

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

JULIA STÜKER CEZAR

**PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA E CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES**

Porto Alegre

2014

JULIA STÜKER CEZAR

**PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA E CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profª Drª Elizeth Paz da Silva Heldt

Porto Alegre

2014

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram  
conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

## AGRADECIMENTOS

À Deus, obrigada por me proporcionar esse momento singular de poder realizar meu grande sonho de me tornar Enfermeira para servir ao próximo. Obrigada pela proteção de todos os dias e pela minha saúde.

Aos meus pais, Marlene e Guto, e meu mano Augusto obrigada pelo apoio incondicional, que mesmo distantes pude sentir a presença de vocês ao meu lado durante toda a minha trajetória. Não foram fáceis meus dias longe de vocês, mas valeu a pena para que eu conseguisse atingir meu objetivo. Agradeço cada palavra de incentivo, cada ligação para me confortar, cada eu te amo que ouvi. Obrigada a minha mãe por dispensar uma semana do mês para vir me cuidar em Porto Alegre. Vocês são tudo na minha vida!

Aos meus amigos agradeço a parceria, a amizade sincera e a comemoração de cada vitória por mim atingida. Vocês foram essenciais para que eu não desanimasse, me colocavam pra cima nos momentos mais difíceis e conseguiram sempre me manter em pé. Agradeço à minha irmã de faculdade, Michelle Hillig, por tantos momentos compartilhados durante minha vida acadêmica; obrigada pelo apoio, pelos estudos e trabalhos divididos. Tua presença foi muito importante para mim. Agradeço também ao Bruno, Cristiane, Mariana, Augusto e Edilene por sempre torcerem pela minha vitória, por terem entrado na minha vida da melhor forma possível e se tornarem pessoas tão especiais, para sempre.

Aos meus avós, meus dindos(as), tios(as) e primos(as), que mesmo distantes, agradeço por fazerem parte da minha vida. Que possamos sempre manter esse vínculo tão forte como é a nossa família. Agradeço em especial ao meu primo Leandro por todos os momentos que passamos juntos; por sempre estar disponível para me ouvir, por todas as brincadeiras que deixavam minha vida mais leve e principalmente por ter esse coração enorme, valeu Lelê!

Agradeço a minha orientadora Elizeth Heldt por acreditar no meu potencial, por me incentivar durante todo o desenvolvimento do trabalho de conclusão, por estar sempre disponível quando surgiram as dúvidas. Obrigada por ter sido essa ótima orientadora. Espelharei-me muito no exemplo de profissional que és! Foi muito divertido trabalhar contigo.

E por fim, agradeço a todos que torceram para que esse momento chegasse. Estou a um passo de me tornar uma Enfermeira e essa vitória é NOSSA! Amo muito todos vocês.

## RESUMO

A obesidade grave é um problema de saúde pública, decorrente da crescente incidência, do prejuízo social e do impacto negativo na qualidade de vida dos sujeitos com esta condição. Uma das indicações terapêuticas é a cirurgia bariátrica que tem por meta reduzir a morbimortalidade relacionada à obesidade, melhorar a qualidade de vida e minimizar os custos com o tratamento de comorbidades. O presente trabalho tem por objetivo descrever as características demográficas e clínicas de pacientes com obesidade grave encaminhados ao Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e verificar o tempo de ingresso e realização da cirurgia bariátrica. Trata-se de um estudo descritivo com dados sociodemográficos e clínicos que foram coletados do protocolo específico que avalia os critérios de inclusão no programa. O protocolo foi preenchido na primeira consulta de enfermagem durante Janeiro de 2010 a Dezembro de 2013 e foram atualizados com as informações do prontuário em maio de 2014. Foram incluídos 672 pacientes para definir a indicação cirúrgica. Observou-se o predomínio do sexo feminino (n=533; 79,3%) e média (desvio padrão) de idade 42,2 (DP = 1,35) anos, com 127,4kg (DP =25,50) de peso, 1,62cm (DP = 0,09) de altura e IMC = 47,9 kg/m<sup>2</sup> (DP =8,10). A presença de comorbidades foi frequente, sendo que 496 (73,8%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 208 (31%) diabetes mellitus tipo 2 e 240 (35,7%) com transtorno mental. Neste período de quatro anos, foi operado um total de 188 (27,9%) pacientes, com média de tempo entre o ingresso e a realização do procedimento de 20,1 (DP=10,33) meses. É possível inferir que as características dos pacientes encaminhados estão de acordo com o descrito na literatura e o tempo até a cirurgia está conforme preconizado. Contudo, os que realizam a cirurgia bariátrica ainda são consideravelmente menores do que a demanda existente.

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica. Obesidade. Comorbidades.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	7
<b>2 OBJETIVO</b>	10
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	11
3.1 Obesidade	11
3.2 Cirurgia Bariátrica	12
3.3 Perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica	14
<b>4 MÉTODO</b>	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 População e amostra	16
4.3 Coleta dos dados	16
4.4 Análise dos dados	17
4.5 Aspectos éticos	17
<b>5 RESULTADOS</b>	18
<b>6 DISCUSSÃO</b>	22
<b>7 CONCLUSÃO</b>	25
<b>REFERÊNCIAS</b>	26
<b>ANEXO A – Protocolo do Programa de Cirurgia Bariátrica do HCPA</b>	31
<b>ANEXO B – Carta de Aprovação do CEP/HCPA</b>	34
<b>ANEXO C – Aprovação pela COMPEAQ Escola de Enfermagem</b>	35
<b>ANEXO D – Termo de compromisso para utilização de dados</b>	36

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), obesidade é o excesso de gordura corporal obtido através de maior oferta de calorias que gasto energético corporal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008). A obesidade (Índice de Massa Corpórea - IMC entre 30-39,9 kg/m<sup>2</sup>) e sobrepeso (IMC entre 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) constituem risco aumentado em relação a pessoas com peso normal (IMC entre 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>) para o desenvolvimento de doenças crônicas, dentre elas diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de doenças cardiovasculares e algumas formas de cânceres (COSTA et al., 2009). Além disso, há o impacto psicossocial negativo, como as discriminações, os transtornos mentais e a redução na qualidade de vida. Como causa desta disfunção podemos citar a ingestão excessiva de alimentos, falta de exercício físico, tendência genética e problemas hormonais (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Cerca de 2% a 8% das despesas com tratamentos de saúde são destinados à obesidade e suas complicações em vários países do mundo (OLIVEIRA et al., 2013). No Brasil, estima-se que 40% da população está acima do peso, sendo 10,1% obeso e 28,5% com sobrepeso (COSTA et al., 2009). A região sul apresenta um alto índice de população com excesso de peso, totalizando cerca de cinco milhões de adultos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

A obesidade é classificada em três graus de acordo com o IMC. A obesidade grau I apresenta IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, a obesidade grau II e grau III apresentam, respectivamente, IMC de 35 a 39,9 kg/m<sup>2</sup> e acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Este último grupo ainda pode ser classificado como o grupo de pacientes com obesidade mórbida, os quais apresentam maior nível de mortalidade (MEDSTAR HEALTH, 2007). Estudos mostram que o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas, doenças cardiovasculares e cânceres, por exemplo, tende a ser modesto até IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>, porém dobram nos pacientes que ultrapassam o IMC de 35 kg/m<sup>2</sup> (GRINDEL; GRINDEL, 2006). Em estudo realizado nos Estados Unidos, dados mostram que a população com IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup> aumentou 100% entre os anos de 2001 e 2010 comparados a população com IMC até 30 kg/m<sup>2</sup> (STURM; HATTORI, 2013). Tendo em vista a alta prevalência de obesidade mórbida e o fato de que tratamentos convencionais como dieta, inibidores de apetite, exercícios, psicoterapia e terapia em grupo não obtiveram respostas satisfatórias, nem melhora da qualidade de vida e resultado para longo prazo surgiu a necessidade de uma intervenção efetiva para esse tipo de paciente, a cirurgia bariátrica (MATOS et al., 2002; MAMPLEKOU et al., 2005).

No Brasil, de acordo com a Portaria nº 424 são indicados ao tratamento cirúrgico pacientes com IMC de 50 Kg/m<sup>2</sup>, independente da presença de comorbidades, IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> afetado por comorbidades que ameacem a vida e sem sucesso em tratamentos prévios de no mínimo dois anos ou indivíduos com IMC acima de 35 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidades como doenças cardiovasculares, DM-2 e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono e doenças degenerativas, também sem sucesso em tratamento de no mínimo dois anos (BRASIL, 2013).

Além disso, os critérios de inclusão no programa seguem as orientações da mesma portaria citada anteriormente. São incluídos pacientes que não apresentaram respostas a tratamentos clínicos por no mínimo dois anos, que seus responsáveis se comprometam com o cuidado pós-cirúrgico, o paciente deve firmar compromisso de comparecer em todas as avaliações multiprofissionais pré-cirurgia, jovens entre 16 e 18 anos com precauções quanto ao risco/benefício do processo cirúrgico e análise criteriosa quanto à idade óssea, não realizando cirurgia antes da consolidação do crescimento e adultos acima de 65 anos realizando avaliação individual de risco-benefício da cirurgia (BRASIL, 2013).

Para condições adversas ficam definidos casos de pacientes em uso de drogas ilícitas e alcoolismo, doenças cardiovasculares graves e descompensadas, hipertensão portal com varizes esofágicas, doenças inflamatórias e imunológicas do trato digestivo, paciente sem suporte familiar, quadro de transtorno psiquiátrico não controlado e síndrome de Cushing e tumores endócrinos (BRASIL, 2013).

Em relação à intervenção, há quadro modalidades diferentes para realização da cirurgia bariátrica, sendo elas: Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”), Banda gástrica ajustável, Gastrectomia vertical, Duodenal Switch e a terapia auxiliar que se chama Balão intragástrico. Sendo a gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux” a mais utilizada no Brasil devido à segurança e eficácia (SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA BARIÁTRICA, 2008).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) iniciou em novembro de 2008 o programa de cirurgia bariátrica, sendo habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave, segundo a Resolução da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2008). O programa de cirurgia bariátrica do HCPA tem por objetivo reduzir a morbimortalidade relacionada à obesidade, melhorar a qualidade de vida dos pacientes com obesidade mórbida e reduzir os custos com tratamentos de comorbidades (STEYER; LUCENA, 2012). Dentre as técnicas cirúrgicas, o HCPA

atualmente utiliza com mais frequência a técnica de Gastroplastia com derivação intestinal em y de Roux.

Devido à complexidade do tratamento para obesidade mórbida, o programa conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos (COSTA et al., 2009). Para inclusão no programa, o paciente é referenciado pela atenção primária em saúde para a primeira consulta no HCPA. Está previsto no protocolo assistencial um acompanhamento pela equipe multidisciplinar por aproximadamente dois anos antes e dois anos após a cirurgia. Nesse período, o paciente realiza consultas, exames e grupos pré e pós-operatório no ambulatório e a internação hospitalar para o procedimento cirúrgico (STEYER; LUCENA, 2012).

De acordo com o estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a prevalência do diagnóstico de obesidade apresentou-se mais elevado em mulheres, sendo 16,9% para elas e 12,5% para os homens. A obesidade aumentou de frequência na faixa etária de 45 a 54 anos, em homens, e de 55 a 64 anos, em mulheres, declinando nas idades superiores a essas. As regiões mais afetadas pela obesidade foram às regiões Sul e Sudeste, tanto para homens como para mulheres. Além disso, a prevalência de obesos apresentou-se mais evidentes nas áreas urbanas em relação aos pacientes residentes em áreas rurais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Portanto, este projeto pretende identificar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes admitidos no Programa do HCPA entre Janeiro de 2010 a Dezembro de 2013. Essa caracterização proporcionará melhor conhecimento das características tanto do paciente quanto do cuidado prestado, almejando qualificar a assistência e o desenvolvimento do Programa neste hospital. Além disso, os resultados do estudo poderão servir como suporte para a organização adequada do fluxograma, o qual o paciente deverá percorrer após sua inclusão no programa.

Para tanto, as questões norteadoras desse estudo são: quais as características dos pacientes admitidos no programa de cirurgia bariátrica do HCPA do ano de 2010 a 2013 e quanto tempo leva entre o ingresso e a realização do procedimento?

## **2 OBJETIVOS**

Descrever as características dos pacientes admitidos no programa de cirurgia bariátrica do HCPA do ano de 2010 a 2013.

Verificar o tempo entre o ingresso e a realização da cirurgia bariátrica no período do estudo.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados os seguintes temas detalhadamente: obesidade, cirurgia bariátrica e características dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

#### 3.1 Obesidade

No mundo, há pelo menos um bilhão de pessoas obesas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), tendo o país com maior percentual de obesidade global os Estados Unidos (ABIR; BELL, 2004). A obesidade tem prevalência alta tanto em países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos. Neste último, a obesidade atinge a população menos privilegiada economicamente, já em países em desenvolvimento percebe-se a prevalência de pessoas obesas na população de maior renda (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009). No entanto, no Brasil tem se observado maior incidência de obesidade na população de baixa renda (MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2007)

O termo *obesidade mórbida* foi criado por Payne, em 1963, para caracterizar o potencial de complicações em consequência da obesidade. Ele concluiu que o excesso de peso é uma importante causa de doenças, evitáveis e tratáveis (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, 2003). A obesidade mórbida (IMC  $>40$  Kg/m<sup>2</sup>) é classificada como uma grave condição de saúde devido a consequências como: piora da qualidade de vida, à grande associação com a morbidade; diminuição da expectativa de vida e a elevada probabilidade de insucesso com tratamentos conservadores, baseados em dietas, medicamentos, psicoterapias e exercícios físicos (KHAWALI et al., 2012; CASTRO, 2013;).

Esta patologia é classificada como uma doença metabólica, de origem genética, exacerbada pela exposição a fenômenos ambientais, emocionais, culturais, sociais e econômicos associados a fatores demográficos como sexo, idade e raça e ao sedentarismo. Isolar um único fator como causa principal da obesidade é impossível, pois já foi constatado em estudos que a doença é caracterizada por ser multifatorial (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, 2003).

Além do grau de obesidade representado pelo cálculo do IMC, sua distribuição corporal também se associa a maior ou menor risco para desenvolver certas comorbidades. O excesso de gordura localizada no abdômen representa maior risco à saúde que o excesso de gordura distribuída pelo corpo no todo. A obesidade integra o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (BRASIL, 2006).

Entre as doenças associadas a obesidade, a DM-2 tem maior risco de desenvolvimento, sendo 93 vezes maior em mulheres e 42 vezes em homens com IMC acima de 35. Além disso, a DM-2 e a HAS ocorrem cerca de três vezes mais em indivíduos obesos do que naqueles com IMC adequado. Ainda relacionado aos problemas de saúde podemos citar: as doenças cardiovasculares mais significativas como embolismo, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio; os cânceres como de intestino, cólon e reto; dislipidemia, as quais há estudos que mostram que a população obesa tem 1,5 vezes mais propensão para desenvolver (BRASIL, 2006)

Segundo as diretrizes publicadas pela *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN), a obesidade ocupa o segundo lugar, juntamente ao tabagismo, em causas evitáveis de morte nos Estados Unidos. Aproximadamente 300 mil adultos morrem a cada ano em decorrência de má alimentação e sedentarismo. Estudos mostram que a perda de peso em torno de 5 a 7% do total representa uma melhora significativa na redução de comorbidades como dislipidemia e DM-2 (ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES, 2008).

Segundo Moraes et al (2014), a obesidade aumentou nos últimos seis anos no Brasil, tendo elevado o percentual de obesos de 11,4% para 15,8%. Em decorrência dessa preocupação mundial em relação à mortalidade alta em adultos com obesidade mórbida, surge a necessidade de alguma intervenção para o sucesso na redução de peso e comorbidades associadas. Surge então a necessidade da realização de cirurgias bariátricas com o objetivo de emagrecimento sem que tenha reganho significativo de peso em curto prazo.

### 3.2 Cirurgia Bariátrica

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, há 79 hospitais públicos realizando, gratuitamente, a cirurgia bariátrica. A região Sudeste é a mais privilegiada tendo no total 33 hospitais com este procedimento, diferente da região Norte que apresenta apenas 4 hospitais realizando a cirurgia bariátrica. No Sul, o estado com maior disponibilidade de hospitais públicos realizando cirurgias bariátricas é o Paraná com 13 hospitais, atrás vem Santa Catarina com 6 e por fim o estado do Rio Grande do Sul com 5 hospitais disponíveis para atender pacientes obesos indicados à cirurgia bariátrica (SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA BARIÁTRICA, 2014a). Com a grande demanda de pacientes à procura por programas que realizem procedimento bariátrico e a baixa

quantidade de hospitais que disponibilizem essa atividade, as filas de esperar para a cirurgia aumentam a cada ano (SOUZA, 2007).

Dentre o histórico sobre cirurgia bariátrica no Brasil, constata-se que as primeiras foram realizadas pelo médico Salomão Chaib, do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com início em 1978 com cirurgias de derivações jejuno-ileais, logo abandonadas por seus efeitos indesejáveis (LIMA; SAMPAIO, 2007). Contudo, as técnicas e a cirurgia bariátrica foram se aperfeiçoando com o passar dos anos.

As cirurgias bariátricas podem ser caracterizadas por procedimentos que: limitam a capacidade gástrica, conhecidas como cirurgias restritivas; as que interferem na digestão (procedimentos disabsortivos); e a cirurgia mista com uso de ambas as técnicas (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004). Segundo a Portaria nº 492, de 31 de Agosto de 2007 há quatro procedimentos cirúrgicos testados e efetivados como cirurgias bariátricas sendo elas (BRASIL, 2007):

- Banda gástrica ajustável que se caracteriza pela instalação de um anel de silicone inflável e ajustável instalado ao redor do estômago, que no momento em que aperta mais ou menos o órgão o anel controla o preenchimento e esvaziamento do estômago (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014b).
- Gastroplastia vertical com banda: pertence ao grupo de cirurgia restritiva, caracterizando-se por ser um procedimento mais simples, rápido e com baixos índices de complicações e mortalidade. Consiste no fechamento de uma porção do estômago por uma sutura, diminuindo assim o reservatório gástrico. Também é colocado um anel de contenção na saída do estômago, tornando o esvaziamento mais lento. O problema desta cirurgia é que os índices de recidiva da obesidade após 10 anos de realizada são altos, sendo então realizada cada vez menos no mundo (SEGAL; FANDIÑO, 2002).
- Gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”, o qual associa o grampeamento de parte do estômago com o desvio do intestino inicial, promovendo no primeiro uma diminuição do espaço para o alimento e no segundo momento estimulação da produção de hormônios da saciedade. Este procedimento é seguro, com baixa morbidade e principalmente a técnica mais eficaz na redução do peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014b).

- “*Duodenal Switch*” é caracterizada pela retirada de parte do estômago, porém a anatomia básica continua preservada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014b).

A eficácia de cada intervenção na redução do excesso de peso inicial apresenta taxa maior para a cirurgia “*Duodenal Switch*” com 71,7%, seguido da gastroplastia com desvio intestinal com “*Y de Roux*” com 70,1%, a gastroplastia vertical com banda com taxa de 60,2% e por último a cirurgia bariátrica com banda gástrica ajustável apresentando índice de 49,5% (BRASIL, 2007).

### 3.3 Características dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Em relação às comorbidades, estudo realizado com 228 pacientes com obesidade no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco entre os anos de 1997 e 2001, constatou-se um índice de 68% dos pacientes com HAS, seguido de 21% para dislipidemia e colelitíase e 19% com DM-2. Este mesmo estudo identificou maior porcentagem de mulheres, com 58% do total da amostra, com média de idade de 34 anos (FERRAZ et al., 2003).

A maior incidência de pacientes do sexo feminino também pode ser observada em outra pesquisa com 116 pacientes do ambulatório de Cirurgia Digestiva do Hospital Universitário da Universidade Estadual, totalizando 78,4% da amostra (VALEZI et al., 2008). O predomínio do sexo feminino provavelmente está relacionado ao fato dessas procurarem mais o tratamento para redução de peso e apresentar maior preocupação com os riscos para a saúde e a insatisfação com a aparência (FARIAS et al., 2009).

Quanto aos transtornos mentais, o estudo que avaliou a presença de depressão em 414 candidatos submetidos à cirurgia bariátrica de um Hospital no Estado de São Paulo apresentou escores mais elevados em mulheres (ALMEIDA et al., 2011). Este fato, pode estar relacionado com elevada pressão que a mídia e a população em si faz em relação a imagem corporal (DINIZ et al., 2008). Em outro estudo com 252 pacientes do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul verificou-se também maior taxa de depressão entre mulheres. Do total da amostra, 92 (36,5%) apresentavam depressão, sendo dessas, 79 mulheres (COSTA et al., 2009).

Neste mesmo estudo, o autor relacionou o índice de IMC com a escolaridade. Dos 252 pacientes 164 (65%) possuíam ensino médio incompleto, 13 (7,9%) apresentavam IMC abaixo de 40kg/m<sup>2</sup>, 94 (57,3%) entre 40 e 50kg/m<sup>2</sup> e 57 (34,7%) acima de 50kg/m<sup>2</sup>. Já os pacientes com ensino médio completo ou acima totalizaram 77 (30,5%), sendo 2 (2,6%) que

apresentavam IMC abaixo de 40kg/m<sup>2</sup>, 55 (71,4%) entre 40 e 50kg/m<sup>2</sup> e 20 (25,9%) acima de 50kg/m<sup>2</sup> (COSTA et al., 2009). A maior prevalência de obesidade na população com baixa escolaridade também havia sido encontrada em estudo prévio (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Este estudo foi vinculado ao projeto maior “Avaliação da qualidade de vida de pacientes após cirurgia bariátrica: seguimento de 12 meses”, que apresenta como um dos objetivos específicos verificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes admitidos no Programa de Cirurgia Bariátrica do HCPA.

Tratou-se de uma abordagem descritiva epidemiológica de análise de banco de dados. Segundo Rouquayrol e Barreto (2013), a abordagem epidemiológica considera as variáveis de tempo, lugar e/ou pessoa, para revelar os problemas de saúde-doença no contexto da coletividade, com vistas em gerar questões ou hipóteses científicas e práticas.

### 4.2 População e amostra

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório do HCPA e a amostra foi constituída por informações do banco de dados dos pacientes incluídos no programa de cirurgia bariátrica entre Janeiro de 2010 a Dezembro de 2013. O programa iniciou em 2008, porém não houve amostra do período de Janeiro de 2008 à Dezembro de 2009, porque o banco de dados foi elaborado pela Enfermeira do programa somente a partir de Janeiro de 2010.

A inclusão foi definida de acordo com o protocolo do programa que atende os critérios para a realização de cirurgia bariátrica, a saber: IMC de 35 a 39 kg/m<sup>2</sup> com presença de comorbidades clínicas, ou IMC  $>$  ou  $=$  40 kg/m<sup>2</sup>, que já tenham realizado tratamento prévio para emagrecer de no mínimo quatro anos não tendo obtido resultado (SEGAL; FANDINO, 2002; BRASIL, 2007). O total de pacientes incluídos neste banco de dados, ao longo desses quatro anos foi de 675 pacientes. Foram excluídos 3 casos devido os dados estarem incompletos.

### 4.3 Coleta dos dados

Os dados que constam no banco foram coletados a partir de protocolo do programa de cirurgia bariátrica do HCPA (A ANEXO A) tendo como variáveis principais e que foram utilizados para a pesquisa atual: sexo, idade, escolaridade, estado civil, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, comorbidades clínicas e psiquiátricas. Este protocolo é preenchido

na primeira consulta do paciente com a enfermeira do programa. Durante as demais consultas de enfermagem na fase pré-operatória, os dados do paciente foram atualizados sistematicamente, considerando as avaliações e exames previstos e realizados, até o agendamento e realização da cirurgia. Os dados finais dessa pesquisa foram atualizados em maio de 2014, por meio de consulta nos prontuários dos pacientes incluídos no banco de dados.

#### 4.4 Análise dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 e o nível de significância adotado foi de  $\alpha=0,05$ , com intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram descritos, através da média e desvio padrão ou mediana (percentis), conforme distribuição para variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas foi utilizado frequência e percentual. Para comparar as variáveis contínuas foram utilizados o teste T para amostras independentes e ANOVA.

#### 4.5 Aspectos éticos

O estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012) (BRASIL, 2012). O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, parecer nº 130371 (A ANEXO B) e o atual foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) (ANEXO C).

As pesquisadoras assinaram o Termo de Compromisso para utilização dos dados (A ANEXO D).

## 5 RESULTADOS

Durante o período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2013, um total de 672 pacientes foi incluído no programa de cirurgia bariátrica do HCPA, considerando os critérios de inclusão. A média de idade (desvio padrão) dos pacientes foi de 42,2 (DP = 1,35) anos e em sua maioria eram do sexo feminino (n=533; 79,3%), conforme apresentado na Tabela 1. Quanto à escolaridade, constatou-se o ensino fundamental como o mais prevalente, em 351 (52,2%) pacientes. Em relação ao estado civil e a procedência, 415 (61,8%) dos pacientes eram casados e 294 (43,8%) moravam em Porto Alegre.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes encaminhados entre 2010 a 2013 (n=672).

Características	Frequência*
Idade	42,2 (DP=1,35)
Sexo	
Feminino	533 (79,3)
Escolaridade**	
Analfabeto	6(0,9)
Fundamental incompleto	243(36,2)
Fundamental completo	108(16,1)
Médio incompleto	37(5,5)
Médio completo	156(23,2)
Superior incompleto	29(4,3)
Superior Completo	24(3,6)
Estado Civil	
Casado	415(61,8)
Solteiro	154(22,9)
Divorciado	69(10,3)
Viúvo	31(4,6)
Procedência	
Porto Alegre	294(43,8)
Interior	249(37,1)
Grande Porto Alegre	127(18,9)

\*Dados contínuos apresentados em média e desvio padrão (DP) e categóricos em frequência absoluta e percentual (%).

\*\* Sem informação da escolaridade em 69 prontuários

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às características antropométricas, os dados estão apresentados na Tabela 2. Observa-se que, na média, os pacientes preenchem os critérios para realização de cirurgia bariátrica, com IMC de 47,9 (DP=8,10). As mulheres apresentaram média de IMC = 47,7 (DP=7,92) e os homens IMC= 48,9 (DP=8,67), não havendo diferença significativa entre os sexos (P=0,118).

Tabela 2 – Dados antropométricos dos pacientes (n=672)

Características	Média (desvio padrão)
Peso	127,4 (25,50)
Altura	1,62 (0,089)
IMC	47,9 (8,10)
Circunferência	
Abdominal	128,8 (15,30)
Quadril	140,1 (4,37)

IMC – Índice de Massa Corporal.  
 Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao diagnóstico clínico (Tabela 3), a maioria dos pacientes apresentava uma ou mais comorbidades associadas, sendo a de maior prevalência a HAS em 496 (73,8%) pacientes, seguida de doenças digestivas com 414 (61,6%) e DM-2 com 208 (31%).

Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes (n=672)

Diagnósticos clínicos	n (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	496 (73,8)
Doença digestiva	414 (61,6)
Diabetes Melittus – Tipo 2	208 (31,0)
Dislipidemia	190 (28,3)
Apnéia do sono	166 (24,7)
Artroplastia Membros Inferiores	114 (17,0)
Doença Cardíaca	72 (10,7)
Doença pulmonar	69 (10,3)

Fonte: Elaborado pela autora.

Já entre os diagnósticos de transtornos mentais a depressão foi mais frequente, com um total de 168 (25%) dos pacientes (Tabela 4). Observa-se que a presença de mais de uma comorbidade também é frequente na amostra. A mediana (percentis 25-75) para comorbidades clínicas foi de 4 (3-5) e para comorbidade psiquiátrica foi de 1 (1-2), naqueles que apresentavam diagnóstico de transtorno mental.

Tabela 4 – Características em relação a transtornos mentais (n=672)

Diagnósticos psiquiátricos	240 (35,7%)
Depressão	168 (25,0)
Ansiedade	76 (11,3)
Tentativa de suicídio	61 (9,1)
Bulimia	32 (4,8)
Transtorno do Humor bipolar	14 (2,1)
Dependência química- Álcool	27(4,0)
Abstinência	16(2,4)
Dependência química outras drogas	11(1,6)
Abstinência	4(0,6)
Tabagismo	54(8)
Abstinência	120(17,9)

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao ingresso de pacientes, o ano com maior admissão foi em 2011, com um total de 236 pacientes incluídos no programa (Tabela 5). Até maio de 2014, foram realizadas 188 cirurgias bariátricas.

O tempo médio geral em meses entre o ingresso e o procedimento foi de 20,1 (DP=10,33) meses. Não houve diferença significativa em relação ao tempo de ingresso no programa e a realização da cirurgia bariátrica (Tabela 5), comparando os períodos de 2010 a 2012 (ANOVA:  $F=1,534$ ;  $df=187$ ;  $p=0,218$ ). No ano de 2013 o tempo entre o ingresso e a realização cirurgia não foi observado devido ao fato de que os pacientes ainda estão em avaliação como previsto pela Portaria nº 424, onde o paciente deve ter um acompanhamento de 24 meses até o procedimento cirúrgico.

Tabela 5 – Total de pacientes e de cirurgias realizadas, considerando o ano de ingresso e o tempo entre ingresso e realização da cirurgia bariátrica.

Ano	Ingresso	Cirurgias	Tempo (em meses) ingresso e cirurgia
	Total=672	188 (27,9%)	média(desvio padrão)
2010	230(34,2)	119(51,7)	20,6 (10,72)
2011	236(35,1)	54(22,9)	20,2 (10,09)
2012	110(16,4)	15(13,6)	15,6 (6,92)
2013	96(14,3)	0	-

Fonte: Elaborado pela autora.

## 6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, os pacientes incluídos no programa de cirurgia bariátrica do HCPA caracterizam-se por serem mulheres, com média de idade de 42 anos, com escolaridade até o ensino fundamental e a comorbidade clínica mais prevalente foi a HAS e a psiquiátrica foi a depressão. Os achados estão de acordo com estudos prévios, confirmando o predomínio de mulheres, baixa escolaridade (SCABIM; ELUF-NETO; TESS, 2012) e a idade em torno de 42 anos (PETRIBU et al., 2006). Em relação as comorbidades, estudos mostram que a HAS é a mais presente (ANDERI JR et al., 2007), seguida dos problemas digestivos e DM-2 (SCABIM; ELUF-NETO; TESS, 2012).

O predomínio das mulheres também foi evidenciado na pesquisa realizada com 400 pacientes obesos mórbidos inscritos no programa de cirurgia da obesidade do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) com 73,1% de mulheres que procuraram o programa para realizarem cirurgia bariátrica (PETRIBU et al., 2006). Outro aspectos vinculados a característica de maior prevalência de mulheres pode estar relacionado a influência da mídia, o qual impõe um padrão de beleza, o que pode elevar os problemas emocionais destas pacientes (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012).

O grau de obesidade III em pacientes no pré-operatório é o mais prevalente, resultado que se mostra semelhante ao deste estudo, o qual o IMC médio dos pacientes ficou acima de 40 kg/m<sup>2</sup> (SANTOS; LIMA; SOUZA, 2014). Por outro lado, um estudo realizado no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) o IMC foi mais elevado, com média de 52,3 (DP=1,5) kg/m<sup>2</sup> (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012).

O alto índice de doenças crônicas em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica está diretamente relacionado à obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014c). Em pesquisa realizada a partir de entrevistas telefônicas com pacientes em capitais distintas do Brasil no ano de 2006 mostrou que quanto maior o IMC, maior a porcentagem de pacientes com comorbidades (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009). Dentre as doenças crônicas mais presentes no nosso estudo a HAS foi a mais prevalente, seguida pelo DM-2.

Quanto aos diagnósticos psiquiátricos os dados apresentados na literatura divergem quanto à relação de obesidade mórbida com depressão e ansiedade. Alguns estudos referem haver associação entre essas duas doenças devido a baixa auto-estima em relação a imagem

corporal dos pacientes obesos e o insucesso com tratamentos para redução de peso (SIMON et al, 2006; COSTA et al., 2009), por outro lado, outros estudos relatam não haver dados relevantes quanto a associação direta de obesidade com depressão ou ansiedade (MACHADO, 2012; ROCHA; COSTA, 2012). Além disso, a depressão e a ansiedade são mais prevalentes em mulheres independente da obesidade (HEO et al., 2006). Portanto, a relação entre transtorno mental, particularmente a depressão, e a obesidade mórbida ainda necessitam de mais pesquisas.

Há estudos que mostram outros tipos doenças psiquiátricas presentes em pacientes obesos que interferem diretamente o dia-a-dia dessa população. Uma delas é a ideação suicida, onde também aparece com mais frequência no sexo feminino e sendo em torno de 87% mais freqüente em pessoas obesas em relação à população em geral (CHEN; FETTICH; MCCLOSKEY, 2012). Quanto à comparação entre ideação suicida, sexo feminino e obesidade não foram encontradas evidências que a ideação suicida esteja maior no sexo feminino devido a obesidade ou se a relação apresenta-se mais freqüente na população feminina independente do estado nutricional.

Outra patologia psiquiátrica encontrada é a compulsão alimentar periódica (TCAP), que se caracteriza por ingestão descontrolada, em grande quantidade de alimentos por um período de até duas horas e sem atividade compensatória após (por exemplo, provocar vômitos). Em estudo realizado com 38 pacientes obesos mórbidos constatou-se que 78,9% dos pacientes apresentavam TCAP (PETRIBU et al., 2006). Segundo um estudo de revisão de literatura, a prevalência de TCAP na população em geral foi estimada entre 1 a 3%, já em pacientes obesos que procuram tratamento bariátrico essa prevalência sobe para 11% a 32% (GORDON; KAIO; SALLET, 2011). Entretanto, não foi possível realizar comparação do estudo atual com estudos prévios sobre esta doença pelo fato de que o protocolo do programa e as evoluções nos prontuários dos pacientes não informavam essa patologia psiquiátrica.

Em relação ao tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico há diversidades nos estudos. Em pesquisa realizada no Hospital das Clínicas de São Paulo o tempo médio de espera até a realização da cirurgia bariátrica foi superior ao encontrado no presente estudo, sendo de 33 meses. Já em estudo realizado no Hospital das Clínicas de Minas Gerais com 193 pacientes entre os anos de 1998 a 2005 o tempo médio de espera foi menor do encontrado, sendo de 12,5 meses (DINIZ et al., 2008). Em outro estudo realizado no Hospital Universitário de Sergipe, o resultado encontrado em 36 pacientes, a média de espera para cirurgia foi de 14,3 meses (SANTOS; LIMA; SOUZA, 2014). Contudo, ainda há poucos estudos em relação ao tempo de espera do paciente para o procedimento cirúrgico.

De fato, o que é orientado pela Portaria nº 424, são 24 meses de acompanhamento prévio ao procedimento para avaliações das equipes em consultas, realização de grupo pré-operatório e exames (BRASIL, 2013).

Este estudo apresenta limitações, sendo que a maior foi devido ao fato da coleta ser de dados secundários, que dependeram da qualidade do registro dos profissionais no protocolo e nos prontuários dos pacientes incluídos no programa de cirurgia bariátrica do HCPA. Contudo, mesmo com essa limitação, o estudo é relevante por identificar as características dos pacientes e o tempo médio para realização da cirurgia, o que pode contribuir para a organização do programa e gerar novas questões de pesquisa.

## 7 CONCLUSÃO

Este trabalho buscou descrever as características de pacientes pertencentes ao Programa de Cirurgia Bariátrica do HCPA e o tempo entre o ingresso e a realização do procedimento. Conforme os resultados encontrados neste estudo a similaridade foi evidenciada em diversos resultados de estudos prévios sobre o perfil dos pacientes obesos mórbidos já pertencentes a outros programas de cirurgia bariátrica.

A utilidade de trabalhos descritivos sobre as características de pacientes de programas específicos, como o de paciente do programa de cirurgia bariátrica do HCPA, podem auxiliar para a gestão de qualidade do fluxo de atendimento e contribuir para diminuir o tempo de espera para o procedimento cirúrgico.

Além disso, este estudo proporcionou novas questões de pesquisa como analisar a associação do alto índice de transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e ideação suicida) com pacientes admitidos nos programas de cirurgia bariátrica, avaliando se esses diagnósticos têm uma maior relação com a obesidade ou com o sexo feminino, independente do peso. Também se verificou a necessidade de adaptação do protocolo do programa de cirurgia bariátrica do HCPA para contemplar o diagnóstico de TCAP, visto que há grande associação deste diagnóstico com pacientes obesos mórbidos.

Por fim, com o aumento da incidência da obesidade, a procura por tratamentos cirúrgicos também tem se elevado com o passar dos anos. Portanto, estudos que avaliem os motivos pelos quais os pacientes permanecem por tempo superior ao preconizado pela portaria que regulamenta os programas ainda precisam ser desenvolvidos, visto que ainda há poucas pesquisas que abordem este tema.

## REFERÊNCIAS

ABIR, F.; BELL, R. Assessment and management of the obese patient. **Critical Care Medicine**, Mount Prospect, v.32, n.4, p.87-91, 2004.

ALMEIDA, G.A.N.; et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v.24, n.3, p.226-31, 2011.

ALMEIDA, S.S.; ZANATTA, D.P.; REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em paciente obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.17, n.1, p.153-60, 2012.

ANDERI JR, E.; et al. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. **Arquivos médicos do ABC**, São Paulo, v.32, n.1, p.25-9, 2007.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. **Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient**. AORN Journal, v.88, n.1, p.30-58, 2008. Disponível em < [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(08\)00121-X/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(08)00121-X/pdf)> Acessado em 11 de Junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013**. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)> Acessado em 26 de Outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria SAS/MS 492/2007**. Normas de credenciamento/habilitação das unidades de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, 2007. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>> Acessado em 05 de Abril de 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Obesidade**, Brasília, n.2, 2006. Disponível em < [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc\\_obesidade.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf)> Acessado em 26 de Maio de 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/2012**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em 05 de Abril de 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Resolução nº 059/08 – CIB / RS. Art. 1, 28 de Março de 2008, Porto Alegre, 2008.

CATRO, M.R.; et al. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. **Motricidade**, v.9, n.3, p.82-95, 2013

CHEN, E.Y.; FETTICH, K.C.; MCCLOSKEY, M.S. Correlates of suicidal ideation and/or behavior in bariatric-surgery-seeking individuals with severe obesity. **Crisis**, Estados Unidos, v.33, n.3, p.137-43, 2012.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Programa de Auto-avaliação em Cirurgia**. Editora Diagraphic, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.1-24, 2003.

COSTA, A.C.C.; et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p.55-9, 2009.

DINIZ, M.F.H.S.; et al. Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em “Y de ROUX”, no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, co-morbidades e mortalidade hospitalar. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.18, n.3, p.183-90, 2008.

FARIAS, P.M.; et al. Compulsão alimentar em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v.24, n.3, p.137-42, 2009.

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

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1792-800, 2005.

GIGANTE, D.P.; MOURA, E.L.; SARDINHA, L.M.V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.2, p.83-9, 2009.

GORDON, P.C.; KAIO, G.H.; SALLET, P.C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico dos pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.4, n.38, p.148-54, 2011.

GRINDEL, M.R.; GRINDEL, C.G. Nursing care of the person having bariatric surgery. **MEDSURG Nursing**, v.15, n.3, p.129-46, 2006.

HEO, M.; et al. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. **Internacional Journal of Obesity**, v.30, n.3, p.513-9, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009)**: Antropometria e Estado nutricional de Crianças, adolescentes de Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_encaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf)> Acessado em 30 de Abril de 2014.

KHAWALI, C.; et al. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metobologia**, São Paulo, v.56, n.1, p.33-8, 2012.

- LIMA, L.P.; SAMPAIO, H.A.C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.1011-20, 2007.
- MACHADO, A.I.M. **Obesidade mórbida e co-morbilidade psiquiátrica**. Tese de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, p.1-49, 2012. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71886/2/28812.pdf>> Acessado em 1 de Outubro de 2014.
- MAMPLEKOU, E.; et al. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. **Obesity Surgery**, Creta, v.15, p.1177-84, 2005.
- MATOS, M.I.R.; et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.4, p.165-9, 2002.
- MEDSTAR HEALTH. Clinical Guidelines on the identification , evaluation, and treatment os overweight and obesity in adults. **MedStar Family Choice/MedStar Physican Partners**, p.1-10, 2007. Disponível em <<http://www.medstarfamilychoice.com/documents/guidelines/obesity.pdf>> Acessado em 13 de Novembro de 2014.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Income-Specific trends in obesity in Brazil 1975-2003. **American Journal of Public Health**, v.97, n.10, p.1808-12, 2007.
- MORAES, J.M.; et al. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.2, p.157-64, 2014.
- OLIVEIRA, M.S.; et al. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.18, n.1, p.90-4, 2013.
- OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia Bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p.199-201, 2004.
- PETTRIBU, K.; et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v.50, n.5, p.901-8, 2006.
- ROCHA, C.; COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.20, n.4, p.451-66, 2012.
- ROUQUAYROL, M.Z; BARRETO, M., Abordagem Descritiva em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora MedBook, p.83-121, 2013.
- SANTOS, H.N.; LIMA, J.M.S.; SOUZA, M.F.C. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Sergipe, v.19, n.5, p.1359-65, 2014.

SCABIM, V.M.; ELUF-NETO, J.; TESS, B.H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.25, n.4, p.497-506, 2012.

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

SIMON, G.E.; et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of General Psychiatry**, v.63, n.7, p.824-30, 2006.

SOUZA, N.P.P. **Evolução da obesidade da infância até a vida adulta entre mulheres da fila de espera para cirurgia bariátrica pelo sistema único de saúde**. Dissertação de Pós-Graduação – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, p.1-164, 2007. Disponível em <[http://www2.fcfa.unesp.br/Home/Pos-graduacao/AlimentoseNutricao/noa\\_prada-completo.pdf](http://www2.fcfa.unesp.br/Home/Pos-graduacao/AlimentoseNutricao/noa_prada-completo.pdf)> Acessado em 25 de Outubro de 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Consenso Bariátrico Brasileiro**. São Paulo, 2008. Disponível em <<http://www.sbc.org.br/cbariatica.php?menu=1>> Acessado em 05 de Abril de 2014

\_\_\_\_\_. **Onde fazer – hospitais públicos**. São Paulo, 2014a. Disponível em <<http://www.sbc.org.br/hospitais.php>> Acessado em 26 de Maio de 2014.

\_\_\_\_\_. **Técnicas cirúrgicas**. São Paulo, 2014b. Disponível em <<http://www.sbc.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/>> Acessado em 13 de Novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. **Doenças associadas**. São Paulo, 2014c. Disponível em <<http://www.sbc.org.br/wordpress/obesidade/doencas-associadas/>> Acessado em 25 de Outubro de 2014.

STEYER, N.H.; LUCENA, A.F. **Diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório mediato de cirurgia bariátrica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, f.48, 2012. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55299/000857138.pdf?sequence=1>> Acessado em 06 de Abril de 2014.

STURM, R.; HATTORRI, A. Morbid obesity rates continue to rise rapidly in the US. **Internacional Journal of Obesity**, Los Angeles, v.37, n.6, p.889-91, 2013.

VALEZI, A.C.; et al. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em Y-de-Roux: comparação entre homens e mulheres. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.387-91, 2008.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A.M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Pan American Journal of Public Health**, Massachusetts, v.16, n.5, p.308-14, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Geneva, 2014. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acessado em 25 de Maio de 2014.

**ANEXO A – Protocolo do Programa de Cirurgia Bariátrica do HCPA**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

Idade:

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estado Civil:

Profissão:

Documento de Identidade:

Endereço de Residência:

Cidade/UF

DDD e Fone:

PESO:

IMC:

ALTURA:

C.A.:

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. IMC (Índice de massa corporal) igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup> (fórmula para cálculo do IMC = Peso / Altura<sup>2</sup>)

 Sim Não

2. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m<sup>2</sup> associado à co-morbidades (hipertensão arterial, diabete, dislipidemia, doenças articulares degenerativas, outras doenças determinadas pela obesidade):

 Sim – qual(ais): Não

3. Evidência de insucesso no tratamento clínico realizado por, no mínimo, 2 anos:

 Sim Não

4. Garantia do apoio familiar em todas as etapas do tratamento:

 Sim Não

Indeterminado

5. Compromisso com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, anestésica, laboratorial e por imagem):

Sim

Não

Indeterminado

6. Compromisso consciente do paciente e parentes em participar de todas as etapas da programação:

Sim

Não

Indeterminado

NOTA: Os três primeiros critérios qualificam a inclusão do paciente e os três últimos deverão ser reavaliados posteriormente, a não ser que haja evidência imediata clara de não cumprimento.

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Psicose:

Sim

Não

2. Tentativa prévia de suicídio:

Sim

Não

3. Bulimia:

Sim

Não

4. Dependência de álcool e outras drogas:

Sim

Não

5. Doenças associadas que aumentam o risco cirúrgico:

Sim

Não

6. Idade menor do que 18 e maior do que 65 anos:

Sim

Não

7. Desajuste familiar impeditivo:

Sim

Não

**NOTA:** A evidência da presença de qualquer dos critérios acima exclui o paciente.

ENCAMINHAMENTO:

Permanência/retorno à origem, para continuidade do tratamento clínico.

Agendar consulta especializada (especificar o estabelecimento e a data):

Agendar consulta em Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave (especificar o hospital e a data):

Nome do Médico Avaliador: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Local (cidade/UF): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Data do Encaminhamento:

## ANEXO B – Carta de Aprovação do CEP/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

### COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 130371

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

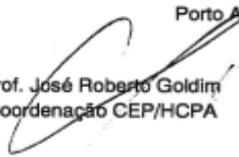
ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT  
FLAVIA LAMBERTI PIVOTO  
ANDRESSA DA SILVA BEHENCK  
JULIA STÜKER CEZAR

**Título:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES APÓS CIRURGIA  
BARIÁTRICA: SEGUIMENTO DE 12 MESES

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 12 de setembro de 2013.

  
Prof. José Roberto Goldim  
Coordenação CEP/HCPA



## ANEXO D – Termo de compromisso para utilização de dados

**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação****Termo de Compromisso para Utilização de Dados****Título do Projeto**

	<b>Cadastro no GPPG</b>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

<b>Nome dos Pesquisadores</b>	<b>Assinatura</b>
Elizeth Paz da Silva Heldt	
Julia Stüker Cezar	