, porque você já não faz sexo com tanta frequência, você, o que vinha ocorrendo também, por exemplo, há a substituição, você acaba praticando mais sexo oral do que vaginal, até por falta de segurança, já, ou seja, vai se avolumando assim, uma bola de neve que você chega ao ponto de optar o tempo todo pelo oral, esquece o vaginal porque você as... Você por já não praticar tanto, só faz encostar muito, a ejaculação vem e... Saúde foi fundamental. Agora, outro fator pode ter certeza que eu sei que nós somos discriminados. Eu trabalho num colégio há 15 anos com judô e nunca... Foi, surgiu várias oportunidades de dar aula de história, e eu tenho certeza absoluta que aquele meu estado impossibilitou disso, que é como o povo olhasse pra mim, não, pra judô ele dá pó!... Tem a ideia que judô o cara tem que ser, tem que ser monstro, né? aí não tem problema. Mas, foi pensando no futuro, né? Também porque hoje. Eu não tinha, embora só o problema de pressão, eu tinha minhas taxas todas normais. Agora que nem se fala, eu tenho o colesterol de 89. Eu tinha 160 e pouco, tô com 89, ou seja, acho que meu filho deve ter esse colesterol. Aí vêm outras preocupações, né? com o filho em si. Eu sei que minha família, a maioria morreu tudo cedo. Meu pai morreu com 43 anos, se eu não me engano, tudo de infarto, tudo foi coração, meu avô, meus tios, tudinho tem esse problema e, quando ver o filho, aí vem também esse fator. Acho que foi primordial também, porque eu sei que, eu com o peso que eu vinha a tendência de ter um problema e ser fatal era uma coisa, e... Quando olho pra o meu filho e pra minha filha, aí não, eu preciso viver algum tempo, até pra ver as realizações deles.</i>

Quadro 4. Imagem corporal e autoestima entre os motivos que levaram a decidir pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

O2	<i>O emprego que não achava, que era muito renegado por causa do peito, tudinho, e também era muito discriminado na parte sexual.</i>
O6	<i>Acho pela estética e pelo... Pela dificuldade de se arranjar trabalho hoje em dia. Dificuldade profissional, a pessoa, as empresas querendo ou não, ela já discrimina. Em determinadas funções, você não pode fazer.</i>
O7	<i>Peso, a gordura, falta de... Desânimo... É, muito grande é... Problema no casamento... A mulher pegando em cima. Eu sempre cansado... É transar duas vezes, no máximo duas vezes por semana. A mulher complicada. Antonio, vamos conversar. Aí foi quando ela mesma me inscreveu, né? inscreveu, eu fiquei com vergonha porque gordo, ser gordo é normal mas ser gordo acima do seu peso, não é.</i>
O9	<i>Olhe primeiro, é... O fato de perder peso para melhorar minha condição de vida, né? Em termo de... Poder ser mais ágil, poder ter mais disposição, e sem contar esse jeito de ser gordo, né? obeso, traz um desconforto pra você até pra comprar uma roupa. Você é visto na rua de outro jeito. Então, é, no geral é isso.</i>
O10	<i>Eu era muito incomodado, entendeu? devido aos seios enormes, ainda sou um pouco, mas muito menos. Perdi 60 kg ou mais alguma coisa. Pra mim chegar, pra conversar com alguém era difícil. As pessoas me irritavam. Quem não me conhecia, né? De infância, pra mim chegar ir para colégio novo por exemplo, fazer uma nova amizade era difícil. Até pra conquistar uma pessoa também era difícil, era tempo, era bastante tempo.</i>
O14	<i>A minha saúde em primeiro lugar, não é? A minha estética e um desconforto, até às vezes na relação sexual. A mulher não diz, mas tem, fique certo que...</i>
O20	<i>O problema maior era a insatisfação comigo mesmo. Eu não gostava. Nenhuma roupa me satisfazia. Eu sou meio faceiro, gosto de me vestir legal. As roupas não davam, nada ficava engomado, tudo perdia o vinco rapidamente e eu sentia vergonha de ir para uma festa que tinha comida, porque eu comia mais que todo o mundo. Isso me incomodava. Eu achava que estavam olhando.</i>
O21	<i>Primeiro lugar, eu vinha... A cada ano eu vinha aumentando 10-12 quilos ao ano, cheguei a pesar 160 quilos. Depois que eu comecei o tratamento, a conviver com o HUOC, eu perdi 13 quilos antes da cirurgia. E vinha aumentando, sou taxista, vivia aumentando 10-12 quilos. Quando eu entrei no táxi, eu tinha 95 kg, cheguei a 160 quilos. Aí, foi quando eu corri ao Oswaldo Cruz.</i>
O28	<i>É mais por causa que eu, o povo me discriminava muito é... E eu sentia muito feio mesmo, não vivia muito no meio da sociedade. Viviam mais escondido por causa do impedimento da gordura, que eu era magro e se tornei feio e gordo. Horrível mesmo, muita gente me chamava de baleia.</i>
O29	<i>Me levei em tudo, né doutor? que antigamente era dificuldade pra tudo, meus filho, meu ego, em tudo lá em baixo, em tudo, em tudo, em tudo. Tudo era ruim pra mim, em tudo.</i>

Quadro 4. Imagem corporal e autoestima entre os motivos que levaram a decidir pela cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida.

(Continuação)

O31	<i>É a questão da autoestima, estética e, principalmente, que eu era diabético e hipertenso.</i>
O34	<i>O que levou foi o seguinte: eu tava, tive um pico de pressão, certo? Tive um pico de pressão e fui atendido no HGV. Quando eu voltei, aí eu encontrei minha cunhada em casa, aí ela perguntou se eu queria, fazer, me inscrever pra fazer cirurgia de obesidade, entendeu? aí eu me inscrevi aqui no HUOC. Foi aí que me despertou o interesse da deformação que eu tava, além da questão médica, né? de ficar deformado ficar muito gordo, atrapalhando para tomar banho, pra isso, pra aquilo. Questão da vaidade, também, tava muito ruim.</i>
O37	<i>O que me levou foi a discriminação de ser gordo, né?</i>
O38	<i>Primeiro foi a saúde, que eu estava com pressão alta, tava diabético e segundo, a estética, né? a barriga muito grande, aí eu tava com muito peso, sem poder mais caminhar direito, sem poder dirigir direito, sem poder dormir direito. A vida era péssima, aí eu resolvi fazer a cirurgia.</i>
O40	<i>Primeiramente saúde. Tava com a saúde muito abalada, pressão alta e... Problema cardíaco e cansaço, problema de coluna. E segundo, autoestima. Autoestima foi essencial nesse ponto.</i>
O42	<i>Porque a minha família todinha é gorda, e é difícil a gente... A gente gordo é muito discriminado.</i>

Quadro 5. Durante mais ou menos seis meses antes da cirurgia, como você se sentia psicologicamente para ter uma relação sexual?

O1	<i>Péssimo. Péssimo, porque além de eu ter aquela dificuldade pra ter a relação sexual, eu tinha o meu problema de desemprego. Quer dizer, junta uma coisa com a outra. A pessoa está desempregada, ainda mais obeso e, com aquela dificuldade de manter aquela relação sexual, tudinho, eu tinha, mas não era satisfatória, não.</i>
O2	<i>Eu me sentia péssimo. Tinha vez mesmo, que eu não tinha nem ânimo nem nada, tinha até vergonha. Porque, como é o nome? a gente diz assim: o gordo já tem o pênis pequeno. Agora depois que eu emagreci já tá o normal, volta o normal.</i>
O4	<i>É... Com minha esposa nunca teve problema, me sentia bem. Agora, apenas não tinha capacidade é... Uma ou duas vezes por semana. Então, não podia ter mais do que isso, porque ficava cansado mesmo.</i>
O5	<i>Eu não vinha observando isso não, mas, depois com o programa, e tendo as conversas, realmente, é... Era um pouco a desejar, né?</i>
O7	<i>Péssimo. Mal. Mal porque eu vi um grande amigo dizer: pô eu saí com uma nega ontem, sai com uma nega hoje e eu não podia nem tocar no assunto. Infelizmente, eu só saía com minha mulher mesmo, porque arrumar outra bagunça lá fora era muito difícil. Gordo não tem vontade; você não tem vontade de sair, porque você não tem uma roupa. Você é... O seu desânimo é outro, você fica todo caído</i>
O8	<i>Me sentia... Não... Mal, não tinha muita tesão, não procurava... Era mais cama, dormir e não tinha vontade pra nada.</i>
O9	<i>Olhe a minha vida sexual é... O único problema que eu tinha era às vezes, disposição. Às vezes dava preguiça, mas falar assim em desejo e de prazer, eu sempre senti desejo. Sempre tive prazer. Às vezes dava uma preguiça de fazer, era isso. E, pós-cirurgia, melhorou muito.</i>
O11	<i>Difícil, muito difícil. E... A maioria das vezes não sentia nem tesão, entendeu? Ficava como se pode dizer: pôxa, eu tô virando o quê? Procurar minha esposa, não tinha tesão nenhuma por ela, só através de uma fita pornô. Alguma coisa que botava pra assistir. Conseguir outra mulher, a não ser...</i>
O12	<i>Bem era mais difícil, porque pelo peso e pelo, como é que se diz? Não... Sentia meio estranho, meio arrasado, né?</i>
O13	<i>Um pouco assim... Assim... Assim: a vontade falava mais alto, né? Mas, assim, na questão de psicologicamente, a pessoa se sente um pouco meio defasado. Porque você sabe que muitas vezes não vai; nem assim vai satisfazer mas também não seja satisfazendo o outro lado, né? a parceira, no caso minha esposa, e assim porque a gente tem muita dificuldade para fazer tudinho. Só geralmente, só fazendo determinada... Uma posição só, e isso assim, e depois assim, se tornava até assim um pouco de... No final até um transtorno, porque quando terminava, como eu disse ao senhor, me sentia muito cansado. Ficava muito ofegando. Ela ficava nervosa, já botava um ventilador para respirar melhor, tal, porque eu sentia um pouco de falta de ar.</i>

Quadro 5. Durante mais ou menos seis meses antes da cirurgia, como você se sentia psicologicamente para ter uma relação sexual?

(Continuação)

O14	<i>Me sentia que, pra mim, eu estava assim, tipo é... Abusando da minha esposa, até da boa vontade porque, até pra dormir, quando pra mim dormir, quando eu me virava na cama, de tão gordo que eu era, a cama estremecia, imagine eu em cima da mulher?</i>
O15	<i>Era horrível, era péssimo. Porque é... A gente fazia um sacrifício para poder é... Como se diz assim, manter um dever de casa. A relação não tava completamente boa nem coisa nenhuma. Era tudo, é... Fazia por fazer. Ter que fazer.</i>
O16	<i>É... Abalado. Por conta da dificuldade que, realmente, é difícil ter uma relação sexual quando você tá, tá obeso.</i>
O17	<i>Eu tinha muita dúvida, é... Tinha medo de satisfazer ou não a parceira. Tinha vergonha do corpo, entendeu?</i>
O18	<i>Me sentia constrangido muitas vezes, né? por não é, não achar jeito não achar às vezes o que ia pensar minha parceira, né? que achava que ia satisfazer ela realmente, sexualmente.</i>
O19	<i>Primeiro eu não tinha motivação. A motivação de ter uma relação sexual pra mim sempre foi uma relação amorosa, ao invés da sexual. Então, por consequência, também de não conseguir a... Aparência a... Obesidade em si é... Fazia com que existisse um certo bloqueio, de me apresentar as pessoas e procurar por pessoas. Sabia que as pessoas não tinham, vamos assim dizer, uma atração por mim, então, realmente não tinha muito motivo pra tá atrás de relações sexuais.</i>
O20	<i>Em relação essa parte sexual da coisa eu nunca tive problema, porque mesmo me vendo gordo, quando me olhava no espelho, eu tentava satisfazer a mulher. Satisfazer mesmo assim, mas, tinha dificuldade em relação a posições. Tinha posições que a penetração era mínima em função de ter barriga demais, de ter muito púbis, ficava muito inchadão, então, tinha que escolher uma ou duas posições. Mas, no mais a tentativa seria a mesma. A busca é a mesma de hoje.</i>
O21	<i>Sentia pesado. Queira ou não, a companheira reclamava a quanti... Muito peso. Isso até para você fazer alguma posição incomoda.</i>
O23	<i>Péssimo. Péssimo. Só pensava em beber, entendeu? tava pensando na cirurgia, mas também dava mancada em questão de bebida. Lazer, não tinha nenhum.</i>
O24	<i>Olhe, psicologicamente eu sentia assim, meio baixo, porque a gordura atrapalhava. Quer quer não atrapalha, porque a minha esposa é magra, eu era gordo. Pra fazer em cima dela, a gente não pode, né? aí a gente... Ela sempre fazia uma posição só. As pernas doem, a gente cansa quando vai fazer o sexo. Então, tem esses problemas. Então a autoestima dela é meio baixa... Do gordinho, né?</i>

Quadro 5. Durante mais ou menos seis meses antes da cirurgia, como você se sentia psicologicamente para ter uma relação sexual?

(Continuação)

O25	<i>Me sentia... Me sentia, mais ou menos insatisfeito, no caso, insatisfeito comigo mesmo, né? não era nem com meu desempenho. A estatura, o corpo do camarada, não ajuda de jeito nenhum, né? não estimula ninguém um corpinho desse todo redondinho. Mas, sexualmente falando, eu sinto que eu tinha uma boa atividade sexual.</i>
O26	<i>Não me sentia muito bem, não. Porque a obesidade, a gordura em si, traz um cansaço muito grande para o indivíduo, para a pessoa e, depois que eu fiz a cirurgia, eu mesmo me senti muito melhor. Mas antes, eu não me sentia muito bem não.</i>
O27	<i>Péssimo. Primeiro o físico, né? Um homem muito gordo, barriga muito enorme, o pênis lá pra dentro, eu já nem via direito mais. Nem me abaixava direito. Tudo que eu fazia complicava.</i>
O28	<i>Era muito difícil por causa que a gordura impedia muito. Eu me cansava rápido e... Em tempo de... Do coração sair pela boca. Não tinha, não tinha lógica a gente tendo uma relação tranquila em casa, sem eu, eu sendo homem, mas não dava de conta direito da mulher por causa da gordura. O coração batia muito. Eu tinha medo de ter um ataque cardíaco. Eu parava.</i>
O29	<i>Ruim. Ruim. Vergonha, tudo.</i>
O30	<i>Tinha vergonha.</i>
O31	<i>Não tinha relação sexual. Eu estava muito impotente devido a essa doença. Não conseguia.</i>
O32	<i>Ah! não era bom, não. Atrapalhava em tudo. Só dava pra fazer tipo, papai e mamãe. Era meio difícil, era no torno mesmo. Psicologicamente, só com a parceira em casa, mesmo, porque fora tinha que bancar.</i>
O33	<i>Me sentia bem, assim, né? nesse sentido, assim, me sentia bem porque eu convivia com a minha situação, com a minha realidade. Mas, se eu não me aceitasse com a minha realidade, ficaria mais complicado ainda. Me sentia bem no sentido de estar satisfeito, assim, com a situação que eu me limitava a ter, porque eu não poderia ter uma situação melhor. Mas, é... Me incomodava, assim, eu poderia ter... Não estava tão bem por conta do excesso de peso, do problema da barriga e tal, essa coisa não me deixava conformado, mas eu procurava conviver com essa realidade.</i>
O34	<i>Zero. Horrível. Incapaz. Me sentia incapaz, não tinha vontade, não tinha tesão. Era uma coisa que não me agradava fazer. Eu tava me sentindo muito mal do ponto de vista físico e achava que pelo fato de tá muito gordo, certo? Uma mulher não ia me escolher pra ter uma relação sexual.</i>

Quadro 5. Durante mais ou menos seis meses antes da cirurgia, como você se sentia psicologicamente para ter uma relação sexual?

(Continuação)

O35	<i>Psicologicamente eu me sentia bem, entre aspas, né? porque eu tinha dificuldade, entendeu? de por exemplo, ter uma relação em pé, né? outras posições tal, eu sentia dificuldade, a gordura, minha grande dificuldade. Cansava muito, mas, graças a Deus, eu sempre tive ereção bem, tal, sei que lá. Eu agora tô vendo que ela marcha, entendeu? assim, à vontade. Eu agora, eu me sinto mais...</i>
O36	<i>Era mais no intuito de... Satisfação mesmo. De... Eu iria ter a relação, como eu já estava necessitado, não era uma coisa que.. Ah! tô assim e... Mais como necessidade mesmo. Camarada, rapaz! tô aqui em ponto de bala... Então vou e tenho. Não aquilo... Então o prazer mesmo assim... Era mais nesse sentido.</i>
O37	<i>Pra ter uma relação sexual... Eu achava meio... Na relação sexual por tá gordo, eu achava que não tinha muito prazer.</i>
O38	<i>Me sentia muito mal. Tinha vergonha da barriga, tinha vergonha do corpo, do tamanho do pênis também. Sentia vergonha.</i>
O39	<i>Muito difícil, vou dizer: o pau... Vou dizer... Num... Pequeno demais, atrapalhava tudo.</i>
O40	<i>Na faixa de 50%. Não era seguro, entendeu? Às vezes, tinha ereção, às vezes, não, entendeu? A maioria das vezes sim, outras não.</i>
O41	<i>No caso, durante esses seis meses? antes da cirurgia? uma barreira. Porque, como eu já falei, o caba chega, começa a não praticar com muita frequência, aí parece que perde o costume, sei lá. O que é que acontece com o caba, que o cara ejacula fácil, fácil. Aí, fica aquela preocupação, porra! eu não satisfiz a mulher. Então já que eu não tô satisfazendo a mulher, eu vou evitar pra não ser... Só que isso vai mudando, que a mulher vai cobrando também. Do outro lado, ela, ela tem o problema dela, que não dialoga comigo em relação o que eu gosto. Ela gosta do que eu faço, mas não faz o que eu gosto, aí, tudo isso cria uma barreira, né? Então, tava difícil antes disso.</i>
O42	<i>Sentia muito mal. a autoestima muito baixa. Tinha vontade não.</i>
O43	<i>Psicologicamente, eu tinha dificuldade em querer, em querer fazer o sexo. Aí eu tinha, aí, eu tinha dificuldade. Por isso que eu disse assim: juntando tudo, cansaço com pressão alta, aí eu resolvi fazer a cirurgia já indicado por um algum amigo, né?</i>

Quadro 6. Pacientes que não relataram comprometimento psicológico antes da cirurgia.

O3	<i>Doutor, eu tinha tido uma crise. De 98 pra cá, eu tava numa depressão muito forte por questão financeiras, que eu perdi, eu saí do trabalho, eu perdi minha padaria por questão de saúde da minha esposa, esse negócio todo. Então, psicologicamente eu tava muito afetado. Se bem que a gordura, o senhor, já a gente tava comentando aí. O peso atrapalha muita coisa. Então eu ganhei muito peso, tá certo? eu engordei bastante, e o fator psicológico, em si, eu acho que não era a questão da gordura. Era o fator emocional, meu mesmo, que tava muito, eu tava com a autoestima lá embaixo, eu tava muito, muito abaixo do ponto normal. Então, eu não vou caracterizar que era a gordura, em si, que tava me prejudicando, tá certo? eu tive todo esse negócio. Depois eu comecei, depois eu voltei para Garanhuns e começou a tocar minha vida no normal, quer dizer, dar continuidade e, foi quando apareceu a cirurgia no meio, autor de tudo isso. Mas, em questão à relação sexual, com o fator psicológico em si, por causa da gordura, eu acho eu não vou misturar as duas coisas, não. Porque eu já tava agredido nessa parte.</i>
O6	<i>Eu como sou noivo há mais de um ano, eu nunca tive esse problema. Eu acho que me sentia bem. Não tinha problema nenhum, não.</i>
O10	<i>Psicologicamente eu sempre fui tranquilo. Agora, é... É... Tranquilo, né? apesar de que às vezes e... É... É... É..., tava ficando mais difícil era arrumar uma parceira, agora psicologicamente, tranquilo, tranquilo, psicologicamente tranquilo.</i>
O22	<i>Boa.</i>

Quadro 7. Devido à obesidade, quais eram as dificuldades que sentia e que lhe incomodavam para ter uma relação sexual?

O1	<i>É... A gordura, a gordura que atrapalhava muito. Cem por cento a gordura.</i>
O2	<i>A barriga. Era péssimo. Péssimo mesmo, a barriga era tudo.</i>
O3	<i>Olhe, o pênis diminuiu de tamanho porque encolhe, eu... Com certeza, diminui de tamanho. Posição na cama, porque você, você fica é... Você... Ruim, é ruim. Você fica ruim, você fica com medo. Como se comentou antes, de derrubar a cama mesmo, é... É... De machucar a companheira, no peso, quer dizer, finalmente, é muito complicado. É uma disparidade muito grande, a pessoa normal como eu ser gordo daquele jeito. Maltratava você.</i>
O4	<i>A falta de ar durante o ato sexual propriamente dito. A pressão disparava, o coração ficava mais acelerado. Ficava cansado mesmo, como se tivesse corrido.</i>
O5	<i>Era só a parte de... De vontade né? de desejo. Era pouco o desejo, né? depois com o passar do tempo, aí foi melhorando.</i>
O6	<i>Não é que incomodava, mas eu acho que determinadas posições sexuais a pessoa mais magra tem mais privilegio que o gordo, que o obeso.</i>
O7	<i>O tamanho... Da cenoura... Muito pequeno... É... Até prazer mesmo, até vergonha, vergonha assim, dos meus amigos, mesmo. Meus amigos, tudinho. Tu porra! tu é gordo, porra! eu vi tu mijando ali, tua rola bem pequena. Aí eu dizia a ele: não, o problema não é quantidade, é saber fazer. Mas eu dizia isso pra não ficar por detrás, porque vontade mesmo eu não tinha não.</i>
O8	<i>Era a penetração, era o estilo de relações que a gente não tinha, como... A ereção também muito rápida. Depois do gozo, a ereção... Ela acabava logo. E é isso mesmo.</i>
O9	<i>Olhe, o que sentia dificuldade era justamente isso o que acabei de falar. Era a dificuldade... Era de se locomover, de se movimentar, mas o desejo eu sempre tive.</i>
O10	<i>É... O volume, o volume de peso mesmo, né? Que às vezes a barriga muito grande, entendeu? você é enorme a... A parceira é, faz piadinha. Isso tudo, isso tudo estressa, né? na hora estressa, mas, é sempre o volume que pesa, né? a barriga. É a barriga grande, as coxas muito perto, mais próxima uma da outra, né? isso tudo é... Os braços, o volume, quer dizer, o braço largo, a barriga grande, quer dizer, fica tudo difícil, tudo difícil.</i>
O11	<i>A barriga. Acima de tudo a barriga. E... Eu não conseguia ficar em cima da minha esposa, não, jamais, e... É muito difícil, muitas vezes eu chegava até a brigar com ela, em palavras. Ficava agressivo, tudo era difícil.</i>
O12	<i>É... A gordura. É a ereção que não era muita, pouca por causa da circulação, não é? Que você tem. O tamanho que fica, sei não...</i>

Quadro 7. Devido à obesidade, quais eram as dificuldades que sentia e que lhe incomodavam para ter uma relação sexual?

(Continuação)

O13	<i>Nesse caso, peso, né? o excesso de peso, assim tal.</i>
O14	<i>O excesso de gordura no pênis, que a gente quer pegar o pênis, e forçar é... O pênis curto, certo? aquela camada de gordura sempre cobrindo o pênis. É isso.</i>
O15	<i>As dificuldades era que, é... Só podia ficar deitado, ela por cima, né? Ela por cima. Não tinha outra posição, a não ser aquela, né? E fazia muito esforço para poder se chegar ao orgasmo.</i>
O16	<i>É... Mais, mais assim. Quando era mais gordo, a ereção demorava mais a chegar. Havia mais demora essa, a maior dificuldade.</i>
O17	<i>Primeiramente, o cansaço, né? o cansaço que atrapalhava muito. Segundo, o medo de machucar a parceira, alguma coisa desse tipo e não satisfazê-la plenamente.</i>
O18	<i>A dificuldade que eu sentia era... Muito assim, de tentar porque é... Tentar machucar, né? Não poder, devido à grande quantidade de peso, machucar a parceira ou assim, era machucar. O preconceito surge. Tem certas posições que a pessoa obesa não pode fazer, né? Que a pessoa magra, aquele negócio de tentar machucar, de tentar ferir.</i>
O19	<i>Bom, primeiro a... A relação de peso né? em si, e a preocupação de não machucar uma... Uma pessoa, quer dizer, é... Já tinha a dificuldade de não ficar em cima, que dizer, tinha a preocupação. É, tudo isso afetava na própria relação em si. Isso, já... Já que eu acabei o meu casamento em 92, então, eu já tinha essa dificuldade no aspecto de não machucar minha companheira. Tinha então isso também. Atrapalhava a relação, isso trazia dificuldade para a relação.</i>
O20	<i>Quando a parceira era nova, eu tinha uma certa vergonha de tirar a roupa na frente dela, apesar de que, não era de ser no claro ou no escuro. É de saber que ela ia me pegar e sentir que eu estava mais gordo do que antes tinha feito. Então isso me envergonhava.</i>
O21	<i>A posição em cima da companheira incomoda também, tá entendendo? e eu acho que isso era um dos fatores mais importantes aí dentro desta pergunta, que era a posição.</i>
O22	<i>O peso, a gordura. Porque ninguém queria que eu ficasse em cima, assim... Queria ficar em cima.</i>
O23	<i>Era a glicose alta, a diabetes muito alta, eu sofria muito, né? em relação a isso aí.</i>
O24	<i>Olha, devido é... .A gente não poder fazer ajoelhado, não pode... Em pé, a gente cansa. A gente tem que ficar sempre de bruços, certo: ela é que tem de fazer tudo. Porque ficava mais fácil pra mim, porque, se fizesse outras posições, a gente ficava com cansaço.</i>

Quadro 7. Devido à obesidade, quais eram as dificuldades que sentia e que lhe incomodavam para ter uma relação sexual?

(Continuação)

O25	<i>A penetração. Tinha que ser com jeitinho, na beirinha da cama.</i>
O26	<i>É exatamente o cansaço físico, não é? porque você tem um volume muito grande de peso, aí você tinha aquele cansaço e... E a barriga que atrapalhava, mas depois da cirurgia eu me senti outra pessoa.</i>
O27	<i>Ficar nu na frente da parceira, né? que ia desmoronar tudo, barriga cobrindo tudo, cansava com tudo.</i>
O28	<i>Como eu já tinha explicado aqui, mas era o cansaço que... Que me atrapalhava mais na relação, o cansaço, e o coração batia muito forte mesmo.</i>
O29	<i>O que me incomodava era que eu tinha aquele preconceito de assim, a gordura, o pênis pequeno, entendeu doutor? pronto, somente isso. Vergonha que tinha.</i>
O30	<i>Em relação à vergonha. Acho que era o que mais tinha em relação a isso.</i>
O31	<i>Geralmente eu tinha relação sexual com a mulher vindo por cima, porque eu não tinha, devido ao excesso de peso, condições de apoiar o corpo e ficar por cima dela, no caso papai/mamãe conhecido, né? geralmente era o inverso.</i>
O32	<i>Doutor, ser sincero só tinha em casa. Fora era difícil. Era complicado. Não era todo mundo que queria se atracar com o gordinho, não.</i>
O33	<i>Exatamente o excesso de peso, né? até a dificuldade de não poder ficar em cima da minha parceira, da minha esposa, no caso. É... O excesso de peso, a barriga atrapalhava muito, você não tinha muita liberdade, pra você se limitar muito, né? Na questão da...</i>
O34	<i>Excesso de peso. A questão da própria ereção. Muito inseguro com relação a isso. Eu tinha muito medo de começar e não conseguir terminar, entendeu? A prova é tanta que em determinado momento, a relação funcionava muito mais a nível de sexo oral do que propriamente de uma relação sexual. Veja e diga-se de passagem, sexo oral partindo de mim, porque eu tinha medo de gozar, de perder a ereção na hora que ela tivesse em atividade.</i>
O35	<i>Era justamente essa, né? o cansaço, a respiração faltava é... Faltava a respiração.</i>
O36	<i>Eram as limitações e... Em caso assim, num... Num... Limitações até em condições mesmo que o camarada ficava e aquilo ali até ficava toda, toda a vez a mesma coisa, né? Então isso até...</i>
O37	<i>A única coisa que me incomodava era mais a gordura, né? mais a gordura.</i>
O38	<i>O tamanho da barriga. O tamanho do pênis é... Vergonha.</i>

Quadro 7. Devido à obesidade, quais eram as dificuldades que sentia e que lhe incomodavam para ter uma relação sexual?

(Continuação)

O39	<i>Levantar o pênis, o pau, somente.</i>
O40	<i>Primeiramente, minha esposa é pequena. Eu sou grande, entendeu? Barriga, muito peso, muito cansaço, cansava logo, e... A posição não era ideal. Hoje em dia, tudo mudou.</i>
O41	<i>Posição. Você acaba morrendo na mesma coisa, né? fica só no... O que a turma chama, parece que é... O torno. É só a mulher, você, só você por baixo, e a mulher por cima. E às vezes, ela pedia pra que fizesse. Só que você não aguentava mais ficar por tanto tempo. Até porque, a barriga impedia isso, né? Então, e sem falar que pra você segurar seu peso com os braços, com um certo tempo, mui... Tempo que eu falo, dois, três minutos, você tá com o braço que não aguenta.</i>
O42	<i>Toda né? até pra arrumar uma companheira é difícil.</i>
O43	<i>É o peso, é... Flexibilidade é... Vontade. Também tinha dificuldade se não fosse estimulado, se não tivesse uma estimulação da mulher. Aí, não tinha vontade, era difícil.</i>

Quadro 8. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gozo, se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?

O1	<i>Modificou. Era complicado. Eu tinha muita dificuldade, de 100%, eu tinha 90% de dificuldade. Noventa por cento eu tinha de dificuldade. Como era mais? Era... Era justamente na hora de manter a relação. Eu tinha dificuldade numa ereção sim, a ereção não conseguia, não. Não era fácil, não. Eu me esforçava o máximo, com medo de... De falhar. Eu tinha medo de falhar, de... Eu sei que a mulher não ia falar, não, que ela não reclamava muito, ela entendia mas, eu não queria mostrar essa dificuldade pra ela. Então, eu me esforçava o máximo. Era eu tô lhe dizendo... Tô sendo sincero, eu me esforçava o máximo, com medo. Ela não falava, mas eu tinha medo de falhar, porque eu nunca falhei, porque eu ia falhar agora. Mas tinha, tinha mesmo essa dificuldade, grande.</i>
O2	<i>É porque antes da minha cirurgia, às vezes eu nem conseguia chegar ao orgasmo. Conseguia nem gozar, e hoje em dia, às vezes eu tento, parece até que eu to precoce porque, é um minuto, dois, três, pronto, já ta... Já terminou, já.. A relação. Agora né? É.</i>
O3	<i>Eu acho que... A vontade até eu acho que aumentou mais um pouco mas, a ereção e o gozo, acho que é a mesma coisa, não mudou muita coisa, não. A vontade é... Eu acredito que aumentou a vida, a vida sexual nesse sentido, por que acho que até mais leve, fica mais fácil, sabe que não vai agredir o outro, fica melhor... Não vai cair, perde o psicológico.</i>
O4	<i>Com certeza aumentou e muito. A necessidade do sexo, a vontade e o... Interesse viesse... Se brincar, se minha esposa não reclamasse, todo o dia eu queria. Era uma vez por semana, no máximo. Não, é devido ao cansaço, às vezes não acontecia, porque você faz o ato sexual, tudinho, aí cansa. E, quando cansa, é a mesma coisa que você chegar cansado em casa pra ter relação sexual, não tem.</i>
O5	<i>Melhorou. Não era, era pouco. Era mais espaçado, pouca vezes por semana e depois, foi mais se intensificando.</i>
O7	<i>Cem por cento pra melhor. Um por cento, 1% pra péssimo. Porque você não tem vontade de nada, como eu disse: vontade de gordo é só comer e dormir e virar as costas pra mulher. E com medo de levar gaia.</i>
O8	<i>Se modificaram muito. Hoje eu tenho mais, como se dissesse assim, mais tesão, mais ereção. Tô... Modificou minha vida por completo. As relações. Antes era... Não tinha estímulo, não tinha vontade, a ereção era pouca... É... Chegava ao gozo mas, não...Não... A ereção era a mínima possível.</i>
O9	<i>Mudou muito, mudou muito mesmo. Eu falei que eu sempre tive prazer. Mas a preguiça, às vezes, eu tinha dificuldade nisso. E após, agora me sinto muito melhor. E a relação sexual agora, é outra coisa.</i>
O10	<i>É... Eu sempre fui ativo. Eu sempre tive vontade. Hoje é normal. É melhor hoje... Hoje é outra coisa. Muito melhor. Muito melhor, muito melhor, tá fácil.</i>

Quadro 8. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gozo, se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?

(Continuação)

O11	<i>Dez por cento. Graças a Deus, tudo mudou. Antes era muito difícil, doutor. Eu mal, eu mal chegava a gozar, entendeu? só tinha aquela vontade de gozar, mas não gozava, de jeito nenhum, não sentia aquela vontade. Pra mim tava gozando mas não era, deixe que às vezes eu cansava. Doutor, eu cansava. Eu dizia: pára, pára. Muitas vezes ela ficava brava comigo, e hoje não; hoje, graças a Deus, é completamente diferente. Hoje eu trepo com minha esposa 2-3 vezes por dia quando eu tô em casa com ela, durante o dia.</i>
O12	<i>Muito. Muito mesmo. Antes tinha, mas, vc é... Ficar ereto e gozar era mais difícil, hoje não, hoje melhorou e muito.</i>
O13	<i>Modificou, bastante. Antes era assim, até rápido, era muito rápido assim. Muitas vezes assim, quando chegava até a penetração pouca coisa de movimento, eu já ejaculava, né? E como disse ao senhor, geralmente após assim, eu ficava muito... Sentia muito mal, as pernas doíam bastante. Ficava muito cansado.</i>
O14	<i>Muito. Antes era uma ereção assim... Sim. Antes eu ficava inseguro, certo? por ser gordo, não, tá... Assim atraindo minha esposa e, nisso muitas vezes é... Atrapalhava. Quando eu tinha penetração queria ser rápido pra fingir que tava dando prazer a ela, e era um gozo muito rápido, ejaculava muito rápido.</i>
O15	<i>Sim. Antes é... A ereção era normal. Agora, sendo que é... demorava mais, aliás não conseguia, não conseguia ter o orgasmo completo como tenho agora. O orgasmo completo, assim, completo, com vontade mesmo de ter o orgasmo. Então, mudou muita coisa. Mudou a vontade da pessoa ter o orgasmo, né? Aquela vontade de fazer com gosto, né? que antes não fazia com tanto gosto como agora.</i>
O16	<i>A ereção, a ereção passou a vir com mais frequência. É... A ereção começou a vir com mais frequência. É... o gozo é... Normal e a satisfação melhorou é, né? porque você tem mais, fica, fica mais tranquilo pra ter uma relação sexual, fica mais à vontade. Antes era mais difícil, é... Porque a pessoa gorda, tem um pouco de vergonha, um pouco de receio tal, que a mulher vai achar, o que a mulher vai falar, como ela vai se sentir. Tem esse tipo de dificuldade, né?</i>
O17	<i>Muito. Aumentou mesmo. Antes era... Antes não era satisfatório, vamos dizer assim.</i>
O18	<i>Modificaram, como modificaram! A pess... Meio... É que... Perplexa, meia pra baixo. Hoje não, hoje eu fico... Levo a coisa mais na brincadeira, na esportiva, mais... Uma coisa mais leve, sem aquela necessidade, né? uma coisa mais leve, uma brincadeira. Hoje consigo compartilhar melhores momentos com a minha companheira, minha parceira.</i>

Quadro 8. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gozo, se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?

(Continuação)

O19	<p><i>Olha, pra minha surpresa, eu acho que sim. Acho que sim, porque é... Primeiro foi uma... Uma coisa assim, que eu não esperava, porque não tô tendo nenhum relacionamento amoroso é... Foi uma coisa bem casual, bem espontâneo e me senti muito bem, me senti bastante feliz. Era com bem mais dificuldade, justamente por conta dessa preocupação é de... De... É... Num... Num ter é o próprio desenvolvimento em si, é... É... A gordura em si é... A cama caía. Essa coisa toda então, tudo... Tudo se relacionava é... Uma série de fatores que faziam com que essa relação, não é que não fosse satisfatória, mas, é... Tinham mais é... Preocupações do que satisfações. Então atrapalhava.</i></p>
O20	<p><i>Se eu tivesse mudado de parceira, diria que sim, como eu tenho a mesma esposa, eu digo que não. Em função da minha esposa ser muito compreensiva, então ela me pegou na época que eu era mais magro, eu engordei e rolava sentimento, isso é palavras dela. Então, eu não vejo que houve diferença de... De por eu ser gordo ou não, mas eu sinto diferença em relação a hoje. Antes eu buscava. Eu tinha que estimular, eu criar situações porque a situação não fluía com muita facilidade. Hoje a coisa tá diferente. Hoje eu vejo, por exemplo, eu estou me enxugando após um banho, acabei de chegar do trabalho, tô nem pensando nada sexual, ela vem cá... Passa por aqui. Eu atribuo isso ao corpo. Ah! o tamanho do pênis, ela me disse que cresceu, apesar de eu saber que ele não emagreceu, acabei de saber. Mas, ela disse que também afinou.</i></p>
O21	<p><i>Melhorou demais, melhorou. Só em você perder peso e fazer hoje dar pra fazer outras posições que antes não fazia numa relação. Até você dar mais prazer a mulher. Melhorou muito. Antes. Eu é... Antes eu nunca tive problema de ereção, mesmo com o meu peso eu nunca tive problema de ereção. Mas, tinha problema da dificuldade do peso, de algumas posições, até da relação a durabilidade do tempo do gozo ser menor. E... Agora melhorou.</i></p>
O22	<p><i>Melhorou. Melhorou. Era um... Quer dizer, era poucas vezes, sabe? Agora é... Direto.</i></p>
O23	<p><i>Muito, mudou muito. Era como eu falei antes, era muito difícil. Era muita dificuldade, entendeu? Então, a maior questão era a diabetes. Eu não conseguia por causa da diabetes, era muito alta a taxa de diabetes.</i></p>
O24	<p><i>Sim, modificaram. Porque devido... Porque eu não tenho mais essa vontade, eu mesmo, por enquanto, não tô com aquela vontade como era gordinho. Gordinho tinha mais vontade, mas em termo do gozo, tá tudo normal. Ereção, tá tudo normal. Agora, tô praticando bastante. Movimento melhor agora. Devido àquela ansiedade de fazer como era gordinho e eu tô mais magro, não sinto. Se passar uma semana não sinto, não sinto aquela vontade que eu passava uma semana. Era, ficava: venha cá venha, venha cá, então era esse problema. Hoje tô só sentindo essa dificuldade. Na mente eu acho que tá meio calmo, ainda.</i></p>

Quadro 8. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gozo, se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?

(Continuação)

O25	<i>Minha relação? a vontade aumenta, com certeza. A ereção também melhorou. Eu creio que melhorou. Agora é outra coisa. Não, sempre tive vontade sexual. Nunca deixei de ter vontade, não. Eu tinha vergonha, né? vergonha de mim mesmo. Pra mim, eu tinha vergonha. Primeiramente, uma pergunta, o que é? Preconceito real, mesmo. A coisa mais difícil do mundo é eu tentar botar uma gaia nela.</i>
O26	<i>Ah! Sim, um pouco melhor. Um pouco assim mais acentuado, porque você se sente assim, mais disposto, com mais vigor sexual para ter a relação sexual. Ah! não era muito boa não, porque você tinha um problema assim, de obesidade, que era uma certa dificuldade.</i>
O27	<i>E muito, mudou muito. Antes, primeiro o pênis da gente some lá pra dentro. A gente se sente muito envergonhado, o penizinho deste tamanho, né? E... Às vezes, você não consegue chegar o objetivo de satisfazer a parceira.</i>
O28	<i>Agora mudou muito. Agora mudou muito mesmo, porque tudo agora tá mais fácil pra mim. Até como se diz, que o pênis do homem aumenta um pouco, e eu acho que isso é certo mesmo. Antes era encolhido pra dentro e hoje não, hoje ele sai tranquilo, penetra tranquilo também. Antes era um pouco difícil. Como eu disse, não tinha tanta vontade, não gozava tão fácil e agora não, agora tenho mais facilidade por causa da penetração.</i>
O29	<i>Modificou pra melhor. Era ruim de estimulação, de ter relação, não tinha nada. Era aquele negócio morgado, tudinho, vergonha, tudo. Agora melhorou tudo.</i>
O30	<i>Com certeza. No sentido de vergonha, era complicado. No sentido de chegar à pessoa, conversar e tudo. Às vezes, até não entendia, mas agora melhorou quase 100%.</i>
O31	<i>Cem por cento. Hoje eu tenho ereção, tenho prazer e até questão de posição sexual também tá ótimo, melhorou 100%. Antes era uma dificuldade, doutor, quando tinha ereção que era uma coisa até rara, ela tinha que vir por cima e tal. Aquela dificuldade terrível. E... Eu não sentia bem, não.</i>
O32	<i>Mudaram, em muito. Antes era.... Carinho, tal. Agora triscou, já subiu, cai para cima.</i>
O33	<i>Eu não percebi que houve modificação. O que eu percebi que... É que se torna menos cansativo. A relação se torna menos cansativa, menos desgastante.</i>
O34	<i>Sim, claro. Inclusive meu pênis nunca mais tinha visto nem antes, horrível. A gente querendo se masturbar tinha que ser com uma pinça. Você não pegava, acontecia o orgasmo, tá ligado? Mas fique sabendo o seguinte, que podia ser melhor, não era ruim, mas podia ser melhor.</i>
O35	<i>Eu acredito que sim, ficou muito mais prazeroso. Não, a ereção eu sempre graças a Deus tive, mas o gozo e a vontade aumentou mais, né? Eu sinto mais prazer agora. Menos, menos.</i>

Quadro 8. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gozo, se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?

(Continuação)

O36	<i>Eu acho mais no aspecto psicológico, que eu me sentia mais é... preparado, uma vez que eu não tinha, assim, problema de ereção. Eu acho que sim, porque só também procurava ter relação quando já tava... Mas eu não sei se isso, é... Nesse intervalo tive uma relação hoje, passo um dia, dois, três, mais tranquilo. Então, não procurava ter aquela relação, só ia procurar novamente quando já tava... Né? Então, eu não sei se nesse meio tempo, se eu fosse procurar, eu iria ter algum problema de ereção, essas coisas. Se modificou. Exatamente, ficaram melhores.</i>
O37	<i>Com certeza, e como mudou. A vontade, o gozo. Não era um gozo de agora, né? a vontade também.</i>
O38	<i>Modificou, melhorou muito. Muita mais vontade. Muita mais ganância. Antes era devagar, né? Não tinha muita vontade, não. Só assim quando dava fim de semana, com farra essas coisas, aí saía, mas, geralmente num... Se escondia sobre...</i>
O39	<i>Modificaram. Antes era mais difícil. E... Demorava mais para o gozo, né? demorava mais um pouco.</i>
O40	<i>Muito. Muito mesmo, em todos os sentidos que eu posso falar, entendeu? Ereção é... 100%, é... Ejaculação, é... Até o tamanho do pênis cresceu muito, entendeu? Autoestima muito elevada. Antes era aquilo que eu falei pra o senhor: insegurança total, entendeu? às vezes ia, às vezes não ia. Hoje em dia não, hoje vai de um jeito ou de outro, vai.</i>
O41	<i>Mudou. Embora... Ainda, sempre eu sei que pode ser melhor, ser mais frequente, só que tem hora que você, pô... Aquilo que me dá mais prazer ela não faz, que poderia ser melhor, certo? E é uma pessoa que eu fico o tempo todo, eu não quero botar culpa só nela não, pelo amor de Deus, mas tem hora, que só eu tenho que buscar? Será que ela não pode vir e fazer também o que eu gosto? E... E daí com certeza, se todo dia ela fizesse, né? ou procurasse fazer sempre vim buscar também, né? ou me acordar com alguma surpresa, uma coisa, mas vir. Até uma saia que eu, bote essa saia, tente dormir com ela que me dá... Bote essa calcinha aqui, que me dá... Sempre ela vê isso como é... É podre. Não sei o que você é. Mas na hora que eu faço isso não é podre, né? Antes eu já pedia isso para tentar melhorar, só que... Já melhorou um bocado assim, mas mesmo assim, ainda. Antes, era a barreira também partiu dela, nesse sentido aí. Só o gozo é que era o xis da questão comigo, porque como não vinha praticando muito, aí você fica inseguro, tá certo? você fica inseguro, porque você quer satisfazer, e eu não, qual o homem que não gosta de satisfazer uma mulher? Eu não entendo muito disso não, mas, pelo menos o que li, que a grande maioria das mulheres não chega ao orgasmo, então, como eu sempre fui um cara preocupado com o gozo da minha parceira, certo? Porque o homem é a coisa mais fácil do mundo chegar... Problema, então... Você tem que ver com isso. A partir do momento, que eu comecei a sentir que não estou satisfazendo, isso aí deu esse bloqueio também.</i>

Quadro 8. Sua vontade de ter relação, sua ereção e o gôzo, se modificaram depois da cirurgia? Como eram antes?

(Continuação)

O42	<i>Modificou. Era muito... Era num instante. Agora demora mais.</i>
O43	<i>Muito melhor. Fica mais, mais ereto, demorado, mais demorado, né? É... Depois que terminava já acabava, aquele estímulo não tinha mais... Estímulo de fazer de novo, de ter outra relação após alguns minutos.</i>

Quadro 9. Paciente sem alteração psicológica da função sexual.

O6	<i>Não. Continua a mesma, mesma vontade de fazer, continua a mesma coisa</i>
----	------------------------------------------------------------------------------

Quadro 10. Você acha que a perda de peso depois da cirurgia contribuiu para melhorar sua relação sexual? Como?

O1	<i>Em relação à perda de peso, de lá pra cá melhorou 70%-80%, bem dizer. A melhora foi em relação a parte sexual. Aí eu posso dizer que eu melhorei 80%, quase 90%. Isso aí eu tenho certeza, graças a Deus. Minha relação sexual hoje com ela, tudinho, tá melhor. Eu posso dizer: não vou dizer 100%, porque ainda tô me recuperando, é claro, mas estou muito bem satisfeito.</i>
O2	<i>Contribuiu. É... Fica mais fácil, assim, passa na rua aí a menina diz assim: ei! tá mais bonito agora! Sei o que! E antigamente, como é? eu era excluído por causa da gordura, tudinho, é botar defeito para arrumar uma menina, para sair com ela tem que tá aperriando mesmo, o pessoal diz: não é por causa da gordura, você é muito gordo, é muito peito por cima de mim. Agora não, agora ficou mais fácil.</i>
O3	<i>Contribuiu, com certeza. Por tudo isso a... O fator psicológico da gente influencia muito. O fator psicológico. Eu acho que numa relação sexual, a cabeça da gente tem que tá liberada. Se não tá preparada, você não tem uma relação boa, então, o fator psicológico influi muito, entendeu? Se você tá se sentindo bem, fisicamente sua cabeça tá bem, você vai ter uma relação boa, e com isso aí, você vai melhorando, quer dizer, o apetite é um só, como eu digo, você tem, você... Você... Antigamente... Fala assim... Aquele negócio assim... Que você fica meio, hoje em dia você fica até... Com... Olhando assim dá até tesão de você olhar pra mulher, você não tem vontade? É o que eu digo, mas eu prefiro não procurar gente fora não, a gente tem muito medo, que eu tenho dois filhos e tenho muito medo... De perder os filhos que eu tenho, né? Não só pela traição...</i>
O4	<i>Muito. Não canso mais o... Mesmo depois de fazer sexo. Antes eu passava 2-3 dias para voltar a ficar ereto, e agora não, eu vou de noite, mas de manhã já está ereto de novo.</i>
O5	<i>Contribuiu. Dando mais apetite sexual e... Tendo mais flexibilidade, mais agilidade para fazer as coisas.</i>
O6	<i>Como eu disse, têm posições sexuais que a pessoa obesa não faz. Que quando a pessoa emagrece, só pode fazer essa posição sexual. Contribuiu.</i>
O7	<i>Noventa e nove por cento vírgula cem. Porque agora você quer fazer todo dia. Se você puder ter 10 mulheres, você faz as 10 mulheres de uma vez. Melhora muito mesmo, muito, muito, tudo. Em você ir comprar uma roupa, uma roupa pra você usar, tudo. A turma não tá lhe olhando como gordo, mais. Olha assim, olha como uma pessoa, magro, bonito, certo? com certeza, agora a roupa tá tudo dando, agora.</i>
O8	<i>Contribui muito. É... Hoje... Eu tenho vontade de ter relações, hoje eu tenho vontade de andar, eu tenho vontade de sair, eu tenho vontade de tudo.</i>
O9	<i>Cem por cento. Olhe, a perda de peso, como eu falei anteriormente, ela me fez com que me deixasse mais disposto. Minha mulher, mesmo já me olha com outros olhos. E o desejo dela me causa desejo. Essas coisas.</i>

Quadro 10. Você acha que a perda de peso depois da cirurgia contribuiu para melhorar sua relação sexual? Como?

(Continuação)

010	<p><i>Contribui e muito, contribuiu e muito. Apesar de... De... Eu ainda tá gordo ainda, entendeu? ainda tá gordo, que eu tinha o quê? duzentos e cinco quilos, hoje eu tô com cento e quarenta e pouco, 1,65m, ainda tô gordo, mas, antigamente é... Eu tinha um “calombo” nas costas, um volume, Era esquisito, eu hoje não, eu to gordo ainda, mas você vê, eu tenho muita barriga, muita barriga, a mama também tá, tudo ainda enorme, né? Mas hoje, tá normal, normal, e mais fácil, né? mais fácil. O... O... O... A aparência, né? a aparência mudou um pouquinho, também. É... Rapaz, ele tá emagrecendo, ele tá ficando bonitinho, ele tem o rosto bonitinho, ele só é gordo. Isso aí tudo é... É... Quer dizer, em um ano, dois anos pra cá... Umhas quatro colegas minhas, que nunca tinha aproximado de mim, se aproximou. Mais de dez anos que eu conheço elas. Depois que eu fiz a cirurgia, pronto se aproximou é... Espécie de... É... Envolve muito interesse, né? Depois da cirurgia, só depois da cirurgia é que aconteceu essas coisa comigo, só depois dela, porque é muito peso, né? Eu posso dizer que, quando eu era gordo, eu olhava para uma pessoa, a pessoa se interessava, isso é conversa, não interessa não. Uma pessoa gorda, não interessa não, se interessa, a mulher olha assim, zomba, às vezes ainda zomba. Hoje em dia, aí pega, eu mostro uma foto minha, a maioria... Ainda tô emagrecendo, ainda eu chego lá, eu chego lá, tô emagrecendo, ainda, tem pressa não. Mais prático, né? Mais fácil pra fazer, apesar de... Não ter, não poder posições pra lá pra cá, não posso ainda hoje fazer, mas mesmo assim, tá mais fácil, muito mais fácil.</i></p>
011	<p><i>Com certeza, sem dúvida. Em tudo, é... Até eu mudei, até meu jeito de ser. Sou carinhoso com minha esposa, entendeu? Procurando numa boa, a gente se beija demais, entendeu? Nasceu um pra o outro entendeu? E... Ela, acima de tudo ela foi uma grande companheira pra mim, doutor, me deu muito apoio, entendeu? E hoje eu procuro ela na maior facilidade do mundo.</i></p>
012	<p><i>Muito. No desempenho ficou muito melhor.</i></p>
013	<p><i>Contribuiu, bastante. Contribuiu assim, porque hoje eu já posso fazer outras posições, movimento, outras coisas assim, que muitas vezes chega até ser interessante, e a pessoa participa mais do ato sexual. E, outra coisa que você consegue enxergar mais. Algumas coisas assim, que você antigamente ficava meio obscuro, assim, mas hoje você vê, você participa mais. Isso aí influi muito no momento da relação sexual.</i></p>
014	<p><i>Muito. Muito. Agora eu tô mais seguro, o pênis é... Ficou mais rígido, certo? É... Consigo segurar ele com firmeza. E, no caso, consigo me tocar, né? eu conseguindo me tocar, pronto, foi uma maravilha. E outra é... Como eu já até comentei antes, é... Tô demorando mais a ejaculação, entendeu?</i></p>

Quadro 10. Você acha que a perda de peso depois da cirurgia contribuiu para melhorar sua relação sexual? Como?

(Continuação)

O15	<i>Claro, lógico. Em tudo, né? em tudo, agora... Realmente, eu tô me realizando novamente, né? me sentindo um garoto novo. Melhorou bastante é... Agora no momento, estou, estou tendo duas relações durante a noite é... Diferença de 50 a uma hora e... No espaço, né? E antes não conseguia fazer isso, era uma relação sexual no máximo quando, quando conseguia ter um orgasmo completo. E agora, tenho o orgasmo completo e ainda fico querendo mais. Não interessava muito quando era gordo, não interessava muito porque é... Ficava com aquele, aquele receio de... De... Não conseguir a relação completa, de não satisfazer a mulher e, agora, a mulher tá até me elogiando, dizendo que eu tô satisfazendo ela.</i>
O16	<i>Contribuiu. Com certeza. A minha, a minha ereção tá, tá mais ativa, mais frequente. Ficou, Ficou bem melhor. Mais disposta, né? Fica mais leve, a disposição aumentou, entendeu?</i>
O17	<i>Contribuiu sim e elevando também a autoestima. A gente se sente, sei lá... Mais bonito, mais atraente. A própria parceira também já olha a gente com outros olhos, entendeu?</i>
O18	<i>Contribuiu. Facilitou hoje de um tudo, né? A pessoa fica mais leve. Fica mais disposta. A disposição aumentou.</i>
O19	<i>Totalmente, totalmente. Acho que a vontade, a libido, a... A atração, você se sentir mais atraente, né? Eu acho que mudou tudo, claro, com certeza. Justamente nesse aspecto da vontade de você se sentir é... É... Novamente você pode atrair pessoas, você pode chamar a atenção de pessoas e aí com consequência, ter novos relacionamentos.</i>
O20	<i>Sem dúvida nenhuma. Eu diria que minha vida sexual antes da cirurgia, eu daria nota, quantificando a coisa, seis ou sete e, muito bom, hoje eu digo, que chego perto dos 10. Pelo prazer que eu alcanço com a minha parceira.</i>
O21	<i>Com certeza. É como eu tinha explicado na outra pergunta anterior. Só em você perder peso ter uma relação sexual melhor ter uma... Você faz... É outra relação. A quantidade de peso menor.</i>
O22	<i>Melhorou. Como? eu tenho assim, apesar eu tenho, eu tenho a pessoa. Eu querendo a pessoa, eu converso com ela direitinho, a gente vai, tem relações, tudinho, normal.</i>
O23	<i>Muito, muito mesmo. Em tudo, né? em questão da glicose, do peso, entendeu? Hoje eu tenho mais agilidade no meu corpo, em tudo.</i>
O24	<i>Em casa contribuiu. Eu acho que em casa e fora também. Dar o pulo do gato, né? em tudo, em relação sexual, em tudo, porque eu tenho, aí eu faço diversas posições, trabalho até em pé e deitado, de joelho, não sinto dificuldade pra nada.</i>
O25	<i>Com certeza. Até pela autoestima do camarada. Já vê o pescoço. O Pau já aparece, um pedaço.</i>

Quadro 10. Você acha que a perda de peso depois da cirurgia contribuiu para melhorar sua relação sexual? Como?

(Continuação)

O26	<i>Não tenha dúvida, foi de fundamental importância. E acho que você perdendo 60-50kg, você se sente outra pessoa para ter uma atividade sexual, mais, mais correta é... Perfeita.</i>
O27	<i>Contribuiu muito. O pênis apareceu maior, o meu psicológico eu acho que... Ele engrossou mais. Antes ele não ficava pendurado, agora ele fica pendurado. Antes era tudo lá pra dentro, tudo escondido, agora não, eu já deixo o bichinho pendurado, já.</i>
O28	<i>Muito. Como falei né? que agora eu subo na mulher, a mulher sobe em mim. Porque antigamente, só era ela que subia e quando eu subia ela ficava sufocada embaixo. E agora, eu subo nela, faço tranquilo. O movimento sai mais rápido, mais gostoso, mais relaxado.</i>
O29	<i>Contribuiu. Não tenho mais vergonha. Eu tô achando meu pênis maior, não porque que ele vá crescer, é porque essa parte aqui fica o volume da gordura, tá diminuindo. Eu tô achando também, eu tô deitado já consigo ver ele.</i>
O30	<i>Melhorou. Acho que... Quando você tá com a pessoa, quando você tá fazendo, tá tendo relação sexual com ela, você sente melhor. Você tá com pouco peso, você tá... Perdeu 50 quilos a mais, e a pessoa vê e fica feliz com aquilo também. Acho que ajuda muito.</i>
O31	<i>Melhorou bastante, bastante mesmo. É... Nesse sentido de posição sexual, nesse sentido de se sentir mais homem, se sentir mais leve, se sentir mais desejado pela mulher, mesmo.</i>
O32	<i>E muito. Em tudo doutor, várias posições.</i>
O33	<i>Contribuiu. Por que a gente fica mais leve, cansa menos, se desgasta menos, não é? A barriga não atrapalha tanto não é? porque a barriga é um obstáculo grande entre nós e a esposa, a parceira.</i>
O34	<i>Com certeza, com certeza. Assim, a própria ereção melhorou e muito, entendeu? Hoje já fico mais animado, certo? Contribuiu no geral. Do ponto de vista... Melhorou minha autoestima, né? Hoje boto uma roupa que eu nunca usei na minha vida, pelo fato de ser apertada... Então, você se sente mais a vontade, você se sente mais elegante, mais bonito. Quer dizer a questão da paquera, de tá com a fêmea, coisa e tal, atrair.</i>
O35	<i>Contribuiu e muito, muito mesmo. É... As posições, né? É... Hoje minha esposa pode ficar por cima de mim, eu por cima dela ela, entendeu? que antes não, não tinha, não podia, eu... É... Ela sentia muita dificuldade, que ela é baixa, tal não sei que lá, entendeu? aí eu tinha, tinha dificuldade de haver a penetração, tudo.</i>
O36	<i>Contribuiu. Até é... Com a facilidade. Com... Tanto pra mim como para minha companheira, né? se tornou mais fácil, e com isso mais prazeroso.</i>

Quadro 10. Você acha que a perda de peso depois da cirurgia contribuiu para melhorar sua relação sexual? Como?

(Continuação)

O37	<i>Cem por cento, com certeza. Contribuiu muito. Foram as penetrações.</i>
O38	<i>Melhorou muito, 100%. Mais desejo, mais vontade. As pessoas, as mulheres se aproximam mais porque eu já estou mais leve, a barriga menor.</i>
O39	<i>Muito, demais... Noventa por cento em tudo, em relação, em peso. A mulher fica mais satisfeita. Fica mais.</i>
O40	<i>Muito, muito mesmo. Não canso mais. Hoje em dia, é... Se der quantas vezes, acredito que ela queira, eu to assim disposto, entende? Ereção, não tenho mais aquele medo. Autoestima. O corpo mudou, entendeu? O volume cresceu, e... Tudo bom.</i>
O41	<i>Com certeza. Pôxa, hoje eu já posso fazer todas as posições imaginárias e, que a gente pode e consegue realizar, né? É uma coisa que eu vinha... Na deitado ou de lado, você consegue. Você hoje não tem limites nas posições, na, então com isso, você fica até, até a minha esposa, ela sentiu, né? é como se voltasse como era antes.</i>
O42	<i>Contribuiu. Contribuiu muito. A gente se sente, né? mais a vontade para fazer as coisas.</i>
O43	<i>Perfeitamente. Não... Não desenvolver, né? Não... Não ter prazer com ela não... Não se movimentar, também, na cama.</i>

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Título do Projeto: Análise da Qualidade de Vida Sexual de Homens Obesos Mórbidos Submetidos à Gastroplastia Redutora à Fobi-capella.

Pesquisador responsável: Arakén Alemida de Araújo

Instituições onde serão realizado o projeto: Doutorado do CPqAM/Fiocruz, Hospital da Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco

DECLARAÇÃO

O CEP/CPqAM em 08 de setembro de 2008 recebeu a folha de rosto e da certidão de aprovação do projeto intitulado "**Análise da Qualidade de Vida Sexual de Pacientes Obesos com Disfunção Erétil Submetidos à Cirurgia Bariátrica com IIEF (índice internacional de disfunção erétil)**" do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco, datada de 16 de junho de 2006, sob protocolo nº 33/06.

Uma cópia do protocolo intitulado "**Análise da Qualidade de Vida Sexual de Homens Obesos Mórbidos Submetidos à Gastroplastia Redutora à Fobi-capella**" foi também entregue ao CEP/CPqAM em conjunto com outra certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco, datada em 05 de setembro de 2008, sob protocolo nº 96/2008.

Ressaltamos que em caso de modificação do protocolo de pesquisa far-se-á necessário a reavaliação do projeto em questão no CEP do HUOC-UPE e comunicação ao CEP/CPqAM. Destacamos, ainda a necessidade de envio de relatórios parciais e final da pesquisa ao CEP/CPqAM (anexo a orientação ao pesquisador para projetos aprovados), conforme norma expressa no capítulo IX, artigo 2c da resolução CNS 196/96.

Recife, 10 de setembro de 2008.


Dr. Zulmira de Medeiros
Biómedica
Coordenadora
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXOS

ANEXO A - ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL

ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL

(International index of erectile function)

Perguntas referentes à ereção

1. Com que frequência, você consegue uma ereção durante a atividade sexual?
 - 1-Quase nunca/nunca
 - 2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
 - 3-Algumas vezes (aproximadamente, metade das vezes)
 - 4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
 - 5- Quase sempre/sempe

2. Quando você tem ereções após estímulo sexual, com que frequência, suas ereções são suficientemente rígidas para a penetração?
 - 0-Nenhuma atividade sexual
 - 1-Quase nunca/nunca
 - 2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
 - 3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
 - 4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
 - 5-Quase sempre/sempe

3. Quando você tentou ter uma relação sexual, com que frequência você conseguiu penetrar sua companheira?
 - 1-Quase nunca/nunca
 - 2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
 - 3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
 - 4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
 - 5-Quase sempre/sempe

4. Durante a relação sexual, com que frequência você consegue manter a ereção depois de ter penetrado sua companheira?
- 0-Não tentei ter relação sexual
 - 1-Quase nunca/nunca
 - 2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
 - 3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
 - 4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
 - 5-Quase sempre/sempre
5. Durante a relação sexual, qual seu grau de dificuldade para manter a ereção até completar a relação sexual?
- 0-Não tentei ter relação sexual
 - 1-Extremamente difícil
 - 2-Muito difícil
 - 3-Difícil
 - 4-Um pouco difícil
 - 5-Não é difícil

Perguntas referentes à satisfação com a relação sexual

6. Quantas vezes você tentou ter relação sexual?
- 0-Não tentei
 - 1-Uma a duas tentativas
 - 2-Três a quatro tentativas
 - 3-Cinco a seis tentativas
 - 4-Sete a dez tentativas
 - 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando você tentou ter relações sexuais, com que frequência foi satisfatória para você?
- 0-Não tentei ter relação sexual
 - 1-Quase nunca/nunca
 - 2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
 - 3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
 - 4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
 - 5-Quase sempre/sempre
8. Qual o seu grau de prazer na relação sexual?
- 0-Nenhuma atividade sexual
 - 1-Nenhum prazer
 - 2-Não muito prazerosa
 - 3-Razoavelmente prazerosa
 - 4-Muito prazerosa
 - 5-Extremamente prazerosa

Perguntas referentes à ejaculação

9. Quando você foi sexualmente estimulado ou teve uma relação sexual, com que frequência ejaculou?
- 1-Quase nunca/nunca
 - 2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
 - 3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
 - 4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
 - 5-Quase sempre/sempre

10. Quando você foi sexualmente estimulado ou teve uma relação sexual, com que frequência você teve a sensação de orgasmo ou clímax?

0-Sem estimulação sexual

1-Quase nunca/nunca

2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

5-Quase sempre/sempre

Perguntas referentes ao desejo sexual

11. Com que frequência você sentiu desejo sexual?

1-Quase nunca/nunca

2-Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

3-Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

4-Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

5-Quase sempre/sempre

12. Como você classificaria seu nível de desejo sexual?

1-Muito baixo/nenhum

2-Baixo

3-Moderado

4-Alto

5-Muito alto

Perguntas referentes à satisfação sexual de um modo geral

13. Qual o seu grau de satisfação com sua vida sexual de maneira geral?

1-Muito baixo

2-Baixo

3-Moderado

4-Alto

5-Muito alto

14. Qual o seu grau de satisfação com o relacionamento sexual com sua companheira?

- 1-Muito insatisfeito
- 2-Moderadamente insatisfeito
- 3-Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4-Moderadamente satisfeito
- 5-Muito satisfeito

15. Qual o seu grau de confiança de que você pode conseguir e manter uma ereção?

- 1-Muito baixo
- 2-Baixo
- 3-Moderado
- 4-Alto
- 5-Muito alto

ANEXO B – PROGRAMA DE CIRURGIA DE OBESIDADE

PROGRAMA DE CIRURGIA DE OBESIDADE

PRONTUÁRIO

FOLHA DE ROSTO

✓ IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	
Prontuário:	Inscrição:

✓ LAUDOS:

- Endócrino	
- Nutrição	
- Psicologia	
- Serviço Social	
- Cirurgia	
- Outros:	

✓ EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS:

- SANGUE	
- USG	
- ENDOSCOPIA	
- ESPIROMETRIA	
- PARECERES	

- PRESENÇA NAS REUNIÕES	
- RETORNO PÓS-OPERATÓRIO (1 MÊS)	
- RETORNO PÓS-OPERATÓRIO (6 MESES)	
- RETORNO PÓS-OPERATÓRIO (1 ANO)	

PROGRAMA DE CIRURGIA DE OBESIDADE
PROTOCOLO DE INDICAÇÃO
(PORTARIA 390 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL)

1. DADOS PESSOAIS

NOME:	
PRONTUÁRIO:	INSCRIÇÃO:
ENDEREÇO:	
FONE:	CEP:
NASCIMENTO:	IDADE:

2. DADOS FÍSICOS

PESO(Kg):	ALTURA(M):	IMC(Kg/m ²):
-----------	------------	--------------------------

3. TEMPO DE DURAÇÃO DA OBESIDADE:

TEMPO DE IMC > 40:	anos.
TEMPO DE IMC < 35 + DOENÇAS CRÔNICAS ASSOCIADAS:	anos.

4. DOENÇAS ASSOCIADAS:

<input type="checkbox"/> HAS:	<input type="checkbox"/> Com Tratamento	<input type="checkbox"/> Sem Tratamento
<input type="checkbox"/> Medicamentos:		
<input type="checkbox"/> Diabetes:	<input type="checkbox"/> Com Tratamento	<input type="checkbox"/> Sem Tratamento
<input type="checkbox"/> Medicamentos:		
<input type="checkbox"/> Osteopatias:	<input type="checkbox"/> Lombalgias;	<input type="checkbox"/> Dor nos Joelhos;
	<input type="checkbox"/> Dor nos Pés;	<input type="checkbox"/> Esporão Calcâneo;
<input type="checkbox"/> Outros:		
<input type="checkbox"/> Medicamentos/Cirurgias:		
<input type="checkbox"/> Distúrbios Do Sono:	<input type="checkbox"/> Ronco;	<input type="checkbox"/> Apnéia;
	<input type="checkbox"/> Insônia;	<input type="checkbox"/> Dorme Sentado;
	<input type="checkbox"/> Medicamentos:	
<input type="checkbox"/> Dificuldades Respiratórias:	<input type="checkbox"/> Tabagismo;	<input type="checkbox"/> DPOC: Qual ? _____
	<input type="checkbox"/> Medicamentos:	
<input type="checkbox"/> Distúrbios Endocrinológicos:	<input type="checkbox"/> Alterações Menstruais;	<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo;
	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Medicamentos:
<input type="checkbox"/> Distúrbios da Alimentação/Digestão:	<input type="checkbox"/> DRGE;	<input type="checkbox"/> Bulimia;
	<input type="checkbox"/> Compulsão;	<input type="checkbox"/> Binge Eating;
<input type="checkbox"/> Outros:		
<input type="checkbox"/> Distúrbios Psíquicos:	<input type="checkbox"/> Dependência de Drogas;	<input type="checkbox"/> Alcoolismo;
	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Medicamentos:
<input type="checkbox"/> Outras Doenças:	_____ <input type="checkbox"/> Medicamentos	

5. TENTATIVAS DE TRATAMENTO CLÍNICO:

<input type="checkbox"/> Eficaz;	<input type="checkbox"/> Ineficaz;	Número de Tentativas: _____	Máximo de Perda (Kg/Tempo): _____
<input type="checkbox"/> Dietas com Acompanhamento Endócrino/Nutricional;		<input type="checkbox"/> Medicamentos:	<input type="checkbox"/> Atividade Físicas:
Data: / /			

Assinatura do responsável:

PROGRAMA DE CIRURGIA E OBESIDADE
RESULTADO DE EXAMES

PRONTUÁRIO:	SAME:
PACIENTE:	INSCRIÇÃO:

DATA:	Admissão:	Pré-operatório:	Pós-operatório - 1 mês	Pós-operatório – 6 meses
EXAMES:				
Glicemia Jejum				
Glicemia Pós-prandial				
Hem. Glicosilada				
Colesterol Total				
Colesterol HDL				
Colesterol LDL				
Triglicerídeos				
Ácido Úrico				
Uréia				
Creatinina				
TGO				
TGP				
TPAE				
Bilirrubinas				
Fosfatase Alcalina				
Hb./Hematócrito				
Hemácias/Leucócitos				
Bastn./Segmentados				
Eosin./Basófilos				
Linfóc./Monócitos				
TSH				
Cálcio				
Fósforo				
Albumina				
Ferro				
Ferritina				
Cap. Fix. Ferro				
Magnésio				
Zinco				
Ácido Fólico				
Vitamina A				
Tiamina				
Vitamina B12				
Vitamina D				
Endoscopia				
H. Pylori				
Ultr. Abd. Superior				
Espirometria				
Avaliação Cardiológica				

